



HAL
open science

La mère, son bébé et la nourriture : approche exploratoire multidisciplinaire

Julie Bordet

► **To cite this version:**

Julie Bordet. La mère, son bébé et la nourriture : approche exploratoire multidisciplinaire. Psychologie. Université de Bourgogne; Université de Lausanne, 2010. Français. NNT : 2010DIJOL008 . tel-00589514

HAL Id: tel-00589514

<https://theses.hal.science/tel-00589514>

Submitted on 29 Apr 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE
Laboratoire de Psychopathologie et Psychologie Médicale (EA4452)
(UFR Sciences Humaines, IFR Santé-STIC, Ecole doctorale E2S)

THÈSE

Pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Bourgogne
Discipline : Psychologie

par

Julie BORDET

le 27 Septembre 2010

La mère, son bébé et la nourriture :
Approche exploratoire multidisciplinaire

sous la direction du Pr Hervé Bénony

Co-tutelle : Pr Christiane Moro et Dr Blaise Pierrehumbert (Université de Lausanne)
Co-encadrante : Dr Christelle Bénony-Viodé

Jury composé de:

Pr Hervé Bénony, Université de Bourgogne

Pr Ouriel Rosenblum, Université de Bourgogne

Dr Christelle Bénony-Viodé, Université de Bourgogne

Dr Blaise Pierrehumbert, Université de Lausanne

Pr Christiane Moro, Université de Lausanne

Dr Sylvie Sanchez, Centre de Recherche Nestlé et Centre Edgar Morin

Pr Daniel Mellier, Université de Rouen

Pr Nadja Reissland, Université de Durham, UK.

*L'enfance a des manières de voir, de penser, de sentir qui lui sont propres;
rien n'est moins sensé que d'y vouloir substituer les nôtres.*

Jean-Jacques Rousseau, *Emile*, 1762

*A ma grand-mère adorée, Solange, que j'aurais aimé voir présente aujourd'hui et grâce à
qui, depuis toute petite, cuisine rime avec partage, amour et douceur...*

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier le jury, nombreux, pour avoir accepté de se réunir afin d'évaluer cette thèse.

Ensuite, je voudrais remercier très chaleureusement les personnes sans qui ce travail n'aurait pas pu exister. A commencer par le professeur Hervé Bénony, mon directeur de thèse, pour sa confiance, sa gentillesse, sa grande générosité, et son soutien tout au long de ces années. Merci également pour son rôle de second cotuteur pour les analyses des entretiens. Merci infiniment au docteur Christelle Bénony-Viodé, pour son aide à la cotation des films avec la CIB mais aussi et surtout pour son support, son regard critique et questionnant qui ont su, au fil de nos rencontres, éveiller et motiver mon esprit clinique. J'aimerais également remercier Blaise Pierrehumbert, co-directeur de thèse, pour sa motivation très communicative, ses conseils et son accueil amical au sein de son équipe du SUPEA, malgré mon faible taux de présence physique dans les locaux.

Par la même occasion je souhaite leur communiquer à tous les trois, tout le respect et l'admiration que j'ai à leur égard, autant professionnellement qu'humainement, ainsi que l'amitié que je leur porte.

De même, j'adresse toute ma gratitude aux professeur(e)s Olivier Halfon et Christiane Moro pour avoir accepté que ce projet de thèse soit rattaché au service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHUV ainsi qu'au laboratoire de recherche en psychologie dynamiques intra- et intersubjectives de l'université de Lausanne.

Ce projet a été sponsorisé par le Centre de Recherche Nestlé, j'aimerais donc également remercier l'ensemble des personnes rencontrées au sein de cette entreprise. Ce fut une expérience très enrichissante que l'immersion dans le monde de l'industrie. J'y ai appris beaucoup sur les monde du travail, la recherche scientifique mais aussi et surtout beaucoup sur moi-même. J'aimerais tout particulièrement envoyer mes chaleureux remerciements à Gaëlle Schlup-Ollivier, sans qui je n'aurais sans doute pas pu arriver au bout de la thèse. Pour son soutien inconditionnel, sa gentillesse, sa générosité et son humour, un très grand merci. Je complèterai tout cela d'un énorme bravo car Gaëlle a fourni énormément d'efforts depuis la création du projet, jusqu'à sa toute fin, malgré les nombreuses difficultés rencontrées, confirmant ainsi ses grandes qualités professionnelles et humaines. Parmi les piliers sur lesquels j'ai pu compter sans peine au Centre de Recherche Nestlé, Sylvie Sanchez, rare scientifique en sciences humaines au sein de l'entreprise, peut-être même la première ! Merci pour sa clairvoyance, sa disponibilité quand j'en avais besoin, et merci pour ses grands encouragements qui m'ont permis de croire en moi et en le travail que j'ai effectué.

Je voudrais leur signifier ma profonde reconnaissance à toutes les deux pour avoir su rester confiantes et m'avoir toujours soutenue.

J'aimerais remercier les personnes sans qui ce projet n'aurait pas pu exister au sein du centre de recherche : Emmanuelle Belin-Batard, qui a suffisamment cru en l'idée de proposer une étude en sciences humaines alliant psychologie clinique, développementale et sociologie-anthropologie pour la défendre auprès des hautes sphères du centre de recherche. Merci également à Erin Alexander pour avoir pris le relais et donné son support jusqu'à la fin de

l'étude. Et enfin, un grand merci à Andrea Maier pour son aide et grâce à qui j'ai pu mettre un pied dans le monde Nestlé, en travaillant tout d'abord sur l'analyse des « bébés de **sa** thèse » pour finalement rester 5 belles années et travailler sur « les bébés de **ma** thèse ».

Je profite également de cette opportunité pour remercier chaleureusement Sandrine Patris, avec qui j'ai découvert mon goût pour la recherche lors de mon année de DU en psychologie et par qui j'ai eu l'opportunité de rencontrer Andrea Maier et ainsi commencer l'épopée de l'analyse des expressions faciales des bébés.

Beaucoup de personnes m'ont épaulée lors de ces années, Peter Leathwood, que je remercie infiniment pour sa gentillesse et son ouverture d'esprit ainsi que le partage généreux de son expérience scientifique. Un merci particulier également à Brigitte Schlosser pour son aide précieuse et indispensable pour les codages de vidéos. Merci à Caroline Duparc qui a participé avec efficacité et sérieux à l'analyse des entretiens. Merci beaucoup à Carole Rudloff pour avoir accepté le rôle de seconde cotratrice pour les analyses des films.

Merci beaucoup à Sabrina Rami, Michaël Themans et surtout Andréas Rytz pour leur aide si précieuse en analyses statistiques, et qui se sont arrachés les cheveux plus d'une fois pour répondre aux impératifs de notre projet.

Je tiens à remercier les collègues et amis que j'ai côtoyé dans le bureau, pour leur gentillesse, bonne humeur et qui resteront pour sûr de bons souvenirs : Carine Morgenegg, Fernand Beaud, Grietje de Wit.

Je tiens à remercier chaleureusement le Pr Marcel Trudel pour avoir généreusement partagé sa version francophone modifiée du test TTS afin que je puisse l'utiliser dans mon étude. De même un grand merci à Ruth Feldman d'avoir accepté que son échelle CIB soit utilisée dans notre étude.

Je remercie également les sociétés Biofortis et Adriant de Nantes, pour leur aide à la mise en place du terrain expérimental de cette étude, et tout particulièrement Maria, qui fut présente tous les jours pour participer aux repas et grâce à qui chaque enfant aura reçu ses morceaux de viande ou de légume. Merci au Pr Piloquet et à l'hôpital Mère-enfant de Nantes, où le protocole expérimental a pu être effectué. Merci beaucoup au professeur Hugues Piloquet et son équipe d'internes pour leur intérêt et leur collaboration. Je remercie bien sûr toutes les familles qui ont répondu présentes pour participer à notre étude, ce furent trois mois intensifs ponctués de belles rencontres. Je me surprends souvent à imaginer ce que chacun de ces petits mangeurs est devenu aujourd'hui...

Pour finir, je tiens à remercier mes parents, ma famille et mes amis. Je pense à Felix, Sébastien, Marina, Marine, Céline, Anne-Sophie, Pascal, Thi Ngach, Noémie, Véronique, Samantha et ses deux petits anges, mes amies volleyeuses et volleyeurs et tous ceux que je ne nommerai pas ici mais qui savent qu'ils ont beaucoup compté pour moi ces dernières années. Merci d'avoir été présents (de près comme de loin), attentifs, compréhensifs, et de m'avoir encouragée jusqu'aux derniers efforts. Et j'aimerais enfin remercier toutes celles et ceux, ils ne sont pas nombreux, qui ont croisé ma route pendant ces années et ne l'ont pas rendue plus facile. Grâce à ces rencontres et leurs conséquences parfois douloureuses je me sens grandie et plus forte.

Titre

La mère, son bébé et la nourriture : Approche exploratoire multidisciplinaire

Résumé

Dans cette étude nous avons filmé 60 mères de langue française et leur enfant en bonne santé (de 1 à 2 ans), pendant différentes sessions de repas. En utilisant une démarche exploratoire et multidisciplinaire, comprenant des approches socio-anthropologique, développementale et clinique, notre étude illustre la complexité relative à l'investigation de l'alimentation et des interactions alimentaires entre les mères et leur enfant. Nos résultats démontrent que les représentations des mères ainsi que leurs propres expériences autour de l'alimentation (passées et présentes) influencent leur volonté de transmettre des valeurs et habitudes concernant l'alimentation à leurs enfants, mais aussi leurs pratiques éducatives alimentaires. De plus, nous montrons comment les caractéristiques individuelles (de la mère et de l'enfant) peuvent influencer la qualité de leurs interactions alimentaires, y compris dans une population non clinique. Dans ce contexte, nous illustrons l'influence de l'anxiété maternelle sur des comportements alimentaires spécifiques des enfants (en particulier, dans le contexte de l'introduction de tailles de morceaux d'aliments). Enfin, un modèle d'intégration des trois approches est discuté.

Mots-clé

Interactions alimentaires – approche multidisciplinaire – bébés sains

Title

The mother, her toddler and food: a multi disciplinary approach

Abstract

In the present study we videotaped 60 French speaking mothers and their healthy toddlers (from 1 to 2 years old) during different meal sessions. Using an exploratory and multi-disciplinary approach, including sociology/anthropology, developmental psychology and clinical psychology, our study illustrates the complexity of investigating feeding and eating interactions between mothers and toddlers. We illustrate how mothers' representations of food and maternal own experiences around food influence their will to transmit feeding values and habits to their toddlers but also their feeding educative practices. Furthermore, we show how individual's characteristics can influence the quality of feeding interactions even in a non-clinical population of toddlers and their mothers, such as the influence of maternal anxiety on specific toddler's eating behavior (especially, in the context of introduction of food piece sizes). Lastly, an integrative model of the three approaches is discussed.

Key-words

Feeding interactions - multi disciplinary approach – healthy toddlers

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	17
REVUE DE LITTÉRATURE	21
CHAPITRE 1 : L'ALIMENTATION AU CŒUR DE LA CULTURE.....	25
1. <i>Rapport individu-alimentation : aspects nutritionnels de l'alimentation et rapport au corps</i>	25
2. <i>Manger comme acte fondateur d'identité individuelle et de groupe</i>	28
3. <i>Tendances actuelles du comportement alimentaire</i>	30
CHAPITRE 2 : L'ALIMENTATION AU CŒUR DU DÉVELOPPEMENT : DU FŒTUS AU BÉBÉ.....	33
1. <i>Développement des goûts, préférences, comportements et habitudes alimentaires</i>	33
2. <i>Introduction de morceaux, développement masticatoire et autonomie alimentaire</i>	35
CHAPITRE 3 : L'ALIMENTATION AU CŒUR DES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT.....	39
1. <i>Rappel sur les interactions précoces</i>	39
2. <i>Focus sur quelques notions psychanalytiques associées à l'alimentation et au développement des relations interpersonnelles</i>	58
3. <i>Les interactions alimentaires « normales »</i>	70
OBJECTIFS ET HYPOTHESES	83
APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE	88
Hypothèse 1 : <i>Définition maternelle du « bien manger » : différenciation enfant-adultes et décalage dans les pratiques</i>	88
Hypothèse 2 : <i>De la notion de plaisir lors de l'alimentation</i>	88
Hypothèse 3 : <i>Introduction de morceaux dans l'alimentation comme source d'anxiété</i>	89
Hypothèse 4 : <i>Expériences alimentaires maternelles et interactions autour de l'alimentation avec leur enfant</i>	89
APPROCHE DÉVELOPPEMENTALE.....	90
Hypothèse 5 : <i>Evaluation de l'aliment par l'enfant, acceptation ou refus</i>	90
Hypothèse 6 : <i>Capacités oro-motrices réelles de l'enfant, facilité à mastiquer et à avaler</i>	91
Hypothèse 7 : <i>Influence des facteurs individuels sur les compétences de l'enfant</i>	91
APPROCHE CLINIQUE	92
Hypothèse 8 : <i>Bébé sain et profil psychopathologique maternel</i>	92
Hypothèse 9 : <i>Interactions alimentaires, anxiété et sensibilité maternelle</i>	92
Hypothèse 10 : <i>Interactions alimentaires et caractéristiques individuelles de la mère et de son bébé</i>	93
Hypothèse 11 : <i>Introduction de morceau et anxiété</i>	93
Hypothèse 12 : <i>Représentations mentales maternelles et qualité d'interactions alimentaires</i>	94
Hypothèse 13 : <i>Comparaison de 2 échelles d'évaluation de la qualité des interactions alimentaires</i>	95
METHODE ET OUTILS	97
PRE-TEST	99
ÉTUDE EXPERIMENTALE	100
1. <i>Sujets</i>	100
2. <i>Protocole</i>	102
3. <i>Matériel et outils en fonction des trois approches</i>	108
TABLEAUX RECAPITULATIFS.....	126
ANALYSES STATISTIQUES	128
RESULTATS	130
APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE : LES MÈRES FACE A L'ALIMENTATION DE LEUR BÉBÉ DE 1 A 2 ANS.....	132
1. <i>Définition du « Bien Manger »</i>	134
2. <i>Les profils des mères</i>	138
APPROCHE DÉVELOPPEMENTALE : INTRODUCTION DE MORCEAUX DANS L'ALIMENTATION ET CAPACITÉS ORO-MOTRICES, DANS LE CONTEXTE DES INTERACTIONS MÈRE-BÉBÉ, INFLUENCES DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES.....	151

1. <i>Evaluation de l'aliment par le bébé, acceptation ou refus</i>	151
2. <i>Capacités oro-motrices réelles du bébé, facilité à mastiquer et à avaler</i>	154
3. <i>Influence des facteurs individuels sur les compétences alimentaires du bébé</i>	156
APPROCHE CLINIQUE : LE BEBE SAIN, SA MERE, ET LEURS INTERACTIONS ALIMENTAIRES	159
1. <i>Description de notre population</i>	159
2. <i>Interactions alimentaires, anxiété et sensibilité maternelles</i>	170
3. <i>Interactions alimentaires et caractéristiques individuelles de la mère et du bébé</i>	179
4. <i>Introduction de morceau et anxiété</i>	190
5. <i>Représentations mentales maternelles et qualité d'interactions alimentaires</i>	195
6. <i>Comparaison des deux échelles d'évaluation de la qualité des interactions alimentaires</i>	200
ETUDES DE CAS	203
1. <i>Mme A : Anxiété et dépression ou comment, malgré tout, apporter le maximum à son enfant</i>	203
2. <i>Mme B : L'image de l'amour inconditionnel maternel</i>	208
3. <i>Mme C : Obésité maternelle et luttes familiales</i>	211
DISCUSSION	217
APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE	219
<i>Hypothèse 1</i>	219
<i>Hypothèse 2</i>	219
<i>Hypothèse 3</i>	219
<i>Hypothèse 4</i>	220
APPROCHE DEVELOPPEMENTALE.....	220
<i>Hypothèse 5</i>	220
<i>Hypothèse 6</i>	221
<i>Hypothèse 7</i>	222
APPROCHE CLINIQUE.....	224
<i>Hypothèse 8</i>	224
<i>Hypothèse 9</i>	225
<i>Hypothèse 10</i>	227
<i>Hypothèse 11</i>	229
<i>Hypothèse 12</i>	231
<i>Hypothèse 13</i>	232
DISCUSSION GLOBALE : DE LA COMPLEXITE DE L'INTERACTION ALIMENTAIRE	233
1. <i>Développement de l'autonomie, conflit dyadique et interactions alimentaires</i>	233
2. <i>Transmission par l'alimentation</i>	234
3. <i>Notion de facteurs de protection</i>	235
4. <i>Pour un modèle intégratif</i>	236
CONCLUSION	239
BIBLIOGRAPHIE	243
ANNEXES	256
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE RECRUTEMENT TELEPHONIQUE	258
ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATIONS	264
ANNEXE 3 : CONSENTEMENT ECLAIRE	272
ANNEXE 4 : AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET DIFFUSION DE VIDEOS ET PHOTOGRAPHIES.....	276
ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN INTEGRAL	280
ANNEXE 6 : DEFINITION DES QUATRE ECHELLES EN 9 POINTS (EN ANGLAIS) UTILISEES POUR L'APPROCHE DEVELOPPEMENTALE	288
ANNEXE 7 : COEFFICIENTS DE CORRELATIONS INTER-JUGES POUR LES DIFFERENTES ECHELLES UTILISEES	294
ANNEXE 8 : TABLE DE CORRELATIONS ENTRE TOUTES LES VARIABLES POUR L'ECHELLE CIB AU REPAS V1	296
ANNEXE 9 : TABLE DE CORRELATIONS ENTRE TOUTES LES VARIABLES POUR L'ECHELLE CIB AU REPAS V2	300
ANNEXE 10 : SCORES AUX ITEMS DE L'ECHELLE DE CHATOOR AUX REPAS V1 ET V2	304
ANNEXE 11 : TABLE DE CORRELATIONS ENTRE TOUTES LES VARIABLES POUR L'ECHELLE DE CHATOOR AU REPAS V1.....	308

ANNEXE 12 : TABLE DE CORRELATIONS ENTRE TOUTES LES VARIABLES POUR L'ECHELLE DE CHATOOR AU REPAS V2.....	312
ANNEXE 13 : CORRELATIONS ENTRE LES ITEMS D'HUMEUR DEPRESSIVE ET D'ANXIETE PARENTALE DE L'ECHELLE CIB ET LES AUTRES SCORES DE QUALITE DES INTERACTIONS ALIMENTAIRES (AU REPAS V1, V2 ET POUR LA DIFFERENCE V2-V1)	316
ANNEXE 14 : TABLEAUX D'ANOVAS POUR L'EFFET DE L'AGE DE L'ENFANT SUR LES DIFFERENTES VARIABLES ET ECHELLES AUX REPAS V1 ET V2.....	324
ANNEXE 15 : CORRELATIONS ENTRE LES SCORES D'ANXIETE, DE SENSIBILITE MATERNELLES AINSI QU'AU GHQ-28 AVEC LES SCORES DE QUALITE DES INTERACTIONS DE L'ECHELLE CIB, SANS LE SUJET « OUTLIER ».....	330
ANNEXE 16 : CORRELATIONS ENTRE LES SCORES D'ANXIETE, DE SENSIBILITE MATERNELLES AINSI QU'AU GHQ-28 AVEC LES SCORES DE QUALITE DES INTERACTIONS DE L'ECHELLE DE CHATOOR, SANS LE SUJET « OUTLIER »	334
ANNEXE 17 : CORRELATIONS ENTRE LA DUREE DU REPAS, LE POURCENTAGE DE REFUS ET LES VARIABLES INDEPENDANTES ET DEPENDANTES AU REPAS V1	338
ANNEXE 18 : TABLEAUX DE T-TESTS POUR LA DIFFERENCE ENTRE LE REPAS V1 ET V2.....	342
ANNEXE 19 : TABLEAUX DES ANOVAS POUR L'EFFET DE L'ALIMENT PRESENTE A L'ENFANT AU REPAS V2 PUIS POUR LA DIFFERENCE V2-V1	346
ANNEXE 20 : TWO-SAMPLE T-TEST POUR EVALUER LES DIFFERENCES SIGNIFICATIVES ENTRE LES PROFILS DE MERES AUX DIFFERENTES DIMENSIONS DE L'ECHELLE SCORS-G.....	352
ANNEXE 21 : CORRELATIONS ENTRE LE PROFIL DES MERES ET LES VARIABLES INDEPENDANTES AU REPAS V1.....	354
ANNEXE 22 : CORRELATIONS ENTRE PROFIL DES MERES ET VARIABLES DEPENDANTES (QUALITE DES INTERACTIONS AU DEUX ECHELLES) AU REPAS V1	356
ANNEXE 23 : CORRELATIONS ENTRE LES DIMENSIONS DE L'ECHELLE SCORS-G ET LES VARIABLES DEPENDANTES (QUALITE DES INTERACTIONS ALIMENTAIRES AUX DEUX ECHELLES)	360
ANNEXE 24 : DONNEES DESCRIPTIVES DES TROIS ETUDES DE CAS	364

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Capacités alimentaires et autres capacités développementales	35
Tableau 2 :	Distribution des sujets pour les entretiens.....	111
Tableau 3 :	Récapitulatif des données recueillies pour chaque dyade.	126
Tableau 4 :	Récapitulatif des analyses effectuées sur les données recueillies	127
Tableau 5 :	Corrélations entre le sexe, l'âge du bébé, sa place dans la fratrie, etc.	133
Tableau 6 :	Déviations standards des tailles maximales moyennes acceptées par les bébés	152
Tableau 7 :	Corrélations entre d'une part, les scores d'acceptation, de facilité à mastiquer et avaler, la confiance du bébé à essayer les morceaux, la confiance maternelle à donner ces morceaux; et d'autre part, l'anxiété maternelle, le niveau de sensibilité maternelle et les scores de développement psychomoteurs du bébé.....	156
Tableau 8 :	Pourcentage de bébés qui mangent seuls en fonction de leur groupe d'âge.	160
Tableau 9 :	Scores aux différentes échelles de Griffiths, de développement psychomoteur	160
Tableau 10 :	Scores aux différentes dimensions de tempérament évaluées par le TTS.....	161
Tableau 11 :	Scores aux différentes dimensions de tempérament évaluées par le TTS dans l'étude de Prior et al. (1987).	162
Tableau 12 :	Anova de l'effet de l'âge du bébé sur les scores au CIB et l'échelle de Chatoor lors du repas V1 (adaptatif)	162
Tableau 13 :	Anova de l'effet de l'âge du bébé sur les scores au CIB et l'échelle de Chatoor lors du repas V2 (test)	164
Tableau 14 :	Moyennes des scores aux différentes dimensions du GHQ-28.....	166
Tableau 15 :	Moyennes des scores aux différentes dimensions du STAI	169
Tableau 16 :	Moyenne, déviation standard, et t-test pour les scores [Anxiété ETAT - Anxiété TRAIT] au questionnaire d'anxiété STAI de Spielberger	169
Tableau 17 :	Moyennes et déviations standards des scores aux items globaux, composites et items alimentaires de la CIB	171
Tableau 18 :	Anova pour l'effet d'âge de l'enfant sur les scores des items alimentaires à l'échelle CIB.	172
Tableau 19 :	Corrélations entre les scores d'anxiété maternelle (état et trait), les scores de sensibilité maternelle, et les scores de qualité des interactions alimentaires (avec la CIB) aux items de l'échelle parentale	174
Tableau 20 :	Corrélations entre les scores d'anxiété maternelle (état et trait), les scores de sensibilité maternelle, et les scores de qualité des interactions alimentaires (avec la CIB) aux items de l'échelle du bébé.....	175
Tableau 21 :	Corrélations entre les scores d'anxiété maternelle (état et trait), les scores de sensibilité maternelle, et les scores de qualité des interactions alimentaires (avec la CIB) aux items de l'échelle dyadique, aux scores composites et aux items alimentaires.....	175

Tableau 22 : Moyennes, déviations standards, minimums et maximums des scores (ajustés en âge et sexe de l'enfant) aux items globaux de l'échelle de Chatoor pour l'ensemble de la population de recherche.	176
Tableau 23 : Moyennes et déviations standards des scores (ajustés en âge et sexe de l'enfant) aux items globaux de l'échelle de Chatoor par âge et normes publiées par Chatoor (1998).	177
Tableau 24 : Corrélations entre les scores d'anxiété maternelle (état et trait), les scores de sensibilité maternelle, et les scores globaux de qualité des interactions alimentaires à l'échelle de Chatoor.	178
Tableau 25 : Durée de repas et pourcentage de refus lors des repas adaptatif et test.	179
Tableau 26 : Corrélations significatives entre la durée du repas (en sec), le pourcentage de cuillères refusées durant le repas, et certaines variables indépendantes.	179
Tableau 27 : Corrélations significatives entre la durée du repas (en sec), le pourcentage de cuillères refusées durant le repas, et les scores de qualité des interactions alimentaires aux items de l'échelle CIB et Chatoor.	182
Tableau 28 : Corrélations significatives l'échelle de langage au Griffiths et les scores de qualité des interactions alimentaires aux items dyadiques et composites de l'échelle CIB.	183
Tableau 29 : Corrélations significatives l'échelle de langage au Griffiths et les scores de qualité des interactions alimentaires aux items dyadiques et composites de l'échelle CIB.	184
Tableau 30 : Corrélations significatives entre les scores de l'échelle de symptômes somatiques au GHQ-28 et les scores de qualité des interactions de l'échelle CIB.	185
Tableau 31 : ANOVA pour l'effet de l'aliment testé sur les scores de qualité des interactions alimentaires lors du repas V2.	192
Tableau 32 : ANOVA pour l'effet de l'aliment testé sur les scores de qualité des interactions alimentaires considérant la différence V2-V1.	193
Tableau 33 : Moyennes et déviations standards aux différentes échelles de la SCORS-G.	195
Tableau 34 : Table des corrélations entre les scores aux dimensions de l'échelle SCORS-G.	198
Tableau 35 : Distribution des profils des mères par âge de l'enfant.	198
Tableau 36 : Table des corrélations entre les scores aux dimensions de l'échelle SCORS-G et la durée du repas (en sec) ainsi que le pourcentage de cuillères refusées.	199
Tableau 37 : Durée des repas et pourcentage de refus du couple Mme A et sa fille lors des deux repas adaptatif et test.	205
Tableau 38 : Durée des repas et pourcentage de refus du couple Mme B et son fils lors des deux repas adaptatif et test.	209
Tableau 39 : Durée des repas et pourcentage de refus du couple Mme C et son fils lors des deux repas adaptatif et test.	212

Liste des figures

Figure 1 :	Traduction française du schéma d'appréhension du développement alimentaire de l'enfant selon Stevenson et Allaire (1991).	86
Figure 2 :	Schéma de notre approche du développement alimentaire de l'enfant.	87
Figure 3 :	Comparatif des tailles de morceaux de carottes, pommes de terre et préparation de viande.	102
Figure 4 :	Plan de la salle d'expérimentation.....	103
Figure 5 :	Plan des caméras.....	105
Figure 6 :	Schématisation du protocole de présentation des tailles de morceaux d'aliment lors du repas test progressif.....	106
Figure 7 :	Exemple de schématisation du protocole de présentation des tailles de morceaux d'aliment lors du repas test randomisé.	107
Figure 8 :	Présentation des deux différentes situations-organisations expérimentales selon le degré d'autonomie du bébé.....	110
Figure 9 :	Tailles maximales acceptées par les bébés selon leur âge et l'aliment testé lors du repas à V2.....	152
Figure 10 :	Pourcentage de refus de manger les morceaux de nourriture à travers les différents repas tests.	153
Figure 11 :	Différences des scores de (a) acceptation par le bébé, (b) durée d'activité en bouche, (c1) facilité à mastiquer et (c2) avaler les morceaux de viande, (d1) confiance à essayer la nourriture et (d2) confiance maternelle à laisser son bébé essayer la nourriture, selon l'âge du bébé et la taille du morceau présenté.....	155
Figure 12 :	Moyennes, par groupe d'âge, aux scores aux items alimentaires de la CIB.	171
Figure 13 :	Moyennes et déviations standards aux différentes échelles de la SCORS-G selon le profil maternel.	196
Figure 14 :	Moyennes et erreurs standards aux différentes échelles de la SCORS-G selon le profil maternel.....	197
Figure 15 :	Scores de qualité des interactions pendant le repas V1 et pendant la séquence de jeux de Mme A et sa fille.	204
Figure 16 :	Scores aux items alimentaires de l'échelle CIB de Mme A et sa fille aux repas V1 et V2.	206
Figure 17 :	Scores de qualité des interactions pendant le repas V1 et pendant la séquence de jeux pour Mme C et son fils.....	212
Figure 18 :	Scores de qualité des interactions à l'échelle CIB de Mme C et son fils aux repas V1 et V2.	213



Introduction

Contexte général et problématique principale

C'est dans le contexte global, mondial, de lutte intensive et massive contre l'obésité et les mauvaises habitudes alimentaires que s'inscrit la présente thèse. En effet, depuis quelques années, tous les regards se tournent vers le nouveau fléau : l'obésité et les troubles alimentaires. De nombreuses recherches sont menées par des scientifiques d'horizons divers sur le développement des préférences, habitudes et comportements alimentaires, dès la plus jeune enfance, et même avant la naissance. Un intérêt tout particulier porte sur tout ce qui touche les troubles alimentaires et de plus en plus chez les enfants en bas âge, soit à visée thérapeutique, soit dans une approche compréhensive. Très peu de travaux par contre font référence en termes d'interactions alimentaires chez des populations tout venantes, « normales » ou saines. Or, l'objet de la Recherche en général étant de faire un aller-retour entre le « normal et l'anormal », nous nous proposons, dans le présent travail, de présenter une étude des interactions alimentaires au sein d'un échantillon de mères ayant un enfant sain, sans difficulté particulière liée à l'alimentation ou la santé.

Or l'étude de ces phénomènes autour de l'alimentation est complexe, principalement car l'objet même qu'est l'aliment revêt une multitude d'aspects à investiguer. Nous estimons qu'entreprendre un travail de compréhension des troubles alimentaires ou bien du développement des comportements alimentaires chez l'enfant doit inclure l'investigation des sphères environnant le sujet central qu'est l'enfant. Pour comprendre ce qui se joue au niveau alimentaire dans les premières années de vie, il faut tenir compte du contexte culturel, social, familial, interactionnel, et développemental (émotionnel et affectif, psychomoteur et cognitif, social) de l'enfant. Ainsi, dans notre étude, pour étudier les interactions alimentaires mère-enfant, l'on doit considérer l'enfant, au moment *m* de son développement global, accompagné de sa mère ; tous deux apportant à leurs interactions les influences relatives à leurs caractéristiques propres, et resitués dans leur contexte culturel.

Nous citerons pour référence Le Barzic (2006)¹ qui dit que : « *Nourrir l'enfant, y prendre du plaisir et chercher à lui en donner, est la première manifestation d'amour des parents pour leur enfant. Pour l'être humain manger est beaucoup plus que se nourrir et la fonction alimentaire humaine poursuit une triple finalité, nutritive, hédonique et symbolique, qui assure simultanément la survie, le destin affectif et l'intégration des mangeurs à la communauté humaine* ».

L'un des objectifs de ce travail de thèse est d'illustrer et d'investiguer en partie cette complexité. En partie seulement car investiguer la totalité mériterait bien davantage de temps et de moyens. Nous entendons ici amener une première pierre à l'édifice. Pour ce faire, nous utilisons une approche multidisciplinaire caractérisée par des problématiques socio-anthropologiques, développementales et cliniques. L'enjeu fondamental de l'étude présentée ici est d'aborder **une clinique de l'interaction mère-enfant appliquée dans le cadre alimentaire**. Nous nous baserons sur les nombreux travaux effectués sur les interactions globales mère-enfant, ainsi que les quelques références traitant des interactions alimentaires « normales ». Notre hypothèse principale en découlant est que, même au sein d'une population de bébés sains, ne présentant pas de problème particulier, les variables

¹ Lors du colloque IFN Institut français pour la nutrition, Paris, 12 décembre 2006, "le plaisir oral est-il nutritionnellement correct ? Le plaisir, ami ou ennemi de notre alimentation ?".

individuelles de la mère et de l'enfant vont influencer la qualité de leurs interactions lors de l'alimentation.

Voilà déjà quelques années, lors de notre cursus universitaire, que nous avons débuté des travaux sur les interactions mère-enfant, principalement sur les techniques et outils d'observation et d'évaluation de la qualité interactionnelle des dyades. A l'époque, nous participions à l'élaboration d'une échelle d'évaluation des interactions mère-enfant dans des contextes de jeux et d'interactions libres. Durant notre participation à l'étude parisienne PILE² nous avons découvert l'échelle de Ruth Feldman (1998), la CIB (Coding Interactive Behavior). Convaincus par la pertinence de cet outil, nous avons décidé par la suite de l'utiliser régulièrement pour l'évaluation des interactions mère-enfant.

Plus tard, à l'occasion d'un travail de recherche au Centre de Recherche Nestlé³, nous avons eu la chance de travailler sur un projet destiné à traiter des capacités de mastication en fonction de la taille de morceaux d'aliments chez des enfants de 1 à 2 ans. Nous avons profité de l'occasion pour proposer d'y ajouter une dimension psychologique et, avec la participation de Sylvie Sanchez, anthropologue ; une dimension socio-anthropologique afin de constituer ce travail de thèse. L'utilisation complémentaire des approches sociologique, anthropologique, développementale et clinique, nous le verrons par la suite, nous a amené à un recueil plus que conséquent de données.

Nous proposons dans ce rapport, dans un premier temps d'exposer brièvement les différents aspects de littérature sur lesquels nous nous sommes basés pour la constitution de notre protocole. L'étendue des concepts dans les diverses approches scientifiques abordées relatifs à l'alimentation et aux interactions mère-enfant est telle que nous avons dû limiter nos propos et sélectionner les références qui vous sont présentées. Suivra l'explication détaillée de notre approche, nos hypothèses ainsi que la méthode et le protocole mis en place pour y répondre. Enfin, nous communiquerons nos résultats, les discuterons et en tirerons les conclusions générales.

² PILE (programme international pour le langage de l'enfant) est dirigé par le Professeur Bernard Golse, chef de service de pédopsychiatrie à l'hôpital Necker-Enfants Malades et Valérie Desjardins psychologue. PILE vise à approfondir les connaissances quant à la construction et à l'émergence de la parole chez l'enfant. Se trouvent particulièrement envisagés les précurseurs corporels et comportementaux de l'accès au langage verbal parmi lesquels pourraient peut-être être détectés des signes de dépistage précoce ou des facteurs de risque des dysphasies et voire des clignotants d'alarme des graves troubles de la communication (dans le champ de l'autisme infantile et des psychoses précoces, par exemple). Diverses populations sont observées : enfants à syndrome de West, mère aveugles, enfants autistes, enfants ayant des troubles oro-moteurs etc. Trois domaines-cibles ont ainsi été retenus : l'analyse structurale des vocalises du bébé, l'étude des mouvements des mains du bébé, l'étude enfin du regard selon le contact avec son parent, tout ceci de manière concomitante et synergique, et sur le fond de l'analyse des interactions parent(s)-bébé et de la prise de parole par l'adulte.

³ Le Centre de Recherche Nestlé est le sponsor de ce travail de thèse.



Revue de Littérature

Avant toute chose, notons que notre objet d'étude est multiple. Il ne s'agit pas de se focaliser sur le bébé, ou la mère, ou l'interaction ou bien encore l'alimentation. Il s'agit dans ce travail de thèse de considérer chaque entité ainsi que l'ensemble qu'elles composent, et enfin leurs liens, influences et corrélations. Nous partons d'une simple question : Que se joue-t-il entre la mère et son enfant autour de l'alimentation ?

Pour appréhender cela, nous proposons de situer notre étude dans différents contextes, en passant par diverses définitions et approches scientifiques. Nous devons aborder de façon parfois superficielle les concepts relatifs à notre objet d'étude, car dans un souci exploratoire et multidisciplinaire, nous évoquerons souvent les notions présentées comme pistes de recherche potentielles.

Or pour s'intéresser aux interactions alimentaires, il faut tout d'abord définir certains termes, à commencer par l'**aliment**, la **nourriture** et l'**alimentation**.

L'**aliment**, du latin *alimentum*, de *alere*, est ce qui se mange, mais aussi et surtout ce qui sert à entretenir la vie.

La **nourriture** quant à elle, dérivée du verbe nourrir, venant du latin *nutrire*, a pour action de sustenter, servir d'aliment. Mais l'on peut également définir la nourriture comme un objet ayant pour fin d'instruire, élever, produire et entretenir. On entend d'ailleurs dans le langage commun l'usage d'expressions telles que « nourriture pour l'âme », ou encore « nourrir l'imagination ».

Ainsi nous voyons dans ces termes très communément utilisés dans la langue française, qu'ils recouvrent tous deux la qualité de ce qui se mange et entretient la vie, la santé.

L'**alimentation**, définie comme l'acte de manger, est caractérisée communément comme ayant trois objectifs : nutritionnel, sensoriel et affectif (ou social).

En tout premier lieu, s'alimenter est indispensable à la survie car cela apporte l'énergie et les nutriments nécessaires au fonctionnement du corps. D'autre part, l'alimentation participe à la gestion de nos émotions et de nos sensations. On entend par émotions les humeurs et affects, et par sensations, le désir ou le plaisir. Enfin, l'alimentation permet de resserrer les liens entre individus d'un même groupe social.

Nous allons nous efforcer d'aborder et développer ces différentes composantes de la définition « classique⁴ » de l'alimentation dans ce premier chapitre.

Commençons par citer Rigaud, qui en 2005 dit que « l'homme est programmé pour manger, mais la manière dont il le fait est en grande partie apprise ».

En effet, l'homme est « programmé » par l'ensemble des signaux qui le conduisent à la sensation de faim puis de rassasiement, à l'ensemble des fonctions métaboliques qui suivent l'ingestion. Par exemple, selon Rigaud (2005) le bébé mange à sa faim sans l'avoir appris. Mais très vite, le bébé apprend à manger. Il le fait, comme l'adulte, au fil de l'expérience par apprentissages personnels mais aussi familiaux. Cet apprentissage se fait autant consciemment qu'inconsciemment.

⁴ On entend ici par classique le fait que cette définition soit celle trouvée dans le dictionnaire.

L'homme, au fil de sa vie, selon ses expériences et son apprentissage, va développer des pensées et des émotions vis-à-vis de l'alimentation. Celles-ci peuvent d'ailleurs parfois être contradictoires. Nous en parlerons plus loin dans notre revue de littérature.

Les études anthropologiques approfondies concernant les systèmes alimentaires rappellent le rôle envahissant de la nourriture dans la vie humaine. Manger est sûrement l'activité humaine la plus essentielle, et avec laquelle une grande partie de la vie sociale est impliquée (Mintz et al. 2002).

L'effet des grands changements de société sur les habitudes alimentaires, et vice versa, sont d'un intérêt croissant pour les scientifiques. Nous allons exposer ci-après comment l'alimentation, s'inscrit dans la vie de l'Homme en tant qu'être pétri de culture.

Chapitre 1 : L'alimentation au cœur de la culture

L'Homme se définit selon plusieurs composantes, nous exposerons ici les suivantes : l'individu et son corps, la société (l'autre et les autres), et enfin la culture. Notre objet d'étude n'est pas la culture elle-même, mais l'alimentation et sa place dans la dyade mère-enfant dans une culture donnée, d'où la nécessité, à notre sens d'aborder les notions qui suivront.

1. Rapport individu-alimentation : aspects nutritionnels de l'alimentation et rapport au corps

Le corps est une machine qui consomme de l'énergie, cette énergie est apportée par la nourriture, ainsi manger est principalement un acte mécanique et chimique. Le comportement alimentaire quant à lui se définit comme la sélection et la consommation des substances qui correspondent aux besoins du corps. Au fil de l'expérience, nous apprenons à faire le lien entre les substances absorbées, leur goût, leur flaveur etc. et leur action sur notre corps. Ainsi, faire l'expérience de boire un verre d'eau lorsque l'on a très soif et constater l'effet de rafraîchissement et désaltération sur le corps va laisser une trace consciente (« je n'ai plus soif après avoir bu un verre d'eau ») et inconsciente (le corps va se réhydrater et la sensation de soif va disparaître) du rapport aliment ingéré/action sur le corps.

De même, lorsque l'on fait l'expérience d'un aliment qui nous rend malade, il est fort probable que notre corps garde la trace significative de cet aliment comme étant un « danger potentiel ». Cela se traduit au niveau corporel et comportemental par le dégoût pour l'un ou plusieurs aspects de l'aliment (ex : odeur, couleur, texture...) ainsi que le rejet ou évitement de cet aliment dans l'alimentation quotidienne.

Or, lorsque l'on parle de perceptions (corporelles, comme de façon générale), nous devons aussi considérer les variations d'ordre social pouvant les caractériser.

Le **rapport au corps**, inhérent au rapport à l'alimentation, varie selon les sociétés et les époques. Comme l'explique Detrez (2002), le corps est « une construction sociale dépendante du temps et de l'espace ». Pendant de nombreuses années, le corps a été considéré comme un « donné naturel ». Puis dès les premiers travaux de sociologie traitant du corps, le corps est perçu comme le « produit d'une construction », comme « un objet social, un objet de société et un objet culturel ».

Selon Defrance (1994) « L'on est (ainsi) passé d'un corps muet, morcelé, corps-objet à un corps parlant, global, corps-sujet ».

Ainsi, nos corps et la représentation que l'on en a, sont soumis à l'influence de l'évolution historique, les conditions économiques et structurelles de la société et du monde. Nous en exposerons ci-après quelques illustrations.

Par exemple au Moyen-âge les rondeurs étaient bien considérées car elles symbolisaient et représentaient la santé et la prospérité. Pour atteindre ces rondeurs idéales, la nourriture était un bien des plus précieux, d'autant plus qu'il était rare. Etre enrobé était signe d'aisance financière, permettant de résister plus facilement aux nombreuses famines ainsi qu'éventuellement, aux différentes maladies et virus décimant les populations les plus faibles. Cet idéal va s'effacer petit à petit au début du 20ème siècle pour laisser place durant les

années trente puis dans les années soixante à quatre-vingts à de nouveaux modèles. La minceur va devenir de plus en plus incontournable dans nos sociétés occidentales. C'est essentiellement du fait de l'abondance alimentaire que l'on voit ce changement apparaître. Les populations ne craignent plus les famines et ont de moins en moins le souci de stocker de la nourriture en prévision des temps durs. A contrario, les gens vont consommer de plus en plus, au-delà de leurs réels besoins. La nourriture n'est plus le seul et unique critère de richesse et de réussite sociale, ainsi le corps rond et charnu n'est plus signe extérieur de richesse. Manger à sa faim devient pour beaucoup un acquis, c'est normal. Les valeurs s'inversent et l'obésité, le corps « généreux » rime alors avec pauvreté et laisser-aller. Tout se passe comme si seuls les plus démunis restaient encore accrochés aux valeurs en vigueur lorsque régnait la pénurie (Apfeldorfer, 1994). Dans les années 30, les femmes doivent désormais être minces.

L'apparition des congés payés et, consécutivement, le développement des loisirs et des vacances, vont favoriser un phénomène de valorisation du corps. Les normes corporelles sont redéfinies par rapport à un corps dénudé, montré, affirmé sur les plages par exemple.

Puis la fin des années 60 sonne la contestation de l'ordre établi ainsi qu'une revendication contre une société aliénante. Donnons-en pour exemple l'année 1968 où les femmes jetant leur soutien gorge, assument et revendiquent leur féminité. Cependant, comme le dit Detrez (2002) cette contestation de la société ne va pas déboucher sur un nouveau projet commun, elle va plutôt, selon Travaillot (1998), faire "apparaître de nouvelles techniques corporelles sur le marché. Le but de toutes ces pratiques est d'aider, grâce à un travail sur le corps, les individus névrosés par la société à retrouver normalité et santé" (Travaillot, 1998).

Le corps prend alors une place prépondérante dans la vie de chacun. On assiste à un repli des gens sur leur sphère individuelle, renforçant l'attention qu'ils vont prêter à leur corps. Le corps devient le « lieu de l'identité personnelle » (Detrez, 2002). Les médias renforcent cette conception, et l'on voit apparaître des mannequins incarnant ce nouvel idéal de minceur. On bannit les rondeurs, le rapport au corps subit de profondes transformations.

Dans les années 70, les préoccupations quant à la bonne constitution des aliments grandissent. On contrôle ce que l'on consomme, les médias « alertent », « recommandent », « préviennent »... Les premiers mouvements écologiques apparaissent, on oppose naturel et artificiel.

Dans les années 80, la notion d'énergie est centrale. On ne veut pas être mince pour être mince mais on est mince car on est « en forme », « bien dans son corps » et dans sa tête. On doit être mince et sportif, dynamique, sûr de soi. Et cela devient la nouvelle norme socialement partagée. Au niveau alimentaire, on recherche les aliments dynamisant, les vitamines, etc. On renonce au plaisir sensoriel de la nourriture, on privilégie son aspect thérapeutique ou énergisant. Les surgelés apparaissent, les fast-foods, les traiteurs... tout est prêt à consommer, on ne perd pas de temps à cuisiner. La vie n'est plus rythmée par le rite alimentaire mais c'est l'alimentation qui se plie au rythme de la vie.

L'alimentaire devient alors un sujet de société, le régime devient une philosophie de vie et les préoccupations alimentaires ont évolué. Il faut écouter son corps : il nous parle et nous dit comment il va, comment rester en bonne santé (Defrance, 1994).

Pour avoir cette image, ce corps, l'impératif devient de faire du sport, et se muscler. Il est donc possible d'affirmer avec Durkheim, que, "pour distinguer un individu d'un autre, il faut un acteur d'individuation, c'est le corps qui va ici jouer ce rôle." (cf Durkheim 1912, p. 386). Par l'intermédiaire de son corps, l'individu va se caractériser, montrer son identité. Ainsi être gros, qui auparavant était signe de richesse et envié par tous, signifie alors négligence, laisser-aller, manque de raffinement. L'Homme catégorise, différencie, traite autrui en fonction de son image, de son corps, de son allure. Malgré les proverbes tels que "l'habit ne fait pas le moine", ces manières de catégoriser sont très profondément ancrées dans nos habitudes et nous ne pouvons nous en défaire ni facilement, ni rapidement.

Le milieu médical quant à lui, conseille fortement les activités physiques pour être en forme et lutter contre les risques de maladie. Pratiquer une activité physique n'est plus seulement pour avoir une belle apparence, mais aussi pour prendre soin de sa santé. Ces messages de la médecine ont été repris par les médias qui deviennent de plus en plus présents dans la vie quotidienne des individus. Si bien que les comportements de chacun seront définis selon les informations, conseils, avertissements transmis par les médias. Cette médiatisation pose de nombreux problèmes de société. Les personnes ne correspondant pas aux critères de beauté actuels sont stigmatisées : les jeunes filles trop enrobées, les garçons qui manquent de muscles.

Depuis les années 90, sur fond de crise économique, doute et anxiété règnent. On est témoin d'un retour aux valeurs morales, au sentiment de la famille, du terroir, des traditions⁵. On valorise le caractère expressif de la personne avec l'émotion comme gage de vérité et d'authenticité. Au niveau alimentaire, le respect des cycles naturels semble important, on privilégie la consommation de fruits de saison etc. On cultive le goût du vrai, on crée ou retrouve des manières de préparer les aliments pour en conserver les bienfaits et leur intégrité. Les valeurs de santé sont toujours primordiales. Au niveau de la représentation de l'idéal du corps, notre société est devenue "lipophobe" (Fischler, 1990). On ne doit être que beau, jeune, mince et musclé. On rejette les corps qui s'écartent de cet idéal, si bien que chacun veut absolument ressembler aux canons de la beauté moderne, même s'ils sont inaccessibles à la plupart des gens⁶. Ainsi les individus s'imposent un idéal de minceur, avec l'encouragement des médias et des organismes médicaux qui prônent la minceur pour être en bonne santé. Certain(e)s vont même tout faire pour parvenir à leurs fins (régimes, chirurgie, drogues...), jusqu'à mettre leur santé en péril. Comme le dit Detrez (2002) « ainsi, paradoxalement, le corps parfait est celui qui n'existe pas ».

C'est généralement au nom de la santé que la valeur morale attribuée à la minceur et au régime est justifiée. Et c'est en cela que les gens vont plus facilement écouter le corps médical et légitimer ainsi leur conseil de la minceur idéal. Dans la réalité c'est autre chose, de nombreuses recherches montrent que c'est lorsqu'on dépasse légèrement son poids idéal que l'on est en meilleure forme et que ce sont les plus maigres qui ont les taux de mortalité les plus élevés. D'autres études dénoncent les effets néfastes des régimes, finalement plus dangereux qu'un excès pondéral, sauf obésité morbide (Nemeroff, 1994).

⁵ Comme à chaque fois qu'une crise est déclarée, il y a un retour des mêmes valeurs, malgré un contenu différent correspondant à l'époque (Moerdijk-Bonnain).

⁶ Selon Fischler (1990) seulement 5% de la population féminine des Etats-Unis de 20 à 29 ans pourrait prétendre avoir la taille et être aussi mince que les prétendantes aux concours de beauté.

Enfin, l'accès au savoir sur la santé entre autres dans tous les médias place les individus devant une multitude d'informations, parfois contradictoires, dont ils ne savent que faire, cela renvoie à la « cacophonie » alimentaire⁷ déjà dénoncée par Fischler (1990). Ainsi les individus s'approprient certains savoirs et adaptent leurs pratiques à partir de ces discours. Ils se forment leur propre représentation de ce qu'il est bon de faire ou non en matière d'alimentation. Au passage, nous pouvons nous demander à quel point les organismes médicaux ont une influence sur les mères d'enfants en bas âge, et si les normes et valeurs prônées pour les adultes le sont aussi pour l'alimentation des bébés ?

Aujourd'hui, on se dirige vers une individuation, le milieu médical/scientifique tout comme la population générale, s'intéresse aux aliments qui guérissent. On cherche à se guérir ou à prévenir les maladies par l'alimentation, par le naturel.

Comme nous en avons déjà parlé dans l'introduction générale de ce travail, l'obésité, problème de santé publique actuel, pèse sur l'intérêt porté et les mesures appliquées par le milieu médical autant que la population globale. Le taux croissant d'obésité chez l'adulte et chez l'enfant pose de réelles questions quant au phénomène d'apparition et de transmission (au-delà du génétique) de comportements alimentaires inadaptés. Nous nous intéresserons plus loin à ce phénomène de transmission mère-enfant, ainsi qu'aux craintes réelles ou non des mères à propos du risque d'obésité. En attendant, intéressons-nous à l'alimentation comme objet et moyen du lien social.

2. Manger comme acte fondateur d'identité individuelle et de groupe

Ces questions sociologiques et anthropologiques ne font pas l'objet de notre étude et nous ne rentrerons donc pas dans le détail mais poserons tout de même ci-après quelques références et définitions intéressantes et susceptibles d'enrichir nos propos.

Manger, est un acte fondateur d'identité individuelle, cela implique que manger construit l'individu, la personne. En cela, nous nous référons au principe d'incorporation comme énoncé par Fischler et partagé, bien que défini différemment par la psychanalyse (nous verrons cela plus loin dans cette revue théorique). Fischler (1990) évoque dans son ouvrage « l'omnivore », l'incorporation comme « l'acte faisant franchir à l'aliment la frontière entre le monde et notre corps, le dehors et le dedans. » Incorporer un aliment c'est incorporer tout ou partie de ses propriétés : « nous devenons ce que nous mangeons ». Ainsi l'on peut dire que l'incorporation fonde l'identité. Fischler insiste sur le fait que cette incorporation est aussi bien physique (on absorbe et fait sien les nutriments) qu'imaginaire (il cite Frazer, 1890, qui avait noté que les primitifs, en mangeant la chair d'un animal ou d'un homme qu'ils ont vaincu, ingèrent et font leurs autant les qualités physiques que morales et intellectuelles de ces derniers).

Enfin Fischler conclut que « cette représentation de l'incorporation semble en fait traduire une caractéristique essentielle du rapport de l'homme à son corps. C'est elle qui

⁷ Fischler (1995) parle des mangeurs qui ont l'impression de vivre dans une cacophonie diététique, une confusion des prescriptions et de mises en garde dans laquelle ils ne parviennent pas, ou difficilement, à se retrouver.

semble fonder la tentative, constante dans la plupart des cultures, de maîtriser le corps et, à travers lui, l'esprit, la personne tout entière, donc l'identité. »

De même, l'incorporation peut être fondatrice de l'identité collective, de l'altérité. Les hommes marquent leur appartenance à une culture par la spécificité de leurs coutumes alimentaires et donc de la différence par rapport aux autres cultures. Avant d'être absorbée, la nourriture est donnée et acceptée. En cela, elle est fondatrice de toute société. Accepter ce don de nourriture c'est accepter l'autre et de nouer des liens avec lui. Selon Apfeldorfer (1994) « refuser le partage c'est rejeter l'autre », ceci est vrai au niveau des groupes (de culture à culture : goûter la nourriture de l'autre est un premier pas vers la rencontre) et l'est bien plus encore lorsqu'on en vient à la relation mère-enfant. Un des premiers terrains d'affrontement, de contestation, d'affirmation n'est-il pas, pour le bébé, celui des repas offerts par sa mère ? Comme nous le verrons plus loin dans cette revue théorique, la scène alimentaire est lieu privilégié de remise en cause de l'autorité et des règles admises.

Fischler dit à propos de la fondation d'identité de groupe que : « les systèmes culinaires contribuent ainsi à donner un sens à l'homme et à l'univers, en situant l'un par rapport à l'autre dans une continuité et une contiguïté globales. [...] Le principe d'incorporation entraîne en effet clairement cette conséquence, particulièrement importante dans la période contemporaine : si nous ne savons pas ce que nous mangeons, ne devient-il pas difficile de savoir, non seulement ce que nous allons devenir, mais aussi ce que nous sommes ? »

Fischler expose ici toute l'importance de l'alimentation et de l'acte alimentaire pour l'homme. Il ne s'agit pas que de se nourrir pour vivre physiquement, mais aussi pour se construire et appartenir à un groupe, s'identifier en tant qu'individu propre et comme individu au sein d'un groupe.

Et lorsque nous parlons de manger comme son groupe d'appartenance, sa culture, ou sa famille, on évoque alors le phénomène de transmission, de partage des règles. Pour Régnier (2006) qui cite les travaux de Coulon (1998) l'alimentation est un support de l'identité des groupes sociaux. Par exemple, la cuisine et les goûts renvoient à une représentation du groupe social auquel le mangeur appartient. Le repas de famille et la tradition culinaire, que l'on s'échange de mère en fille, ou de grand-mère en petite-fille, est une bonne illustration de ce rapport entre famille, individu et alimentation. Poulain (2002) dit d'ailleurs que « l'acte alimentaire se déroule toujours selon les protocoles imposés par la société », La société guide le choix des produits, de leur préparation, de leur association pour en faire des plats, de l'horaire auquel on mange etc. Pour Boutaud (2004) le partage alimentaire s'organise autour de la table. Par son pouvoir de mise en scène des aliments, dans son huis clos, la table condense toute la gamme des interactions humaines. Enfin, Fischler (2006, lors du colloque IFN) ajoute que la commensalité, c'est-à-dire le fait, littéralement, de partager la même table et donc ce qu'elle porte, selon une perception particulièrement fréquente en France, est facteur de civilisation. Hors d'elle, on tomberait vite dans une certaine a-socialité sinon une « sauvagerie ».

Selon Lahlou (1995) « Apprentissage, alimentation, sociabilité sont liées de façon étroite depuis la nuit des temps, et constituent une sorte de noyau dur des cultures humaines, et probablement des cultures des animaux sociaux en général ». L'auteur en conclut que c'est la raison pour laquelle l'étude de l'alimentation est multidisciplinaire, faisant référence à la biologie, la psychologie, l'anthropologie, la neurophysiologie etc. Ainsi l'on doit s'attendre

lors de l'étude des représentations de l'alimentation, à tomber non seulement sur un fait social total mais sur des mécanismes psychologiques plus généraux. Fischler (1990, p 69) dira que « les classifications, les pratiques, et les représentations qui caractérisent une cuisine incorporent l'individu au groupe, situent l'ensemble par rapport à l'univers, et l'y incorporent à son tour : elles possèdent donc une dimension fondamentalement et proprement religieuse, au sens étymologique du terme, au sens de re-ligare, relier. Elles participent en effet, dans les représentations des hommes, du lien fondamental entre moi et monde, individu et société, microcosme et macrocosme. Les systèmes culinaires contribuent ainsi à donner un sens à l'homme et à l'univers, en situant l'un par rapport à l'autre dans une continuité et une contiguïté globales. »

En conclusion de ce point, il nous est paru important dans notre analyse portant sur les interactions alimentaires mère-enfant, de considérer que ces dyades rencontrées lors de l'étude expérimentale, s'inscrivent dans leur histoire familiale, sociale et culturelle propre. Comme nous le verrons plus loin, nous avons fait passer des entretiens à des mères de familles, d'enfants de 12 à 24 mois, et de ces entretiens nous souhaitons faire ressortir comment leurs représentations et pratiques sont envisagées et influencées en fonction de cette histoire personnelle, familiale, sociale et culturelle (culture française).

Nous développerons ci-après, très brièvement, les tendances actuelles du comportement alimentaire dans la société et culture française.

3. Tendances actuelles du comportement alimentaire

D'une part, la situation actuelle des comportements alimentaires s'inscrit dans l'évolution que nous avons exposée ci-précédemment. L'industrialisation de la nourriture lors de la seconde moitié du 20^{ème} siècle va éveiller des tensions dans le rapport du mangeur contemporain à son alimentation. L'aliment est produit partout, par tous les moyens, on y ajoute des produits inconnus (colorants, conservateurs) qui laissent les consommateurs interrogatifs. Ils se retrouvent face à une immense variété de produits, mais ne sachant pas lesquels consommer, lesquels sont bons, de quoi ils sont faits. Les consommateurs actuels sont à la fois séduits et perplexes face à la diversité et à l'opulence des produits alimentaires et angoissent quant à savoir ce qui se cache dans leur assiette.

D'autre part, un autre problème actuel se pose : la progression de la consommation de masse modifie considérablement nos comportements alimentaires. Ce qu'on appelle la junk food⁸, l'alimentation prête à consommer, les repas individuels vite-faits ou mangés sur le pouce sont de plus en plus fréquents. Les repas en famille ont-ils été oubliés ? Où sont passées les normes qui dictaient nos prises alimentaires jusqu'alors ? Le rôle et la signification de l'alimentation dans la société changent petit à petit.

Les mangeurs se retrouvent face à un paradoxe : tout d'abord, ils vivent dans une société de consommation qui les incite à surconsommer, notamment la nourriture, mais qui en même

⁸ La « junk food » regroupe tous les aliments que l'on peut trouver dans les restaurants rapides comme le McDonald's, aliments prêts à consommer, aux valeurs nutritionnelles improbables. E. Rozin (1995) parlera de cette nourriture de fastfood comme d « une cuisine de l'abondance, conçue dans un foyer pluriethnique mais dépouillée de tout particularisme culturel et élaborée jusqu'à atteindre le dénominateur commun de l'humanité. »

temps prône le corps « idéal » comme référence sociale. Ainsi si le mangeur résiste à l'appel à la consommation, il s'expose à un sentiment de frustration, alors que s'il succombe, il s'expose alors à un sentiment de culpabilité (désirabilité sociale) et sera alors interrogatif quant à ce qu'il consomme car il connaît les effets négatifs de la surconsommation.

De plus, les consommateurs sont submergés par les flux d'informations contradictoires issus des médias et les professionnels de santé. Faire un choix devient difficile, comme le disent si bien Rigaud et al. (2005), « entre peurs et plaisir, entre affects, cognition et sensations olfacto-gustatives ». La relation à l'aliment, les préoccupations alimentaires sont devenues centrales dans la vie des individus et, par là-même, des chercheurs de divers horizons. Nous citerons pour exemples 3 études récentes effectuées par des équipes de chercheurs français et/ou américains.

Rigaud et al. (2005) ont mis en place une étude sur la construction d'un questionnaire permettant de mieux appréhender les pensées et sentiments autour de l'alimentation, sur des aspects à la fois cognitifs (ex : « c'est diététique », « c'est gras » etc...), sensoriels (ex : « c'est bon ») et affectifs (ex : « ça m'angoisse », « ça me rend triste »...). Ils ont ensuite (Rigaud et al. 2006) proposé ce questionnaire à un échantillon de dijonnais et on noté entre autre que l'aspect santé et la peur de grossir sont des préoccupations importantes pour un certain nombre des répondants. Ce qui rappelle le problème évoqué plus haut de la signification irrationnelle de l'alimentation pour certaines personnes face aux messages médiatiques.

Une autre étude, intitulée *nutrinet*⁹ lancée en mars 2009, est une étude (française) de cohorte réalisée sur une large population d'internautes (500 000 participants) suivie pendant une période d'au moins 5 ans pour étudier les relations nutrition-santé. Pendant 5 ans, les participants doivent remplir des questionnaires de base chaque année. L'objectif général de cette étude est de mieux évaluer les relations entre la nutrition et la santé et de comprendre les déterminants des comportements alimentaires. Les relations entre les apports alimentaires, l'activité physique, l'état nutritionnel et la santé ainsi que tous les grands problèmes de santé sont étudiés, entre autre l'obésité, le diabète, etc. Le but de cette étude est d'identifier des facteurs de risque ou de protection liés à la nutrition pour ces maladies, étape indispensable pour établir des recommandations nutritionnelles permettant de prévenir le risque de maladies et d'améliorer la qualité de la santé de la population actuelle et des générations futures.

Au mois de novembre 2009 environ 100 000 internautes se sont inscrits. Les premiers résultats montrent que les comportements alimentaires et l'état nutritionnel sont fortement influencés par le niveau d'éducation générale et de connaissance nutritionnelle, les facteurs culturels, l'offre alimentaire et le niveau socio-économique. L'image idéale de minceur, véhiculée par les médias et le monde de la mode, est sans doute un élément explicatif du nombre important de femmes, notamment de corpulence normale, se trouvant trop grosses et surtout souhaitant maigrir (1 femme sur 3 de poids normal se trouve trop grosse et 2 sur 3 voudraient peser moins).

Cette étude s'achèvera en 2014, elle sera une grande source d'informations sur les comportements alimentaires des français à notre époque.

⁹ Site internet de l'étude : <https://www.etude-nutrinet-sante.fr/fr/common/actualites.aspx>

En ce qui concerne notre étude, nous nous demandons si les mères de famille sont également confrontées à cette « cacophonie » quant aux choix alimentaires pour leurs enfants, mais également si leurs représentations de l'alimentation vont différer s'il s'agit de leur propre alimentation d'adulte ou bien s'il s'agit de l'alimentation de leur enfant ? L'analyse des représentations maternelles, tant au niveau de l'enfant, du corps, de l'alimentation, etc. inscrites dans le milieu culturel français va nous apporter beaucoup d'éléments susceptibles de nous aider à mieux comprendre la complexité des interactions alimentaires.

Pour finir sur ce premier chapitre, citons Apfeldorfer (1994), qui résume en quelques phrases l'ensemble des points que nous avons abordés jusque là : « *Manger c'est un acte carrefour entre le biologique et le psychologique, l'individu et la société, l'humain et l'inhumain. Manger est le lieu de toutes les peurs, de toutes les angoisses, de toutes les révoltes. Peurs fondamentales de se perdre soi-même, d'être envahi et transformé par l'autre, peur d'être le jouet de processus biologiques impossibles à maîtriser, peurs ayant trait aux rapports que tout individu entretient avec la société dont il fait partie et qui font craindre tout à la fois d'être englobé, dévoré par le corps social, et d'être rejeté par les autres, privé d'amour.* »

Conclusion du chapitre 1: l'Homme et l'alimentation sont définis comme des objets complexes. L'Homme, dans sa relation à l'alimentation, est un **animal bio-culturel**, pétri de culture mais également soumis à des nécessités biologiques.

Notre intérêt dans ce travail de thèse sera de mettre en évidence cette complexité, tout du moins en partie, dans l'exploration des représentations maternelles, dans une culture donnée (française) et d'en extraire les liens avec les pratiques alimentaires actuelles appliquées à leurs bébés.

Dans ce contexte social, culturel, comment se développent les goûts, préférences et comportements alimentaires pendant l'enfance ?

Chapitre 2 : L'alimentation au cœur du développement : du fœtus au bébé

Afin de resituer la période d'alimentation à laquelle notre étude s'intéresse, nous exposerons brièvement les récentes connaissances et découvertes concernant le développement des comportements alimentaires chez le bébé.

1. Développement des goûts, préférences, comportements et habitudes alimentaires

Le sens du goût et de l'olfaction sont les deux sens les plus archaïques, ils mobilisent des zones primitives du cerveau. Ils sont anatomiquement et physiologiquement inséparables de nos affects ainsi que de notre mémoire. Ainsi, à toute sensation gustative est associée, de façon automatique, une réaction affective du plaisir ou du déplaisir qui lui confère une coloration émotionnelle particulière. De même, toute sensation olfacto-gustative nous évoque irrémédiablement d'autres mets que nous avons goûtés dans le passé, dans d'autres situations¹⁰. Le fait de goûter et de humer met en marche notre mémoire et, surtout, nous fait vivre et revivre des émotions.

Les odeurs de la cuisine maternelle gardent pour chacun un pouvoir d'évocation, elles éveillent une certaine nostalgie très caractéristique. Le souvenir sensoriel, affectif reste mais il est hélas impossible de retrouver l'exacte copie du goût ou de l'odeur dont on se souvient.

Pour rappel, comme nous l'avons déjà abordé dans le premier chapitre, le développement alimentaire du bébé tient en 2 pôles principaux : la stimulation sensorielle et l'apprentissage par expérience. Ton-Nu (1996) trace le large panel des différents facteurs contribuant à ces 2 pôles et, par la même, à l'élaboration des goûts alimentaires. Il y aurait 3 sources principales : le facteur socioculturel, les facteurs individuels et psychologiques, et le facteur biologique. Nous avons pour objectif de traiter des composantes issues des deux premiers points dans notre étude.

La prime enfance et même la période prénatale, sont des périodes-clé dans la formation des comportements alimentaires. Nicklaus & Monnery-Patris (2003) évoquent les expériences pré-, néo- et post-natales¹¹ pour expliquer ce fait. Déjà lors de la grossesse, les arômes des aliments passent la barrière placentaire et imprègnent le liquide amniotique et sont susceptibles de modifier la réactivité à ces odeurs chez les nouveaux nés. Dès la période intra-utérine, le fœtus « élabore des *avant-goûts* de ce à quoi il sera exposé » (Schaal et al. 2008).

Ensuite, les expériences vécues lors de l'allaitement, au lait maternel ou artificiel, mettent en place les liens d'association entre l'ingestion de l'aliment, les variations de cet aliment, la satisfaction sensorielle procurée, la personne qui dispense l'alimentation etc. Ces expériences vont avoir des conséquences sur les préférences¹² ultérieures du bébé. Tout

¹⁰ Pensons à la fameuse madeleine de Proust : le gâteau, trempé dans une tasse de thé, devient brusquement déclencheur non du simple souvenir, mais du fait de revivre quelques instants une scène de son enfance.

¹¹ De nombreuses études ont porté et portent encore sur ces 3 temps distincts mais liés du développement du bébé : durant la grossesse, aux premiers instants de vie extra-utérine et enfin durant la petite enfance.

¹² On entend par préférences alimentaires les processus d'acceptation et de choix alimentaires.

comme le liquide amniotique, le lait maternel s'imprègne en fonction de ce que la mère va ingérer et par la suite le bébé va être exposé à ces saveurs¹³ lors de la tétée. Le lait maternel est source de variété chimio sensorielle permettant beaucoup d'expériences au bébé, de même pour la qualité et les différents arômes utilisés dans les laits artificiels (Mennella & Beauchamp, 2002). Dans une étude récente, il a été montré que l'allaitement au sein associé à une introduction de variété lors de sevrage augmentent l'acceptation de nouveaux aliments par les bébés (Maier et al. 2008). Cette étude comparait notamment les effets des modèles allemand et français d'introduction des goûts lors de la diversification alimentaire sur l'acceptation ultérieure de nouveaux goûts. Le modèle allemand correspond à une diversification minimum avec seulement 1 ou 2 goûts proposés au bébé durant le premier mois d'alimentation. Le modèle français correspond à une diversification « extrême » (1 goût différent par jour). Ici nous pouvons également nous questionner sur l'influence du facteur culturel et même sur la contrainte qu'il évoque au niveau de la méthode d'alimentation qui est inscrite dans les habitudes maternelles, mais au delà de cela, nous remarquons que le modèle français repéré dans cette étude reflète bien la définition du « Bien Manger » à la française telle que définie par Lahlou et dont nous avons parlé précédemment. Ce modèle suivrait donc l'idée d'ouverture aussi tôt que possible pour le bébé à l'appréciation de la variété, de la nouveauté et de la découverte de goûts et textures.

Mellier et al. (2008) proposent pour modèle permettant d'étudier le développement des comportements alimentaires, les nouveaux nés prématurés. En effet, l'immaturité de ces bébés permet de comprendre les événements les plus précoces de la formation des comportements alimentaires. Dans leur article, les auteurs présentent comment les comportements alimentaires vont se modifier par l'influence de la maturation des systèmes biologiques. Ils rappellent qu'avant de pouvoir ingérer le lait, le bébé prématuré doit atteindre des capacités et une maturation suffisantes pour ne pas s'épuiser, être capable de sucer, déglutir et respirer, de garder et digérer l'aliment. Cela suggère à notre sens que le bébé ne peut atteindre une nouvelle capacité que lorsqu'il en a les substrats physiologiques, neurologiques et biologiques. Cela peut paraître trivial mais nous pouvons être surpris par le nombre de parents qui finalement vont, par exemple, décider de sevrer leur enfant alors que celui-ci ne montre pas de signe de besoin de changement. Ils vont parfois être confrontés à de violents refus alimentaires et conflits lors des repas.

Il est aussi suggéré que la période de la naissance à 6 mois est une fenêtre d'apprentissage des nouvelles saveurs. Puis, arrive l'étape cruciale de sevrage ou « diversification », passage de l'alimentation exclusivement lactée vers une alimentation comprenant des aliments solides. La période des 6 à 24 mois semble, d'après nombre d'études (Birch, 1999; Leathwood & Maier, 2005; Schaal, 2005, 2006), être une période « sensible »¹⁴ où l'acceptation d'aliments nouveaux est facilitée. Plus tard apparaît une restriction du répertoire alimentaire et les comportements de **néophobie**¹⁵ en particulier entre 24 et 48 mois.

¹³ On entend par saveur l'ensemble des sensations perçues lors du flairage ou de la mise en bouche de l'aliment, à savoir les sensations rétro-olfactives, gustatives et trigéminales. Ces sensations sont le résultat de stimuli générés par une multitude de composés organiques.

¹⁴ On entend par période sensible : une période durant laquelle un stimulus spécifique doit être appliqué pour produire une action particulière ou déterminer l'apparition de réponses données. Par exemple : exposer le bébé au plus de saveurs possibles afin qu'il les consomme ultérieurement.

¹⁵ On entend par néophobie un comportement d'aversion, de rejet pour tous les goûts nouveaux.

Pour notre étude, nous avons eu l'occasion d'observer des bébés de 12 à 24 mois, période durant laquelle l'on introduit communément divers goûts, textures et notamment des aliments en morceaux. C'est également, pour les plus âgés, une période où les bébés vont restreindre leur répertoire alimentaire et ainsi démontrer davantage d'opposition aux parents lors des repas. Nous exposons ci-dessous les connaissances scientifiques actuelles concernant l'introduction de morceaux dans l'alimentation des bébés.

2. Introduction de morceaux, développement masticatoire et autonomie alimentaire

Commençons par aborder le développement des capacités alimentaires remises dans le contexte du développement global du bébé lors des 3 premières années de vie (cf **Tableau 1** tiré de Ramsay, 2001, ci-dessous).

Capacités	0-2/3 mois	3-6/7 mois	7-10/11 mois	11-15/16 mois	16-24 mois et plus
Alimentation (motricité orale)	tête	suce/mord	mâche	mastique	mastique bien
Texture des aliments (réactivité sensorielle)	liquide	purée	grumeaux	haché en morceaux	nourriture de table
Instruments	sein/biberon	cuillère	tasse/doigts	mange seul	fourchette
Langage	gazouille	babille	sons détachés	mots détachés	mots associés
Motricité fine	agite les doigts	saisit/retient	transporte	relâche/lance	griffonne
Motricité globale	soulève la tête	se tourne	s'assoit seul	se tient debout/marche	court/saute

Tableau 1 : Capacités alimentaires et autres capacités développementales selon l'âge du bébé (tableau tiré de Ramsay, 2001).

On constate qu'avant 1 an, le bébé s'alimente exclusivement de nourriture liquide, tête, suce et mord, gazouille et babille, et apprend à se tenir assis. Ensuite, entre 1 an et 3 ans, le bébé va développer toutes les compétences qui vont le faire devenir un « petit homme » de par son acquisition de la mastication, conjuguée avec la capacité à se nourrir seul à la cuillère, à marcher et à parler.

Il est intéressant de noter que d'autres auteurs comme Stevenson (1991) font à peu près la même distinction entre les 12-18 mois et les 18-24 mois, accentuant ainsi la période des 18 mois comme étant une phase charnière dans le développement des capacités masticatoires et d'avalement. Autour de 18 mois, alors que le bébé acquiert son autonomie alimentaire (mange seul avec cuillère ou fourchette) et se rapproche du régime adulte, se fait le passage vers des habilités oro-motrices quasi matures.

Concernant le développement de l'autonomie du bébé, il semblerait qu'un retard au niveau du développement moteur grossier, fin ou oro-moteur puisse avoir un impact négatif sur l'apprentissage de l'autonomie alimentaire (Carruth & Skinner 2002).

En conclusion de ces informations développementales, nous nous attendons à ce que les bébés entre 1 et 2 ans manifestent des comportements très différents au niveau alimentaire et que cela aura une influence sur leurs interactions avec leurs parents. Nous aurons l'occasion de vérifier cela lors de nos analyses de repas filmés.

On peut même penser que l'introduction de morceaux de texture ou de taille différente constitue une étape importante durant cette période de la vie du bébé car manger des morceaux de plus en plus durs c'est se rapprocher d'une alimentation d'adulte. Ici se jouent beaucoup de choses autour du désir d'autonomie du bébé que nous aborderons plus tard dans cette revue théorique. Manger comme l'adulte c'est bien sûr manger la même nourriture, être capable de mâcher les mêmes textures et associer les mêmes saveurs, mais c'est aussi et surtout interagir différemment que le « simple » rituel alimentaire d'avec la mère. C'est ce que suggèrent les connaissances sur l'introduction de textures et de tailles diverses dans l'alimentation du bébé. Beaucoup de changements, d'apprentissages, tant gustatifs, alimentaires, physiologiques que sociaux sont à l'œuvre durant cette période des 3 premières années de vie du bébé.

D'après des études antérieures, nous savons qu'il y a une grande variabilité dans l'âge d'introduction des morceaux dans l'alimentation des bébés (avant 6 mois jusqu'à après 10 mois, Northstone et al. 2001). Certains auteurs ont observé qu'une introduction tardive (après 9 mois) d'une alimentation solide avec morceaux pourrait être à l'origine de difficultés alimentaires ultérieures (Northstone et al. 2001). D'après cette étude, dans la population générale anglaise, pour 70% des bébés, les morceaux sont introduits pour la première fois entre 6 et 9 mois. D'après Bocquet et al. (2003), en France, le bébé peut commencer à manger des morceaux de légumes, fruits, fromage entre 9 et 12 mois. Nous voyons déjà que les recommandations et les pratiques sont diverses selon les pays.

Selon certaines études, les bébés préfèrent une texture molle et facile à manipuler en bouche plutôt que la texture plus difficile à mâcher mais il n'y a pas une très grande variabilité entre les bébés. Les données suggèrent que les bébés qui ont expérimenté différentes textures et différents aliments acceptent les textures les plus complexes plus facilement. Et l'acceptation de textures complexes va de pair avec d'autres comportements alimentaires. Cela souligne l'importance de donner aux bébés des opportunités étendues de tester différentes textures comme c'est également le cas pour saveurs et odeurs. Ceci peut faciliter la transition d'un régime exclusivement liquide à un régime alimentaire adulte (Blossfeld et al. 2007).

Dans notre étude nous ferons tester différentes tailles de morceaux d'aliments à des enfants de 12 à 24 mois, quelle que soit leur expérience au préalable avec des morceaux. Trois types d'aliments, aux textures, formes et tailles différentes seront présentés à trois groupes d'enfants. Nous pensons que les aliments de texture plus dure et de taille plus élevée seront davantage problématiques pour les enfants et que cela s'illustrera non seulement par des comportements de refus et/ou de difficulté, mais aussi par une modification de la qualité de leurs interactions avec leur mère.

De plus, comme Arvedson (2006) l'expose que le développement de comportements alimentaires indépendants et socialement adaptés commence dès la naissance et se complète tout au long des premières années de l'enfance. Les capacités orales sensorimotrices progressent donc avec le développement neurologique général, l'acquisition du contrôle musculaire incluant la posture et le tonus, les capacités psychosociales, la cognition et le langage. Afin d'accompagner au mieux le développement des habilités masticatoires du jeune enfant, nous souhaitons donc étudier ici le lien entre les propriétés des aliments (ici la taille) et le développement oro-moteur mais aussi le développement psychomoteur global des bébés (dans notre étude, développement général typique, normal).

Très peu d'études ont été conduites à propos de l'acceptation de la texture et de tailles de morceaux dans l'alimentation du bébé. Stevenson et al. (1991) relèvent à quel point le développement des capacités alimentaires est complexe, « influencé par de multiples facteurs anatomiques, neurophysiologiques, environnementaux, sociaux et culturels ». D'un point de vue mécanique, certains auteurs (Archambault et al. 1990, Green et al. 1997 and Gisel et al. 1988) ont investigué l'activité cérébrale, l'activation musculaire et les cycles de mastication chez le bébé. Archambault et al. (1990) ont montré par exemple que les structures neuronales du cerveau qui dirigent la fonction oromotrice est « plastique » jusqu'à l'âge de 2 ans, ce qui implique que les deux premières années de vie sont une période sensible pour le développement oromoteur. Gisel (1988) considère qu'une fois que le temps mis par le bébé pour mâcher un morceau de nourriture reste constant à travers un groupe d'âge donné, la maturité pour cette texture spécifique est atteinte (pour la purée, la maturité semble être atteinte à 10 mois). Le même auteur a montré plus tard qu'avec l'âge, il y a une augmentation de l'efficacité alimentaire et une diminution de la durée de mastication ainsi qu'une augmentation de la durée de mastication pour les aliments à textures les plus dures (Gisel, 1991). Notre étude, inspirée de ces résultats, explore les effets de l'âge et de la taille de morceaux d'aliments sur l'acceptation et la mastication de morceaux par des bébés âgés de 12 à 24 mois. Nous choisissons de suivre une démarche moins mécanique qu'Archambault et al. (1990) ou Green et al. (1997) qui ont étudié l'activité musculaire et cérébrale, et nous nous focaliserons sur l'observation de comportements signifiants à quel point les bébés sont à l'aise pour mastiquer et avaler des morceaux d'aliments de tailles données.

Il est important de noter que le moment auquel les mères vont introduire des textures d'aliments plus dures dans l'alimentation de leur enfant est lié au comportement alimentaire ultérieur de ce dernier. Northstone et al. (2001) et Coulthard et al. (2009) ont pu observer que les bébés qui se sont vus proposer des aliments « grumeleux » après leur neuvième mois avaient souvent des difficultés alimentaires plus tard. Malheureusement, il n'est pas clair si cette introduction tardive de nouvelle texture a causé les difficultés ultérieures ou au contraire si ce sont des difficultés préexistantes qui ont causé un retard de l'introduction. L'inter-variabilité élevée en termes d'acceptation de textures d'aliments comme le montre Blossfeld et al. (2007) suggère davantage d'investigation sur ce sujet. Ici notre intérêt sera de comparer la confiance du bébé à tester une nouvelle taille de morceau d'aliment avec sa capacité réelle à la mastiquer, faisant ainsi extension de la notion de « willingness to try new food pieces »¹⁶ décrite comme étant un facteur positif lié à l'acceptation de carottes hachées (Blossfeld et al. 2007).

¹⁶ Traduit « désir d'essayer la nourriture »

Conclusion du chapitre 2: Le petit d'Homme, bien qu'il naisse avec toute une batterie de capacités sensorielles, va acquérir durant ses premières années de vie une expertise alimentaire grâce à la combinaison d'apprentissages sensoriels, sociaux et psychologiques.

En combinant 3 études de disciplines complémentaires (socio-anthropologique, développementale et psychologie clinique), notre étude tentera de donner des informations sur la manière dont ces divers apprentissages s'articulent autour de l'alimentation du bébé.

Le bébé, depuis sa naissance, et durant tout son apprentissage alimentaire, est accompagné par sa mère. Notre prochain chapitre développera l'aspect interactionnel de l'alimentation du bébé.

Chapitre 3 : L'alimentation au cœur des interactions mère-enfant

Comment doit-on appréhender les interactions alimentaires mère-enfant ? La scène alimentaire se produit quotidiennement, au moins toutes les 4h après la naissance du bébé lors de l'allaitement, puis 3 ou 4 fois par jour lorsque le bébé se calque sur le rythme alimentaire adulte. L'alimentation est donc un cadre particulièrement privilégié pour observer les interactions entre la mère et son enfant. Il nous semble logique par ailleurs de resituer le contexte théorique des interactions précoces globales mère-enfant avant d'entreprendre l'étude des interactions à proprement alimentaires.

1. Rappel sur les interactions précoces

Pour avoir une vision large et plus complète, nous nous proposons de survoler l'évolution du statut de l'enfant, sa représentation depuis l'Antiquité à nos jours. En effet, l'enfant n'a pas toujours été considéré de la même façon selon les époques et cela joue sans aucun doute sur la façon dont les adultes le traitent et interagissent avec.

1.1. La représentation de l'enfant

Pendant longtemps, l'enfant a été considéré comme un être passif, sans vie psychique, subissant les influences de son environnement et centré essentiellement sur son activité d'alimentation. « Enfant », qui vient du latin « infans » (in, privatif, et fari, parler), signifie chez les Romains « celui qui ne parle pas », ce qui illustre très bien la place de l'enfant sous l'Antiquité, relégué alors au statut de « non citoyen ». L'éducation à cette époque applique donc une logique de dressage des enfants, considérant ces derniers comme des êtres dénués de réflexion, de logique ou encore d'intelligence propre. Ils apparaissent avec un esprit vide.

Au contraire, au Moyen Age, le bébé est considéré comme un petit homme. Aucune distinction ne sépare l'enfant et l'adulte. Aucune tranche d'âge n'existe. Le bébé ne bénéficie pas par conséquent de protection ou de droit spécifique. Il n'est que rarement séparé des mœurs et activités des adultes et rentre très rapidement dans le monde du travail. Représentant l'enfant comme résultat du péché originel de ses parents, la Chrétienté renforce l'image de l'enfant comme étant celle d'un être non réfléchi, petit diable sans intelligence et d'instinct mauvais. Il est alors l'équivalent d'un objet. Respect et soumission sont exigés de l'enfant.

C'est à partir du XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècle que l'enfant commence à avoir un statut à part entière. L'apparition de la conception de la famille bourgeoise centrée sur le foyer autant matériel qu'affectif où le nourrisson tient une place centrale, change profondément le regard porté sur le bébé et les comportements des adultes envers celui-ci. Mais la révolution industrielle et le développement du capitalisme transforment l'enfant en une main d'œuvre docile et exploitable. Les enfants se retrouvent exploités dans les mines, les forges, les ateliers et les fabriques. Ce n'est qu'au milieu du XIX^{ème} siècle qu'apparaît une réelle prise de conscience, donnant naissance à une première législation de protection de l'enfant au travail. L'apparition simultanée d'une préoccupation éducative étatique, pédagogique et cléricale associée à la baisse de la mortalité infantile grâce aux progrès des sciences de la médecine permet une évolution considérable du statut de l'enfant. Le XX^{ème} siècle sera ensuite le siècle des droits de l'enfant.

Seule Mélanie KLEIN, dans les années 1930, à partir des psychanalyses effectuées avec les jeunes bébés, avait proposé une conception du développement qui considérait que le nourrisson et le jeune enfant avaient une vie psychique et relationnelle propre. Ainsi, c'est à partir des années 50 que le bébé va être « reconsidéré ». Comme le souligne Golse (2006), l'on passe du nourrisson, celui que l'on nourrit, au bébé, être actif, dynamique et à orientation sociale.

Comme l'explique Zeitoun (2007) c'est l'historien Philippe Ariès, qui fut le premier à s'intéresser à l'enfant et à son changement de statut. Selon lui, si les adultes considéraient si peu le bébé auparavant, c'est principalement en lien avec le taux de mortalité élevé ne leur permettant pas de s'attacher aux nouveaux nés. Puis grâce à la médecine et à la science, et principalement par l'avènement de la contraception puis de l'explosion des connaissances sur l'intelligence et les capacités des bébés dès la naissance (voir avant la naissance), l'attention portée à l'enfance décuple et selon Ariès, les adultes auraient alors inventé « le sentiment de l'enfance ». Selon De Singly (2007), « le bébé n'est pas qu'un enfant », son statut a changé au cours des dernières décennies, ce qui suscite craintes et incompréhensions. On parle d'enfant roi, d'enfant chef de famille (cf titre du dernier ouvrage de Daniel Marcelli), privé de son enfance, entouré d'une autorité floue, et d'une confusion des générations.

Il y aurait une tendance actuelle à reconnaître le bébé comme une personne et le considérer comme un adulte. Nos sociétés contemporaines occidentales se centrent sur un concept d'individualisation, et cela tend à toucher de plus en plus les bébés. Le bébé se retrouve à être petit, oui, mais aussi un individu comme les autres, qui doit être traité avec respect. Les sociologues ont isolé deux périodes dans la dernière partie de l'histoire de l'individualisme. De la fin du XIX^e siècle au milieu des années 1960, où la qualité de l'obéissance est centrale, le bébé est soumis à une autorité qui a pour but de lui apprendre à obéir à la raison (l'éducation prime). La seconde modernité, à partir des années 1960 jusqu'à aujourd'hui, marquée par le développement de la culture jeune, traduit l'importance d'un monde du bébé, reconnu par les adultes, et sur lequel ces derniers ont peu de légitimité à intervenir. L'important n'est pas de s'aligner sur ce qui est commun à tous mais de développer ce qui est propre à chacun. Dans le cadre d'une éducation fondée sur le principe de « devenir ce que l'on est », les adultes ne peuvent pas se limiter à imposer, à transmettre; ils doivent aussi créer les conditions pour que le bébé puisse, sans attendre d'être « grand », découvrir par lui-même ce qu'il peut être.

L'enfant a changé d'identité non pas parce que les adultes s'inclineraient devant l'enfant roi, mais parce que tout individu, jeune ou non, est « roi » dans une société individualiste. Ce terme « roi » renvoie à l'idée d'autonomie. Cela revient à poser que les parents ne peuvent savoir, par définition, en tant que parents, toujours mieux que leur enfant ce qui constitue son « intérêt », son « bien ». C'est particulièrement vrai vers l'âge de 10-12 ans, quand l'enfant rentre dans un temps décisif de l'individualisation.

Ainsi posé le cadre représentationnel actuel du bébé, cela nous aidera sans doute à comprendre ce que les mères de notre étude pourront exprimer quand à leurs interactions avec leur enfant.

Pierrehumbert, dans son ouvrage « le premier lien » (2003), en observant ces transitions dans les représentations du bébé au travers les siècles, fait le constat que nos capacités d'observation sont culturellement surdéterminées et que ceci est particulièrement

net concernant l'histoire de la famille. L'auteur fait l'hypothèse que la préoccupation contemporaine concernant l'observation des bébés, et l'intérêt soudain à la naissance de l'amour parental, particulièrement maternel, est liée à l'individualisation que produit la contraception, car le bébé peut, ou même doit, désormais être désiré. Ce n'est plus seulement une volonté de Dieu qu'une femme ait un enfant, le bébé vient au monde parce qu'on le désire. Cet enfant devient alors le centre de toutes les attentions. Ainsi, il est observé, filmé, étudié, irait-on jusqu'à dire *disséqué* ?

Cette curiosité pour le monde du bébé, du petit d'homme, de l'aube de la vie psychique et émotionnelle, inclut l'étude des interactions qu'il a avec son environnement. Les toutes premières interactions vécues par le bébé le sont avec ses parents, sa mère, premier objet « autre », première figure d'attachement et surtout source indispensable de nourriture autant au niveau nutritionnel qu'affectif. Nous exposerons ci-après un ensemble de notions relatives aux interactions précoces.

1.2. Les interactions précoces

Tout d'abord, qu'est ce qu'une **interaction** ? Quelle définition première revêt ce terme ? Nous avons pu constater, en feuilletant le vieux dictionnaire familial Larousse Universel datant de 1922, que ce terme n'existait pas à l'époque. L'interaction est donc un mot récemment instauré dans la langue française.

Si l'on s'intéresse à son étymologie, l'interaction est composé de « inter », entre, et « action », la manifestation d'une énergie. Ainsi l'interaction entre 2 êtres serait la manifestation d'énergies propres à chacun et entre chacun des partenaires.

La définition actuelle de l'interaction, comme le cite le Larousse Universel est la suivante : Réaction réciproque de deux phénomènes l'un sur l'autre. Action réciproque qu'exercent l'un sur l'autre deux ou plusieurs systèmes physiques.

Une interaction se décompose en plusieurs séquences, échanges, tours de parole etc. Les interactions précoces recouvrent donc l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires.

Depuis les travaux de Mélanie Klein, dans les années 30, où enfin le jeune enfant est considéré comme ayant une vie psychique et relationnelle propre, les relations précoces mère-bébé sont de plus en plus considérées comme un processus bidirectionnel, dynamique, réciproque, où le bébé n'est pas seulement soumis aux influences de son entourage mais est aussi et surtout, à l'origine de modifications de celui-ci. En 1943 Winnicott affirme devant ses collègues britanniques qu'« un bébé ça n'existe pas » sans une mère qui lui donne des soins. Avec cette affirmation, Winnicott ne considère également plus l'individu comme une unité mais comme un ensemble environnement-individu, ce qu'il appellera le couple nourricier.

On ne parle plus d'influence de la mère d'une part et du bébé d'autre part, mais on parle des influences mutuelles entre mère et bébé, au travers du temps, de façon continue. Il s'agit

d'un continuum d'échanges mutuels et réciproques. Nous aborderons dans ce travail des notions issues de la psychanalyse et de la théorie de l'attachement¹⁷.

On distingue communément 3 niveaux dans l'interaction : les interactions comportementales, les interactions affectives, et les interactions fantasmatiques (Lebovici et al. 1989).

1.2.1. Les interactions comportementales

Également nommées interactions réelles, les interactions comportementales concernent la manière dont le comportement du bébé et celui de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre.

Ces interactions directement observables entre la mère et son bébé se situent dans différents registres, dont trois principaux : corporel, visuel, vocal. Nous expliquons brièvement ces 3 registres ci-après.

1.2.1.1. Les interactions corporelles

Elles concernent la façon dont le bébé est tenu, porté, manipulé et touché. Winnicott (1975) parle de *holding physique* et de *holding psychique*, c'est-à-dire comme la mère porte son bébé dans sa tête au niveau de ses représentations psychiques. Il décrit aussi le *handling*, la manière dont le bébé est traité, manipulé par la mère.

Un ensemble de jeux corporels va s'organiser entre la mère et son bébé. Ajuriaguerra (1970) parle de « *dialogue tonique* » permettant des ajustements corporels interactifs entre le bébé et sa mère. Il y a ainsi une véritable interaction entre les postures des partenaires et donc entre le tonus musculaire de chacun d'eux. Détente corporelle globale ou partielle, raidissement localisé ou généralisé peuvent affecter l'un et/ou l'autre partenaire. Les contacts peau à peau constituent une modalité interactive souvent intimement liée au dialogue tonique. Dès les minutes suivant l'accouchement, on observe fréquemment la mère toucher le corps de son nouveau-né, d'abord du bout des doigts, puis, après quelques minutes, le caresser avec l'ensemble de la main. Quelques semaines plus tard, les contacts peau à peau s'enrichissent, à certains moments, d'un caractère ludique.

1.2.1.2. Les interactions visuelles

Elles concernent le *dialogue œil à œil*, appelé également *la rencontre des regards* ou *regard mutuel* qui représente l'un des modes privilégiés de communication entre le bébé et la mère induisant des affects chez cette dernière.

Winnicott a introduit la notion de « *miroir* » : « la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit ». Le regard est un organisateur qui fonde la première relation d'objet.

Au cours de l'alimentation, au sein ou au biberon, les nourrissons, dès la deuxième semaine, fixent le visage de leur mère pendant une fraction significative de la tétée. Le regard de la mère vers le bébé semble encore augmenter sa tendance à la regarder.

¹⁷ Bowlby (1969, 1982), caractérise le lien précoce entre mère et enfant par l'attachement et affirme qu'il repose sur des fondements biologiques. En outre, l'attachement jouit de propriétés motivationnelles (qui pousse à agir) comparables mais indépendantes de la satisfaction des besoins de boire, de manger ou des besoins sexuels (Bowlby, 1980). En fait c'est l'attachement qui a, en réalité, la fonction de fournir une base sécurisante à le bébé.

L'orientation du regard est un indice des compétences précoces et un témoignage des connaissances du bébé sur le monde. C'est aussi un indice de sa capacité à comprendre les signaux de communication émis par son interlocuteur, à lui attribuer des intentions, à lire les expressions émotionnelles et à émettre des signaux de demande, de refus, d'engagement ou de rupture de la communication.

Mellier (2001) rappelle que des études focalisées sur les jeux dyadiques ont montré l'importance de l'échange de sourires et de regards mutuels dans la communication émotionnelle. Ces jeux de face à face sont privilégiés jusqu'à 4 mois environ, puisque alors l'attention visuelle du bébé vers les objets l'emporte sur l'attention visuelle portée aux personnes. D'autre part, Mellier indique que les études menées par Fogel (1992) ont montré que la position couchée ou inclinée prédispose le bébé à regarder sa mère alors que la position relevée entraîne davantage de regards orientés ailleurs. Il note également qu'à 4 mois apparaît le regard de l'objet accompagné par la mère.

C'est à partir de 6 mois que l'on voit apparaître l'« attention partagée » à proprement parler. Vers 12 mois, cette co-orientation du regard devient systématique. L'attention conjointe montre que le bébé prend en compte l'orientation du visage de l'adulte pour porter son attention visuelle en modifiant l'axe de son regard. Jusqu'à 12 mois la majorité des bébés regarde le visage de l'adulte et/ou son doigt tendu lors du pointage d'un objet alors qu'ils co-orientent aisément le regard s'il n'est pas doublé du pointage.

Dans notre étude, les enfants ayant entre 12 et 24 mois, nous nous attendons à ce que la capacité d'attention conjointe soit présente chez tous.

De son côté, Boysson-Bardies (1999) soutient que le regard est une composante essentielle de la communication non verbale. La recherche de contact avec les yeux engage et maintient un lien de communication très fort qui non seulement suscite des relations affectives mais organise la temporalité des échanges. La mère, pour essayer d'établir le contact avec son bébé, va le chercher avec son regard et tenter d'accrocher le sien. Ce lien est tout d'abord assez fragile et intermittent entre la mère et le bébé mais quand il s'établit, il permet de capter et retenir l'attention du bébé. Ce comportement de recherche du regard semble très inscrit dans la nature humaine car on retrouve des processus analogues chez le bébé né aveugle qui tourne le visage et le garde fixé vers la voix de sa mère qui l'appelle.

Enfin, Lebovici et al. (1983) rappelle que dans de nombreuses études, les mères confessent avoir eu le sentiment d'être mère le jour où elles et leur bébé se sont regardés mutuellement dans les yeux. Le regard est intimement lié au sourire car il donne à la mère le sentiment que ses efforts sont reconnus par le bébé. Le regard mutuel est également caractérisé par son aspect affectif, il peut refléter tout un climat émotionnel notamment à travers l'expression du visage de la mère. Le regard mutuel a également pour fonction de faciliter la constitution d'une image de soi du nourrisson, distincte et différenciée de celle de sa mère. Le visage de la mère, et singulièrement ses yeux, pourrait servir à favoriser chez le nourrisson l'élaboration de l'image de son soi et à intégrer en un même ensemble unifié des expériences affectives diverses et initialement non liées les unes aux autres. Le visage maternel, au contraire, est le lieu unique et entier où peuvent s'intégrer en un même espace, des états affectifs différents et peut être au début relativement dissociés les uns des autres. L'observation directe des dyades montre bien des changements qui affectent les visages de

chacun en fonction des modifications survenant chez l'autre. Devant un bébé satisfait, la mimique de la mère est souvent détendue et joyeuse, s'il pleure, elle a une mimique inquiète, soucieuse. Il se produit ainsi une sorte de modulation permanente du visage de la mère en fonction de ce qu'elle perçoit chez le bébé, de telle sorte qu'elle tend à lui communiquer ce qu'elle a perçu de son état affectif.

Les projections parentales sont nombreuses autour de la naissance du bébé. Elles peuvent être source de fantasmes positifs ou négatifs. Les images internes négatives réactivées par le bébé et ses caractéristiques singulières feraient obstacle à l'échange de regards décrit par Winnicott (1975) et repris par la formule de Serge Lebovici du « bébé qui voit sa mère en train de le regarder ». Les images internes présentent alors un écran aux perceptions des images externes de la réalité. L'évitement du regard chez le bébé lui permet d'éviter la rencontre avec un regard maternel effrayé et angoissé car c'est le bébé qui réactualise une scène traumatique chez sa mère. Le bébé perçoit en regardant sa mère les émotions et affects liés à ses représentations internes.

1.2.1.3. Les interactions vocales

Elles constituent un mode privilégié de communication qui traduit des besoins et des affects chez le bébé permettant d'exprimer ses désirs. Les cris et les pleurs sont le premier langage du nourrisson. La voix donne un tempo à l'interaction qui va permettre au bébé d'anticiper et de s'organiser. Les interactions vocales sont importantes pour l'harmonisation de la relation. Pour Bowlby (1984), les interactions vocales jouent un rôle important dans l'attachement, comme une sorte de « *cordon ombilical acoustique* ». La parole est utilisée par les mères souvent dès les premiers instants de leur relation avec leur bébé. A cette période néonatale, la motricité des bébés paraît parfois entraînée par la parole de la mère et synchronisée avec elle.

Le « *baby-talk* » (parler-bébé) revient souvent dans les interactions de jeu banal avec les bébés surtout d'environ 6 mois. La conception de l'acquisition du langage a été profondément modifiée par la prise en compte des processus d'interaction parents-nourrisson. Aujourd'hui, l'apprentissage du langage est considéré comme étant en partie celui du dialogue. Pour Bruner (1974-1975), l'acquisition du langage est fondamentalement basée sur les processus d'interaction mère-nourrisson. Selon cet auteur, la mère et le bébé sont dès la naissance engagés dans des « *tâches réalisées conjointement* » : allaitement, jeu, exploration d'un objet, etc. Avec le temps, la structure de ces tâches s'enrichit d'une série de conventions qui impliquent les deux partenaires et qui pourrait modeler celle de la grammaire initiale.

La qualité des échanges mère-bébé (pauvreté ou richesse) apparaissent dans les activités de la vie quotidienne qui rythment la journée du bébé : les soins, les repas, les temps de jeux. En fonction de l'ajustement entre la mère et le bébé, l'interaction sera harmonieuse ou disharmonieuse. Les ajustements se situent au niveau de la perception des signaux, leur déchiffrement et l'adéquation de la réponse de chacun des partenaires.

Dans le cadre de notre étude, nous avons entrepris une analyse de la qualité des comportements du bébé et de sa mère durant les repas. Nous avons tenté de détecter dans le contexte alimentaire, à quel point le regard, les vocalisations et le contact physique sont utilisés comme moyen de communication émotionnel par la mère et le bébé, et particulièrement lorsque ce dernier est en situation de difficulté.

1.2.2. Les interactions affectives

Elles concernent le *climat émotionnel ou affectif* des interactions, le vécu agréable ou déplaisant de la communication. Il s'agit des influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Stern (1987) parle d'*accordage affectif* ou *harmonisation affective* entre la mère et le bébé. Les affects constituent l'objet même de la communication dans le « jeu mère-nourrisson », surtout pendant les premières semaines et premiers mois. La tonalité affective globale des échanges entre les partenaires de l'interaction permet de dégager des sentiments de plaisir, bien-être, tristesse, ennui, indifférence, insécurité, excitation, voire de la haine... Le bébé et la mère vont s'imiter mutuellement, s'accorder dans leurs vie émotionnelle respective et partagée. Il est important de noter qu'il ne s'agit pas d'une simple imitation du comportement, mais d'un accordage transmodal, utilisant l'étendue des médias possibles (visuel, vocal, toucher...).

Selon Stern, les conduites d'accordage peuvent être observées dès les premières interactions mère-nourrisson. Mais c'est vers 9 mois environ que l'accordage affectif est pleinement développé, car c'est vers cet âge que les bébés « découvrent qu'ils ont une psyché et que d'autres personnes ont des psychés séparées ».

Dans notre étude, nous utiliserons des échelles d'évaluation de la qualité des interactions alimentaires, permettant de mettre en relief cette capacité d'accordage affectif, et entre autres, de sensibilité des mères.

1.2.3. Les interactions fantasmatiques

Outre l'interaction réelle qui s'exprime à travers des comportements objectifs, il faut prendre en compte la qualité de la relation d'objet et des investissements qui la sous-tendent. C'est ce qu'on entend par interactions fantasmatiques.

La notion d'interaction fantasmatique a été étudiée par Kreisser, Cramer (1981) et Lebovici et al. (1983). Ils prennent en compte l'influence réciproque du déroulement de la *vie psychique* de la mère et de celle de son bébé, aussi bien dans leurs aspects imaginaires, conscients, que fantasmatiques, inconscients. L'interaction fantasmatique va donner sens à l'interaction comportementale. Les fantasmes rendent compte des modalités d'investissement des objets par les pulsions ou les désirs. Ils sous-tendent toutes les relations.

Chez les adultes, la proximité d'un bébé, sa présence dans les bras par exemple, semble réactiver la vie imaginaire et fantasmatique ; la mère parle aisément de son enfant imaginaire. Le bébé, à peine conçu, est l'objet d'un « mandat familial qui peut confirmer les vertus ou réparer les drames » Lebovici et al. (1983). Les confrontations entre ce bébé des rêveries et celui de la réalité sont l'occasion d'un deuil.

On peut hésiter à parler de vie fantasmatique chez le très jeune enfant et pourtant il dispose très tôt d'un système de représentations mentales. Grâce à l'excitation des zones érogènes le bébé peut « halluciner » la satisfaction et imaginer le plaisir qui vient de l'objet qu'il se représente. « Les soins maternels et leurs vicissitudes sont pourvoyeurs de fantasmes chez le bébé » Lebovici et al. (1983).

Pour Lebovici et al. (1983), il s'agit d'approfondir la connaissance de l'interaction mère-nourrisson et notamment de la dimension inconsciente de cette interaction. La relation mère/enfant présente un caractère fantasmatique. Le bébé va donner à sa mère une puissance imaginaire, il la ressent comme protectrice et totalement nourricière, mais cette relation a pour revers des angoisses. D'une part, la mère peut se révéler menaçante, agressive par ses sautes d'humeur, et d'autre part, de par sa relation d'appropriation buccale à l'égard de celle-ci (il veut manger le sein de sa mère, son visage, ses mains) il sent le risque de la détruire ou de se faire dévorer lui-même par l'amour de sa mère. La première angoisse est donc celle de la mère dévoratrice, et plus généralement la crainte d'avoir envie de détruire ce que l'on aime. C'est lorsqu'il prend conscience de tout cela que l'on voit apparaître des comportements de rejet de la mère tels que les coups de pieds, les morsures, et il passe du bébé passif au bébé actif, qui explore, s'assoit, prend, lâche... Dans cette relation d'amour fusionnel, on distingue la bonne mère qui est la source de tous les plaisirs sensoriels, la mère généreuse et la mauvaise mère qui est celle qui abandonne, tue, dévore. Le nourrisson sent ces deux mères imaginaires en lui et en dehors de lui. Le bébé, s'il veut rester le bon objet de sa mère, doit être sage et propre. Ceci porte atteinte à son désir de vivre. Le bébé mauvais objet d'une mauvaise mère se sent habité par quelque chose de mauvais.

Ces quelques considérations nous portent au questionnement suivant : dans le cadre de l'alimentation, comment se jouent ces intérêts de « bons ou mauvais » entre mère et enfant ? Dans notre étude, nous avons entrepris des entretiens avec certaines mères qui, bien que n'ayant pas été structurés en vue de sonder les fantasmes maternels, nous permettront d'aborder les représentations maternelles de leurs interactions avec leur enfant.

De même, un certain nombre de notions issues de la théorie de l'attachement (1969) nous sont essentiels. Nous les aborderons dans le point suivant.

1.2.4. Eclairage par la théorie de l'attachement

D'après la théorie de Bowlby (1969), à partir des expériences quotidiennes des soins maternels, d'exploration, de recherche de proximité ou d'absence de soins maternels, le bébé se construit un modèle de représentations intériorisées (« internal working models ») de l'environnement, de sa figure d'attachement principale et de lui-même.

Un modèle de représentations intériorisées se construit à partir des interactions quotidiennes qu'un enfant entretient, d'abord avec sa mère, puis avec les autres personnes significatives qui gravitent autour de lui. Ainsi le bébé se construit un modèle constitué de représentations internes de ce que sont les relations sociales en général et de ce qu'il peut s'attendre d'un lien affectif particulier.

Daniel Stern (1987) écrit d'ailleurs que les relations interpersonnelles entre mères et enfant sont d'une importance cruciale car elles constituent l'expérience qui régira les relations entre le bébé et autrui.

Idéalement, le bébé se construit un modèle flexible et sécurisant qu'il généralise aux relations subséquentes. Un modèle de représentations intériorisées efficace permet au jeune enfant d'anticiper divers phénomènes et le protège des dangers susceptibles d'apparaître dans son environnement de même que dans les environnements nouveaux (Bowlby, 1969). Mais,

si, suite à des expériences déplaisantes répétées avec la figure ou les figures principales d'attachement, ce modèle devient insensible aux expériences changeantes ou inhabituelles, le comportement du bébé peut devenir rigide, inadéquat, voire pathologique (Bretherton, 1992; Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990; Crittenden, 1985).

L'interaction mère-nourrisson est conçue comme un processus au cours duquel la mère entre en communication avec son bébé en lui « adressant » certains messages, tandis que le nourrisson à son tour, « répond » à sa mère à l'aide de ses propres moyens. Pour se faire de manière optimale, la mère et le bébé doivent arriver à créer un environnement interactionnel permettant réciprocité, mutualité et disponibilité affective. Notions centrales également dans l'analyse des interactions alimentaires et dont nous exposons quelques explications dans le point suivant.

1.2.5. Réciprocité, mutualité et disponibilité affective

Au cours de la « conversation » entre mère et bébé, mots et phrases sont remplacés, souvent chez la mère et toujours chez le bébé jusqu'à l'apparition des premiers mots, par des messages extra verbaux : mimiques, gestes, vocalisations, sourires... Le petit d'homme naît sans parole, mais pourtant la mère saura détecter les informations que celui-ci lui adressera mais elle saura également adapter son mode communicatif pour se faire comprendre de son bébé. Au cœur de ces échanges se jouent l'apprentissage réciproque de la détection d'émotions, d'informations, de sensations chez chacun des individus.

Ainsi, l'analyse de l'interaction mère/bébé n'est pas seulement intéressante quant à la nature des comportements de la mère ou du bébé mais aussi par l'étude de la **réciprocité** dans l'interaction (Lebovici & al, 1983). L'accent porte sur le lien entre le comportement du bébé, conçu comme communication, et la réponse de la mère et vice et versa. En effet, la réponse de la mère aux signes de son bébé peut être de diverses natures : elle peut se rapporter à la communication du bébé et être dans le même désir de communiquer, elle peut être en rapport avec la communication du bébé mais à son encontre, enfin, elle peut ne pas se rapporter à la conduite du bébé.

Lebovici et al. décrivent les diverses questions qui se posent dans l'étude de la réciprocité dans l'interaction :

- chaque partenaire perçoit-il les messages de l'autre ?
- en tient-il compte ?
- comment les prend-il en compte et comment ces messages affectent-t-il son propre comportement ?

Pour ces auteurs, il est important également de se centrer sur la notion de **mutualité**. A quel point la mère et le bébé peuvent-ils partager une expérience affective ? On peut en avoir une illustration lorsque la mère respecte les périodes de retrait du bébé et utilise ses périodes de disponibilité interactive pour partager avec lui une expérience de plaisir ou un échange de contenu différent mais où les 2 partenaires restent ensemble sur le plan affectif.

Brazelton et al. (1974) ont étudié ces notions de **réciprocité** et de **mutualité**. Brazelton a insisté sur la dimension temporelle de l'« accord » entre les partenaires, la

synchronisation¹⁸. Feldman et Greenbaum (1997) montrent également que la synchronisation et l'harmonie maternelles contribuent significativement à la constitution de la capacité symbolique du bébé.

Selon Winnicott (1969), par son identification au bébé, la mère connaît les besoins du bébé et sait y répondre. C'est grâce à cette identification avec le bébé que la mère sait comment le porter « si bien qu'il commence par exister et non par réagir. » Au début de la vie, la mère s'adapte très étroitement aux besoins de son enfant durant la période que Winnicott appelle « la préoccupation maternelle primaire ». La *mère suffisamment bonne* donne à le bébé l'illusion qu'une réalité extérieure existe et qui correspond à sa propre capacité de créer. Ainsi « le sein est créé et sans cesse recréé par le bébé à partir de sa capacité d'aimer, ou, pourrait-on dire, à partir de son besoin » (Winnicott, 1975). Dans ce contexte, une importance primordiale est accordée à la technique de soins de la mère, dont Winnicott distingue trois aspects :

- le holding ou la manière dont le bébé est psychiquement porté, maintenu, qui définit le processus d'intégration du Moi,
- le handling ou la manière dont le bébé est soigné, traité, ce qui définit le processus de personnalisation, donc de la perception des limites du corps mais aussi de soi,
- l'object-presenting ou mode de présentation des objets, qui définit la relation d'objet.

On parle ici de **réalité partagée**. De la qualité de ce partage et de la disponibilité maternelle va dépendre le bon développement du Soi, des capacités fantasmatiques et des capacités d'interactions du bébé. Pour être adéquats, les soins de la mère doivent avoir les caractéristiques de continuité, de fiabilité (qui permet au bébé de prévoir le comportement de sa mère) et d'adaptation progressive de ces soins aux besoins du bébé. Ce que fait la mère lorsqu'elle « fait suffisamment bien » c'est de faciliter les processus personnels du développement du nourrisson, lui donnant ainsi dans une certaine mesure la possibilité de réaliser son potentiel hérité.

Il est aussi important de considérer la notion d'accordage affectif lorsque l'on parle d'interactions précoces. Et qui parle d'accordage affectif évoque aussitôt le point de vue de Stern. Comment des nourrissons de quelques mois peuvent-ils pénétrer l'expérience subjective de leur mère sans recourir au langage? On peut se dire que la mère imitant son bébé lui signifie qu'elle est en phase avec lui. Elle reproduit certes ses expressions, ses comportements mais qu'en est-il des états émotionnels de l'un est de l'autre ?

Un « échange intersubjectif », pour Stern, à propos d'affects ne peut se suffire de l'imitation. Il est très complexe pour la mère d'être capable de lire l'état émotionnel du nourrisson à partir de son comportement manifeste. La majorité des mères présente spontanément au bébé un comportement qui ressemble à de l'imitation, mais qui en diffère sensiblement, de manière à ce que le bébé puisse comprendre, appréhender la réaction du parent en lien avec son état émotionnel initial.

¹⁸ Adaptation rythmique spontanée des deux partenaires dans une sorte de danse mutuelle. On observe ainsi le nouveau-né bouger selon des rythmes précis parfaitement coordonnés aux unités de base du discours de l'adulte (phénomène retrouvé entre les gestes du bébé et la voix de la mère par exemple)

Une imitation mécanique ne permet pas au bébé comme à la mère de sentir que la prise de connaissance des états émotionnels de l'autre s'est faite. Les réponses de la mère se situent dans le même registre de modalité communicationnelle que le nourrisson (grimaces et vocalisations lors du change par exemple). Et la mère introduit sans cesse des modifications dans ces imitations. Ce léger décalage est présent très tôt et a une fonction centrale dans le développement du nourrisson. Il va être le sujet actif d'actions, d'intentions, il va partager des états affectifs, être soumis à des propositions pré-linguistiques, et expérimenter des affects dans la communication avec sa mère.

Le bébé grandissant, la mère va élargir davantage, intuitivement, ses comportements d'imitation, les décaler de plus en plus, et Stern parle alors d'« accordage affectif ». Dans notre travail de thèse, nous souhaitons voir à quel point ces adaptations, accordages de la mère vont s'appliquer et sous quelle forme, lors des interactions alimentaires. Les accordages réalisent le partage intersubjectif de l'affect. Ils ont l'aspect de l'imitation, mais sans traduction fidèle du comportement manifeste du nourrisson. Ils établissent une correspondance. Cette correspondance est transmodale, c'est à dire que la mère peut transposer sa réponse sur un autre mode, en utilisant par exemple le canal vocal en réponse à une émission motrice (la voix peut exprimer un mouvement des pieds).

Contrairement à l'empathie (qui utilise et nécessite une connaissance abstraite à partir de l'expérience émotionnelle initiale: expérience des sentiments d'autrui que l'on partage dans une communion affective) l'accordage commence par une résonance émotionnelle, et transforme cette expérience émotionnelle en une forme d'expression affective. L'accordage affectif est l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé, sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne. L'imitation souligne et fixe le niveau de la relation sur les formes manifestes et extérieures d'un comportement. L'accordage lui, se situe au niveau de l'état interne, la sensation qui se partage entre le nourrisson et sa mère.

Stern a réalisé de nombreuses expérimentations (bébés de 8/12 mois), en vidéo notamment et il s'avère qu'à l'expression d'un affect par un nourrisson les réponses les plus courantes sont des accordages maternels, les commentaires et les imitations. Les accordages sont les plus souvent transmodaux s'appuyant sur l'intensité plutôt que sur le rythme ou la forme, les mères justifient la réalisation de l'accordage par le besoin d'être en « communion » avec leur enfant, les mères estiment le plus souvent avoir été inconscientes ou partiellement conscientes au moment de l'accordage. Si le rythme ou l'intensité d'une vocalisation change, le nourrisson réagit, mais si le comportement de la mère est approprié il ne réagit pas.

Pour que le bébé perçoive la correspondance entre la vocalise de la mère et sa propre mimique de bouche sans émission sonore il doit bien y avoir des éléments communs aux expressions, quelles que soient les modalités. Le bébé est capable de percevoir le monde sous une forme amodale, c'est à dire de repérer les propriétés invariantes des stimuli sensoriels, facilement transférables d'une modalité à l'autre: l'intensité, la forme, le rythme sont des dimensions invariantes qui peuvent être signifiées différemment, par le regard, l'audition, le toucher. Lors des accordages, l'intensité est le caractère le plus fréquemment apparié entre un comportement physique du bébé et l'intensité vocale de la mère. Très précocement le bébé peut appairer des niveaux d'intensité sonore et de luminance. Le bébé pourra ainsi unifier ce qui est ressenti et expérimenter ce qui est le fondement de la métaphore, élément clé de

l'accession au langage. L'accordage, et la transmodalité permettent au bébé d'aller notamment vers le langage.

Winnicott (1971) parle du visage de la mère comme étant le précurseur du miroir. Lorsqu'il tourne son regard vers le visage de sa mère, ce que le bébé voit généralement c'est lui-même. « En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. » Or lorsque la mère ne reflète que son état d'âme voire même la rigidité de ses défenses, que se passe-t-il pour le bébé ? Il cherchera alors un autre moyen pour que l'environnement lui réfléchisse quelque chose de lui-même. Certains bébés, torturés par ce type de défaillance maternelle, vont être hyper attentifs aux moindres variations du visage de leur mère, en quête du moindre élément pouvant indiquer l'humeur de celle-ci. A un niveau qui devient pathologique, « si le visage de la mère ne répond pas, le miroir devient alors une chose que l'on peut regarder, mais dans laquelle on n'a pas à se regarder. » Le bébé est forcé jusqu'à la limite de sa capacité à tenir compte des événements, il est menacé de chaos et il organisera son retrait ou ne regardera plus rien sinon pour percevoir. Cette perception deviendra alors une défense.

Nous pouvons brièvement ajouter la notion de « Moi peau » introduite par Didier Anzieu en 1974, appuyée sur la théorie de l'attachement de Bowlby. Pour cet auteur, le bébé, lors des tétées et des soins, doit progressivement différencier le dedans du dehors, expérimenter le contenant par la perception des volumes et surfaces. C'est au contact du corps de sa mère dans une relation d'attachement sécurisante qu'il va pouvoir percevoir la peau comme une surface. Cela lui permettra de constituer une limite entre intérieur et extérieur (Houzel, 2002). Selon Anzieu, le Moi peau est « une figuration du Moi dont le bébé se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps. » La peau a trois fonctions. Tout d'abord c'est « ce qui retient à l'intérieur le bon et le plein de l'allaitement, les soins, le bain de paroles ». Ensuite, c'est « la surface qui marque la limite avec le dehors et qui le contient à l'extérieur, c'est la barrière qui protège des agressions en provenance des autres ». Et enfin, c'est « un lieu et un moyen primaire d'échanges avec autrui ». Plus tard Anzieu décrira d'autres fonctions du Moi-peau (maintenance du psychisme, conteneur, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale, inscription des traces sensorielles tactiles, autodestruction)

Les interactions précoces et l'attachement mère-enfant sont à la base du développement au sens large du bébé : physique, psychique, affectif et social .

Toutes ces considérations concernant les interactions précoces sont à prendre en compte comme base dans l'étude des interactions autour de l'alimentation. L'intérêt de notre questionnement étant de chercher à illustrer ce qui se joue de particulier dans l'alimentation que ce soit du côté du bébé ou de la mère.

Dans notre recherche, nous reprendrons notamment les notions de réciprocité et d'adaptation, dans le contexte des interactions mère-enfant lors de repas.

D'autre part, nous savons qu'un certain nombre de facteurs influencent les interactions mère-enfant, nous en exposerons quelques uns ci-après.

1.3. Facteurs influençant les interactions précoces

De nombreuses recherches montrent que la dépression et l'anxiété maternelles touchent différents domaines du fonctionnement du bébé : expressions faciales, communication vocales, contact physique et corporel, autant en qualité que quantité. Cela compromet sérieusement le fonctionnement social, émotionnel et cognitif du bébé (Weinberg et al. 1998). Dans notre recherche, nous évaluons différentes caractéristiques de la mère et du bébé (l'anxiété, la dépression, la sensibilité maternelles ainsi que le tempérament du bébé), dont nous supposons qu'ils auront une influence sur la qualité des interactions alimentaires mère-bébé car, comme nous allons le montrer ci-après, ces variables individuelles ont déjà été démontrées comme facteurs prédictifs de modulations dans les capacités interactionnelles des mères ou des bébés.

1.3.1. Dépression maternelle et interactions précoces

Les quelques études suivantes illustrent l'effet de la dépression maternelle sur les interactions précoces.

Tout d'abord, Marcelli et al. (2000) exposent leur recherche d'indices comportementaux différenciateurs des interactions précoces chez des mères tout venantes et déprimées. Dans leur étude, les auteurs mettent en lumière un certain nombre de variables comportementales significatives quant à leur valeur prédictive d'interactions à risque. Ils s'intéressent tout particulièrement à la qualité de l'engagement du regard, la nature des mimiques, des expressions langagières et surtout les imitations par la mère de son bébé. Ils ont observé les interactions de mères déprimées et leur bébé et des dyades tout venantes, de la naissance du bébé à ses 2 ans. Il apparaît que les mères déprimées sont moins expressives, parlent moins, font moins de commentaires sur les gestes de leur bébé, elles sont moins engagées dans l'interaction que les mères tout venantes. Les mères déprimées semblent également incapables de regarder l'interaction, de se placer en personne tierce de l'interaction entre son bébé et un autre individu. Elles posent leur regard de façon fixe sur leur bébé, elles semblent figer leur regard sur un partenaire dyadique et ne pas introduire la tiercéité dans leur regard. L'imitation est apparue comme un élément très important des interactions au sein de ces dyades. Ici nous parlons de l'imitation stricte contrairement à ce dont nous avons parlé plus haut avec la notion d'accordage affectif. Les mères déprimées produisent des imitations très fidèles des mouvements de leur bébé, leurs mimiques...sans aucun commentaire, alors que les mères tout venantes commentent chaque fait et geste du bébé et proposent une imitation transformative. C'est cette séparation décalée et transformative que les mères déprimées semblent avoir du mal à introduire au cœur de leur relation précoce avec leur bébé.

Tourette et al. (2000) montrent quant à eux l'impact de la dépression maternelle sur le développement des interactions comportementales aux interactions verbales mère-enfant. Les auteurs ont suivi un groupe de bébés de mères déprimées de la naissance à 3 ans. Il ressort principalement de leurs résultats que les dyades mère déprimée/bébé sont moins « ensemble », centrées sur l'objet dans un but commun de plaisir que les dyades tout

venantes. En effet, les mères déprimées soutiennent moins bien leurs bébés. Mère déprimée et bébé parlent peu, se tournent plus vers l'extérieur.

Reissland et al. (2003) ont comparé les patterns d'interactions entre mères déprimées ou non, en se focalisant principalement sur le ton de leur voix lorsqu'elles interagissent avec leur enfant (âgé en moyenne de 8 mois). Etaient également comparés le ton de la voix lorsque la mère répondait à son enfant et lorsqu'elle lui lisait un livre. Leurs résultats montrent que les mères déprimées parlent avec un ton plus haut pour répondre à leurs bébés, comparativement à lorsqu'elles lisent un livre, tandis que les mères non-déprimées parlent avec un ton similaire dans les deux conditions. De plus, contrairement aux mères non déprimées, les mères déprimées n'adaptent pas leur ton et leur langage selon l'âge du bébé. La conclusion des auteurs est que cette compétence diminuée d'adaptation des mères déprimées aux capacités de leur enfant, et selon Tronick and Weinberg (1997), force les enfants à une sorte d'auto-régulation qui peut compromettre son développement.

Reissland et al. (2006) ont également montré que les expressions de surprise des nourrissons sont influencées par l'humeur maternelle, et que l'humeur déprimée de la mère provoque une expression réduite de l'émotion chez les nourrissons.

Enfin, Herrera et al. (2004) se sont intéressés à l'effet de la dépression maternelle sur le toucher et discours adressé par la mère au bébé. Comme nous l'avons vu plus haut, la dépression postnatale a été associée à une qualité réduite des interactions mère/bébé (ainsi qu'à un risque de troubles comportementaux, des capacités cognitives, sociales et émotionnelles.) Quelques chercheurs ont postulé que le toucher maternel pouvait compenser le manque de communication verbale et émotionnelle des mères déprimées. Il a été observé que les mères déprimées touchaient leur bébé de manière négative (manipulations, chatouilles et picoti brutaux). Au niveau du discours adressé au bébé, les mères tout venantes utilisent principalement des phrases courtes, des répétitions, beaucoup d'interrogations et d'impératifs, peu de directives et de corrections, et tout ceci focalisé sur l'expérience du bébé. De leur côté, le discours des mères déprimées est caractérisé par son contenu essentiellement focalisé sur la propre expérience de la mère et empli d'un bon nombre d'affects négatifs, ainsi que par l'utilisation excessive d'explications, suggestions ou questions. Du côté du bébé des mères déprimées, certains auteurs ont pu observer davantage de difficultés dans le langage expressif que les bébés tout venants à 36 mois. Dans leur étude, Herrera et al. observent des dyades tout venantes et des dyades mères déprimées/bébé pendant 5 minutes d'interactions libres en face à face, lorsque les bébés ont 6 et 10 mois. Ils ont enregistré la fréquence de contacts, de vocalises du bébé et de discours maternel (à contenu informatif ou affectif). Leurs résultats confirment la sur-stimulation tactile des bébés par leur mère déprimée mais seulement lorsqu'ils sont plus âgés (10 mois). A 6 mois, les contacts sont moins nombreux. Les bébés de mères déprimées touchent également davantage leur propre peau par rapport aux bébés de mères non déprimées, ce qui peut être interprété comme un moyen de compenser le manque de contact maternel à valeur positive. Cette étude montre aussi que l'humeur dépressive influence le contenu du discours maternel (et plus spécifiquement chez les jeunes bébés de 6 mois). Le discours des mères déprimées contiendrait moins d'éléments informatifs et affectifs que pour les mères du groupe contrôle.

Dans notre étude, nous supposons que la dépression maternelle, si elle est présente dans notre échantillon, aura un effet négatif sur la qualité des interactions alimentaires entre mère et bébé. Nous nous attendons à retrouver des différences d'ordre vocal, tactile et des regards maternels et de l'enfant.

1.3.2. Anxiété maternelle et interactions précoces

Les troubles anxieux sont courants chez les femmes en âge de procréer (Kessler, Keller & Wittchen, 2001), un certain nombre de recherches ont porté sur l'impact potentiel de l'anxiété maternelle sur le rôle parental et de développement du bébé. Tout comme pour le point précédent, concernant la dépression maternelle, nous citerons ci après quelques études qui illustrent l'effet de l'anxiété maternelle sur les interactions précoces.

Nous commencerons par citer l'étude de Nicol-Harper et al. (2007). L'objectif de cette étude était d'étudier l'impact de l'anxiété de la mère sur sa contribution dans l'interaction mère-enfant, en situation de jeu, au sein d'une population de mères anxieuses et non-anxieuses et dans la première année de vie du bébé. Les mères à forte anxiété trait (comme caractéristique stable) ont démontré une sensibilité plus basse et un ton émotionnel réduit lors des interactions. Les sujets ayant des scores concomitants de dépression ont été enlevés des analyses, et les mêmes différences ressortaient des résultats, ce qui suggère que les différences observées dans l'interaction mère-enfant étaient dues véritablement aux différences d'anxiété.

Kaitz et al. (2010) ont cherché à évaluer l'association entre l'anxiété maternelle, les caractéristiques des interactions mère-enfant (âgé de 6 mois), et la régulation des émotions des nourrissons lors de situations stressantes (still-face, jeu avec un inconnu). Des dyades avec mères anxieuses et non anxieuses ont été filmées lors du jeu libre, tâches d'enseignement, moments de soins, jeu en face-à-face. Les résultats indiquent que, comparativement aux témoins, les mères anxieuses ont un comportement plus « exagéré » ou excessif avec leur enfant lors du jeu libre et la tâche d'enseignement. Les bébés de mères anxieuses montraient moins d'affects négatifs lors de la situation still -face et les jeux avec un étranger. Les auteurs concluent que le comportement maternel anxieux reflète l'hyperexcitation caractéristique de la plupart des troubles anxieux. Les bébés de mères anxieuses réagissent différemment des bébés de mères non anxieuses, dans la façon dont ils font face aux défis sociaux.

Kertz et al. (2008) ont montré quant à eux que les mères anxieuses démontrent moins de sensibilité lors d'interactions sociales avec leur enfant mais pas lors de d'interactions dans la situation de tâches cognitives. L'interaction entre anxiété et sensibilité est apparue comme prédictive de la résistance du bébé dans la tâche sociale.

Nous pensons qu'au sein de notre population de recherche, la présence d'anxiété maternelle va entraîner, comme la dépression maternelle, une modification des interactions alimentaires. A savoir si ces modifications seront du même ordre que dans le contexte d'interactions sociales ou de jeu ? Nous pensons également que les mères qui présenteront de l'anxiété auront une sensibilité plus basse, comme Kertz et al. (2008) l'ont montré.

Par ailleurs, dans le contexte alimentaire, certains auteurs ont démontré que l'anxiété maternelle est fortement liée aux styles et pratiques de nourrissage parentaux, aux interactions

alimentaires et aux habitudes alimentaires du bébé (Farrow & Blissett, 2005; Blissett et al. 2007). Farrow et Blissett (2005) ont montré que, malgré un effet non significatif de la dépression maternelle, l'anxiété maternelle (pendant la grossesse et à 6 et 12 mois) est liée à l'utilisation de pratiques restrictives lorsque le bébé a 1 an. Blissett et al. (2007) ont ensuite montré que chez les mères de bébés de sexe masculin, les symptômes de dépression et d'anxiété, mais pas les troubles alimentaires, étaient prédicteurs d'interactions alimentaires difficiles avec leur enfant. En revanche, chez les mères de petites filles, les symptômes de boulimie et la dépression, mais pas l'anxiété, sont des prédicteurs importants de refus alimentaire chez le bébé. Il y aurait donc un effet du sexe du bébé sur l'impact de la psychopathologie maternelle. Enfin, Mitchell et al. (2009) montrent que la satisfaction parentale en plus de l'anxiété contribue significativement à la prédiction des comportements parentaux de restriction alimentaire: la dépression, l'anxiété et le stress parentaux en influant sur la satisfaction parentale sont reliés à l'utilisation de méthodes par le parent telle que la pression pour manger, envers leur enfant.

Ainsi, nous porterons un intérêt particulier à ces deux caractéristiques psychopathologiques maternelles que sont la dépression et l'anxiété, lors de l'étude de notre population.

Il a été montré que d'autres facteurs individuels sont prédicteurs de difficultés interactionnelles. Nous citerons ci-après la sensibilité maternelle et le tempérament du bébé.

1.3.3. Sensibilité maternelle et interactions précoces

La recherche actuelle laisse penser que la sensibilité parentale, qui donne lieu à un attachement sécure et à une régulation émotionnelle souple, façonne également le réglage des systèmes inhibiteurs et de contrôle cérébral de l'excitation (Shore, 1994). La sensibilité serait donc un facteur extrêmement impactant, nous nous proposons de donner quelques éléments de définition de cette notion qui s'inscrit dans la tradition de recherche sur l'attachement. Trois psychanalystes britanniques, John Bowlby, Wilfred Bion et Donald Winnicott, ont abordé presque simultanément l'étude de la dyade mère-enfant, bien que de différentes manières et sous différentes perspectives. Pour rappel, Bowlby (1969) a formulé les principes de la théorie de l'attachement, tandis que Bion (1962) a introduit le terme de «contenance» faisant référence à la capacité de la mère à contenir mentalement les affects intolérables du bébé. Quant à Winnicott, il a décrit la désormais célèbre mère «suffisamment bonne » comme étant capable de tenir/soutenir/contenir son enfant physiquement comme mentalement, c'est à dire de l'avoir constamment dans son esprit pour ainsi être le «miroir» des expressions émotionnelles du bébé à travers ses propres expressions et attitudes (Winnicott 1965/1990).

La sensibilité maternelle est un concept central en théorie de l'attachement utilisé pour décrire l'interaction précoce mère-enfant. Mary Ainsworth avec ses collègues (1978) a créé ce concept sur la base d'études empiriques. Elle a défini la sensibilité maternelle comme la disponibilité de la mère et sa vigilance, sa capacité à émettre des réponses adaptées aux signaux du bébé, de façon cohérente, avec un niveau approprié de contrôle et de négociation en cas de situation de conflit. Cette définition a été largement utilisée, mais la notion de sensibilité a également été développée et étendue à une construction générique couvrant un large éventail de comportements parentaux. Par conséquent, les définitions exactes de la

sensibilité varient selon le contexte théorique dans la recherche en santé mentale infantile (De Wolff & Van Ijzendoorn 1997) mais nous n'aborderons pas ceci dans les détails.

Outre la sensibilité, d'autres concepts tels que la contingence et la réciprocité (que nous avons évoquée auparavant) fondés sur différentes approches théoriques ont également été définis pour décrire le fonctionnement de la mère en interaction avec son enfant (Dunham & Dunham, 1995). La plupart d'entre eux partagent l'hypothèse fondamentale de réponses contingentes et réciproques entre la mère et d'enfant appropriés à chaque âge du bébé. Certains théoriciens ont souligné les aspects du comportement maternel tandis que d'autres ont mis l'accent sur les expressions des affects et la régulation des émotions (voir Beckwith et al. 2002). D'autres ont décrit le style de la mère interactive en utilisant le terme «réactivité» ou «responsiveness», et le concept est défini comme impliquant la contiguïté temporelle des réponses, à savoir la rapidité et la fréquence des réponses, mais sans évaluation qualitative (Landry et al. 1997, Tamis-LeMonda et al. 2001). Une mère sensible aide son bébé à moduler non seulement ses états d'éveil positif mais aussi négatifs (Emde 1980, Seifer et Schiller, 1995). En outre, il a été souligné que les affects de la mère sensible doivent également être authentiques, avec congruence entre ses affects et ses comportements (Biringen & Robinson, 1991). Une interaction non authentique ou incongrue rend impossible pour le bébé d'interpréter correctement les émotions de sa mère ou même ses propres émotions (Crittenden & DiLalla 1988).

Le concept d'Ainsworth de la sensibilité maternelle a été repensé par des spécialistes de la santé mentale des bébés (Beckwith et al. 2002). A commencer par la régulation des émotions et le partage des sentiments intimes qui sont des éléments centraux chez Stern (2004), puis la notion d'« accordage affectif », alors que Biringen (Biringen & Robinson, 1991) et Emde (1980) avec leur concept de « disponibilité émotionnelle » soulignent à la fois la sensibilité maternelle et la non intrusivité, la réactivité et l'implication du bébé. Crittenden (1988, 2006) définit la sensibilité maternelle comme n'importe quel modèle de comportement qui plaît au bébé, augmente son confort, son attention, et réduit aussi sa détresse et son désengagement. La sensibilité d'une mère à son enfant est liée à ses propres expériences précoces et actuelles avec ses figures d'attachement. L'attachement sécurisant est la base pour une fonction réflexive suffisante et la capacité d'interpréter les sentiments d'une autre personne (Fonagy et al. 1997, Stern 2004). Les représentations de la mère de son enfant peuvent également être déformée à cause de ses expériences antérieures, et une mère avec une faible sensibilité peut soit ne pas identifier soit mal interpréter les signaux de son enfant (Fraiberg et al. 1975).

Enfin, selon le modèle transactionnel, la mère et le bébé avec leurs forces et leurs faiblesses sont des partenaires actifs dans l'interaction dyadique (Sameroff 1993) et la sensibilité maternelle est également considérée comme n'étant pas une caractéristique de la mère, mais un facteur dyadique (Biringen & Robinson 1991, Crittenden 1988, Meins et al. 2001). Il est évident que, bien que la sensibilité maternelle ait des aspects dyadiques. Les mères sont chargées de créer et de rendre possible l'initiation mutuelle en interaction dyadique (Beckwith et al. 2002).

Weiss et al. (2000) ont suggéré que la sensibilité maternelle semble interagir avec la fréquence de contact tactile, corporel. Ainsi, une mère plus sensible utiliserait davantage les contacts tactiles en fonction des indices de développement de son enfant et ses états

émotionnels, tandis que les mères moins sensibles touchent leurs bébés sans que ce soit à leur demande, ce qui entraîne des conséquences plus ou moins négatives sur le sentiment de sécurité et l'attachement du bébé. Ainsi, l'interaction précoce mère-enfant et la sensibilité maternelle sont des facteurs importants prédisant l'interaction mère-enfant et le développement futur du bébé. De plus, à la fois la sensibilité maternelle et la continuité ou stabilité de la sensibilité sont considérées comme tout aussi importantes.

De même, un lien a été démontré entre la sensibilité maternelle et les problèmes d'alimentation dans une population normale (Hagekull et al. 1998). Ces auteurs ont montré que les problèmes d'alimentation à l'âge de 10 mois et 2 ans étaient prédits par les interactions entre le tempérament du nourrisson et la sensibilité maternelle. À l'âge de 2 ans les nourrissons « irréguliers »¹⁹ auraient davantage de problèmes alimentaires lorsque leurs mères sont peu/moins sensibles à leurs signaux.

Notre intérêt dans cette recherche, au vu des travaux passés, se portera particulièrement sur cette notion de sensibilité maternelle, en particulier en ce qu'elle est reliée à l'anxiété. En effet, l'anxiété maternelle comme nous l'avons vu plus haut peut avoir un impact sur la sensibilité de la mère dans certaines situations (Kertz et al., 2008) et nous supposons donc que dans notre contexte expérimental, l'ensemble des mères subissant un stress lors d'une phase dite « test » (introduction de morceaux de nourriture de tailles variées), vont avoir une anxiété plus élevée, mettant ainsi à mal la qualité des interactions avec leur enfant.

Enfin, une caractéristique du bébé très étudiée mais aussi parfois malmenée telle que le tempérament, est une variable sur laquelle nous porterons un certain intérêt. Nous développons ci-après quelques résultats d'études ayant déjà révélé les liens potentiels entre tempérament et développement du bébé.

1.3.4. Tempérament du bébé et interactions précoces

Pour rappel, le concept de tempérament découle de l'hypothèse d'un fondement biologique et d'une continuité temporelle de la façon dont les individus réagissent aux stimulations internes et environnementales. Selon Thomas et Chess (1977), il se définit comme un style de comportement, c'est le « comment le bébé réagit », qui se différencie des habiletés et motivations. Ainsi, deux bébés peuvent posséder les mêmes habiletés mais leur vitesse de mouvements, l'intensité de leurs expressions etc. vont différer. Il existe plusieurs modèles concernant les facteurs constitutifs du tempérament mais l'ensemble des chercheurs s'accordent sur le fait qu'un style inné de réaction et d'autorégulation est à l'origine des différences individuelles de tempérament.

Thomas et Chess ont identifié 3 types de tempérament (bébés difficiles, faciles ou « slow to warm up » traduit « lents à (ré)chauffer/démarrer/mettre en action »), selon 9 dimensions (rythmicité, niveau d'activité, approche-repli, adaptabilité, intensité de réaction, humeur, persistance et « attention span », distractibilité, seuil de sensibilité).

¹⁹ Fait référence à la dimension « Rythmicité » du tempérament : à quel point un enfant est prédictible dans ses rythmes de sommeil et d'alimentation.

Maziade (1983) rappelle que le développement du concept de tempérament a largement favorisé les études investiguant le phénomène de « vulnérabilité »²⁰. Le tempérament dit difficile serait lié à divers risques psychiatriques (Graham et Rutter, 1973, cités par Maziade, 1983). L'environnement familial peut exercer une influence importante sur les tendances comportementales innées du bébé étant donné que ce dernier est constamment en interaction avec son entourage. Autrement dit, l'irritabilité d'un nourrisson de tempérament difficile peut être par exemple augmentée par une mère en difficulté pour répondre à ses besoins. Or Earls et al. (1987) exposent des résultats contradictoires à partir d'une étude longitudinale de jeunes bébés représentant un échantillon de population générale où la mesure du tempérament et des caractéristiques du milieu familial à l'âge de 2 et 3 ans sont utilisées pour prédire les problèmes de comportement à l'âge de 3 ans. Les résultats indiquent que les caractéristiques du tempérament suivantes, faible adaptabilité et haute intensité de l'expression émotionnelle, sont des indicateurs plus puissants pour prédire les problèmes de comportement des bébés que ne le sont les indices de l'environnement familial interpersonnel et matériel.

Les intérêts actuels en recherche sur le tempérament (Sturm, 2004) se portent sur l'interaction entre le style de parentalité et le type de tempérament sur le développement du bébé. Nous pouvons citer par exemple Morris et al. (2004) qui examinent les pratiques parentales en fonction du type de tempérament du bébé afin de prédire les capacités d'adaptation des bébés. Parmi les bébés ayant une détresse et irritabilité élevées, la pratique de contrôle psychologique maternel est associée à des problèmes d'intériorisation chez le bébé, alors que l'hostilité de la mère est associée à des problèmes d'extériorisation chez le bébé. Parmi les bébés qui ont un faible contrôle d'effort, à l'hostilité de la mère est associée l'extériorisation des comportements. Cette étude apporte la preuve que les effets des pratiques parentales négatives sont accentués chez les bébés présentant des vulnérabilités de tempérament.

Nous pouvons penser alors que dans le cadre alimentaire, ceci est également probable. Nous nous efforcerons alors de discuter les profils d'interactions rencontrés dans notre population au regard des profils de tempérament des enfants observés.

Sturm (2004) évoque aussi les études qui s'intéressent aux influences de la culture sur le tempérament, il cite l'exemple de Kerr (2001) qui propose que des préférences culturellement partagées pour certains comportements de base constitutifs du tempérament (par ex. ce qui est considéré comme bon ou approprié par rapport à ce qui est considéré comme indésirable ou inapproprié) peuvent influencer la stabilité ou le changement des caractéristiques de tempérament au fil du développement.

Notre étude se situant dans un contexte culturel précis (français) et comme nous l'avons exposé dans le premier chapitre de cette revue théorique, il est important de bien considérer tout ce qu'implique ce contexte particulier pour bien appréhender les divers résultats que nous observerons. On notera par ailleurs à ce sujet que Feldman et al. (2007) ont montré récemment que la culture a un effet modérateur sur les effets de la dépression maternelle et du soutien familial social sur les problèmes de comportement du bébé (cultures palestinienne versus arabe).

²⁰ Ou l'étude du risque de l'apparition de troubles psychiatriques lors du développement du bébé.

Dans notre étude, nous investiguerons les liens entre le type de tempérament des bébés et la qualité de leurs interactions avec leur mère. Comme Maziade (1983) le dit : « *Le tempérament [...] n'est qu'un nouvel élément important à rajouter à la formulation systémique (ou transactionnelle) du développement. Non seulement le tempérament présente un intérêt scientifique parce qu'il se situe aux confins de l'interaction entre la constitution et l'environnement, mais il nous pousse vers l'utilisation quotidienne d'une formulation systémique des problèmes humains. [...] L'observation et les données empiriques nous empêchent maintenant de croire à l'identification d'une cause unique pour expliquer le phénomène étudié : Elles nous obligent à concevoir et étudier l'interaction dynamique de plusieurs causes.* »

Nous considérerons le tempérament comme les autres variables individuelles abordées dans notre étude comme autant de causes et/ou effets possibles dans l'explication des phénomènes interactionnels mère-enfant.

Conclusions sur le point b : Pour l'ensemble des raisons exposées ci-dessus, pour l'importance relative de chacune des quatre caractéristiques (maternelles et du bébé) citées dans le développement des interactions précoces, nous investiguons les scores de dépression, anxiété et sensibilité des mères ainsi que les différentes dimensions de tempérament du bébé, et leur influence sur la qualité des interactions alimentaires mère-enfant.

De plus, nous observerons et analyserons à l'aide d'outils et échelles spécifiques, les comportements des dyades relatifs à, entre autres, la sensibilité, la contingence, l'accordage affectif, la mutualité et l'adaptation dyadique.

Penser et étudier le développement des interactions mère-enfant lors de l'alimentation durant la deuxième année de vie nécessite aussi de comprendre à quel point la vie psychique du bébé est développée et est toujours en phase évolutive. Pour aborder le développement psychoaffectif du bébé, nous nous intéresserons maintenant à quelques apports conceptuels d'origine psychanalytiques.

2. Focus sur quelques notions psychanalytiques associées à l'alimentation et au développement des relations interpersonnelles

Lebovici et Soulé (1970) parlent de l'expérience de nourrissage comme une expérience qui engage un certain nombre d'activités qui iront en se coordonnant et en prenant un sens : les facteurs de caractère physiologique (tension déplaisante et sa réduction lors du nourrissage), les facteurs moteurs (de l'activité incoordonnée qui s'organisera petit à petit), les facteurs perceptifs (lors de la tétée et la déglutition), les expériences sensorielles et simultanées de la main et de l'ensemble du revêtement cutané, les expériences simultanées de caractère intéroceptif qui doivent être déclenchés par l'excitation labyrinthique (excitations vestibulaires et auditives associées de caractère intéroceptif, bruyantes, vagues, inquiétantes)

Au début, chez le nourrisson, la cavité buccale et les mains constituent la « cavité primitive ». L'expérience visuelle va être fusionnée avec l'expérience totale de nourrissage où

le bébé est sûrement incapable de distinguer ce qui lui est intérieur et extérieur. Avec la maturation, le bébé va acquérir la capacité de comprendre le visage de la mère comme associé à l'apport de nourriture dans la bouche. En même temps il prend conscience de son activité buccale et manuelle. Dans l'élaboration de ce mode perceptif, interviennent alors la perception de ce qui est extérieur médiatisé par le système sensoriel, ainsi que la perception intéro- et proprioceptive. Une gratification instinctuelle est associée à ces perceptions c'est la présence d'un affect qui leur donne la valeur de l'expérience. Le bébé va développer alors l'expérience alimentaire comme bonne ou mauvaise expérience, selon l'adéquation des comportements maternels.

En bref, la satisfaction du besoin de nourriture a pour but la résolution d'une tension organique, a pour moyen le sein maternel, et s'ajoute à cela la sensation de plaisir associée à la découverte de l'objet nourricier (le sein de la mère, la mère). Selon Freud, la pulsion libidinale s'appuie sur la fonction vitale d'alimentation. Freud va développer dans sa théorie sur la sexualité infantile (1905) la notion de stade oral, que nous développerons brièvement ci-après.

2.1. Oralité, plaisir et théorie de l'étayage

Selon Sandler (1970), le concept d'oralité est complexe car il comprend 3 significations potentielles : tout d'abord, l'oralité peut être considérée comme les comportements, les pensées ou les sensations liées à ou impliquant la bouche.

Ensuite, on peut considérer l'oralité comme l'ensemble des phénomènes associés à la période de l'enfance où la bouche est l'organe prédominant de satisfaction sensuelle et agressive, qui décrivent les caractéristiques des activités de la première année de vie. Un certain nombre d'auteurs (Sandler cite Bowlby, 1958) ont montré de façon convaincante qu'une telle définition est bien trop large et peut devenir trompeuse. Il est clair que bien que l'activité de la bouche, et les satisfactions acquises par la bouche, jouent un rôle important au début du processus de développement, de nombreux autres processus psychologiques se produisent au cours de la première année de vie, il serait donc erroné d'utiliser le terme «oral» pour définir cette période.

Enfin, l'oralité peut être associée aux descriptions des manifestations et des processus adultes qui, dans la reconstruction psychanalytique, semble dériver de la première relation entre le nourrisson et sa mère ou ont été considérés pour représenter les manifestations indirectes des aspirations orales secrètes, même si la bouche n'est pas directement impliquée.

De manière générale, comme le souligne Bénony (1998), pendant le stade oral on assiste à tout un éventail de nouveaux comportements comme :

- Le développement de l'indépendance.
- Le déplacement du siège de libido sur le corps propre du bébé.
- Le passage à l'allo-érotisme.
- La naissance du narcissisme primaire. Le bébé prend plaisir à ses propres sensations sans distinguer les objets qui les provoquent, l'objet gratifiant disparaît totalement.

- Le développement d'un pôle d'activité qui s'oppose au pôle de dépendance. En effet le pôle d'agressivité se manifeste par une incorporation active de l'objet. Par exemple, le bébé mord le sein maternel. Cette morsure constitue le pôle actif de l'absorption de l'objet.

Une fixation au stade oral peut survenir et être liée, par exemple, à un sevrage brutal.

Lebovici et al. (1983) citent Anzieu, d'après qui, au stade oral, le bébé considère sa mère tantôt comme bon objet, tantôt comme mauvais objet et réciproquement, ce qui va constituer la « dualité fondamentale ».

La théorie de l'étayage quant à elle, suppose que la satisfaction sexuelle, au sens large, vient se greffer secondairement sur la satisfaction des besoins vitaux de l'organisme. Golse et al. (2004) rappellent que pour Freud, l'oralité permet le début de la structuration de la personnalité et l'émergence du sens du Moi. Freud montre que les modalités de satisfaction de la pulsion orale constituent la base du principe de plaisir, principe qui régit spécifiquement la période de l'enfance. C'est « l'excitation causée par l'afflux de lait chaud » dans la bouche qui a provoqué le plaisir originel, et le bébé va chercher à le retrouver au travers de ses activités auto-érotiques. Comme le diront ces auteurs, « le plaisir oral est donc le prototype de toutes les sensations voluptueuses que l'être humain va rechercher dans sa vie. » Ainsi, lorsque l'on mange, on serait toujours à la recherche de ce plaisir originel. Ici se retrouve, à notre sens, la mère et l'enfant lorsqu'ils partagent un repas (on entend ici partager au sens où la mère donne le repas à l'enfant, ils partagent le moment du repas) : l'enfant passé qui est dans la mère rencontre l'enfant présent et, ensemble, ils vont partager cette recherche du plaisir originel.

L'oralité n'est par ailleurs pas que la bouche, et la bouche ne sert pas qu'à l'alimentation. La bouche est « entre le dedans et le dehors », impliqués dans toute une série de fonctions centrales dans l'ontogénèse de la personne (attachement, étayage des pulsions, sevrage, instauration du langage). (Golse et al. 2004) Lors de la tétée, la mère, tout en laissant son enfant se nourrir, va lui chanter une chanson, lui parler, le regarder, lui sourire, le chatouiller. Ainsi l'expérience « orale » s'exécute dans un environnement multi sensoriel où la voix, les contacts, la chaleur, les stimulations visuelles, les odeurs, pénètrent le corps du bébé tout comme le lait qu'il ingurgite.

Le climat affectif dans lequel se déroulent les échanges lors de l'alimentation comme lors d'autres interactions est crucial pour l'épanouissement affectif ultérieur du bébé. Tout ce qui n'apaise pas la tension créée par le besoin du bébé en lui apportant satisfaction, sera perçu comme mauvais. La mère doit donc avoir un comportement adéquat envers les besoins de son enfant afin de permettre son épanouissement affectif et son équilibre alimentaire futurs. Les ratés affectifs des échanges alimentaires peuvent agir comme « un conditionnement aversif qui proscriera le plaisir des expériences alimentaires et affectives » du bébé. La mère va devoir montrer, au fil de l'apprentissage alimentaire, que la nourriture n'est pas la seule source de plaisir possible. Il va découvrir que les mots, la parole, qui passent aussi par la bouche, peuvent prolonger le plaisir originel en le modifiant. Il va remplacer le plaisir de se remplir par celui d'être avec et d'échanger avec l'autre. Au fur à mesure de la croissance, le bébé va passer du repas en tête à tête avec la mère au repas familial, où tout le monde échange. Ainsi, du plaisir originel, niché dans l'intimité de l'allaitement, le bébé va découvrir sa mère, se

découvrir à travers elle et étendre ensuite le plaisir oral d'alimentation à celui d'échanger et partager avec l'autre.

Nous souhaitons ici moduler les propos cités précédemment qui confèrent à l' « erreur maternelle » un caractère destructeur et irréversible. Non, la mère parfaite n'existe pas et l'on doit considérer plutôt qu'une mère qui, dans sa globalité et dans une certaine temporalité, a un comportement adéquat, adapté, est sensible, contingente etc. apportera à son enfant la base sécurisante et nécessaire à un bon développement. Mais si une mère, parfois, a des difficultés à s'adapter à son enfant, et engendrer par là même des ratés dans les interactions, cela ne va pas pour autant rompre le développement du plaisir alimentaire de l'enfant.

Remis dans le contexte global du développement du bébé comme le conçoit André Bullinger (2004), le développement de la sphère orale est la base de la création d'une contenance. L'alimentation dans l'utérus, alors que le fœtus est maintenu par une contenance qu'est la paroi utérine, consiste en une diffusion en continu de l'alimentation. Après la naissance, le bébé subit la perte de cette contenance, et est soumis à une alimentation fractionnée, rythmée par les sensations de manque et de réplétions. L'élaboration instrumentale de conduite de succion va permettre au bébé de faire l'extraction de régularités, de matériaux, pour le développement de son activité psychique. Les conduites de capture (prise en bouche) et de succion, présentes déjà in utero, leur élaboration instrumentale est déjà opérée, et la mise en forme du corps (contenance) y est assurée par la paroi utérine. Mais ex utero, cette mise en forme doit être recréée en interaction avec le milieu humain (la mère). Quand cette situation de mise en forme est assurée, le comportement de capture va se mettre en place. Il s'agira en outre du mouvement de buste du bébé vers l'avant et l'ouverture de la bouche qui se referme sur l'objet (sein ou biberon) lors du contact tactile. Si la fonction d'appui des parents n'est pas complète, la capture est remplacée par un comportement d'agrippement, auquel est associée une charge émotionnelle intense. Bullinger ajoutera à cette explication du développement oral du bébé, lors du séminaire de Neuro-Psychanalyse du bébé et de l'Adolescent à l'hôpital Necker Bébés-Malades en septembre 2009, que la conduite alimentaire doit avoir un aspect narratif. « Nourrir un bébé c'est tout une histoire ». Cette chaîne d'évènements constituée par les diverses actions, scénarii lors de l'alimentation du petit, va permettre aux conduites alimentaires de prendre un sens dans les interactions avec le milieu humain. Et la toute fin de cette histoire alimentaire, de ces interactions alimentaires est la satiété, qui va créer une contenance que le bébé ressent.

Le bébé doit d'abord, pour se nourrir, absorber les calories nécessaires à sa survie. Cela lui permet d'effacer la sensation de déplaisir et de revenir à un état de quiétude des sens. Mais le bébé, dès ses premières tétées, va aussi découvrir d'autres plaisirs associés à cette alimentation de survie physique : la voix de sa mère, son odeur, la chaleur et la douceur de sa peau, son toucher, son holding etc. De là, alors que la relation d'objet se met en place, les pré-affects vont devenir affects. La bouche devient une limite entre le dedans et le dehors, le soi et le non soi, et prend toute sa dimension dans la distinction entre besoin et désir. Ainsi, lors de la première année, la bouche et l'oralité structurent toute une série de conflits et d'enjeux variés qui vont ensuite s'enrichir et se complexifier au fil des problématiques psychosexuelles ultérieures. Nous exposerons ci après un exemple : l'incorporation orale.

2.2. Relation d'objet et objet transitionnel

Winnicott soutient que dès la naissance le bébé peut avoir une « idée » rudimentaire de la mère comme totalité. Au cours des tout premiers jours de vie, c'est le type et la technique de maternage de la mère qui sont perçus par le bébé, et également, le détail des seins, le contour de son oreille, la qualité de son sourire et son odeur. D'ailleurs à la naissance, le bébé a déjà une expérience de sa mère et réciproquement. Il connaît son calme ou son agitation. Ensuite, l'adaptation active de la mère diminue au fur à mesure que s'accroît la capacité du bébé à faire face à la frustration. C'est alors que réalité et illusion s'introduisent dans l'espace créé par la frustration. Ici interviennent les concepts de « phénomènes et objets transitionnels ». Les « phénomènes transitionnels » (succion du pouce, gazouillis,...) désignent une aire d'expérience intermédiaire entre la réalité intérieure et la réalité extérieure, dont ils permettent d'ailleurs la délimitation progressive. L'« objet transitionnel » désigne la première possession non-moi participant à la fois à la réalité intérieure et à la réalité extérieure, permettant au bébé de distinguer fantasme et fait réel. Et ce qui importe dans cet objet transitionnel n'est pas sa valeur symbolique mais sa simple existence. L'activité transitionnelle est une défense contre l'angoisse, en particulier l'angoisse dépressive, en même temps qu'elle a un lien avec la pensée ou la fantasmatisation. Car l'utilisation d'un objet transitionnel correspond au premier usage d'un symbole (objet correspond à l'union de la mère et du bébé) et à la première expérience de jeu.

Comme le souligne Jacobson (1988), la notion d'objet transitionnel comporte un aspect essentiel de l'interaction mère-enfant. Pendant l'enfance, l'objet transitionnel apparaît à un moment donné entre le quatrième et douzième mois avec une médiane à 6 mois environ (Winnicott, 1951/1975). Il représente la première possession « non-moi » du bébé et signifie la première étape vers la relation d'objet. Selon Winnicott, un objet transitionnel désigne le stade intermédiaire de croissance entre l'expérience infantile d'eux-mêmes comme fusionnés avec la mère, ou subjectivement liés à elle, et le stade où ils font l'expérience d'eux-mêmes comme séparés de la mère, ou objectivement liés à elle. L'objet transitionnel est créé par le bébé, ce qui exclut automatiquement les objets tels le sein maternel, la sucette, ou une partie du corps du bébé. En outre, le bébé crée l'objet transitionnel à l'aide d'illusions de bon maternage. Les objets transitionnels préférés sont généralement des choses douces qui ont été utilisés pour les soins des bébés, une couverture, une serviette ou une peluche. Sa principale fonction est d'agir comme un calmant ou un tranquillisant. Les qualités calmantes de l'objet transitionnel est illustré par le fait que le bébé en prend possession le plus souvent au moment du coucher pour aider à s'endormir et dans des moments de stress (lorsque la mère part par exemple). Dans ce dernier cas, pendant l'absence de la mère, l'objet transitionnel, symbolisant à la fois un maternage de bonne qualité et apaisant pour le bébé, remplacera la mère jusqu'à son retour.

Winnicott insiste sur le fait que la valeur de l'objet transitionnel réside dans ce qu'il représente et comment il est utilisé et non dans sa représentation concrète. L'objet transitionnel révèle en quelques sortes la relation ou le pattern d'interactions entre mère et enfant. Ceci est observable au sein des couples mère-enfant où le bébé a des troubles alimentaires. Etant donné que les patterns alimentaires, tout comme les objets transitionnels, sont créés par l'individu et tranquilisent lors de périodes de stress, il est probable que les patterns alimentaires reflètent la structure des relations mère-enfant. En ceci, nous

argumentons en faveur de l'étude plus systématique des interactions alimentaires dans le cadre des travaux cliniques portant sur les qualités interactionnelles dyadiques voir triadiques.

2.3. Notion d'Incorporation

Les satisfactions orales que le bébé connaît au cours des premiers mois déterminent selon Freud un premier type de relation à l'objet vécu sur le mode de l'incorporation, terme abordé précédemment dans sa définition sociologique, que nous définirons ici au regard de la psychanalyse. On sait que l'**incorporation** est, avec l'**introjection**, un prototype d'une certaine forme d'**identification**. L'identification étant définie par Freud comme la forme la plus primitive de l'attachement affectif à un objet.

Les deux mécanismes primitifs de la relation que sont la projection (le bébé se projette dans les autres et attribue à autrui ses pensées et émotions propres) et l'introjection (ce que le bébé sait d'autrui est assimilé et devient un bien propre à lui-même, le bébé intériorise autrui au point de le devenir) sont les deux mécanismes de l'identification et les premiers outils de connaissance d'autrui. Les diverses identifications aboutissent à la formation dans l'appareil psychique d'un certain nombre de systèmes. Dans la relation avec la mère, le Moi (pôle défensif de la personnalité) s'ébauche comme différencié du ça (instance des pulsions), dans la relation au père émerge le Surmoi archaïque (instance de loi, des interdits), et avec les autres, le Surmoi, l'Idéal du Moi (ensemble de modèles des conduites à tenir) et le Moi Idéal (affirmation narcissique de soi même) prennent forme. Dans la première relation avec la mère, le bébé se pose dans l'existence en se vivant dans le sein de sa mère. Dans la deuxième étape, la relation opère, il se pose dans l'être, comme être spécifique. Le dépassement de ces rapports imaginaires se fait par l'accession au conflit œdipien et à la résolution du complexe d'Œdipe qui transforme la relation aux parents. C'est la triangulation, la relation symbolique fondamentale où le bébé va se situer par rapport à ses parents et par la suite à tous les êtres humains. Le bébé cesse d'être un objet absolu, isolé, dépendant, il se situe dans la filiation.

L'incorporation orale sert de modèle corporel aux processus d'introjection et d'identification. L'incorporation consiste à prendre du plaisir à intégrer un objet en soi, à l'assimiler tout en le détruisant. L'objet n'a toutefois pas entièrement disparu puisqu'il continuera à subsister à travers la personne qui l'a absorbé. L'incorporation renvoie bien évidemment au stade oral, où le plaisir du petit enfant passe par l'ingestion de la nourriture source de bien-être, mais elle ne s'y cantonne pas. Elle touche aussi le stade anal par exemple et peut passer par tous les autres organes sensoriels et les diverses cavités corporelles. Notre population de recherche est constituée d'enfants de 12 à 24 mois, entre stade oral et stade anal, et où l'incorporation est un processus pleinement utilisé par l'enfant.

L'incorporation est le pendant physique de l'introjection, très proche de l'identification, qui est un mécanisme opposé à la projection. Il s'agit d'un processus de construction primaire par lequel le nourrisson se « remplit » de l'objet extérieur avec lequel il est en relation (dans un premier temps, la mère). Les qualités de cet objet s'intègrent à la structure de son appareil psychique en construction. C'est sur cette relation première que se modèle la capacité à aimer du sujet : le moi se construit en premier lieu par l'introjection de l'objet, qui peut être bon et mauvais, (bon lorsqu'il est gratifiant, mauvais lorsqu'il est frustrant). L'introjection constitue

en ce sens l'un des modes de construction fantasmatique du petit enfant, (liée au fantasme d'incorporation durant la tétée) où il importe que prédomine le bon objet.

De ces deux dernières notions, nous pouvons donc d'ores et déjà considérer que notre population de recherche se situera dans l'ensemble à une période où incorporation et introjection seront privilégiées.

Winnicott décrit la capacité d'être seul, cette capacité étant une acquisition, une aptitude synonyme de maturité affective, dépendante des capacités d'incorporation du bébé. Il existe un temps où l'individu intériorise la mère, support du moi, et devient ainsi capable d'être seul, sans recourir à tout moment à la mère ou à son substitut. Le bébé ne peut atteindre ce stade que grâce à l'environnement qui le protège. Or la capacité d'être seul est basée sur l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un. Si cette première expérience, d'avoir pu bénéficier d'un bon environnement maternel au départ de la vie, est insuffisante, la capacité d'être seul, de pouvoir donc vivre séparé, ne parviendra pas à se développer. Lors de l'observation des bébés qui jouaient avec des objets, Winnicott conclura que lorsque un enfant jette le jouet à terre, il est comme le bébé à la bobine de Freud, c'est-à-dire un enfant qui « se débarrasse de sa mère extérieure et intérieure parce qu'elle a suscité son agressivité. Elle est expulsée comme la bobine et cependant elle peut être ramenée ». Winnicott ajoute que par son geste, « le bébé extériorise aussi une mère intérieure, dont il craint la perte, afin de se démontrer à lui-même que cette mère intérieure, représentée maintenant par le jouet sur le sol, n'a pas disparu de son monde intérieur et donc n'a pas été détruite par l'acte d'incorporation, qu'elle est encore bienveillante et veut bien que l'on joue avec elle ». En décrivant ce comportement, DW souligne, un premier temps de retournement passif/actif, analogue à celui que Freud avait décrit avec le bébé à la bobine. C'est dans l'expérience vécue de ce premier retournement que se matérialise le processus de fondement de l'espace psychique, de l'espace psychique du jeu qui se trouve ainsi trouvé/créé. C'est grâce à la capacité qu'a la mère de contenir le bébé, d'être présente en s'abstenant de toute attitude rétorsive ou de retrait, que va se constituer l'espace du jeu et l'utilisation que le bébé va pouvoir faire de l'objet. La non-rétorsion de la mère à l'amour prédateur de son bébé et à sa destructivité constitue, ainsi, un premier écran pare-excitation. L'absence de rétorsion de la mère ou de l'objet constitue un écran sur lequel vient buter la pulsion et se réfléchir.

L'aliment lorsqu'il est refusé peut-il être considéré comme la bobine ou le jouet que l'enfant jette pour se débarrasser de sa mère et ainsi exprimer l'agressivité qu'il a à son égard ? Ainsi cela expliquerait-il la tendance des enfants âgés de 1 à 3 ans à refuser sans raison apparente la nourriture proposée par leurs parents.

2.4. Théorie de la séduction généralisée

Nous aborderons rapidement la théorie de la séduction généralisée de Laplanche (1987), selon qui « cette théorie nous offre un modèle interactif de l'instauration pulsionnelle, la sexualité orale, mais pas seulement elle, se trouvant en quelque sorte injectée du dehors, par la mère, dans un temps sexuel-présexuel qui précède, de fait, l'élaboration interne ultérieure par le bébé des matériaux ainsi déposés dans son psychisme (implantation des « objets-source » de la pulsion dans la psyché du bébé confronté aux « signifiants énigmatiques maternels » émis à

l'insu de celle-ci, via la situation d'allaitement, et porteurs de tout l'érotisme maternel inconscient, d'abord intraduisible, indécodable et in-métabolisable par le bébé). »

Quand la mère donne le sein à son enfant, elle lui donne alors non seulement du lait pour le nourrir, mais aussi, et qu'elle en soit consciente/consentante ou non, son sein est également investi par elle comme un organe hautement érotisé dans le cadre de sa vie de femme. La bouche du bébé et toute son oralité, vont ainsi concourir à l'édification de son système pulsionnel. Les pulsions du bébé vont ensuite pouvoir être régulées lors de ces fameux jeux entre mère et bébés, par exemple lorsque la mère va faire semblant de vouloir manger ou croquer son bébé. Cela va aider le bébé à moduler progressivement ses pulsions agressives.

Comment cette théorie s'applique à la scène alimentaire « sans le sein » de la mère ? L'aliment préparé par la mère, offert par la mère, se substitut-il au sein comme un lien entre mère et enfant ?

Pour notre étude, nous nous intéressons à la 2^{ème} année de vie du bébé, étape de transition entre stade oral et stade anal. Nous aborderons maintenant quelques points permettant de mieux situer encore notre population et ce qui se joue au niveau du développement psychomoteur et psychoaffectif du bébé à cet âge.

2.5. Développement psychomoteur et psychoaffectif de 1 à 2 ans d'âge : entre stade oral et stade anal

Entre 1 et 2 ans, le bébé va évoluer d'une motricité désordonnée vers des mouvements efficaces et coordonnés qui vont dans le sens de son indépendance. Le bébé arrive à un stade de développement neuromusculaire intéressant qui lui donne la possibilité d'imiter l'adulte d'abord maladroitement (à 2 ans le bébé est brutal, bruyant). Le bébé va acquérir la marche, et va pouvoir ainsi explorer le monde qui l'entoure. Il va être capable de monter, de descendre les escaliers, d'ouvrir les portes. Il réalise des jeux plus complexes. Et il va perfectionner son langage global significatif.

Notons que Spitz (1958) a décrit qu'à 15 mois, le « non », troisième organisateur²¹ de la vie psychique infantile succède au sourire (3 mois) et à l'angoisse du 8^{ème} mois. L'apparition de cet organisateur va témoigner des capacités nouvellement acquises de jugement et d'abstraction. À un an, le bébé est un explorateur touche à tout qui apprend à marcher et ira jusqu'à courir dans tous les sens dès qu'il le pourra. Il développe l'imitation comme la stratégie favorite d'apprentissage. Nous avons sondé, lors des entretiens de notre recherche avec des mères, si l'imitation apparaissait, dans le cadre alimentaire, comme une stratégie d'apprentissage privilégiée par leurs enfants.

Progressivement l'enfant veut participer à ce que font « les grands ». C'est à cette période qu'apparaît le besoin de propriété. Au début de la deuxième année, le bébé s'exprime par

²¹ Les travaux de Spitz portent sur la "construction du lien objectal". Après une période où le nouveau-né ne fait aucune distinction entre lui-même et son environnement, le sourire intentionnel à sa mère ("premier organisateur psychique") marque le début de la reconnaissance de cette mère comme objet de son amour. Puis l'angoisse du huitième mois ou "peur de l'étranger" ("deuxième organisateur") prouve que le bébé fait une différence entre ses proches et les autres. Enfin son premier "non" ("troisième organisateur") affirme son identité face à autrui.

mots-phrases, connaissant les noms de certaines parties du corps et d'objets courants. Les interactions avec d'autres bébés se mettent en place. La troisième année marque le début de l'affirmation du caractère du bébé. Il peut tester les limites des parents à travers des crises de colères. De façon intéressante c'est également à cette même époque que le bébé développe des rituels du coucher, le bébé commençant à avoir peur du noir. À la fin de cette période, le bébé s'autonomisera en commençant à s'habiller et à se savonner seul. L'affirmation de son identité l'amènera à prendre conscience des différences des sexes, une des dynamiques initiatrice du stade œdipien que nous n'aborderons pas dans ce travail.

Si la première année englobe la période qui a été nécessaire au psychisme pour assumer la distinction moi-non moi, ce second stade du développement va être celui de sentiment de contrôle de cette limite. Ce stade commence par l'affirmation de soi par le « non » et se prolonge par le contrôle sphinctérien. Le sphincter est ce muscle qui permet, ou au contraire, empêche qu'une partie de soi s'extériorise. Encore une fois, c'est par l'apport environnemental que le bébé va travailler l'acquisition de la propreté. Autrement dit, l'étayage environnemental permet la prise de conscience du contrôle de la porosité de la membrane qui permet à le bébé d'avoir une identité. L'analité permet de donner et de conserver. Les fèces ont alors le sens d'un don de soi, d'un cadeau fait aux parents. On peut même les voir comme les premières créations du bébé, une production originale et unique d'un soi qui se construit et s'affirme. Fondamentalement, ce stade est celui du développement narcissique et de l'émergence du sentiment de puissance et des jeux de pouvoir qui vont avec. Freud précisera ainsi ce stade par la dynamique sadique sous-jacente. Retenir ses fèces c'est aussi jouer avec l'attente de ses parents. De même, cette dynamique ne peut être comprise sans la double dynamique exhibitionniste/voyeuriste. L'acquisition des savoirs se fait plus distale, le bébé a moins besoin de manipuler les petits objets ou de la mettre en bouche, l'organisation neuro-cognitive du traitement de l'information visuelle est désormais aboutie et ce champ se narcissise au point de devenir un moyen de pouvoir. Le pouvoir du bébé va naître : il peut dire oui ou non, donner ou retenir.

C'est aussi le stade de l'ambivalence : l'objet peut être gardé, donné, bon ou mauvais. Les frontières intérieur-extérieur du corps sont consolidées. C'est un stade d'affirmation contre, et parallèlement la pensée va suivre un schéma dualiste. Lorsque les objets s'opposent à la volonté du bébé, ils sont méchants, et quand ces volontés s'opposent à l'adulte les pulsions agressives vont être différées sur des objets de substitution tels la poupée, le jouet etc., c'est donc une pensée par représentation symbolique que le bébé va produire.

Abraham a distingué un stade sadique anal expulsif (12-18 mois) ou l'expulsion prend la valeur d'un défi par rapport à l'adulte et un stade masochique rétensif (18-24 mois) ou la rétention des matières fécales n'est pas exempte d'un sadisme puisqu'il sait que l'adulte attend quelque chose de lui. Ce stade est marqué par la crise sociale de l'éducation à la propreté, mettant pour la première fois le bébé en conflit avec l'autorité. Les perturbations d'ordre pulsionnel du stade anal peuvent déclencher des inhibitions, des troubles du langage, ou des troubles moteurs, qui sont des mécanismes de défense. Dans le domaine psychosomatique, nous retrouvons l'énurésie, l'encoprésie, la constipation, la colite, l'asthme.

C'est aussi entre 12 et 24 mois que le bébé va développer un sens de soi²² subjectif (pour devenir partenaire de l'intersubjectivité) puis verbal (pour décrire et transcender la réalité).

Myriam David (1998) expose les besoins contradictoires mais complémentaires de dépendance affective et d'autonomie du bébé lors de sa deuxième année de vie. En effet, entre 1 et 2 ans, le bébé, bien qu'en phase de séparation et d'individuation²³, reste très dépendant de sa mère au niveau affectif. Cela s'illustre dans sa façon d'impliquer cette dernière dans tout ce qu'il fait, son plaisir à être avec elle etc. Mais d'un autre côté, ses capacités psychomotrices lui permettent désormais d'agir et de comprendre les conséquences directes de ses actes sur son environnement, nourrissant ainsi davantage son désir d'explorer et de faire lui-même les choses qu'il observe dans son entourage. Ses besoins d'activité et d'autonomie s'expriment dans l'ensemble de ses activités quotidiennes : dans son activité motrice, durant l'alimentation et enfin durant ses interactions affectives. Ainsi, le bébé a toujours besoin d'être porté, cajolé par sa mère malgré son envie de trotter partout dès qu'il le peut, de même, il a besoin de la présence de sa mère même lorsqu'il joue seul, pour à la fois le rassurer et le stimuler quand sa propre inspiration s'essouffle. Or, comme le souligne l'auteure, toutes ces nouvelles expériences d'autonomisation vont conduire le bébé à se heurter à de nombreuses règles, inévitables s'il désire recevoir la satisfaction et l'approbation si importante à ses yeux de sa mère.

Au niveau alimentaire, comme le souligne M. David (1998), au début de la deuxième année de vie, le bébé préfère jouer à manger, et a davantage tendance à s'amuser avec l'aliment en le touchant, le manipulant. Ceci vaut par ailleurs la « joie » parentale de retrouver de la nourriture partout sauf dans l'assiette à la fin du repas. De même le bébé va montrer son opposition aux parents en refusant catégoriquement de manger certains jours, soit par inquiétude vis-à-vis de l'aliment proposé, soit désir d'imposer sa volonté. Puis le bébé va vouloir manger seul, après avoir touché et manipulé les aliments, il va les prendre

²² Stern (1987) montre que le bébé se construit dans l'interaction par la mise en place des « sens de soi », qui se construisent, se complètent (sans se substituer) et se modifient tout au long de la vie. Stern distingue quatre sens de soi :

- De la naissance à 2 mois : le sens de soi émergent, le nourrisson recherche les situations d'apprentissage et les stimulations sociales (théorie en contradiction avec les notions de période d'indifférenciation de Mahler, de pare-excitation de Freud et le modèle anhistorique du psychisme infantile selon Klein, cf Bénony, 1998)
- Entre 2 et 7 mois : le sens de soi-noyau, par intégration d'expériences de l'activité propre de soi, de la cohérence de soi, de l'affectivité de soi et de la permanence de soi.
- Entre 9 et 15 mois : le sens de soi subjectif, en lien avec le concept d'accordage affectif.
- A partir de 15 mois : le sens de soi verbal, permettant de lier les mots aux expériences sensorielles.

²³ Pour Mahler (1963), le processus de séparation/individuation est la condition préalable nécessaire au développement du « sens de l'identité » qui permet la démarcation progressive entre l'image du corps et celle de l'objet (la mère). Au cours de la phase symbiotique, les 6 premiers mois de vie, les schèmes maternels sont assimilés par le bébé. Ils sont acquis dans le contexte de la « symbiotic community » et sont considérés par Mahler comme une imitation complexe sans contenu mental. Les premiers signes d'individuation apparaissent entre 3-4 mois. Ces premiers changements concernent en particulier le comportement postural (détente ou raidissement du corps lorsque le bébé est porté) mais affectent aussi l'attention visuelle, la fixation et la poursuite oculaire, ou encore le sourire. Mahler met également l'accent sur les difficultés du comportement maternel qui doit « tendre vers un équilibre subtil sans frustration ni intrusion inadéquates ». Les difficultés d'individuation du bébé sont, entre autres, le reflet des variations du comportement maternel.

soigneusement avec cuillère ou fourchette et montrer fièrement qu'il peut faire cela tout seul, refusant énergiquement que la mère aide. Le bébé va également petit à petit s'intéresser davantage à ce qui se trouve dans les assiettes parentales ou des frères et sœurs, et voudra participer au monde « des grands » (car après tout, lui aussi devient grand).

Toutes ces limites dans l'utilisation de ses nouvelles compétences vont engendrer nombre de frustrations pour le bébé. Sa mère, tout bon objet soit-elle, veut désormais lui faire faire des choses que lui-même ne veut pas faire. Il ne peut plus faire uniquement ce qu'il veut. Il va alors montrer sa colère, sa peine, voire sa rage parfois, contre tout ce qui s'oppose à lui et en particulier contre sa mère.

Cette période peut être vécue douloureusement par les mères qui se voient impuissantes face aux « non » incessants de leur enfant, ses refus têtus de ne pas manger etc., et redoutent les conflits subséquents. Or Van de Rijt-Plooij et al. (1993) à partir de leurs études sur les chimpanzés, supposent que le conflit entre mère et enfant est une composante essentielle dans le développement normal du bébé car cela permet au bébé d'atteindre de nouveaux niveaux d'indépendance à partir duquel le dit conflit se résoudra de lui-même. On sait que le conflit peut également induire stress chez la mère et chez le bébé, ainsi les auteurs ont demandé à des mères de bébés de 0 à 20 mois de remplir un questionnaire toutes les semaines et d'être régulièrement interviewées sur le développement progressif de leur enfant et ses implications sur leurs relations. Leurs conclusions sont que les conflits mère-enfant sont positifs et nécessaires pour l'acquisition d'indépendance du bébé mais ils constituent également des périodes à risque pour l'équilibre du système mère-enfant, en particulier en cas de psychopathologie ou vulnérabilité maternelle.

Nous pensons qu'au plan alimentaire, les conflits dyadiques peuvent être effectivement le reflet de l'acquisition de l'indépendance de l'enfant mais qu'aussi, en cas de vulnérabilité maternelle, peuvent être annonceurs de difficultés ultérieures au niveau tant interactionnel qu'alimentaire. Notre étude portant sur des enfants sans difficulté alimentaire, nous ne pourrions malheureusement pas traiter cette question mais suggérons ceci comme piste potentielle d'analyses futures.

2.6. Quelques mots sur la transmission intergénérationnelle

C'est Serge Lebovici (1983) qui a proposé le concept de **transmission trans-générationnelle**, définie comme la transmission qui se joue entre des générations à distance, souvent sans contact direct, elle s'exerce dans le sens descendant (des générations passées vers la génération présente), elle emprunte surtout les voies du langage (interdits, non-dits...), elle correspond à une transmission reconstruite a posteriori et, comme telle, elle a été d'abord principalement étudiée par les psychanalystes d'adultes. Lebovici tentait dans le cadre psychothérapeutique, de dégager les différents "mandats trans-générationnels inconscients" qui peuvent venir entraver la liberté du déploiement du self du bébé. S'intéresser à la dynamique intergénérationnelle c'est en tout chercher à savoir comment le monde représentationnel des individus d'une génération donnée peut influencer le monde représentationnel et donc le comportement de la génération en dessous. Par où se jouent les phénomènes de transmission qui sous tendent cette influence ?

La **transmission inter-générationnelle**, quant à elle au contraire, se joue entre des générations au contact (parents et bébés essentiellement), elle s'exerce dans les deux sens

(ascendant et descendant), elle emprunte les voies de la communication verbale et non verbale, elle peut être observée directement et comme telle elle a surtout été étudiée assez récemment par les psychiatres et les psychologues du développement et les psychanalystes de bébés ou de très jeunes enfants.

Freud en 1914 (cité par Golse, 2006) parle des deux aspects de l'identité : individuelle et groupale. L'individu hérite donc de tout un matériel psychique indispensable, par le biais de sa filiation et hérite par là-même des conflits inconscients non réglés par leurs aïeux. Tout un mouvement systémique et psychanalytique se développe qui s'intéresse aux non-dits, aux trous dans la communication, aux secrets de famille, ou encore fantômes du passé. De même, les travaux dans le domaine de l'attachement s'intéressent à ce que le bébé hérite de ses parents dans le cadre de ses interactions précoces, cela consiste en des schémas d'attachement de natures qualitatives diverses et fondés sur la constitution de modèles internes opérants construits au contact des figures d'attachement principales. Ainsworth (1969), avec la situation étrange, a développé un paradigme expérimental qui lui a permis de spécifier quatre types d'attachement : sécure, insécure, anxieux-ambivalent et évitant. De très fortes corrélations entre l'attachement de la mère et de son enfant ont été trouvées.

Une grande question dans ce domaine de la transmission intergénérationnelle est comment les représentations et fantasmes des parents peuvent imprégner et modeler les interactions fantasmatisques ? Selon Lebovici (1983), ces transmissions trans-générationnelles et inter-générationnelles sont fondées sur les différents bébés qui existent dans la tête des parents (fantasmatisque, imaginé, narcissique et mythique) et qui, lié au narcissisme des parents, vont concourir à l'édification et au développement du self du bébé. Cramer et Palacio-Espasa (1983-1994) ont parlé de la notion de projections parentales sur le bébé (de type plus ou moins névrotique ou psychotique) qui peuvent être plus ou moins externalisantes ou contraignantes. Ils montrent qu'on peut trouver des traces de projection parentales précoces dans l'organisation du psychisme du bébé. Pour Stern (1987), le processus d'accordage affectif est en quelques sortes le messenger du matériel psychique parental dans la transmission trans-générationnelle.

Dans l'adulte ou le parent, reste toujours le bébé qu'il a été lui même, ou qu'il croit avoir été (Golse, 2006).

Au niveau de l'alimentation, quelques études ont révélé un phénomène de transmission intergénérationnelle (Benoît 2000, Chatoor, 1996) par lequel les troubles affectifs ou de la personnalité de la mère (du parent) compromettent la relation de soin et peuvent entraîner des troubles infantiles de la régulation émotionnelle et de la stabilisation des rythmes alimentaires. Ammaniti et al. (2004) confirment, avec leur étude comparative de dyades avec enfants sans troubles et dyades avec enfant ayant un trouble alimentaire, le rôle de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie maternelle.

Ces considérations nous amènent à penser que si, dans notre étude, en plus d'une évaluation de la psychopathologie maternelle, l'on aborde le vécu des mères et leurs difficultés éventuelles liées à la nourriture, le bébé qu'elle a été ressortira de son discours et cela nous laissera peut-être l'occasion de mieux comprendre la structure de sa relation à la nourriture ainsi que ce qu'elle développe comme relation avec son enfant autour de l'alimentation.

3. Les interactions alimentaires « normales »

3.1. Quelles normes ?

Tapez « interactions alimentaires normales mère-bébé » dans un moteur de recherche scientifique sur internet et vous trouverez absolument tout... sur les troubles alimentaires. Peu de littérature renseigne sur les interactions alimentaires normales. Il faudra par exemple attendre les années 90 pour avoir les premières données normatives sur la durée moyenne d'un repas pour les bébés durant leurs 3 premières années (Reau et al. 1996).

Comment étudier et soigner les troubles alimentaires sans avoir de référence de normalité ? Comment les cliniciens font-ils alors ? Il semblerait que la normalité en termes d'alimentation et d'interactions alimentaires ait été et est encore à l'heure actuelle, largement définie en fonction de l'observation quotidienne de bébés sains et dont les parents ne déclarent pas de problèmes particuliers dans les cabinets de pédiatres et autres unités hospitalières dédiées aux bébés. Ainsi, la définition de la normalité des interactions et comportements alimentaires est basée sur l'expérience clinique de médecins et thérapeutes. Cependant quelques auteurs ont mis en lumière un certain nombre d'éléments sur les interactions alimentaires et leur importance au sein des interactions globales mère-enfant et le développement du bébé.

A ce jour nous avons un certain nombre d'auteurs qui ont tenté de dresser une première ébauche de ce que pourrait être la normalité des interactions alimentaires mère-enfant. Plusieurs aspects de ces travaux sont pertinents pour notre questionnement

Susz et al. (2009) nous rappellent que déjà Winnicott (1957) pensait que l'alimentation est un accomplissement concret des relations mère-enfant. Ce n'est pas seulement un accomplissement physique et physiologique, mais cela comprend le lien affectif entre la mère et le bébé. Le processus d'alimentation se développe simplement si le lien affectif se développe également naturellement et paisiblement. Pour la mère « suffisamment bonne » et son enfant sain, né à terme, l'alimentation est une composante importante du lien entre eux deux. C'est un processus dans lequel la mère apprend à connaître son enfant et réciproquement. Intuitivement et naturellement, le bébé « sait » les quantités de nourriture et le temps nécessaire pour manger. La mère doit laisser le bébé prendre des décisions en fonction de ses capacités, comme elle doit également fournir le lait et les soins. De plus, Winnicott (1957) dira que la mère « suffisamment bonne » offre un cadre pour l'alimentation, dans lequel le bébé pourra constituer des expériences agréables, être tenu, soutenu et contenu par l'amour de sa mère. Une mère qui n'est ni inquiète, ni anxieuse. Indépendamment des événements extérieurs, la mère assiste et fait partie de la scène alimentaire, et profite de la joie de l'intimité ainsi formée entre elle et son bébé. Comme cité auparavant dans le chapitre sur l'oralité, le contact du mamelon de la mère avec la bouche du bébé va permettre de créer une idée dans le cerveau du bébé, formant l'image de ce qui est à venir. La capacité de la mère à investir le monde de son enfant et de sentir les besoins de ce dernier conduit finalement le bébé à découvrir la personne qu'est sa mère, puis sa propre identité. Pour que le bébé s'adapte à sa mère, ma mère doit également s'adapter au bébé.

Ainsworth et Bell (1969) furent les premiers auteurs à s'intéresser de très près, expérimentalement, aux interactions alimentaires mère-bébé. Leur but était d'observer minutieusement les interactions entre des mères et leur bébé durant l'alimentation lors de la première année de vie. Leur hypothèse était que lors des toutes premières semaines de vie du nourrisson, la majeure partie des interactions entre la mère et son enfant sont d'ordre alimentaire et jouent un rôle privilégié dans le développement des liens d'attachement entre eux 2.

L'observation à domicile de repas de 26 bébés et leur mère, ainsi que des interviews des mères, pendant un an et à intervalle régulier, a permis aux auteurs de récolter un maximum d'informations pouvant faire l'objet d'une analyse des liens entre les caractéristiques suivantes :

- L'organisation temporelle du repas (quand, à quelle fréquence, à quels intervalles, est-ce réglé de façon rigide ou flexible, est-ce décidé par la mère en fonction des signaux de faim de son enfant... ?)
- Détermination de la quantité de nourriture ingérée par le bébé et détermination de la fin du repas (est-ce le bébé ou la mère qui détermine cela, le bébé a-t-il été forcé... ?)
- Comment la mère tient-elle compte des préférences de son enfant pour certains aliments ? (comment fait-elle face aux rejets, refus, comment présente-t-elle de nouveaux aliments ...?)
- Degré d'autonomie laissé au bébé par la mère. 9 patterns potentiels ont été mis en lumière par les auteurs :
 1. alimentation à la demande : complètement et de façon consistante
 2. alimentation programmée : flexible
 3. alimentation à la demande : suralimentation pour faire plaisir, satisfaire le bébé
 4. alimentation programmée : suralimentation pour faire plaisir, satisfaire le bébé
 5. alimentation programmée : trop de décalages avec la faim du bébé
 6. alimentation pseudo- à la demande : mère impatiente
 7. alimentation pseudo- à la demande : suralimentation pour que le bébé dorme plus longtemps
 8. alimentation programmée : rigide, à heures fixes
 9. alimentation arbitraire
- Variables maternelles, soins durant les 3 premiers mois (à l'aide de 22 échelles en 9 points) :
 1. Perception maternelle du bébé
 2. Joie et plaisir maternels avec le bébé
 3. Acceptation maternelle du bébé
 4. Degré de justesse/d'à propos des interactions mère-bébé
 5. Quantité de contacts physiques
 6. Qualité des réponses maternelles aux pleurs du bébé

- Classification du bébé dans la Situation Etrange de Ainsworth à 12 mois (qualité des liens d'attachement à la mère).

Les résultats trouvés par les auteurs mettent deux idées principales en lumière, idées qui seront maintes fois reprises par la suite: l'alimentation est une sorte de spirale d'interactions où la mère et le bébé ont chacun leur rôle et leur marche de manœuvre afin que le bébé se développe au mieux. Les mères observées qui présentaient des comportements contrôlants ou bien de négligence envers le bébé pendant les interactions alimentaires avaient des bébés qui mangeaient peu et dont la régulation alimentaire faisait défaut. Par contre, les mères « responsive(s) » et sensibles aux signaux de leur enfant avaient des interactions alimentaires très positives et le bébé mangeait de façons efficace et optimale.

Ainsi une alimentation optimale requiert une relation synchrone entre parent et enfant dans laquelle les comportements de chacun sont contingents. D'autre part, les expériences interactionnelles précoces (ici interactions alimentaires durant les 3 premiers mois de vie) ont une incidence sur le développement ultérieur du bébé (ici liens d'attachement à 1 an).

Les interactions lors de l'allaitement ont été beaucoup étudiées, nous ne citerons ici que les grandes idées développées par certains auteurs. Selon Apfeldorfer (1994) le lait humain est reconnu comme étant l'alimentation optimale pour tous les bébés car ses vertus bénéfiques au niveau de la santé de la mère et de son enfant ont été prouvées autant pour la santé du bébé²⁴ que le bien être psychique de la mère et le bébé. Dans le nouveau traité de psychiatrie du bébé et de l'adolescent (1985), Lebovici et al. décrivent les différentes modalités impliquées dans la situation d'allaitement dont nous avons parlé précédemment tout au long de cette revue théorique : le regard mutuel, le dialogue tonique, le holding, le contact et le toucher, la parole et les vocalisations, les expériences gustatives et olfactives du bébé. Ils rappellent également que Lézine en 1975, par l'observation de couples mère-bébé lors de l'allaitement, avait décrit différents profils d'interaction : les mères rigides et crispées tenant le bébé à distance pour éviter le contact, ne tenant pas compte des signaux de son enfant ni du rythme de succion, les mères attentives mais qui ne répondent pas de façon adaptée aux besoins du bébé, et enfin les mères détendues, actives et attentives, qui interagissent de façon riche et adaptée.

Brazelton (1993) prend l'exemple du syndrome de dépérissement de certains bébés qui sont « ratatinés, rachitiques et ont le même poids à 8 mois qu'à la naissance ». Il explique que ces bébés peuvent avoir été très bien nourris mais cependant ont eu un grand manque de communication affective, de maternage. Brazelton en conclut que nourrir un enfant est non seulement lui apporter les nutriments nécessaires mais aussi et surtout d'accompagner la prise alimentaire de messages d'amour.

Ici encore, nous confirmons l'importance de considérer l'alimentation non seulement comme une acte nutritif mais aussi social, affectif et intersubjectif

C'est bien plus tard, que Satter (1992, 1995, 2000) reprendra les observations d'Ainsworth et Bell en parlant de « feeding relationship » (relation alimentaire) comme étant

²⁴ L'organisation mondiale pour la santé (OMS), l'académie américaine de pédiatrie (AAP), et le collègue américain d'obstétrique et de gynécologie (ACOG), recommandent l'allaitement pendant les 6 premiers mois de vie.

un processus réciproque qui repose sur les capacités et caractéristiques du parent et du bébé. Pour Satter, une alimentation normale consiste en la capacité à manger quand on a faim et continuer jusqu'à ce que cette faim soit satisfaite. L'auteur souligne que les bébés savent manger normalement, ils sont nés avec la capacité de recevoir la nourriture et réguler. Mais la notion importante que Satter rappelle est que la normalité dans l'alimentation, comme dans tout autre domaine, est synonyme de **flexibilité** : nous mangeons en fonction de nos émotions, notre emploi du temps, nos humeurs, notre faim, et la proximité de nourriture. Ainsi il est important de ne pas considérer la variabilité au sein des comportements alimentaires des bébés sains comme tant d'anormalités potentielles, mais comme l'expression tout simplement de leur vie, leurs émotions etc. Satter définit l'alimentation « optimale, efficace », lorsque les parents savent encourager, enrichir et respecter les capacités et l'autonomie du bébé, mais aussi fournir l'alimentation adaptée, sous une forme que le bébé peut manger, dans un environnement social et d'amour. Slaughter et al. (2004) ajoutent que l'alimentation est un épisode majeur où les parents et leur bébé ont des interactions fréquentes, quotidiennement, qui supportent le bon développement du bébé. Ces interactions peuvent affecter les perceptions parentales de leur compétence à être un bon parent tout comme leur sentiment de lien proche avec leur enfant et le sens d'agir dans leur meilleur intérêt. Les interactions alimentaires reflètent les relations parent-enfant et des luttes durant les repas indiquent ou révèlent souvent des luttes dans les interactions.

Satter (1992, 1995, 2000) souligne que si les parents sont trop dans le contrôle ou au contraire n'encouragent pas assez le bébé, l'alimentation tout comme le développement psychosocial pourront en être perturbés. Le risque s'il n'y a pas cette « relation synchrone » entre enfant et parents est que les repas se transforment en luttes non productives. En somme, selon Satter, **l'alimentation requiert une division des responsabilités entre parents et enfant**. Les parents sont responsables de ce qu'ils offrent à manger à leur bébé. Le bébé est responsable de la quantité qu'il en mangera. Les parents doivent fournir la nourriture adéquate au bébé en fonction des signes que celui-ci leur montre pour dire qu'il est prêt, par exemple à passer à une alimentation solide. Mais ils doivent aussi l'autoriser à prendre l'initiative d'accepter ou non l'aliment, et à réguler la quantité qu'il veut/a besoin d'ingérer. Les parents doivent également offrir une structure d'alimentation (horaires, contexte, environnement) et limiter les comportements négatifs durant les repas. Une telle structure et de telles limites sont essentielles pour que les bébés apprennent les comportements sociaux associés à l'alimentation, quel que soit leur âge.

Face au manque de littérature concernant la durée normale d'alimentation des bébés, Reau et al. (1996) se donnent pour objectif de documenter et enrichir les données normatives sur l'alimentation du bébé. Pour cela, ils observent les 2 périodes suivantes l'« infancy » (3-12 mois) et le « toddlerhood²⁵ » (13-27 mois pour cette étude). Ils décrivent pour chaque période : la durée d'alimentation moyenne, la fréquence de comportements alimentaires problématiques rapportés par les parents, et comparent enfin les distributions des durées d'alimentation des bébés avec et sans problèmes de comportements alimentaires rapportés. Les auteurs font état d'une durée moyenne de repas identique quelle que soit la période observée (« infancy » ou « toddlerhood »), soit moins de 30 minutes. Les bébés dont les

²⁵ Toddlerhood : période de 1 an à 3 ans, où le bébé « toddler » c'est-à-dire fait ses premiers pas, puis trotte.

parents rapportaient qu'ils avaient des problèmes de comportements alimentaires (et plus spécifiquement les « picky eaters ²⁶») mangeaient significativement plus lentement et plus longtemps que les bébés sans difficultés alimentaires rapportées. En conclusion, les auteurs considèrent que les bébés, entre 3 et 27 mois, qui prennent plus de 30 minutes pour manger un repas sont hors du rang de la « normalité » et peuvent être considérés comme des « mangeurs lents ». Or, il est également important de noter que tenter de définir la normalité via la durée des prises alimentaires est extrêmement dépendant de la culture. Les américains ou anglais ne prennent que peu de temps pour manger particulièrement le midi (sandwich sur le pouce) tandis que les français se donnent minimum une demi heure dédiée exclusivement à la prise alimentaire. Ainsi, peut être peut-on s'attendre dans notre étude à avoir des temps de repas plus importants pour les bébés de notre population française. D'autre part, il est apparu que les problèmes de comportement alimentaire tels que les refus de manger, hypersélectivité des aliments, petit mangeurs etc. sont habituellement rapportés pour les « toddlers ». La 2^{ème} année de vie serait donc une période sensible au niveau du développement des habitudes, comportements et interactions alimentaires. La notion de normalité lors de cette 2^{ème} année aurait-elle alors une tout autre dimension ? Cela expliquerait pourquoi la littérature est si pauvre en termes de données normatives sur les interactions alimentaires à cet âge.

Nous verrons si dans notre étude, les interactions alimentaires entre mère et bébés peuvent être considérées comme « normales » au regard de ces références diverses.

Crist et Napier-Phillips (2001) ont décrit les patterns comportementaux alimentaires d'une population de bébés sains, afin de compléter les données normatives dans ce domaine puis dans un deuxième temps, pour les comparer aux patterns comportementaux alimentaires de populations cliniques. La population normale étudiée comportait 96 bébés de 9 mois à 7 ans. Les parents des 96 bébés devaient remplir un questionnaire (Behavioral Pediatric Feeding Assessment Scale) contenant 25 items qui décrivent les comportements alimentaires du bébé et 10 items qui décrivent les sentiments des parents ou leurs stratégies pour faire face aux problèmes durant l'alimentation. Les résultats montrent que **la moitié des parents considèrent que leur enfant à au moins un des vingt cinq comportements alimentaires proposés dans le questionnaire qui pose problème lors des repas**. Les comportements considérés comme les plus problématiques par les parents sont : sort de table (pour les plus grands), mange hors des repas, refuse de manger, pleure lors des repas etc. En anthropologie, on regroupe ces faits sous les notions de « *règles de l'étiquette* » ou plutôt de politesse, et de structuration des repas, etc. Non respectées, leur absence transforme ce qui est normalement (normativement) admis en une goinfrerie qui éloigne l'Homme de la culture pour le rapprocher de l'animal. Or tout l'apprentissage de l'alimentation renvoie à une normalisation des comportements permettant de démarquer l'Homme de l'animal qui ne mange que par besoin, contre par plaisir aussi pour l'Homme, pour répondre à une nécessité affective ou sociale (les repas partagés, les interactions – paisibles ou conflictuelles – avec les pairs, etc.). Les parents qui rapportent avoir des problèmes lors des repas avec leur enfant sont plus à même d'utiliser des stratégies telles que la présentation de plats multiples (préparer un autre plat si le bébé refuse le premier proposé), la persuasion par cajolerie (« coaxing »), forcer ou menacer (Skuse, 1993). Selon ce que rapportent les parents dans l'étude de Crist et Napier-

²⁶ Picky eaters : petits mangeurs ou bébés que l'on qualifierait de mangeur difficiles.

Phillips, les deux premières sont les plus fréquemment utilisées alors que forcer et menacer le sont très peu.

Dans ces interactions alimentaires, qu'est-ce qui est un comportement « normal », « admis », « possible » pour le parent dans la relation qu'il construit avec son enfant ? En outre, nous parlons alors d'éducation alimentaire. Nous avons fait le choix de ne pas exposer d'éléments sur cette question dans ce travail car la notion d'éducation alimentaire est principalement traitée dans la littérature au regard de la théorie des styles parentaux (Baumrind, 1978), théorie que nous ne traiterons pas ici

Crist et Napier-Phillips (2001) ont pu répliquer les résultats de Reau et al. (1996) en montrant que la durée moyenne des repas, quel que soit l'âge du bébé, est de 30 minutes. De même, les bébés pour lesquels les repas durent plus de 30 minutes ont souvent des comportements alimentaires problématiques rapportés par les parents. Le comportement le plus lié à une longue durée de repas est « garde la nourriture en bouche et ne l'avale pas ».

Cependant les données de la plupart des études normatives sont à nuancer, ils sont principalement basés sur ce que les parents rapportent de leur expérience avec le bébé, il n'y a pas de moyen de vérifier que ces informations reflètent vraiment la réalité, mais il est sans nul doute que, réelles ou non, ces rapports parentaux d'expériences sont à prendre en considération.

Keren & Feldman (2002) soulèvent que la plupart du temps, les interactions alimentaires ne sont évaluées que lorsque le bébé est adressé en service pédiatrique ou chez un thérapeute spécifiquement pour des problèmes alimentaires. Selon ces auteurs, cela est surprenant si l'on considère que l'alimentation occupe une part importante du quotidien des familles. Cela nous surprend d'autant plus que l'alimentation étant un comportement vital, central, nécessaire 3 fois par jour et particulièrement pour les bébés qui sont en plein développement, les repas sont le reflet de nombreuses problématiques qui se jouent entre la mère et le bébé.

Lindberg et al. (1991) ont abordé les problèmes alimentaires précoces rencontrés dans une population normale de 1400 parents de bébés âgés de 7,5 mois à 18 mois. Un quart des parents ont rapporté avoir eu des difficultés alimentaires durant les 6 premiers mois de leur enfant (principalement coliques et vomissements), et plus de 10% disent en avoir toujours au moment de l'étude (refus, petit appétit). 3% des familles disent que ces problèmes sont réellement handicapants et ont besoin d'aide. Les auteurs soulignent le fait que le problème qui apparaît comme le plus stimulant mais aussi embarrassant pour les parents est **le refus de manger**, de par son impact sur le bien être parental et les craintes en découlant pour le développement du bébé.

Hagekull et al. (1987) ont montré que les problèmes alimentaires des bébés (3-12 mois) sont clairement liés à des expériences parentales élevées de stress. Les mères de bébés à problèmes rapporteraient davantage d'expériences négatives dans leurs discours que les mères de bébés sans problèmes alimentaires. Ainsi, **les ressentis et expériences parentaux semblent être des facteurs importants dans la compréhension et le traitement des situations alimentaires problématiques.**

Nous pouvons conclure sur cette partie que la normalité des interactions alimentaires se définit selon plusieurs facettes : entre autres l'aspect biologique-nutritionnel, relationnel, affectif, social, ainsi que développemental. Toutes ces facettes sont à prendre en compte dans l'appréhension des interactions alimentaires entre mère et enfant.

Il est à notre sens important d'évoquer aussi l'étude de Lucarelli et al. (2003). Ces auteurs ont observé la qualité d'interactions alimentaires d'un échantillon constitué d'un groupe d'enfant avec troubles alimentaires à cause organique ou fonctionnelle, d'un groupe de bébés avec troubles alimentaires sans cause organique ou fonctionnelle et d'un groupe contrôle. Ils ont testé et confirmé la présence, dans ces 3 groupes, de différences développementales au niveau relationnel au cours des 3 premières années de vie du bébé. Ils ont identifié 3 groupes d'âge : 2/12 mois, 13/23 mois et 24/36 mois et on observé l'évolution des 5 composantes de l'échelle alimentaire de Chatoor qui évalue la qualité des interactions alimentaires (réciprocité dyadique, conflit dyadique, parole et distraction, lutte pour le contrôle, non contingence maternelle). Ils concluent au vu de leurs résultats que, durant les trois premières années de vie, les échanges interactifs entre la mère et le bébé ainsi que les expériences affectives et sociales pendant l'alimentation s'organisent selon des patterns développementaux. Ces patterns deviennent petit à petit l'expression du besoin d'autonomie du bébé et d'individuation émotionnelle et affective. La réciprocité dyadique et la contingence maternelle augmentent au fil des années alors que le conflit dyadique et la lutte pour le contrôle marque un pic d'apparition entre 13 et 23 mois, lorsque le bébé développe son autonomie, puis redescend par la suite.

Nous nous posons la question, au vu de ces conclusions, de l'importance relative que ces interactions alimentaires vont avoir au fil du développement du bébé, en particulier le développement social et de son autonomie. D'autant plus que notre population d'étude, de bébés âgés de 12 à 24 mois, se situe justement dans cette phase d'acquisition de l'autonomie et de conflictualité naissante avec la mère.

Pour introduire notre point suivant nous citerons *Saadi Lahlou (1995)* :

« *Car manger est un acte fondateur du rapport au monde, pour l'être vivant en général, et le nourrisson humain en particulier.* »

3.2. Vécus maternels, alimentation du bébé, développement social et de l'autonomie : une période de craintes et de conflits

Les interactions alimentaires sont selon Field (1977) l'un des domaines les plus importants de la relation sociale mère-enfant durant la 1^{ère} année de vie.

Spegman et al. (2005) rappellent que le début de la compétence sociale se développe dans le contexte de l'interaction sociale, et notamment les interactions mère-enfant. Or le développement social est particulièrement manifeste chez les tout-petits, car la négociation d'un équilibre entre le contrôle de la mère et de l'autonomie émergente du bébé est primordiale. Et le contexte alimentaire, comme nous l'avons d'ores et déjà évoqué, s'avère

central pour cette négociation ainsi que pour la socialisation à travers la conversation et les comportements présociaux.

Liu et al. (2005) tracent également l'importance des interactions alimentaires dans le développement social et des habitudes alimentaires du bébé. Ils rappellent que les 3 premières années de vie constituent un défi particulier parce que les habiletés alimentaires et les besoins du bébé changent en fonction du développement moteur, cognitif, affectif et social. Au cours de la première étape (naissance à 3 mois) de l'autorégulation et de l'organisation, le bébé intègre les expériences de la faim et de la satiété et développe des modèles d'alimentation réguliers. Pendant la deuxième étape (de 3 à 7 mois) le nourrisson acquiert une confiance de base et des comportements auto-apaisants. Lors de la troisième étape (6 à 36 mois) le bébé se « dissocie » sur le plan affectif du parent, découvre le sentiment d'indépendance ou d'autonomie, et utilise les habiletés motrices et langagières pour contrôler l'environnement et s'alimenter de façon autonome. L'on retrouve bien ici les notions d'individuation et d'acquisition d'indépendance abordées précédemment.

La composante sociale de l'alimentation augmente particulièrement avec la participation aux repas familiaux. Le bébé commence à imiter les choix alimentaires, les modèles et les comportements façonnés par les membres de la famille. La structure des repas familiaux impose des limites au bébé quand il acquiert des habiletés pour s'alimenter de façon autonome. L'accessibilité de certains aliments, le modèle, l'influence des médias et les interactions alimentaires façonnent le comportement alimentaire du bébé et ses préférences. Le comportement du donneur de soin et le tempérament du bébé influencent la relation alimentaire. Le parent qui permet à son nourrisson de déterminer le moment et le rythme du repas, ainsi que la quantité ingérée l'aide à s'autoréguler et à développer un attachement sécurisant. Celui qui permet à son jeune enfant d'explorer l'environnement tout en lui donnant une structure et en lui imposant des limites appropriées l'aide à acquérir des habiletés motrices et sociales. Le parent efficace **s'adapte** et réagit correctement au tempérament du bébé, à sa réactivité affective, à sa capacité d'adaptation et à sa réaction au changement. Le tempérament peut affecter l'approche du bébé et sa réaction face aux nouveaux aliments et aux modèles alimentaires du parent.

Sur le plan strictement alimentaire, durant ses 3 premières années de vie, le bébé est sujet à d'importants changements: sevrage, diversification, exposition à de nouveaux goûts, textures, couleurs, et tailles d'aliments. Et se faisant, le comportement parental (et spécifiquement de la mère), très souvent lié à leurs craintes concernant la santé de leur enfant, leurs habitudes alimentaires et leur plaisir à manger, peuvent influencer le développement alimentaire du bébé (Le Heuzey, 2002, 2007).

Le Heuzey (2002), pédopsychiatre française, commence son article traitant de l'alimentation au cœur de la relation mère-enfant par ces quelques paroles de parents, souvent entendues lors de consultations pédiatriques : « il ne finit pas son biberon, il ne réclame jamais, il régurgite » quelques mois plus tard « il crache, tourne la tête, ferme la bouche, ne veut pas de légumes,... » puis encore plus tard, « je suis épuisée, nulle, je ne sais pas nourrir mon enfant, je suis une mauvaise mère, mon enfant m'en veut, me rejette... ». En quelques phrases, Le Heuzey illustre la spirale dans laquelle une famille peut se voir absorbée lorsque l'alimentation ne se passe pas « comme il le faut ». Comme le souligne l'auteure,

l'alimentation du bébé ne se résume pas à des quantités d'aliments, de nutriments, de rythme et d'organisation de repas, ce n'est pas que nourrir son corps pour favoriser une bonne croissance et un bon développement corporel. Nourrir un bébé c'est également l'accompagner et le guider dans la construction de ses repères sociaux et familiaux, son développement émotionnel, affectif et cognitif.

Les parents veulent tous que leur enfant prenne du plaisir en mangeant. Ceci nous l'avons d'ailleurs observé lors des entretiens effectués dans notre étude. Or ces mêmes parents qui aspirent à voir un enfant paisible et heureux lors des repas ont leur propre histoire alimentaire, qui va potentiellement aider ou au contraire entraver l'accès au plaisir alimentaire de leur enfant.

Satter (1987, 1992, 1995, 2000) a beaucoup participé à l'aide aux parents dans leurs efforts pour nourrir leur enfant, qu'il soit en parfaite santé ou touché par des problèmes divers. Cet auteur souligne dans ces travaux à quel point les parents ont des difficultés avec l'alimentation du jeune enfant. En effet, comme Le Heuzey, c'est par sa pratique clinique que Satter entend les nombreuses questions des parents de bébés entre 1 et 3 ans. Ceci illustre les craintes et frustrations parentales à ce propos. Satter tente de rassurer les parents en leur expliquant que le bébé de 1 à 3 ans, tout comme il développe ses capacités motrices, cognitives, sensorielles en explorant, expérimentant, à tâtons, il apprend à s'alimenter en s'aventurant dans des expériences diverses : il mangera peut être de façon anarchique pendant quelques temps mais ce sera pour mieux revenir plus tard à des habitudes plus acceptables. Il faut accompagner le bébé dans cette curiosité et cette exploration, et éviter les rigidités entraînant la spirale infernale du repas conflictuels.

Brazelton (1993) rappelle que les expériences alimentaires sont ancrées en nous depuis l'enfance, que nous avons tous vécu des situations étant bébés qui influencent nos comportements lors de repas. Nos réactions sont fondées sur de vieux schémas instaurés lors de nos jeunes années. Mais l'idée persistante dans les esprits parentaux qu'une bonne mère a pour tâche de faire manger son bébé pousse les parents à en faire plus qu'il n'en faut dans le domaine de l'alimentation des bébés. Et dès lors qu'ils se heurtent à des problèmes d'alimentation avec leur enfant, ils se retrouvent subitement face à face avec la résurgence de leurs propres « fantômes ». Brazelton (1993) rappelle que **c'est aussi cela qui fait partie du désir d'être bon parent que de se remémorer ses propres problématiques afin de ne pas les répéter avec son propre enfant.**

Il est donc difficile pour les parents de faire de chaque repas une expérience satisfaisante, tout comme il est difficile d'avoir des relations adéquates et harmonieuses à chaque interaction avec leur enfant. En particulier, le développement du bébé contraint la famille à de nombreux moments conflictuels. Ceci dit, entre désir d'être bon parent, désir de garder sa propre identité d'homme, de femme, et pression sociale, comment les parents à notre époque, font-ils pour être bons parents, à quoi se heurtent-ils particulièrement ? Le prochain paragraphe tentera ainsi de resituer la présente étude dans le contexte social actuel des mères françaises puisqu'il s'agit ici de cette population.

Ce que Le Heuzey soulève à juste titre, et qui renforce l'impression de difficulté à définir une normalité des interactions alimentaires, c'est que les parents sont sujets à nombre d'angoisses et craintes face à l'alimentation de leur enfant. D'une part, à l'époque actuelle dans les sociétés développées les familles se dissolvent, et de plus en plus de femmes

travaillent à temps plein mais sont toujours les principales donneuses de soins aux bébés (malgré l'implication grandissante des pères dans les charges éducatives). Les familles tendent à ne plus prendre le temps nécessaire à une alimentation optimale. Pourtant la valeur primordiale d'une bonne alimentation comme facteur de bon développement psychomoteur est très forte dans les esprits familiaux, et l'on considère toujours qu' « un enfant mal nourri ne peut pas se développer normalement ». Tirillés par le manque de temps et l'angoisse que le bébé se développe mal, les repas deviennent vite des moments de stress. Et à partir d'un comportement de refus ponctuel peut se développer une rupture dans la relation parent-enfant pendant les repas, puis ensuite cela peut se chroniciser ou bien se dénouer grâce à l'intervention des parents qui auront su décoder les problèmes rencontrés, soit par l'intervention d'un médecin qui saura « rassurer sans banaliser » afin que la famille retrouve un contexte joyeux et harmonieux lors de l'alimentation.

Satter (1987, 1992, 1995, 2000) appuie sur le fait que, malgré les difficultés rencontrées par les parents lors de ces quelques années d'apprentissage alimentaire, s'ils fournissent structure et limites à leurs bébés, ils leur permettent d'exprimer leur autonomie au sein de ces limites. Satter évoque le concept de **différenciation somatopsychologique** : le bébé apprend à reconnaître ses sensations corporelles et ses sentiments. Il commence à consciemment faire la différence entre avoir faim, par exemple, et être en colère ou fatigué. Cet apprentissage dépend de la capacité parentale à comprendre ce qui pose problème au bébé et de lui proposer une solution appropriée, au moins la plupart du temps. Encore une fois, le rôle parental en matière d'alimentation du bébé au cours de cette importante période d'exploration, d'indépendance, et de développement complexe, doit se baser sur un principe: le partage des responsabilités dans l'alimentation. Le parent est responsable de nourrir (quoi et quand), le bébé est responsable de manger (quantité).

Nous reprendrons maintenant la notion de transmission intergénérationnelle abordée plus haut pour l'appliquer au contexte de comportement alimentaire. Coulthard et al. (2004) ont fait une revue de littérature sur la relation entre les problèmes alimentaires parentaux et le comportement alimentaire de leurs bébés.

Ils soulignent que Patel et al. (2002) ont montré que les mères ayant des troubles alimentaires (comparé aux mères sans trouble alimentaire), allaitent moins, alimentent leur enfant de manière moins régulière, cuisinent moins, mangent moins avec leur enfant. Elles sont aussi intrusives durant les repas, utilisent la nourriture pour d'autres buts que nutritif, et font des commentaires négatifs vis-à-vis de leur enfant pendant les repas. Ces mères rapportent également davantage de problèmes alimentaires chez leur enfant que les mères sans trouble alimentaire.

Certaines études ont investigué le lien entre les troubles alimentaires maternels et la distorsion perceptive qu'elle peut avoir du corps de son enfant (Stein et al., 1996 et Waugh et al. 1999) Les mères ayant un trouble alimentaire sont plus précises dans la perception de la taille de leur enfant que les mères saines, mais ne préfèrent pas pour autant les bébés plus petits ou ne paraissent pas insatisfaites de leur propre enfant. Cette étude nous conforte dans le fait que, malgré la distorsion occasionnée par leur trouble alimentaire et les potentiels dysfonctionnements dans leurs interactions avec leur enfant, ces mères n'en sont pas pour autant à rejeter l'image de leur enfant, ce qui est aubaine pour la prévention des risques de

comportements abusifs. En ceci, pour Hill et al. (1998) « les mères jouent un rôle important dans la transmission des valeurs culturelles concernant le poids, la forme et l'apparence ».

Lindberg et al. (1991) montrent une transmission d'une génération à l'autre des troubles alimentaires. Les parents qui rapportent que leurs bébés souffrent de refus alimentaires ont eu des troubles alimentaires étant bébés.

Micalli et al. (2009), contrairement à Patel (2002), ont montré que les mères ayant des troubles alimentaire étaient plus enclines à allaiter que les mères contrôle de leur étude. Par contre ils ont également mis en évidence que les mères ayant un trouble alimentaire ou tout autre trouble psychiatrique rapportent davantage de difficultés alimentaires chez leur enfant.

Ces résultats montrent la nécessité de répliquer les études de transmission intergénérationnelle des troubles alimentaires afin d'affiner les conclusions qui ont été évoquées ici.

D'autre part, selon Puhl (2003), l'influence des parents dans le développement des conduites alimentaires se joue au travers de règles qu'ils instaurent dans le cadre de l'alimentation. Certaines règles peuvent imposer des interdictions, restrictions ou encouragements à la consommation de certains aliments. Peu d'études ont été menées sur ce sujet. Parmi celles-ci, Brink et al. (1999) ont observé que les règles alimentaires qui poussent à manger au-delà du rassasiement (finir son assiette à chaque repas, par exemple) peuvent impliquer une tendance à la suralimentation à l'âge adulte.

Birch et Fisher (1999 et 2000), dans la lignée des études sur l'obésité, ont évalué l'impact du contrôle parental sur le comportement alimentaire du bébé. Ils ont trouvé que par exemple, les bébés qui avaient été empêchés de manger des aliments « mauvais » (ex: snacks) auront plus tendance à en manger quand ils sont à disposition. De même, restreindre l'accès à ces aliments en accroît le désir et la consommation chez les bébés. Restreindre ou interdire les aliments dits « interdits ou malsains » semble finalement augmenter leur désirabilité ainsi que leur consommation ultérieure par les bébés.

Plus tard, MacBrayer et al. (2001) ont trouvé une relation positive entre la présence de symptômes boulimiques chez des personnes ayant eu des règles alimentaires parentales qui avaient pour but de récompenser le succès et les bons comportements.

Puhl et al. (2003) ont tenté de différencier l'influence relative des différents types de règles parentales sur les comportements alimentaires ultérieurs. Malgré la nécessité de plus amples investigations, les auteurs concluent que certains types de règles ont un effet à long terme sur les comportements alimentaires, il s'agit des règles d'utilisation de la nourriture pour récompenser ou punir qui seraient liés à davantage de comportements de type « binge eating » et/ou de régimes restreints.

Ainsi, ces quelques études montrent que les règles maternelles ou parentales dans l'enfance et le développement des comportements alimentaires de l'enfant. Il semble alors intéressant d'investiguer le système de règles alimentaires instaurées pas les mères dans notre échantillon de recherche. Nous avons demandé aux mères interviewées lors de notre étude d'évoquer les règles qui pour elles étaient importantes dans l'éducation alimentaire de leurs enfants mais n'avons pas trouvé de différenciations particulières au sein de notre population.

Etudier la façon dont la mère pense et décrit ses interactions avec son enfant est également un moyen de mieux comprendre les corrélats des différences individuelles au niveau des comportements parentaux (Baden & Howe, 1992, Teti & Gelfand, 1991). Sayre et al. (2001) ont investigué à quel point les représentations des mères dont le bébé souffre d'infirmité motrice cérébrale prédisent leurs interactions alimentaires. Les mères ayant davantage de craintes concernant l'obéissance (compliance) ou conformité du bébé montrent moins de sensibilité, d'acceptation et de plaisir durant l'alimentation de leur enfant. Les représentations d'expériences relatives à l'obéissance (compliance) et le souci, les craintes concernant le futur du bébé sont apparues comme des ajouts significatifs expliquant la variation des comportements maternels de nourrissage. Les auteurs concluent que les représentations maternelles sont une aide précieuse pour l'étude des pratiques éducatives et de soins des parents avec les bébés qui ont des besoins spécifiques.

Farrow et Blissett (2006) ont examiné la contribution des croyances fondamentales pré- et postnatales des mères, de leur estime de soi, de leurs symptômes psychopathologiques, et du tempérament du nourrisson au niveau de la prédiction des difficultés d'alimentation du nourrisson. Les résultats montrent que les cognitions maternelles sont impliquées dans le développement de rapports maternels de difficultés lors de l'alimentation de leur enfant.

Slade et al. (1999) ont montrés quant à eux que les mères qui sont sensibles adaptent non seulement leur comportement mais aussi leurs représentations des soins en fonction des changements développementaux du bébé.

Certaines études suggèrent que se centrer sur les réponses narratives des mères lorsqu'elles répondent à des interviews concernant leur rappel subjectif d'expériences relationnelles peut aider à mieux comprendre les comportements des mères avec leurs bébés (Slade et al. 1999, Zeanah et al. 1994). Un certain nombre d'outils ont été développés dans ce sens (adaptation de l'AAI adult attachment interview, le PDI parent development interview).

Nous appliquerons quant à nous une méthode à mi chemin entre méthode psychologique et sociologique dans notre étude, et sonderons les représentations maternelles à différents niveaux : l'alimentation en général, leur alimentation, celle de leur enfant, leur souvenirs alimentaires, leurs craintes vis-à-vis de la santé du bébé etc. Ceci nous permettra de mieux comprendre la façon dont les mères interagissent avec leur enfant pendant l'alimentation. Dans un deuxième temps, nous appliquerons une analyse avec l'échelle SCORS-G (Westen, 1995; Bénony et al. 2006) pour quantifier les représentations sociales et relationnelles des mères en rapport avec leur enfant.

La notion de **confiance maternelle** doit également être abordée ici car, il a été rapporté que la confiance de la mère est liée à l'adaptation à son rôle de mère, à la qualité du milieu familial, aux interactions mère-enfant et à la compétence des bébés durant la petite enfance (Gross et al. 1988). Si une mère, dans une situation de conflit avec son enfant lors de son accès à l'autonomie, est de plus peu confiante en elle, la situation risque d'être d'autant plus difficile à gérer. Gross et al. (1988) définissent la confiance maternelle comme la perception d'une mère qu'elle peut gérer efficacement une variété de tâches ou de situations liées à la parentalité et aux soins de son bébé. Les auteurs ont développé une échelle permettant d'évaluer cette confiance chez les mères de bébés de 12 à 36 mois (Toddler Care

Questionnaire). Ils utilisèrent ensuite (Gross et al. 1989) cet outil pour comparer les mères de bébés prématurés et non prématurés. Les résultats ne montrent pas de différence de confiance maternelle entre les deux groupes. Les mères des deux groupes sont confiantes. Par contre de nombreuses variables intra-groupes s'avèrent prédictives de la confiance maternelle. Dans le groupe de bébés prématurés, si le bébé a une infirmité motrice cérébrale, ceci est associé à une confiance maternelle plus basse. Ceci, selon Gross et al., est à mettre au regard de la théorie de l'auto-efficacité ou « self efficacy » de Bandura²⁷ que nous ne développerons pas dans ce travail de thèse. Dans le groupe de bébés nés à terme, l'âge et le poids de naissance du bébé est positivement corrélé à la confiance maternelle. Cette étude pousse à réflexion en ce qui concerne la non différenciation entre prématurés et nés à terme. La littérature a tendance à montrer que les dyades mère-enfant prématuré se comportent de manière différente des groupes contrôles donc on peut se demander si la population de l'étude de Gross et al., ou bien la méthodologie sont bien adaptés pour répondre à cette question.

Quoiqu'il en soit dans notre étude, nous nous intéresserons à la confiance des mères en situation de difficulté de leur enfant, et à quel point le niveau de leur confiance peut influencer les comportements du bébé dans cette situation (il s'agira de présenter lors d'un repas, des morceaux de nourriture aux bébés, morceaux qui pourront être plus gros que ce à quoi le bébé a déjà été exposé auparavant).

²⁷ Bandura, 1994 : La perception de l'auto-efficacité est définie comme étant les croyances des individus sur leurs capacités à produire des niveaux de performance donnés et qui exercent une influence sur les événements qui affectent leurs vies. Les croyances d'auto-efficacité déterminent comment les gens se sentent, pensent, se motivent eux-mêmes et de se comportent. De telles croyances produisent divers effets à travers quatre grands processus : cognitifs, motivationnels, affectifs et les processus de sélection.



Objectifs et hypothèses

Cette étude vise à étudier la dynamique et la complexité des interactions mère-bébé autour des comportements alimentaires, en associant les informations recueillies suivant différents points de vue : socio-anthropologique, développemental et clinique.

Nous souhaitons décrire les interactions alimentaires mère-bébé au sein d'une population de mères ayant des bébés sains, et en tenant compte de la variabilité interindividuelle, avec pour finalité ultérieure de mieux appréhender et comprendre les troubles et pathologies des conduites alimentaires. Partant d'une cohorte de bébés sains, nous avons pour objectif de décrire les profils de leurs mères, ainsi que leurs interactions autour de l'alimentation.

Pour être davantage précis, **notre hypothèse générale est que, même au sein d'une population de bébés sains, ne présentant pas de problème particulier, les variables individuelles de la mère et de l'enfant vont influencer la qualité de leurs interactions lors de l'alimentation.**

Nous avons choisi d'appliquer un protocole exploratoire.

Au niveau méthodologique, l'objectif de ce travail est principalement de comparer et faire ressortir la complémentarité de diverses échelles d'évaluation des interactions alimentaires, de créer une méthodologie appliquée à l'évaluation (par observation) des capacités oromotrices du jeune enfant ainsi que de combiner les méthodes d'analyse de disciplines complémentaires (psychologie sociale, anthropologie, psychologie développementale et comportementale, psychologie clinique).

L'ensemble de ce travail de thèse a pour but principal d'illustrer et d'expliquer dans quelle mesure les caractéristiques individuelles de la mère et du bébé, l'expérience de vie de la mère vont influencer les interactions alimentaires qu'ils mettent en place, dans leur composantes et leur qualité, que ce soit en situation de repas simple ou en situation de difficulté (exposition à différentes tailles de morceaux d'aliment). La méthodologie mise en œuvre dans ce travail a pour objectif d'apporter des informations relatives à différentes sphères autour de l'alimentation :

- La qualité des interactions alimentaires
- L'histoire alimentaire de la mère et ses représentations de l'alimentation ainsi que de celle de son enfant
- L'impact relatif de diverses données individuelles (tempérament du bébé, anxiété de la mère, dépression de la mère etc.).

Notre travail se divise en quatre parties, en fonction des objectifs visés avec les méthodes spécifiques nous permettant d'y répondre. Nous avons tout d'abord un travail d'orientation socio-anthropologique qui permettra, tout en relevant les représentations maternelles relatives à l'alimentation, de resituer au niveau social et culturel des données comportementales et intrapsychiques relatives à notre population. Ensuite nous décrivons une partie développementale, qui est en partie liée aux exigences de notre sponsor industriel, et centrée sur l'étude du développement des capacités masticatoires des bébés de 12 à 24 mois. Puis nous exposerons une partie clinique d'investigation qualitative et quantitative des propriétés et dynamiques des interactions alimentaires mère-enfant dans notre population d'étude. Pour

finir nous exposerons des études de cas permettant d'illustrer la variabilité des expériences de vie, de représentations et de comportements, de notre population.

Stevenson et Allaire (1991, p1451) rappellent à quel point l'alimentation est un phénomène complexe à étudier et proposent le schéma suivant d'appréhension du développement alimentaire du bébé.

Nous présentons ci-dessous une traduction (non validée) française de leur schéma.

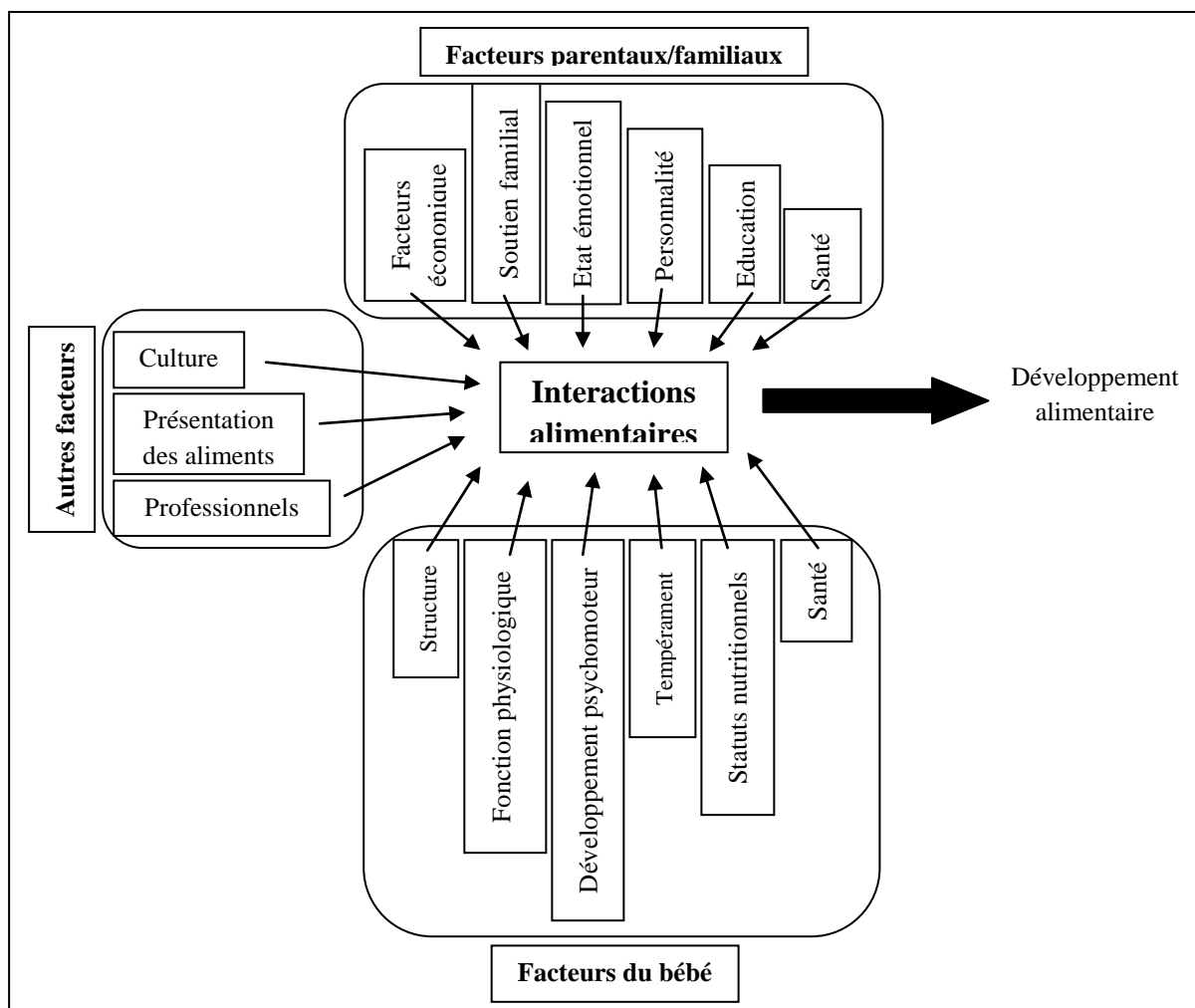


Figure 1 : Traduction française du schéma d'appréhension du développement alimentaire de l'enfant selon Stevenson et Allaire (1991).

En nous basant sur ce schéma de Stevenson et Allaire, nous proposons la représentation schématique suivante de notre approche scientifique, qui liste les facteurs que nous observerons au niveau du bébé, sa mère ainsi que les facteurs culturels, tout en resituant les interactions alimentaires dans le contexte plus global du développement de l'enfant au niveau affectif et social :

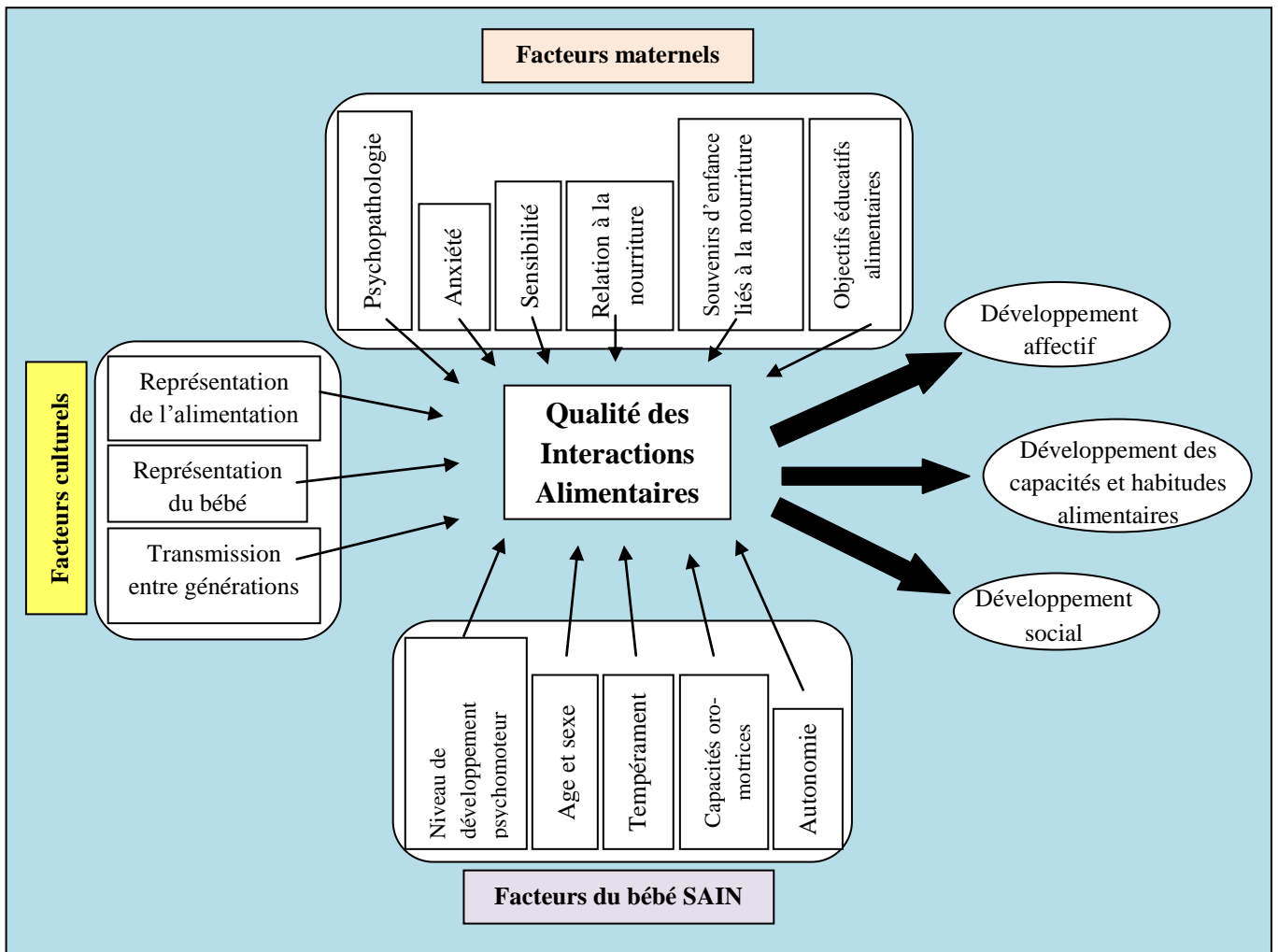


Figure 2 : Schéma de notre approche du développement alimentaire de l'enfant.

Approche socio-anthropologique

L'objectif de cette approche socio-anthropologique est d'appréhender les représentations de l'alimentation et plus particulièrement de l'alimentation du bébé dans les esprits de mères françaises (en liaison, pour partie, avec les objectifs de notre sponsor industriel Nestlé). L'idée sous-jacente à cet objectif est bien évidemment de mettre ces représentations maternelles en regard des représentations partagées culturellement par la population française, ainsi que l'évolution des représentations tantôt de l'alimentation, du corps, du bébé etc. Encore une fois, cette approche permet d'élargir notre étude des interactions alimentaires propres aux expériences personnelles de couples mère-bébé à tout un système représentationnel culturellement partagé. Cela enrichira d'autant nos données qu'il nous permettra de comprendre nos observations comportementales des mères sous l'angle d'habitudes, de règles, de systèmes profondément ancrés dans les esprits maternels de par leur appartenance à une culture spécifique.

Pour cela nous investiguons, lors d'entretiens, les représentations mentales des mères ainsi que leurs pratiques personnelles et expériences alimentaires autant passées qu'actuelles, et *in fine*, les conséquences qu'elles peuvent avoir sur leurs pratiques nourricières.

Notre hypothèse générale étant que l'expérience de vie maternelle face à la nourriture va influencer les buts et pratiques éducatifs des mères en ce qui concerne leur bébé de 1 ou 2 ans. Plus précisément nous émettons les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Définition maternelle du « bien manger » : différenciation enfant-adultes et décalage dans les pratiques

La définition du « Bien Manger » des mères sera différente selon qu'elles parlent de leur bébé ou d'elles-mêmes (adultes) car ici se joue la notion de responsabilité sur et vis-à-vis de la vie du bébé. Nous pensons observer également un décalage entre les pratiques des mères pour leur propre alimentation par rapport à celle de leurs bébés.

Hypothèse 2 : De la notion de plaisir lors de l'alimentation

La notion de plaisir lors de l'alimentation, de manger ce qu'on aime sera moins importante/présente que la notion de santé dans le discours des mères car à notre époque, les médias et corps médicaux pointent les troubles alimentaires et l'obésité du doigt. Ils semblent constituer une pression sociale et normative assez forte dont il nous paraît important d'évaluer l'emprise réelle ou du moins la façon dont les mères composent avec elles, les adaptent ou les rejettent, les mélangent avec leur propre idée de ce qui est bon pour leur enfant.

Hypothèse 3 : Introduction de morceaux dans l'alimentation comme source d'anxiété

L'introduction de morceaux dans l'alimentation des petits est, comme tout changement d'alimentation (sevrage, diversification, introduction de la viande etc.), une potentielle source d'anxiété et de crainte pour les mères. Nous pensons que les mères de notre étude vont révéler une anxiété face notamment au risque d'étouffement.

Hypothèse 4 : Expériences alimentaires maternelles et interactions autour de l'alimentation avec leur enfant

La façon dont les mères vont interagir avec leur enfant autour de l'alimentation va dépendre fortement de leurs propres expériences en termes d'éducation alimentaire (souvenirs de sa propre enfance) et de leur style d'alimentation en tant qu'adulte.

Approche développementale

L'enjeu de notre partie développementale est d'étendre les connaissances sur le développement du bébé à travers l'observation de ses capacités à manipuler des morceaux en bouche, et de son apprentissage de l'autonomie.

Cela s'exprime en 2 points :

- Tout d'abord, identifier comment les bébés de 1 à 2 ans manipulent différentes tailles de morceaux dans la nourriture. Cela ayant pour objectif industriel (Nestlé) d'optimiser les tailles de morceaux dans les petits pots et préparations pour bébé.
- Ensuite, il s'agira de comprendre le lien entre les interactions mère-enfant et le développement de l'autonomie alimentaire et le développement de la mastication chez le bébé. *Cela a pour visée le conseil ou la communication aux mères, tel que des guides pour « de bonnes conduites alimentaires ».*

Pour répondre à ces objectifs, nous proposons, durant des repas tests, différentes tailles de morceaux de nourriture à une population de bébés de 12 à 24 mois, et nous basons notre étude sur les trois axes d'observation suivants (libellés hypothèses 5, 6 et 7) :

Hypothèse 5 : Evaluation de l'aliment par l'enfant, acceptation ou refus

Nous nous posons sous l'angle du bébé, face au morceau que sa mère va lui présenter, acceptera-t-il ou non de mettre le morceau en bouche ? Il s'agit donc du comportement « réponse » que le bébé aura après sa propre évaluation visuelle, manuelle, puis en bouche du morceau présenté.

Nous mesurons donc quelle sera la taille maximale de morceaux acceptée en bouche et avalée par les bébés, indépendamment de la qualité des comportements oro-moteurs.

Pour ce premier point, nos hypothèses sont les suivantes :

- i. L'acceptation par le bébé de morceaux d'aliments va augmenter avec l'âge.
- ii. L'acceptation par le bébé de petits morceaux d'aliments va être plus grande que pour les gros morceaux d'aliment.
- iii. Le niveau de développement psychomoteur et particulièrement l'autonomie, sera positivement corrélé à l'acceptation par le bébé de gros morceaux d'aliments.
- iv. Plus le bébé aura de dents, plus il acceptera de gros morceaux d'aliments.
- v. Le sexe du bébé n'influencera pas son acceptation de morceaux d'aliments.
- vi. L'acceptation de morceaux d'aliments de grande taille dépendra de l'âge d'introduction des premières purées et des premiers morceaux dans

l'alimentation du bébé. Plus tôt le bébé aura été exposé à la purée et aux morceaux, plus il aura de facilité à accepter les nouveaux morceaux d'aliments.

Hypothèse 6 : Capacités oro-motrices réelles de l'enfant, facilité à mastiquer et à avaler

Après avoir observé ce que le bébé met en bouche et avale, nous observons ici les capacités réelles du bébé à manger ces différentes tailles de morceaux car nous distinguons bien le comportement d'acceptation du bébé d'avec ses capacités réelles au niveau oro-moteur, ainsi que la confiance observable du bébé à manger les différentes tailles de morceaux proposées. Nous nous centrons sur l'évaluation de la confiance à mettre en bouche ainsi que la facilité observable du bébé à mastiquer puis à avaler chaque morceau.

Pour cette hypothèse, nous postulons que, durant les deux premières années de vie, le bébé développe ses capacités oro-motrices, et que donc :

- i. La confiance du bébé à mettre en bouche des nouveaux morceaux d'aliments va augmenter avec l'âge et diminuer avec la taille croissante des morceaux.
- ii. Les scores des bébés de facilité à mastiquer et avaler des morceaux augmenteront avec l'âge et diminueront avec la taille croissante du morceau présenté.

Hypothèse 7 : Influence des facteurs individuels sur les compétences de l'enfant

Enfin, observer le bébé et ses capacités dans le contexte alimentaire lors de la deuxième année de vie nécessite de resituer ces observations dans le contexte interactif mère-enfant. En effet, le bébé de 1 à 2 ans est soit nourri par sa mère soit mange seul (développement de l'autonomie). Ainsi nous ajoutons au set de données récoltées dans les deux hypothèses exposées ci-dessus une dimension supplémentaire relative aux données maternelles. Nous étudierons spécifiquement la confiance des mères à donner ou laisser goûter différentes tailles de morceau d'aliment à leur enfant ainsi que leur niveau d'anxiété et de sensibilité.

Pour ce dernier point, nos hypothèses sont les suivantes:

- i. La confiance maternelle à donner ou laisser manger de nouveaux morceaux d'aliment à leur bébé sera influencée positivement par l'âge du bébé, son niveau de développement psychomoteur, et négativement influencée par la taille croissante des morceaux d'aliments proposés.
- ii. Une anxiété maternelle élevée va diminuer l'acceptation et la confiance du bébé à manger de nouveaux morceaux d'aliments.
- iii. La sensibilité maternelle va influencer la confiance de la mère et du bébé à manger de nouveaux morceaux d'aliments : plus la mère sera sensible aux signes communicatifs de son enfant, plus elle sera confiante à l'idée de donner ou laisser manger son bébé et plus le bébé sera confiant pour manger les morceaux présentés lors du repas.

Approche clinique

Hypothèse 8 : Bébé sain et profil psychopathologique maternel

Notre population a été recrutée selon le principal critère de santé du bébé. Nous partons d'une population de bébés entre 12 et 24 mois, n'ayant ni problème de santé, ni allergie, ni troubles alimentaires. De là, notre étude nous amène à décrire le profil des mères correspondant à ces bébés sains. Nous émettons donc l'hypothèse première que les mères de ces bébés sans difficulté particulière ne présenteront pas plus de caractéristiques psychopathologiques (en termes d'anxiété, dépression, symptômes somatiques, fonctionnement social) que dans la population générale. Ainsi nous nous attendons à retrouver une majorité de mères « saines » et un faible pourcentage de mères ayant une psychopathologie.

Hypothèse 9 : Interactions alimentaires, anxiété et sensibilité maternelle

- i. La situation alimentaire va engendrer de l'anxiété chez les mères car elle induit un stress relatif à sa nature impérative pour le bébé (manger pour vivre, se développer). Nous nous attendons donc à trouver des scores d'anxiété état élevés chez les mères en situation de repas (qui de plus est expérimentale), plus élevés que leurs scores d'anxiété trait.

D'autre part, nous savons par les divers travaux (Whaley S, 1999, Figueiredo, 2007, Nicol Harper, 2007, Kaitz, 2010) effectués dans ce domaine que l'anxiété maternelle a des effets négatifs sur la capacité à interagir des mères, ainsi notre seconde hypothèse est que :

- ii. L'anxiété situationnelle maternelle élevée va entraver la disponibilité affective et comportementale des mères et donc abaisser leur sensibilité aux signaux de leur enfant. Nous nous attendons à trouver des scores bas de sensibilité maternelle lors des repas.

Enfin, lorsqu'une mère est anxieuse et moins disponible pour son enfant lors des interactions, cela va entraîner un certain nombre de modifications dans la spirale interactionnelle. Nous émettons l'hypothèse suivante :

- iii. Dans la situation alimentaire, une anxiété maternelle élevée associée à une sensibilité maternelle basse vont engendrer une qualité des interactions mise à défaut.

Nous pensons que cela se traduira de la façon suivante :

- Pour le bébé : Une diminution de l'engagement et des initiations, davantage de repli et moins de confiance dans l'aide du parent.
- Pour la mère : davantage d'intrusion (forçage, domination, critiques et hostilité) et moins de reconnaissance, moins de présence soutenance.
- Pour la dyade : une qualité des regards maternels et du bébé diminuée, un score de réciprocité diminué et davantage d'états négatifs.

Hypothèse 10 : Interactions alimentaires et caractéristiques individuelles de la mère et de son bébé

Nous pensons que les caractéristiques des individus de la dyade (âge, sexe, niveau de développement psychomoteur et tempérament du bébé, niveau d'anxiété trait de la mère et scores de santé globale) vont influencer les composantes et la qualité des interactions dans l'alimentation en termes de durée de repas, nombre de refus de cuillères, réciprocité dyadique ou conflit, toucher et affects positifs/négatifs, retrait du bébé etc. Par exemple nous nous attendons à ce que les interactions alimentaires mère-bébés soient quantitativement et qualitativement différentes selon l'âge et donc l'acquisition d'autonomie du bébé, comme Lucarelli et al. l'ont montré dans leur étude (2003).

Cela se traduira par, entre autres, une modification de la durée de repas et du nombre de refus de cuillères ainsi que des scores de qualité des interactions selon l'âge du bébé, les scores maternels de santé globale, les scores maternels d'anxiété et le tempérament du bébé.

Hypothèse 11 : Introduction de morceau et anxiété

Ici nous nous plaçons dans la situation expérimentale test, où nous présentons des morceaux de nourriture de tailles différentes lors des repas.

Nous pensons que la phase de développement de la mastication chez le petit va induire, selon les familles, plus ou moins de stress (à la fois chez le bébé et la mère) pendant les interactions alimentaires, et plus particulièrement lorsque le bébé va manger de gros morceaux de nourriture (situation de difficulté).

De ceci, nous émettons l'hypothèse que :

- i. La qualité des interactions mère-enfant sera mise en défaut lors du repas test (V2) où l'on présente des morceaux de nourriture de tailles différentes contrairement au repas adaptatif (V1, repas « normal » dans un contexte de laboratoire).

Ce qui se traduira par exemple par :

- Un score d'anxiété maternelle à la CIB supérieur en repas test qu'en repas adaptatif.
- Un score d'efficacité alimentaire à la CIB inférieur en repas test qu'en repas adaptatif.
- Un score de négociation à la CIB supérieur en repas test qu'en repas adaptatif.
- Un score d'engagement du bébé, à la CIB inférieur en repas test qu'en repas adaptatif.
- Un score de repli du bébé à la CIB supérieur en repas test qu'en repas adaptatif.
- Un score de réciprocité dyadique à l'échelle de Chatoor et à la CIB inférieur en repas test qu'en repas adaptatif.

- Un score de conflit dyadique à l'échelle de Chatoor supérieur en repas test qu'en repas adaptatif.

De même, les composantes de l'interaction seront modifiées, telles que

- La durée des repas sera plus longue en repas test (V2) qu'en repas adaptatif (V1).
- Le nombre de refus de cuillères par le bébé sera plus important en repas test (V2) qu'adaptatif (V1).

ii. Ces modifications de la qualité et des composantes des interactions alimentaires lors du repas test (V2) sera d'autant plus importante que:

- La mère a un score d'anxiété (trait et/ou état) élevé
- La mère sera jeune
- Le bébé sera jeune
- Le bébé sera le premier de la fratrie
- Le tempérament du bébé sera difficile (faible score d'adaptabilité, haute intensité de réactions etc.)
- Le bébé a des scores à l'échelle de développement locomoteur et coordination œil-main bas aux échelles de Griffiths
- La mère a des scores élevés aux échelles d'anxiété-insomnie et dépression sévère du questionnaire GHQ-28.

Hypothèse 12 : Représentations mentales maternelles et qualité d'interactions alimentaires

La qualité d'interactions alimentaires entre la mère et son enfant va dépendre de la façon dont celle-ci mentalise/se représente son enfant mais également elle-même.

Nous pensons que la qualité des interactions alimentaires mère enfant (évaluées par la CIB et la Chatoor) sera mise en défaut si :

- les scores de la mère aux items de la SCORS-G en complexité de représentation d'autrui sont bas.
- les scores de la mère aux items de la SCORS-G en tonalité affective des relations sont bas.
- les scores de la mère aux items de la SCORS-G en capacités d'investissement émotionnel dans la relation sont bas.
- les scores de la mère aux items de la SCORS-G en estime de soi sont bas.
- les scores de la mère aux items de la SCORS-G en identité et cohérence de soi sont bas.

Hypothèse 13 : Comparaison de 2 échelles d'évaluation de la qualité des interactions alimentaires

Pour rappel, nous comparons la Coding Interactive Behavior (CIB, R.Feldman, 1998) et l'échelle alimentaire de Chatoor (2ème ed. I.Chatoor, 1998)

Nous émettons l'hypothèse que les deux échelles utilisées dans notre étude seront complémentaires. De plus nous pensons que l'échelle d'évaluation de la qualité d'interaction CIB, puisqu'elle est également utilisée dans divers contexte (jeu, interactions libres, baignage) sera davantage sensible aux changements de dynamiques lors des repas que la Chatoor.

Cela s'illustrera par :

- i. davantage de corrélations observées entre les variables individuelles et les scores de qualité des interactions à l'échelle CIB qu'à l'échelle de Chatoor,
- ii. davantage de différences observées dans les scores à l'échelle CIB entre le repas adaptatif (V1) et test (V2) que pour les scores à l'échelle de Chatoor.



Méthode et outils

Pré-test

Afin d'optimiser le protocole de l'étude principalement lié à la problématique développementale abordée dans ce travail de thèse, nous avons réalisé un pré-test d'alimentation avec introduction de morceaux de tailles différentes dans le cadre d'une garderie avec trois bébés de respectivement 12, 18 et 24 mois (2 garçons et 1 fille).

Les objectifs de ce pré-test étaient :

- Observer comment les bébés manipulent différentes tailles de morceaux de légume ou viande en bouche, mélangés ou non à une purée.
- Affiner les protocoles expérimentaux dans le choix :
 - des conditions de repas
 - des variables à analyser
- Appréhender les difficultés, pouvant être rencontrées lors des repas, liées aux différences d'âge des bébés (adaptation, bébés qui mangent seuls ou non, bébés qui sont sur une chaise bébé ou à une table...)
- Calculer pour chaque bébé le nombre d'occurrence et la durée des variables.
- Définir les variables les plus pertinentes pour alléger le système d'analyse des films et préciser davantage les différents mouvements de mastication en termes de développement des capacités oro-motrices.
- Comparaison des 2 modèles de passation des tailles (progressif versus aléatoire). et observer s'il y a un effet d'apprentissage entre le premier et le dernier RDV.

Cette session de pré-test organisée avec des bébés de 12, 18 et 24 mois a confirmé la faisabilité de l'étude et a permis de redéfinir certains paramètres sur :

- les conditions de l'étude (importance de la séquence adaptative, limitation des observateurs présents, laisser la mère parler à son bébé mais contrôler l'impact émotionnel),
- le protocole (alterner séquences progressives et aléatoires pour éviter l'effet de jeu sur l'acceptation des morceaux, proposer des morceaux seuls dans un premier temps puis, si refusé, mélanger avec de la purée, élever la limite d'arrêt des tests de 3 à 5 refus)
- le produit (une texture trop dure des morceaux est un paramètre plus discriminatoire que la forme ou la taille des morceaux)
- et définir les critères d'observation pour l'évaluation des capacités masticatoires (par exemple : variable « mâche avec la bouche ouverte ou fermée », « protusion de la langue » etc.).

Etude expérimentale

1. Sujets

Nous avons recruté par téléphone 70 mères de bébé de 12 à 24 mois, francophones, résidant aux alentours de la ville de Nantes.

Sur 70 sujets recrutés, 68 ont satisfait aux critères d'inclusion et d'exclusion (cf ci-dessous et

ANNEXE 1 : Questionnaire de recrutement téléphonique). Huit sujets n'ont pas participé à toutes les visites, pour cause de maladie du bébé ou de difficultés lors de la passation du protocole (bébés difficiles, timides, etc.). Ces sujets sont exclus de l'étude mais les données récoltées lors de leurs visites sont conservées.

Au final, notre cohorte se constitue de 60 dyades ou couples mère-bébé (30 garçons et 30 filles) répartis équitablement selon le sexe dans 5 groupes d'âge de 12, 15, 18, 21 et 24 mois.

1.1. Critères d'inclusion

Tous les bébés recrutés remplissent les critères d'inclusion suivants:

- Age (12, 15, 18, 21 ou 24 mois +/- 2 semaines)
- Bébé sain (déterminé par le questionnaire médical lors du recrutement téléphonique)
- Bébé dont les 2 parents ont donné leur consentement éclairé
- Couple mère-bébé participant à la totalité des séances
- Bébé né à terme avec un poids supérieur ou égal à 2700g
- Mères Françaises et/ou francophones vivant à Nantes et alentours.

1.2. Critères d'exclusion

Les sujets remplissant un ou plus des critères suivants ont été exclus de l'étude:

- Bébé ayant des troubles du comportement alimentaires (régurgitations, anorexie...)
- Bébé ayant une maladie chronique
- Bébé suivant un traitement médical régulier
- Bébé souffrant d'allergie (alimentaire et/ou non alimentaire)
- Bébé prématurés
- Sujet participant ou ayant récemment participé à une autre étude alimentaire ou clinique.

1.3. Formulaire

Les parents recevaient les formulaires suivants et devaient tous deux les signer pour autoriser la participation de la mère et le bébé à l'étude :

- Lettre d'informations.
- Consentement à la participation d'un enfant mineur et de sa mère à un travail de recherche.
- Autorisation pour l'enregistrement et la diffusion de films vidéo et de photographies d'une personne mineure et majeure.

Vous trouverez ces documents en ANNEXES 2, 3 et 4.

2. Protocole

2.1. Lieu, date de l'étude et comité d'éthique

L'étude a eu lieu au sein de l'hôpital mère-enfant de Nantes, durant les mois de mai à juillet 2007.

Le dossier de l'étude a été soumis au comité d'éthique de Nantes (Comité de Protection des Personnes, CPP Ouest IV), la version finale du protocole fut acceptée et validée par le comité sus nommé le 5 décembre 2006.

2.2. Traitement des sujets

Dans l'étude, trois types d'aliments ont été testés en fonction de leurs tailles respectives:

- Cubes de carottes
- Cubes de pomme de terre
- Boulettes à base de viande

Ci-dessous le comparatif des tailles²⁸ de chaque aliment, avec cerclé en rouge, la seule taille commune aux trois aliments :

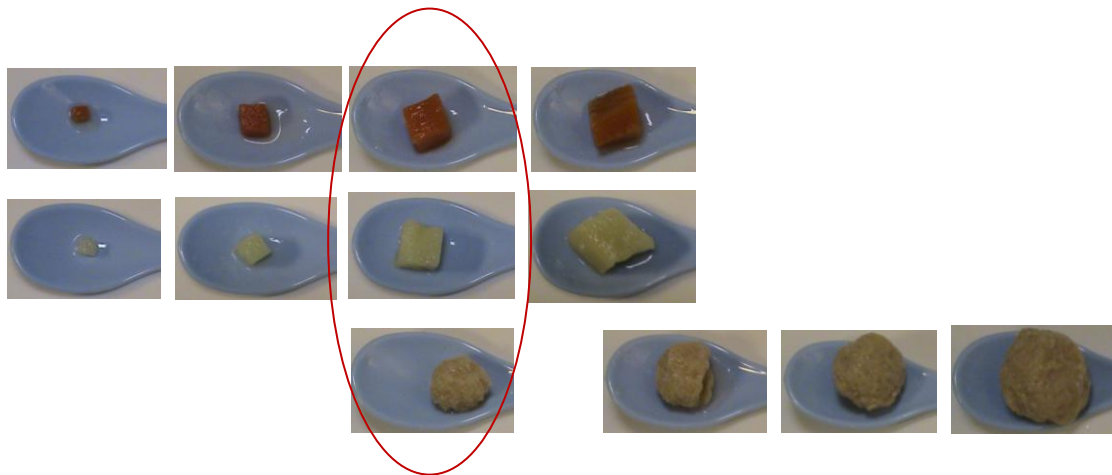


Figure 3 : Comparatif des tailles de morceaux de carottes, pommes de terre et préparation de viande.

La composition nutritionnelle de ces aliments est adaptée à l'âge des bébés et alignée sur les produits existants sur le marché.

²⁸ Pour des raisons internes au projet relatif au Centre de Recherche Nestlé, notre sponsor, les tailles des morceaux utilisés lors de l'étude ne peuvent être diffusées.

Ces aliments pouvaient être accompagnés soit de purée carotte/pomme de terre, soit de purée petit pois/pomme de terre, choisie par la mère en fonction des préférences de son enfant.

Au final, nos sujets sont dispersés comme suit :

- 19 sujets dans le groupe « carotte » (4 bébés dans chaque groupe d'âge sauf 3 dans le groupe de 15 mois)
- 21 sujets dans le groupe « pomme de terre » (4 bébés dans chaque groupe d'âge sauf 5 dans le groupe de 15 mois)
- 20 sujets dans le groupe « viande » (4 bébés dans chaque groupe d'âge)

2.3. Recueil de données

Chaque dyade venait à quatre reprises à l'hôpital mère-enfant de Nantes.

Entre la première et la quatrième visite, quatre sujets ont un laps de temps supérieur à 14 jours soit pour cause de départ en vacances, soit pour cause de maladie (rhume) du bébé. Mais en général, tout était fait pour que les quatre repas se prennent dans une même semaine.

Nous disposions d'une salle spécialement dédiée à notre expérimentation (repas et entretiens), dont voici le schéma ci-dessous.

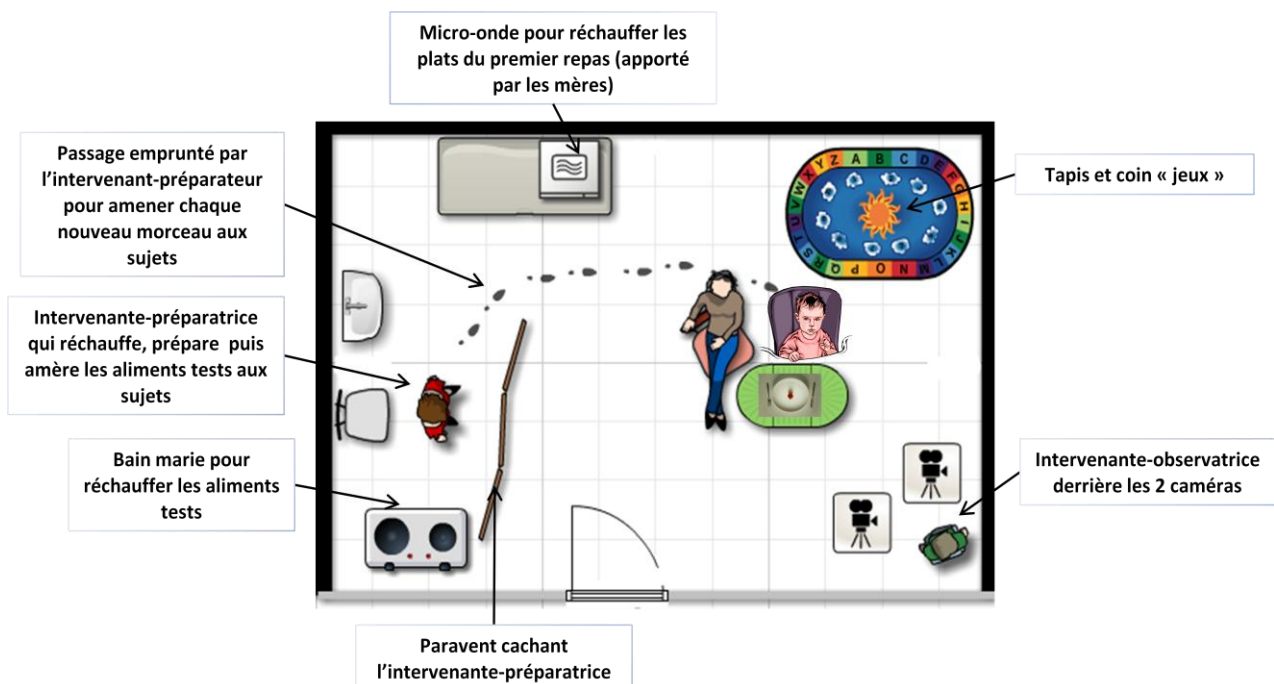


Figure 4 : Plan de la salle d'expérimentation.

2.3.1. Intervenants

- Intervenante-préparatrice : chargée de préparer les pots de nourriture, puis de donner la nourriture aux mères au début de chaque repas, et d'apporter chaque morceau de légume ou viande lors des repas test.

- Intervenante-observatrice : en charge de l'accueil des familles, la passation des échelles d'évaluation du développement psychomoteur du bébé, de donner les consignes aux mères et de l'observation directe des repas et de la mise en place des caméras afin de bien enregistrer d'une part le gros plan du bébé et d'autre part le plan large de la mère et du bébé.
- Interne en pédiatrie : Un interne en pédiatrie était toujours présent lors des repas test, il/elle attendait dans le couloir. En cas de problème, nous pouvions ainsi l'appeler et il intervenait immédiatement.

Aucun problème n'est parvenu lors des repas et nous n'avons donc jamais fait appel aux internes en pédiatrie pour cause alimentaire.

Remarque : la présence d'internes en médecine dans le couloir a provoqué trois types de réactions chez les mères venant participer à l'étude : la plupart étaient indifférentes, certaines se sentaient très sécurisées et rassurées, et enfin d'autres au contraire se trouvaient inquiètes car cela prouvait la « dangerosité » de l'étude.

2.3.2. Protocole expérimental

Les quatre visites furent organisées comme suit :

Visite 1 : Visite adaptative

Cette première séance avait pour objectif de laisser le temps à l'enfant et sa mère de s'adapter à la nouveauté et l'étrangeté de l'environnement dans lequel se passe l'expérimentation. Dans ce sens, la séance durait au total 1h30. Nous pouvions ainsi prendre le temps de discuter avec la mère, lui expliquer le déroulement des différentes séances, prendre quelques autres informations sur le bébé, puis de lui donner les questionnaires à remplir. La mère pouvait soit remplir les questionnaires sur place soit les ramener à la visite suivante. Puis pendant 30 à 40 minutes nous faisons l'évaluation du niveau psychomoteur du bébé. A ce stade de la séance, nous avons pu constater que l'ensemble des bébés étaient déjà bien plus décontractés et moins intrigués par la présence des 2 intervenantes de l'étude.

Puis dans un second temps, lorsque le bébé semblait bien habitué, nous pouvions passer à l'enregistrement du repas. La mère avait amené un repas aimé par le bébé.

L'intervenante-préparatrice le réchauffait au micro onde, le plaçait dans une assiette bi-compartiments identique à celle utilisée par la suite lors des repas test, puis donnait le tout à la mère avant de retourner derrière le paravent (tout comme elle le fera ensuite lors des repas tests).

Pour les mères ayant oublié d'amener un repas, nous avons toujours des petits pots de secours.

De même, table à langer, bavoirs, cuillères, verres d'eau et lingettes étaient à disposition lors des séances.

Nous disposions le bébé sur une chaise haute ou une petite chaise et une table basse selon le vœu de la mère. Puis nous contrôlions l'orientation des caméras (cf **Figure 5** ci-dessous, photos des 2 plans caméras) et commençons l'enregistrement.



Plan large de la dyade



Gros plan du bébé

Figure 5 : Plan des caméras.

Le plan large sert à filmer les 2 individus de la dyade afin d'observer les comportements de chacun, ainsi que les expressions faciales. Il est évident que lors des passations expérimentales, certaines mères étaient davantage tournées vers leur enfant, ne laissant ainsi pas la possibilité de voir leur visage durant tout le repas.

De même pour le gros plan, nécessaire à l'observation fine des comportements oro-moteurs du bébé, dans certains cas, les bébés bougeaient trop pour être constamment observables.

Les consignes

Pour tous les repas, les consignes étaient les suivantes :

- Pour la mère : « Durant les repas, il vous est demandé de rester la plus naturelle possible tout en évitant d'influencer le bébé quant à la nourriture, en terme de mimiques faciales. Vous pouvez lui parler, le questionner mais pas lui montrer comment mâcher ou lui dire que c'est bon par exemple. »
- Pour les intervenantes : Lors des repas, les 2 intervenantes devaient éviter de regarder le bébé et/ou la mère ainsi que de leur parler sauf questions relatives à l'étude ou consignes liées au protocole posées par les mères.

Nous pouvons ici faire la remarque que ces consignes ont été relativement difficiles à respecter, principalement dans le cas de mères et/ou bébés très demandeurs vis-à-vis de l'observateur derrière les caméras. Mais nous pensons que cela contribue à la richesse de nos données car cela reflète bien la nature anxieuse de certaines mères et la capacité d'ouverture à un tiers de la part de certains bébés. Cela évoque également le rapport du bébé à la nourriture et à autrui (ex : le bébé qui garde le nez dans l'assiette et n'interagit pas avec l'extérieur avant d'avoir fini, contre le bébé qui aura sans cesse de sourire, charmer la mère et les intervenants présents, oubliant même de manger son repas).

Visite 2 : Visite test progressive

Cette deuxième visite avait pour objectif de présenter les morceaux de différentes tailles aux bébés, dans un ordre croissant de taille (taille 1 à 4). Cette phase test suivait un protocole précis schématisé ci-dessous, à lire de A à D.

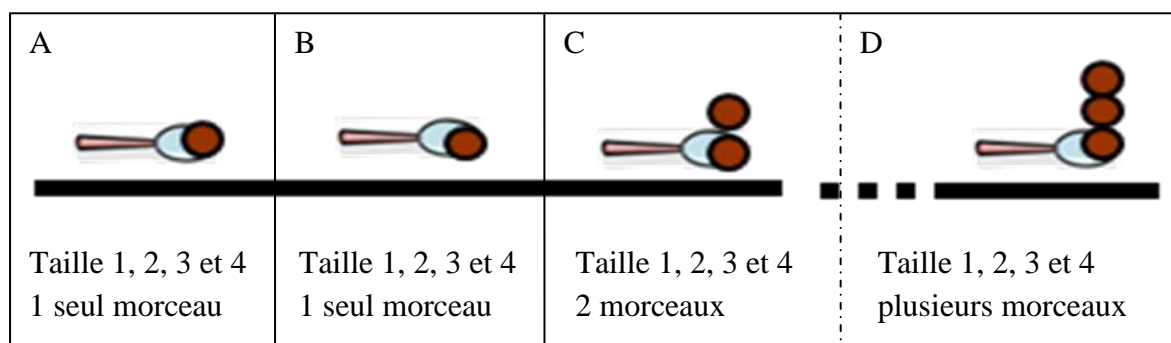


Figure 6 : Schématisation du protocole de présentation des tailles de morceaux d'aliment lors du repas test progressif (V2).

Nous commençons par répéter la consigne à la mère : « Tout d’abord le bébé doit goûter une cuillère de purée, puis le morceau de nourriture qui sera dans l’assiette, seul. Ensuite, l’intervenante amènera les autres morceaux au fur à mesure. Vous pouvez donner de la purée à votre enfant entre 2 morceaux. »

Ainsi le bébé commence par goûter une cuillère de purée, puis le morceau de nourriture qui sera de taille 1. Ensuite, l’intervenante amènera le morceau de taille 2, que le bébé devra goûter, puis l’intervenante amènera le morceau de taille 3, que le bébé goûtera, puis le morceau de taille 4... Si possible, il est demandé de ne pas mélanger le morceau avec la purée. Une fois que chaque taille de morceau a été goûtée et acceptée par le bébé, on refait la même séquence de 4 tailles. Ensuite, si le bébé a encore tout accepté, nous passons à plusieurs morceaux par cuillère (2 morceaux de taille1, puis taille2, puis taille3 et taille4, puis 3 morceaux de taille1, 2, 3, et 4...). Si le bébé refuse un morceau d’une certaine taille, on lui représente, s’il refuse encore, on lui représente encore une 3^{ème} fois. S’il refuse encore on passe à la taille inférieure. S’il accepte, on passe à la taille supérieure. Au bout de 5 refus consécutifs, on arrête le protocole.

Visites 3 et 4 : Visites test randomisées

Les morceaux de viande ou légumes sont présentés dans un ordre aléatoire (ex : taille 2, 1, 4 et 3 ou taille 4, 2, 1 et 3) et suivent la même progression de présentation que la visite 2 comme dans l’exemple ci-dessous.

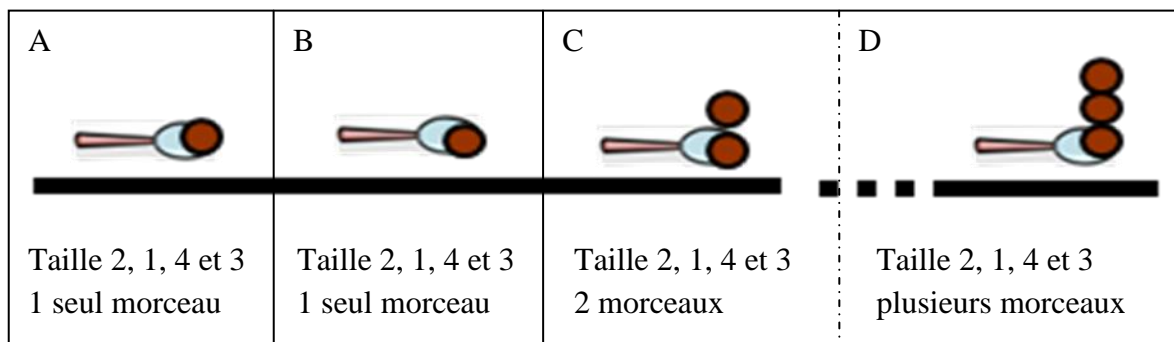


Figure 7 : Exemple de schématisation du protocole de présentation des tailles de morceaux d’aliment lors du repas test randomisé (V3 ou V4).

Les ordres des tailles présentées aux bébés étaient différents en visite 3 et 4, et randomisés.

2.3.3. Recueil de données en direct

Durant les repas enregistrés par vidéo, l’observateur placé derrière les caméras avait pour tâche de noter en direct, pour chaque cuillère présentée par la mère ou prise par le bébé :

- Contenu de la cuillère (purée, morceau et taille du morceau, rien)
- Comportement d’acceptation ou de refus du morceau présenté
- Observations libres (description de réactions, rapporter les paroles du bébé/la mère etc.)

Remarque : Avant l'enregistrement des repas tests (progressif, V2, et les 2 aléatoires, V3-V4), nous enregistrions 5 minutes de jeu. Nous posions alors un tapis de jeu sur le sol, où venaient s'installer mère et enfant, puis nous leur donnions une boîte remplie de 5 jouets, dont 2 ne correspondaient pas à l'âge du bébé. La consigne donnée à la mère était la suivante : « Veuillez jouer avec votre enfant en choisissant 3 jouets parmi les 5 dans le panier ». Malheureusement, le temps manquant, nous n'avons pas pu analyser les séquences de jeu pour l'ensemble des sujets, sinon pour les quelques études de cas présentées dans la quatrième partie des résultats.

3. Matériel et outils en fonction des trois approches

3.1. Lors du recrutement

Lors des entretiens téléphoniques de recrutement, dans le but d'alléger la prise de données lors de l'étude expérimentale, nous avons développé un questionnaire collectant un certain nombre d'informations relatives aux données sociodémographiques des familles et à l'alimentation du bébé. En voici la liste:

Concernant le bébé :

- âge et date de naissance
- prénom
- sexe
- statut de naissance (à terme ou prématurée)
- poids de naissance
- poids actuel
- nombre d'enfants dans la fratrie, sexe de chacun
- place du bébé dans la fratrie
- santé (asthme, allergies, traitement médical ?)

Concernant l'alimentation du bébé :

- type d'allaitement (sein, artificiel) et durée
- âge de la sévrodiversification alimentaire²⁹
- âge à l'introduction de la viande et fréquence de consommation
- âge à l'introduction de morceaux et type d'aliment en morceau (pâtes, légumes, viande, fruits...)
- état d'autonomie alimentaire : le bébé sait-il manger seul avec la cuillère ? depuis quand ?
- nombre de dents

²⁹ Sévrodiversification alimentaire : concept mixant la notion de sevrage et de diversification alimentaire, passage du lait à une alimentation diversifiée et solide.

Concernant les parents :

- statut marital de la mère
- activités professionnelles des parents
- âges des parents

3.2. Lors des passations expérimentales

Lors de la venue des dyades à l'hôpital mère-bébés de Nantes, les outils suivants ont été utilisés (cf **Figure 4** : schéma de la salle d'étude, p 96) :

Pour l'enregistrement des vidéos :

- 2 caméras avec trépieds
- Une lampe halogène sur pied
- Un paravent pour cacher la partie « préparation alimentaire » de la salle et la seconde intervenante qui y manipule les aliments.

Pour le coin préparation et alimentation :

- Un bain-marie
- Des bavoirs jetables
- Des assiettes bi-compartiments pour les repas (voir **Figure 8** ci-après), permettant de ne pas mélanger les purées et les morceaux d'aliment tests.
- Des cuillères en plastique pour enfant
- Des paquets de lingettes pour enfant
- 100 pots de verre contenant 200g de cubes de carottes
- 100 pots de verre contenant 200g de cubes de pommes de terre
- 100 pots de verre contenant 200g de boules de préparation de viande
- 250 pots de verre contenant 250g de sauce carotte/pomme de terre
- 250 pots de verre contenant 250g de sauce petits pois/pomme de terre
- Une table pour poser un micro-onde (réchauffer les plats amenés par les mères lors de la visite adaptative)

Pour les dyades :

- Un ventilateur car la température était élevée dans le bâtiment hospitalier et pouvait incommoder les bébés ainsi que les mères
- Une chaise pour la mère
- Une petite table avec une petite chaise pour la passation du test de développement psychomoteur ainsi que pour le repas pour les bébés assez grands
- Une chaise haute pour le repas des bébés trop petits pour manger à la petite table (voir la différence de situation avec chaise haute ou table basse sur la **Figure 8** ci-dessous)

- Une caisse en plastique contenant des jouets pour les bébés
- Un tapis de sol permettant aux dyades de s'installer au sol pour jouer
- Une chaise pour l'intervenant se tenant derrière les caméras
- Papier-crayon pour la prise d'informations en direct lors des repas



Enfant de 24 mois mangeant seul à table.



Enfant de 12 mois mangeant en chaise haute, nourri par sa mère.

Figure 8 : Présentation des deux différentes situations-organisations expérimentales selon le degré d'autonomie du bébé.

Malgré des chaises/tables différentes, les dyades prenaient leurs repas dans les mêmes conditions (mêmes : environnement, assiettes, cuillères, intervenantes).

Nous présentons maintenant les différentes variables étudiées ainsi que les échelles et outils utilisés en fonction des objectifs et des hypothèses à tester pour chacune des trois approches de notre étude :

3.3. Approche socio-anthropologique : Analyse des représentations maternelles

3.3.1. Entretiens semi directifs à visée socio-anthropologique

Pour explorer les représentations mentales des mères françaises concernant l'alimentation de leur enfant, leur propre alimentation, leurs craintes et angoisses, ainsi que l'héritage qu'elles ont gardé de leurs parents en matière d'alimentation (et ce qu'elles en donneront à leur enfant), des entretiens semi directifs de 2h ont été passés avec 33 mères de bébé de 1 à 2 ans.

Les mères ayant participé à ces entretiens ont été recrutées selon :

- Le sexe de leur bébé (fille, garçon)
- L'âge de leur bébé : 12 ou 24 mois (+/- 2 mois)
- La place du bébé dans la fratrie (1er enfant ou autre)

Au final les entretiens se distribuent, selon les critères de recrutement, de la façon suivante:

Sexe bébé	Fille (n=18)				Garçon (n=15)			
	12 mois (n=10)		24 mois (n=8)		12 mois (n=6)		24 mois (n=9)	
Place bébé dans la fratrie	1er enfant (n=4)	Autre (n=6)	1er enfant (n=4)	Autre (n=4)	1er enfant (n=3)	Autre (n=3)	1er enfant (n=5)	Autre (n=4)

Tableau 2 : Distribution des sujets pour les entretiens

Remarque : Le niveau d'étude des parents était également une variable collectée. La distribution sera montrée dans la partie résultats.

3.3.2. Guide d'entretien à visée socio-anthropologique

Afin de répondre à un certain nombre de questions d'ordre psychologique et socio-anthropologique, nous avons élaboré un guide d'entretien permettant de garder une ligne directrice lors des entretiens.

L'idée directrice de ce guide est de comprendre dans quelle mesure l'histoire, les représentations et l'expérience de la mère (relatives à son enfant, d'une part, et à l'alimentation d'autre part) vont influencer ses désirs, ses pratiques, en termes d'éducation

alimentaire pour son enfant. Pour cela, lors des entretiens, nous cherchons à explorer différents axes :

- Le rapport de la mère à la nourriture/l'alimentation
- La différenciation que la mère fait entre l'alimentation adulte et enfant
- Les contradictions entre les représentations maternelles et leurs pratiques au quotidien
- L'histoire alimentaire du bébé et la place donnée à son apprentissage de l'autonomie
- Les craintes maternelles en terme de santé globale du bébé mais aussi directement liées à l'alimentation

A cela nous avons ajouté une thématique :

- L'introduction de morceaux dans la nourriture du bébé : craintes et pratiques maternelles.

Cette thématique fait écho à la partie développementale de notre étude où nous challengeons les couples mère-enfant en présentant des morceaux de nourriture de tailles pouvant être plus grande que ce que le bébé a expérimenté jusqu'alors.

Par ailleurs, ce guide n'étant pas directif, il laisse à l'intervieweur l'opportunité d'explorer plus en profondeur, si l'occasion se présente, certaines questions ou réflexions qui lui paraissent pertinentes et qui reflètent la problématique maternelle.

En ANNEXE 5 se trouve le guide intégral des entretiens. Nous exposons ici les principaux thèmes abordés :

- **LA MERE : SON RAPPORT A L'ALIMENTATION** (naturalité/transformation, conservatisme / sybaritisme, variété, temporalité, commensalité)
Définition de ce que veut dire « bien manger » pour les mères.
- **ADULTE – ENFANT : CONTENU DU BIEN MANGER**
Quelle différence la mère fait-elle entre cette définition donnée pour un adulte et celle donnée pour un enfant ?
- **MANGER BIEN**
Qu'est ce qui fait dire que le bébé a « bien mangé aujourd'hui » ou « mange bien » ou « est difficile à nourrir » ? Quels sont les signes que la mère va détecter chez son enfant pour statuer sur sa satiété ?
- **GOÛTS DU BÉBÉ ET ARBITRAGE MATERNEL**
A quel point la mère gère-t-elle au quotidien les goûts de son enfant ?
- **APPRENTISSAGE**
Que veulent apprendre les mères à leur enfant en termes d'alimentation ?
- **CONTRAINdre – LAISSER AGIR LA NATURE**
Contraindre le bébé pour son bien / le laisser aller à son rythme : de quel côté penche la mère ?

- SE NOURRIR SEUL
Comment le bébé montre –t-il son acquisition de l'autonomie alimentaire ?
Prend-il exemple sur ses parents/frères et sœurs/pairs ?
- MANGER CE QU'IL AIME
Le bébé peut-il manger ce qu'il aime ? jusqu'à quel point ?
- PREPARATIONS MAISON – INDUSTRIE : pour et contre, représentations, pratiques réelles...
- SANTE DU BÉBÉ : qu'est ce qui préoccupe les mères en général ? et lié à l'alimentation ?
- FILLE – GARCONS : Les mères notent-elles une différence notable dans les comportements fille-garçon ? Ont-elles eu elles-mêmes une approche différente de leurs propres bébés suivant leur sexe ?
- DU BIBERON A L'ASSIETTE : quelle évolution/histoire (pour chaque enfant de la fratrie) ? quelles difficultés rencontrées ?
- ALLAITEMENT : quelle expérience d'allaitement ? bonne ? mauvaise ? quelles en sont les conséquences ?
- MALADIE ET RESTAURATION PAR L'ALIMENTATION : quand le bébé est malade, qu'est ce qui change dans les pratiques alimentaires des mères ?
- COMPLEMENTER : les mères donnent-elles des compléments à leurs bébés ? en sont-elles conscientes ? pourquoi ?
- NOURRIT PAR AUTRUI – PERTE DE CONTRÔLE ? Quelle différence quand le bébé est nourrit pas quelqu'un d'autre que la mère ? La mère cherche-t-elle à exercer un contrôle ou pas ?

Analyse :

Les 33 entretiens de 2h ont été enregistrés, puis retranscrits intégralement.

La durée de 2h a été choisie en raison de la liberté que cela laisse pour aborder les nombreuses thématiques relatives à l'alimentation. Elle a permis également de laisser le temps aux mères interrogées de réfléchir aux questions posées, d'y revenir, d'associer sur d'autres expériences etc.

Une analyse qualitative de contenu a été effectuée par 3 personnes dont 2 « aveugles » aux variables individuelles des sujets.

L'analyse se fonde essentiellement sur la « méthode de comparaison constante » comme décrit dans Glaser (2001), c'est une approche en spirale. Cette expression signifie que le chercheur avance dans le projet de recherche en revenant constamment sur des « étapes » déjà amorcées et surtout en reliant entre elles ces différentes démarches, en particulier pour les deux démarches les plus importantes que sont la collecte et l'analyse des données.

Communément admis dans le travail de terrain basé sur les sciences qualitatives, cette méthode vise la conception d'un modèle théorique appuyée par un faisceau d'indices à travers quatre procédures principales: 1) identifier les passages pertinents dans les récits des participants; 2) grouper les passages traitant du même sujet; 3) faire des commentaires sur le

traitement des données de terrain, 4) formulation d'une théorie (Miles & Huberman, 1994). Fondamentalement, tous les entretiens ont été transcrits mot à mot et lus à plusieurs reprises afin d'en faire ressortir les thèmes. L'analyse thématique a été utilisée pour détecter les tendances discursives. Une grille de thèmes a ensuite été développée et appliquée dans les quatre ensembles de données. En parallèle avec cette méthode, nous utilisons également l'approche de Foucault³⁰ pour le système de classification et la compréhension, ainsi que la (ré)organisation de la classification proposée par les répondants eux-mêmes.

3.4. Approche développementale : Présentation de morceaux de nourriture et capacités oro-motrices

3.4.1. Analyse de comportements alimentaires de la mère et du bébé

Pour se faire nous avons identifié et sélectionné 2 comportements :

- Acceptation/refus des morceaux présentés

Nous avons défini « acceptation » lorsque le bébé prend en bouche et avale un morceau de nourriture donné, indépendamment de ce qu'il se passe en bouche. Ainsi un enfant accepte un morceau d'aliment donné s'il le prend en bouche et l'avale, même s'il ne le mâche pas ou peu. Le comportement de « refus » quant à lui est défini lorsque le bébé refuse de mettre en bouche un morceau donné ou bien le prend en bouche mais le recrache.

- Confiance du bébé à manger les morceaux présentés, Confiance de la mère à donner ou laisser manger les morceaux présentés

Nous avons développé 2 échelles afin d'observer la confiance que les bébés ont pour manger un morceau d'aliment donné ainsi que la confiance que les mères ont à donner un morceau donné ou laisser leur enfant le manger.

Pour chaque morceau de nourriture « test » présenté, nous évaluons ces deux critères.

Les échelles sont de type Lickert en 9 points, inspirées des échelles créées par Peryam et al. (1957), et définies comme suit :

- Confiance du bébé à manger des morceaux de nourriture: concerne la période temporelle à partir du moment où le bébé voit le morceau de nourriture dans l'assiette, au moment où il le met en bouche ou bien sa mère lui offre et il le met en bouche. Les scores vont de 1 (extrêmement peu confiant) à 9 (extrêmement confiant) en passant par un score neutre à 5.
- Confiance de la mère à laisser son enfant manger des morceaux de nourriture: Concerne la période temporelle à partir du moment où la mère voit le morceau de nourriture dans l'assiette, au moment où elle l'offre à son enfant ou le laisse le manger. Les scores vont de 1 (extrêmement peu confiante) à 9 (extrêmement confiante) en passant par un score neutre à 5.

³⁰ Michel Foucault, auteur en 1966 du livre « Les mots et les choses », où il expose une forme de classification nouvelle. Il s'agit d'interroger le récit que nous offre l'histoire afin d'y retrouver les conditions de possibilité, c'est-à-dire les configurations ou pratiques discursives qui "ont donné lieu aux formes diverses de la connaissance".

3.4.2. Analyse des capacités oro-motrices du bébé

Pour observer et évaluer les capacités oro-motrices du bébé de façon non invasive ou moins perturbante que la pose d'électrodes par exemple, nous avons observé les mouvements faciaux de mastication, d'avalement des bébés suite à la présentation et l'acceptation des différentes tailles de morceaux de nourriture.

Comme pour l'analyse de la confiance maternelle et du bébé lors des repas, nous avons développé deux échelles de type Lickert, en 9 points pour évaluer la facilité à mastiquer et avaler du bébé. Pour chaque morceau de nourriture « test » présenté, nous évaluons également ces deux critères.

- Facilité du bébé à mastiquer : concerne la période temporelle à partir du moment où le bébé accepte et met en bouche le morceau de nourriture, jusqu'à l'achèvement de sa consommation ou toute autre action (ex : recrache...). Les scores vont de 1 (extrêmement difficile à mastiquer) à 9 (extrêmement facile à mastiquer) en passant par un score neutre à 5.
- Facilité à avaler : concerne la période temporelle depuis la fin de la mastication jusqu'à la fin de toute action d'avalement (avalé tout rond y compris). Les scores vont de 1 (extrêmement difficile à avaler) à 9 (extrêmement facile à avaler) en passant par un score neutre à 5.

Les quatre échelles décrites ci-dessous sont en version intégrale et en anglais (car utilisées dans cette langue dans le cadre de la collaboration avec un scientifique référent de notre sponsor Nestlé) dans l'ANNEXE 6. Deux cotuteurs ont analysé les comportements dont un « aveugle ». Un accord moyen de $r=0.80$ (corrélation de Pearson) a été atteint pour 1/3 des films, soit 7 (voir ANNEXE 7 pour les corrélations inter-juges).

*Remarque : Nous avons également effectué une analyse des comportements et expressions faciales des mères et bébés lors des repas, en utilisant le **Logiciel d'analyse de comportements et expressions faciales « The Observer XT 9.0 »**.*

Au préalable nous avons déterminé une grille d'observation de comportements dont voici les principaux groupes de variables que nous avons analysés :

- Paroles maternelles
- Paroles/Vocalisations du bébé
- Tension corporelle de la mère
- Tension corporelle du bébé
- Regards de la mère
- Regards du bébé

Nous avons ensuite réalisé des calculs de fréquences d'occurrences des comportements et des durées.

Cependant, ces analyses étant très longues, nous n'avons pu analyser les comportements des 20 couples mère-enfant que lors des 2 premiers repas (V1 et V2). De plus, et malgré le bon accord interjuges, les résultats préliminaires s'avèrent pour la plupart difficilement

compréhensibles voir incohérents, nous présumons donc qu'il y a eu une erreur de définition de comportements ou bien de codage par le logiciel. Ainsi nous ne présenterons pas ces données dans ce travail de thèse et estimons qu'un important travail de recodage ainsi que l'élargissement de ces analyses à l'ensemble de la population d'étude sont nécessaires avant de pouvoir se permettre de les publier.

3.5. Approche clinique : Influence des caractéristiques individuelles sur la qualité des interactions alimentaires

3.5.1. Analyse des caractéristiques ou variables individuelles

Nous avons utilisé un certain nombre d'outils afin de récolter des données sur l'anxiété de la mère, son score de santé global, le tempérament du bébé et son niveau de développement psychomoteur.

3.5.1.1. STAI (Spielberger State and Trait Anxiety Inventory, traduction française Schweitzer M.B., Paulhan I. - 1990)

L'inventaire d'anxiété trait-état de Spielberger représente l'une des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété les plus utilisées. Il se compose de deux parties séparées évaluant de façon indépendante l'anxiété-trait et l'anxiété-état comprenant chacune 20 items gradués en quatre degrés en fonction de leur intensité ou de leur fréquence. L'échelle d'anxiété-trait est surtout utilisée pour l'évaluation des caractéristiques anxieuses de la personnalité tandis que l'échelle d'anxiété-état permet la mesure des modifications induites par diverses situations expérimentales.

L'inventaire d'anxiété trait-état est destiné à être rempli par le sujet lui-même. Pour l'échelle état, le sujet doit se référer à ce qu'il ressent "à l'instant, juste en ce moment" et pour l'échelle trait, à ce qu'il ressent "généralement". Pour l'échelle anxiété-état, le sujet doit entourer d'un cercle le point qui correspond le mieux à l'intensité de ce qu'il ressent selon 4 degrés : non - plutôt non - plutôt oui - oui. Pour l'échelle d'anxiété-trait, le sujet doit entourer le point qui correspond le mieux à la fréquence de ce qu'il ressent, également selon 4 degrés : presque jamais - parfois - souvent - presque toujours.

Chaque item de l'inventaire d'anxiété trait-état est évalué de 1 à 4, selon son intensité en ce qui concerne l'anxiété-état (non = 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4) et en fonction de sa fréquence en ce qui concerne l'anxiété-trait (presque jamais = 1, parfois = 2, souvent = 3, presque toujours = 4). Cependant, les notes des items "moins" (mesurant l'absence d'anxiété) doivent être inversées (4 = 1, 3 = 2, 2 = 3, 1 = 4 : items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 et 20 de l'échelle d'anxiété-état et items 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 et 39 de l'échelle d'anxiété-trait). La note totale varie donc de 20 à 80.

L'inventaire d'anxiété trait-état a été très largement utilisé dans la recherche et la pratique clinique. La consistance interne de l'échelle d'anxiété-état tout comme celle de l'anxiété-trait s'est révélée excellente ($\alpha > 0,90$) (Spielberger, 1983). La validité de l'inventaire d'anxiété trait-état a été démontrée par différentes méthodes.

Normes françaises : Les scores obtenus sur les différents groupes de sujets français sont pour l'échelle Anxiété Etat compris entre 20 et 80, et pour l'échelle Anxiété Trait entre 21 et 77.

La note obtenue par un sujet fournit une indication relative sur les échelles d'anxiété Etat et Trait en comparaison d'un groupe de référence. On peut classer les notes en cinq niveaux : supérieur à 65 (très élevée), de 56 à 65 (élevée), 46 à 55 (moyen), 36 à 45 (faible), inférieur à 35 (très faible). Les notes de 46 à 55 sont considérées comme les notes limites de la zone moyenne.

Le STAI est bref à compléter, avec des items courts et clairs, et les qualités métrologiques de l'inventaire ont été abondamment démontrées. Les deux parties relatives à l'anxiété-trait et à l'anxiété-état peuvent être utilisées indépendamment en fonction des buts poursuivis. Dans notre étude nous utiliserons les deux parties.

3.5.1.2. GHQ-28 (*General Health Questionnaire-28, Goldberg and Hillier 1979*)

Le GHQ est un auto-questionnaire d'évaluation des troubles psychopathologiques ressentis au cours des semaines passées. Plusieurs versions ont été publiées, parmi lesquelles le GHQ-28 et le GHQ-12. De très nombreuses études l'ont utilisé tant en épidémiologie qu'en médecine générale. Il permet de quantifier au plan dimensionnel le degré de souffrance psychologique subjective et, au plan catégoriel, de définir, à partir de notes-seuil, des "cas" pathologiques ou non.

L'objectif du GHQ-28 est de couvrir 4 facteurs ayant chacun 7 items : symptômes somatiques, anxiété et insomnie, dysfonctionnement social et dépression sévère. Ces 28 items constituent le GHQ-28.

Chaque item est coté sur une échelle de type Likert en 4 points allant de "moins que d'habitude" ou "pas du tout" à "beaucoup plus que d'habitude".

Chaque item peut être coté de deux façons :

- selon une échelle de Likert en 4 points de 0 à 3,
- ou en réponse bimodale (cotation dite "GHQ") en notant 0 les réponses "moins que d'habitude" ou "pas plus que d'habitude" et 1 celles "un peu plus" ou "bien plus que d'habitude".

Il existe une troisième manière de coter, dite CGHQ, proposée par Goodchild et Duncan-Jones (1985), et permettant de tenir compte des affections durables pour lesquelles les sujets peuvent estimer que leur état ne s'est pas modifié par rapport à l'habitude. Selon cette nouvelle cotation les items négatifs sont cotés 0111, et les items positifs 0011. L'un des avantages serait d'obtenir une gamme de notes globales se rapprochant davantage d'une distribution normale.

Quel que soit le mode de cotation, on obtient ainsi un score global du GHQ qui permet d'évaluer de manière dimensionnelle l'état du sujet.

Les scores des quatre sous-échelles du GHQ-28 peuvent être calculés comme suit : symptômes somatiques : items de 1 à 7, anxiété et insomnie : items de 8 à 14, dysfonctionnement social : items de 15 à 21 et dépression sévère : items de 22 à 28. Ces scores ne font que refléter des aspects dimensionnels de la symptomatologie.

Si l'on désire détecter des "cas", différentes notes-seuils ont été proposées. Pour le GHQ-28 celle couramment retenue est de 4/5. En fait il convient de tester, par une étude de validité concourante, la note-seuil qui semble appropriée à la population que l'on étudie.

Selon l'auteur, le score du GHQ peut être interprété de trois manières :

- sévérité d'un trouble psychologique,
- estimation de la prévalence d'un trouble psychiatrique,
- indicateur de morbidité.

On peut donc utiliser le GHQ dans une perspective catégorielle (note-seuil au-dessus de laquelle on définit un cas) ou dimensionnelle (score global). L'utilisation des scores aux différents facteurs semble moins pertinente, sauf, peut-être, pour le GHQ-28.

Très largement utilisé en clinique, et rapide à compléter, cette échelle nous paraît la plus appropriée pour détecter les signes d'une souffrance psychique avérée chez les mères de notre échantillon. La fidélité du GHQ appréciée par la méthode du split-half et du coefficient de consistance interne de Cronbach est bonne.

Analyses : Nous utilisons le système de réponse bimodal en 00-11.

3.5.1.3. Toddler Temperament Scales (TTS ; Fullard & Carey, 1984)

Le Toddler Temperament Scales de Fullard et Carey est un questionnaire destiné aux parents de bébés de 1 à 2 ans. Il peut être utilisé en recherche comme en clinique. Cette échelle se compose de 97 items qui évaluent au final les 9 composantes du tempérament: (1) niveau d'activité, (2) rythmicité des fonctions physiologiques, (3) réaction d'approche-repli devant de nouveaux stimuli, (4) adaptabilité, (5) intensité, (6) qualité générale de l'humeur, (7) persistance et « attention span », (8) distractibilité, et (9) seuil de sensibilité. Ce questionnaire contient une centaine d'items qui doivent être évalués sur une échelle en 6 points caractérisant la fréquence par laquelle le comportement décrit par l'item est présent chez le bébé (de pratiquement jamais à presque toujours).

La fiabilité de cet outil a été validée par une analyse de coefficients alpha pour chaque dimension du test (alpha compris entre 0.69 pour la dimension distractibilité et 0.89 pour la dimension approche-repli).

Afin de ne pas surcharger les mères avec des questionnaires trop lourds, nous utilisons une version traduite en français et abrégée (53 items), non validée mais très utilisée en clinique, généreusement partagée par le Pr Marcel Trudel (Département de psychoéducation, Faculté d'éducation Université de Sherbrooke (Québec))

Analyses : Nous avons utilisé le logiciel SPSS pour calculer les scores au 9 différentes composantes du tempérament. La formule mathématique utilisée a été développée par le Pr Marcel Trudel pour sa version abrégée.

3.5.1.4. Echelles de développement psychomoteur de Griffiths (Griffiths mental development scales : Birth to 2 years, revised, 1996)

Les échelles de développement psychomoteur de Griffiths se divisent en 6 sous échelles permettant d'évaluer le développement du bébé entre 0 et 8 ans.

Ces 5 sous échelles sont :

- Sous échelle A : Locomotrice : Capacités motrices globales, de l'équilibre à la coordination et au contrôle des mouvements.
- Sous échelle B : Personnelle et sociale : Efficacité dans les activités de tous les jours, niveau d'indépendance, interaction avec les autres bébés.
- Sous échelle C : Langage : Langage réceptif et expressif.
- Sous échelle D : Coordination œil-main : Capacités motrices fines, dextérité manuelle et de monitoring visuel.
- Sous échelle E : Performance cognitive : Capacités visuospatiales et la vitesse à effectuer les tâches et la précision.

Une 7^{ème} sous échelle F existe. Elle évalue le raisonnement pratique (capacités à résoudre des problèmes pratiques, comprendre des concepts mathématiques de base et comprendre des questions morales). Cette dernière échelle est administrée après l'âge de 2 ans donc nous ne l'évaluons pas pour notre population.

Un kit d'équipement standardisé est nécessaire afin d'administrer les items des échelles de Griffiths. Celui-ci consiste en 39 objets contenus dans une mallette, avec un livre de dessin ainsi que des formulaires d'évaluation.

Les instructions détaillées afin d'administrer et analyser les items sont données dans le manuel d'administration. L'interprétation des scores bruts quant à elle nécessite l'utilisation du manuel d'analyse.

Les scores bruts sont calculés pour chaque sous échelle et peuvent être convertis en 4 différents scores standards :

- Percentiles
- Z-Scores
- Ages Equivalents ou Age Mental
- Quotient General de Développement

Les coefficients alpha de Cronbach ont été calculés pour chacune des sous-échelles. À l'exception de l'échelle E pour les bébés dont l'âge chronologique ci-dessous de 48 mois, les coefficients sont tous confortablement supérieurs à la valeur minimale acceptable de 0,70.

La durée de passation des échelles varie entre 30 et 60 minutes selon l'âge du bébé.

Les normes existantes sont anglaises. Ces échelles existent en anglais, allemand, italien et portugais. Nous avons utilisé une version française issue de la traduction (non validée) recommandée par des psychologues qui l'utilisent lors de leur pratique clinique.

Cet outil, applicable aux bébés dès les premiers mois de vie permet une bonne évaluation globale mais aussi par catégorie (grâce aux différentes sous échelles) des capacités psychomotrices du bébé.

Analyses : Nous avons calculé les scores bruts pour chaque sous échelle ainsi que le score global de quotient de développement.

3.5.2. Analyse des interactions alimentaires

Un certain nombre d'échelles et outils existent pour analyser les interactions alimentaires, mais notre choix s'est porté sur l'utilisation conjointe de 2 échelles : la Chatoor Feeding Scale de I.Chatoor (2nd édition 1998) et la Coding Interactive Behavior de R.Feldman (1998). La première car elle a été créée par I.Chatoor, créatrice de la classification actuelle des troubles alimentaires de la D-C 0 to 3. Et la seconde car elle est utilisée pour évaluer la qualité des interactions dans diverses situations, dont celle d'alimentation.

Nous les décrirons chacune ci-après, justifierons les raisons qui ont porté notre choix sur ces 2 échelles puis exposerons les analyses effectuées avec chacune d'elle.

3.5.2.1. Chatoor Feeding Scale (Chatoor, 2nd édition, 1998)

L'échelle d'alimentation de Chatoor permet d'évaluer les interactions mère-nourrisson/petit enfant lors de séances d'alimentation en laboratoire d'une durée approximative de 20 minutes. Elle peut être utilisée pour l'observation de bébés âgés de 1 mois à 3 ans.

Cette échelle permet d'identifier des comportements non adaptés de la mère mais aussi du bébé. Elle constitue une bonne aide au diagnostic de patterns interactionnels inadaptés au sein de couples mère-enfant. Environ 80% des bébés ayant des troubles alimentaires ont été correctement classifiés comme « anormaux » par cette échelle.

L'échelle est constituée de 46 items jugeant de comportements maternels et du bébé qui sont évalués à la fin de la session alimentaire. Les items sont cotés sur une échelle à 4 points afin d'indiquer à quel point chaque comportement apparaît lors du repas observé (0 : pas du tout, 1 : un peu, 2 : beaucoup, 3 : énormément). Parmi ces items, 26 concernent la mère et 20 concernent le bébé.

Au final, 5 scores sont issus des sous-échelles :

- Réciprocité dyadique (Dyadic Reciprocity) : échanges positifs entre mère et enfant.
- Conflit dyadique (Dyadic Conflict) : refus de manger et affects négatifs du bébé mais aussi affects négatifs maternels et remarques négatives vis-à-vis du bébé.
- Paroles et distractions (Talk and Distraction) : engagement dans les paroles et le jeu de la part du bébé et de la mère, et qui interfère avec le repas.

- Lutte pour le contrôle (Struggle for Control) : comportements contrôlants de la mère (ex : forcer le bébé à manger) et résistance du bébé (ex : recrache la nourriture).
- Non contingence maternelle (Maternal Non-contingency) : comportements maternels inappropriés (ex : ignore les signes du bébé, le manipule excessivement...).

La validité prédictive de l'échelle a été démontrée et elle discrimine notamment les bébés avec ou sans troubles alimentaires, et parmi ces derniers, différencie 3 types de diagnostics. L'étude de fiabilité a été effectuée par analyse de coefficients d'accord interjuges (corrélations : $0.73 < r < 0.92$). Extrêmement utilisée dans la clinique, cet outil est validé et correspond tout à fait à notre objectif d'évaluation des interactions alimentaires.

Analyses : Deux cotateurs ont analysé les vidéos de repas, dont un « aveugle » aux données individuelles. Tous 2 ont été formés à la cotation de l'échelle, par le biais de l'auto-formation avec support vidéo délivrée avec les protocoles papiers. Cette formation consistait à coder des films jusqu'à l'obtention de 90% d'accord avec les codages faits par la conceptrice de l'échelle Irene Chatoor.

Une corrélation inter-juges moyenne de $r=0.80$ (corrélation de Pearson) a été atteinte pour 1/3 des films de notre étude (soit 40 films) pour les scores globaux de l'échelle, et d'un minimum de $r = 0.69$ au niveau des items (voir ANNEXE 7 pour les corrélations inter-juges par scores globaux).

3.5.2.2. Coding Interactive Behavior (Ruth Feldman, Version 4, 1997, 1998)

Il s'agit d'une échelle d'évaluation des comportements interactifs parent-enfant pour des bébés âgés de 2 à 36 mois. Elle a été construite par Ruth Feldman pour évaluer les comportements interactifs entre le bébé, sa mère ou son père, ou son donneur de soins. Elle a été utilisée et validée dans diverses situations, chez des bébés tout venant ou à risque, a montré sa sensibilité aux modifications des interactions entraînées par l'âge du bébé, le partenaire interactif, le risque biologique ou socio émotionnel, les facteurs parentaux, ou pour mesurer des changements avant et après interventions. Sa validité concurrente a été testée sur d'autres instruments. La validité prédictive de cet instrument a été démontrée : il existe une association entre les comportements interactifs codés avec la CIB dans la première enfance et le niveau de développement ultérieur du bébé au niveau cognitif, symbolique, social et émotionnel (Feldman, 1998).

C'est une échelle de 45 items cotés sur une échelle à 5 points (1 : niveau minimum, 3 : niveau médian et 5 : niveau maximum). Les items sont remplis en fonction de l'âge du bébé. Parmi ces items, 22 concernent les parents, 16 concernent le bébé et 7 concernent la dyade. Ces items sont classés en 8 dimensions, formant des échelles composites, construites lors de la validation de cet outil :

- pour le parent (22 items): sensibilité (sensitivity), intrusivité (intrusiveness), pose de limites (limit setting)
- pour le bébé (16 items): engagement (involvement), repli (withdrawal), obéissance (compliance)

- pour la dyade (5 items): réciprocité dyadique (dyadic reciprocity), états négatifs (negative states)

Ces composites se composent des items suivants:

Pour les parents :

- Sensibilité (Sensitivity) composée de : Reconnaissance (Acknowledging), Imitation (Imitating) (dans la première année seulement), Elaboration (Elaborating), Regard parental (Parent Gaze/Joint Attention), Affect positif (Positive Affect), Vocalisation appropriée/claire (Vocal Appropriateness), Choix approprié d'affects (Appropriate Range of Affect), Ressources/ingéniosité (Resourcefulness), Eloges/compliments (Praising), Touchers affectueux (Affectionate Touch), Présence soutenante (Parent Supportive Presence).
- Intrusivité (Intrusiveness) composée de: Forçage-manipulation physique (Forcing), Domination-Intrusivité (Overriding), Affect parental négatif et de colère (Parent Negative Affect/Anger), Hostilité (Hostility), Anxiété parentale (Parent Anxiety), Critiques (Criticizing)
- Pose de limites (Limit setting) composée de: Consistance ou cohérence du style (Consistency of Style), On-task ressource (On task Persistence), Structure approprié, pose de limites (Appropriate Structure/Limit-Setting)

Pour les bébés:

- Engagement (Involvement) composée de: Imitation (Imitation), Attention conjointe (Child Gaze/Joint Attention), Affect positif du bébé (Child Positive Affect), Affection du bébé à l'égard du parent (Child Affection to Parent), Vigilance (Alert), Fatigue (Fatigue), Productions verbales (Child Vocalization), Initiation du bébé (Child Initiation), Compétence à utiliser l'environnement (Competent Use of the Environment), Jeu créatif et symbolique (Creative Symbolic Play)
- Repli (Withdrawal) composée de: Emotion négative du bébé, Agitation (Negative Emotionality), Repli/retrait (Withdrawal), Affect labile (Emotion Lability), Evitement du/des parent(s) (Child Avoidance of Parent)
- Obéissance (Compliance) composée de: Obéissance du bébé au parent (Child Compliance to Parent), Confiance du bébé dans l'aide du parent (Child Reliance on Parent for Help), Persistance (Child On-Task Persistence)

Pour la dyade :

- Réciprocité (Reciprocity) composée de : Réciprocité dyadique (Dyadic Reciprocity), Adaptation-Régulation (Adaptation-Regulation), Facilité (Fluency)
- Etats négatifs (Negative States) composée de : Frein (Constriction)

Les items soulignés ne sont pas administrés à notre population car ne correspondent pas à l'âge étudié (Imitation) ou ne sont pas analysable dans le contexte d'observation d'une session alimentaire (Jeu créatif et symbolique).

A ceci s'ajoutent des items spécifiques à la situation alimentaire (codés sur les mêmes échelles en 5 points):

- Distractibilité (Distractibility) déterminant combien le bébé est distrait, se détourne de l'aliment et fait autre chose, s'occupe avec des jouets, etc.
- Indépendance (Independence) qui montre à quel point le bébé est autonome, n'a pas besoin de l'aide de sa mère pour se nourrir.
- Négociation (Negociation) concernant combien la mère et le bébé sont en pourparler lors du repas, à quel point ils se confrontent, se fâchent et se battent pendant le repas.
- Efficacité alimentaire (Feeding efficacy) où l'on code simplement si le bébé a mangé et fini le repas proposé.

La validité prédictive de l'échelle a été démontrée, il existe une association entre les comportements interactifs codés avec la CIB dans la première enfance et le niveau de développement ultérieur du bébé au niveau cognitif, symbolique, social et émotionnel (Feldman, 1998).

Les interactions mère-enfant sont très complexes et leur évaluation est délicate, il fallait trouver un outil capable de détecter les variations infimes au sein d'une population sans trouble spécifique et avec des bébés âgés de 1 à 2 ans.

La CIB utilise quasiment les mêmes dimensions qualitatives et quantitatives de 2 mois à 36 mois (sauf quelques items).

La CIB est applicable à différentes situations d'évaluation (jeu, bain, triade, repas...), les mêmes items sont donc comparables d'une situation à une autre.

Enfin sa passation est rapide car la sélection de 3 minutes du repas suffisent. Pour notre étude, nous avons sélectionné les minutes 5 à 8 de chaque repas (ou les 3 minutes centrales du repas si la durée n'est pas suffisante).

Cet outil n'a pas encore été validé en Français, nous nous proposons donc de participer à cette validation.

Analyses : Deux cotateurs ont analysé les vidéos de repas, dont un « aveugle » aux données individuelles des bébés et étant formé à la cotation par R.Feldman, conceptrice de l'échelle. Un score de fidélité inter-juges moyen de $r=0.81$ (corrélation de Pearson) a été atteint pour chaque item, pour 1/3 des films (soit 40 films) avec un minimum de $r=0.62$ au niveau des items (voir ANNEXE 7 pour les corrélations inter-juges pour les scores composites et alimentaires).

Remarque : Nous avons également utilisé la CIB pour coder quelques interactions de jeu dans le cadre des études de cas présentées en fin de partie des résultats.

3.5.3. Analyse des représentations interpersonnelles maternelles

SCORS-G (Social Cognition and Object Relations Scale-Global; Westen, 1995; Hilsenroth, Stein, & Pinsker, 2004)

Nous avons utilisé la version française (SCORS-TAT, Bénony, 2006) et l'avons adaptée à nos données narratives.

La SCORS-G mesure les dimensions globales des représentations interpersonnelles à partir de données narratives. Cette échelle intègre différentes notions théoriques : la relation d'objet, les théories sociocognitive et développementale. La SCORS-G comprend huit dimensions:

- Complexité de la représentation des personnes (COM, soit le degré de différenciation et de complexité dans les relations à autrui)
- Qualité affective des représentations des personnes et relations (AFF)
- Investissement émotionnel dans les relations (IER, soit le degré de mutualité [versus égocentrisme] des relations)
- Investissement émotionnel des valeurs et des normes morales (IEM, soit le degré auquel les valeurs et normes morales sont considérées dans les relations)
- Compréhension de la causalité sociale (CCS, soit à quel point les pensées, les sentiments et les comportements sont logiques, précis et psychologiquement disposés/entendus)
- Expérience et gestion des pulsions agressives (AG)
- Estime de soi (EDS, soit à quel point le soi est vécu et considéré comme globalement positif)
- Identité et cohérence de soi (ICS, soit à quel point l'identité est stable, constante, et cohérente)

Chaque dimension est évaluée sur une échelle de Lickert en 7 points où les scores de 1-2 indiquent une relation d'objet immature ou pathologique, et les scores de 6-7 indiquent des relations d'objet matures ou saines.

Chaque dimension de la SCORS-G a démontré une bonne fiabilité interjuges et validé (Huprich & Greenberg, 2003; Stricker & Goen-Piels, 2004, Peters et al. 2006).

La SCORS-G est une échelle très rapide à coder et qui permet d'extraire des données et informations intrapsychiques à partir de matériel narratif. Nous l'utilisons dans cette étude pour analyser les contenus des entretiens de 2 heures effectués auprès des mères. À partir des récits maternels à propos de leur enfant et son alimentation, et de sa propre expérience alimentaire, nous utilisons la SCORS-G pour faire ressortir principalement des indications sur la qualité de relation d'objet de la mère à son enfant, mais aussi son estime de soi et la cohérence de son identité. Chose intéressante, nous utilisons cet outil auprès de mères alors que cela n'a, à notre connaissance, pas été fait jusqu'à présent. L'échelle a surtout été utilisée pour analyser les récits d'enfants ou d'adulte mais pas de mères.

Analyses : 22 entretiens (parmi les entretiens de la partie socio-anthropologique) enregistrés et retranscrits ont été analysés par 2 cotateurs, dont l'un formé à l'utilisation de l'échelle et « aveugle » aux données individuelles des bébés. La corrélation inter-juges moyenne (corrélation de Pearson) de $r=0.84$ avec une corrélation la plus basse à $r=0.73$ (voir ANNEXE 7 pour les corrélations inter-juges par dimension de l'échelle).

3.5.4. Autres données récoltées

Pour cette partie clinique, nous avons également collecté les variables suivantes, utilisée auparavant dans des études des interactions alimentaires mère-enfant (cf revue théorique) :

- Durée du repas (en secondes)
- Proportion de cuillères refusées par le bébé durant le repas (en pourcentage)

Ces 2 variables sont considérées comme variables dépendantes illustrant la qualité des interactions alimentaires et faisant écho aux variables telles que l'efficacité alimentaire.

Tableaux récapitulatifs

Recueil \ Visites	V ₀ entretien téléphonique	V ₁ séance adaptative	V ₂ séance test progressive	V ₃ séance test randomisée 1	V ₄ séance test randomisée 2	Hors protocole expérimental
Données diverses sur les sujets (lors du recrutement)	X					
Evaluation du niveau de développement psychomoteur (test de Griffiths)		X				
Questionnaires remplis par les mères (STAI, GHQ-28, TTS)		X				
Consommation du repas d'adaptation (repas préparé et/ou apporté par la mère)		X				
Enregistrement vidéo de 5 minutes de jeu mère-bébé			X	X	X	
Consommation de l'aliment-test (présentation des morceaux de viande ou légumes)			X	X	X	
Enregistrement vidéo du repas		X	X	X	X	
Evaluation papier-crayon en direct des comportements (acceptation ou refus des aliments)		X	X	X	X	
Durée des repas (en secondes)		X	X	X	X	
Proportion de refus de cuillères durant les repas (en %)		X	X	X	X	
Entretiens de 2h avec 33 mères de bébés de 1 à 2 ans d'âge						X

Tableau 3 : Récapitulatif des données recueillies pour chaque dyade.

Au final, lors de l'étude, nous avons récolté :

- 60 protocoles des échelles de Griffiths
- 60 questionnaires STAI
- 60 questionnaires GHQ-28
- 60 questionnaires TTS
- 180 séquences de jeux (3 fois pour chaque dyade)
- 60 repas adaptatifs (1 pour chaque dyade)
- 180 repas test (3 pour chaque dyade)
- 33 entretiens de 2h

Analyses	Vidéos des repas adaptatifs	Vidéos des repas tests	Vidéos des séquences de jeu de 5 minutes	Entretiens semi-directifs de 2h
Evaluation de l'acceptation/refus des morceaux présentés au bébé pendant les repas tests		x <i>Pour 20 sujets ayant mangé le produit « viande »</i>		
Echelles de facilité à mastiquer, avaler, échelles de confiance à manger (pour le bébé) et échelle de confiance maternelle à laisser manger son bébé		x <i>Pour 20 sujets ayant mangé le produit « viande »</i>		
CIB (Coding Interactive Behavior, R.Feldman, 1998)	x	x <i>Pour le premier repas test</i>	x <i>Pour les études de cas</i>	
Chatoor Feeding scales (I.Chatoor, 1998)	x	x <i>Pour le premier repas test</i>		
SCORS-G (Westen, 1995; Bénony et al. 2006)				x <i>Pour 20 sujets</i>

Tableau 4 : Récapitulatif des analyses effectuées sur les données recueillies (vidéos et entretiens).

Les justifications des proportions de données analysées pour chaque outil seront données dans la partie résultats.

Analyses statistiques

Toutes les analyses statistiques de ce travail de thèse ont été choisies et effectuées à l'aide d'un statisticien. De nombreuses discussions portant sur l'approche nécessaire et la significativité des données selon la taille de notre échantillon et le nombre de variables étudiées ont été abordées afin d'établir au final un rendu d'analyse le plus fidèle et consistant possible avec nos données.

Dans notre étude, nous utilisons comme données descriptives simples, principalement des calculs de moyennes, déviations standards, erreurs standards, minimum et maximum.

Nous avons effectué des Anovas, calculs de LSD, one-sample et two-sample t-test, et majoritairement nous avons traité nos données par des analyses de corrélations bivariées de Pearson.

Enfin, nous avons effectué une matrice de corrélations réarrangées par "Double Hierarchical Clustering".

De par le nombre important de données et la taille des tableaux associés aux analyses, vous trouverez en annexes la plupart des tables globales de corrélations, d'Anovas et de t-tests qui sont la base de tous les tableaux spécifiques exposés dans la partie résultats.



Résultats

Description et inférences sur les aspects socio-anthropologiques, développementaux et cliniques

Approche Socio-Anthropologique : Les mères face à l'alimentation de leur bébé de 1 à 2 ans

Pour rappel, nous avons recruté 33 mères ayant un bébé de 1 à 2 ans pour effectuer 2 heures d'entretiens semi directifs.

Les mères ayant participé à ces entretiens ont été recrutées selon :

- Le sexe du bébé (fille, garçon)
- L'âge du bébé : 12 ou 24 mois (+/- 2 mois)
- La place du bébé dans la fratrie (1er enfant ou autre)

Au final les entretiens se distribuent, selon les critères de recrutement, comme démontré dans le **Tableau 2** (p 111 de la partie méthode et outils).

Notons que les mères de notre échantillon d'entretiens ont allaité pour 57.6% d'entre elles (33.3% pendant 1 semaine à 3 mois et 24.3% entre 3 et 6 mois). Nous relevons avec surprise que notre échantillon se situe en dessous des chiffres nationaux, d'après l'Inserm, en 2005, 62% des mères allaitaient à la sortie de la maternité, et moins d'un tiers continuaient l'allaitement après 1 mois, 5 à 10% après 2 mois. Il est commun de retrouver des mères qui ont majoritairement allaité dans les études sur l'alimentation car ce sont celles qui portent le plus d'intérêt aux problématiques alimentaires de leur enfant en général et qui sont désireuses de participer aux études.

Et enfin, 10 mères de l'échantillon ont un niveau d'éducation bas (inférieur au BAC), 11 ont un niveau moyen (BAC à BAC+2), et 11 un niveau élevé (supérieur à BAC + 2). Nous avons donc un échantillon bien équilibré en ce qui concerne le niveau éducatif, mais nos premières analyses n'ont pas fait ressortir de différenciations au niveau des représentations maternelles en fonction de leur niveau d'éducation. Des analyses supplémentaires ultérieures seront nécessaires pour compléter cette question.

Nous avons effectué des calculs de corrélations afin d'observer les liens existants entre ces variables descriptives de notre échantillon (voir **Tableau 5**, page suivante, $p < 0.05$).

Nous pouvons constater que trois variables sont intercorrélées : l'âge de la mère avec la place du bébé dans la fratrie, et le niveau d'étude de la mère avec également la place du bébé dans la fratrie. Ainsi, plus une mère est âgée, et plus le bébé avec qui elle participe à l'étude est parmi les derniers de la fratrie. Et d'autre part, plus la mère a un niveau élevé d'éducation, plus le bébé qu'elle présente à l'étude a de chance d'être l'aîné de la fratrie.

Ceci est logique car intuitivement nous pouvons penser que :

- Plus une mère est âgée, plus elle a eu l'occasion d'avoir d'autres bébés avant.
- Plus une femme a fait des études, et moins elle a eu d'occasions de faire des bébés pendant ses études.

	Sexe du bébé	Age de la mère	Age du bébé	Niveau d'étude de la mère	Place du bébé dans la fratrie	Allaitement (durée)
Sexe du bébé	1					
Age de la mère	0.20	1				
Age du bébé	0.16	0.12	1			
Niveau d'étude de la mère	-0.04	0.02	-0.11	1		
Place du bébé dans la fratrie	-0.15	0.35*	-0.04	-0.42*	1	
Allaitement (durée)	0.06	-0.26	0.06	0.18	-0.002	1

Tableau 5 : Corrélations entre le sexe, l'âge du bébé, sa place dans la fratrie, l'âge de la mère, son niveau d'étude et l'allaitement. Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

De nos trente trois entretiens nous pouvons extraire deux grands profils pour caractériser les mères que nous avons interviewées, en fonction de leur vécu/héritage en matière d'alimentation. Nous distinguerons les mères ayant un rapport « sain » à l'alimentation, et les mères ayant un rapport « problématique » à l'alimentation.

Dix neuf mères ont un rapport « sain » à l'alimentation. Ces femmes rapportent des souvenirs très positifs autour des repas familiaux, du plaisir à table. Elles souhaitent développer chez leurs bébés un rapport paisible à l'alimentation en les accompagnant au mieux dans l'apprentissage des goûts et de la variété alimentaire.

Nous classons quatorze mères dans le rapport « problématique » à l'alimentation. Ces femmes rapportent des souvenirs de repas tristes, tendus, de blocages face à la nourriture, parfois dans un contexte de famille froide et rigide. Nous classons également dans cette catégorie les femmes rapportant des difficultés d'adulte face à l'alimentation (souvent liées à de mauvaises expériences dans l'enfance). La plupart de ces femmes sont ou ont été suivies par un nutritionniste ou diététicien. Parmi ces mères, nous citerons comme exemples Mme 3 qui est obèse et dit « j'ai une relation très particulière à l'alimentation » et Mme 17 qui elle expose simplement « je mange parce qu'il faut manger [...] c'est déjà une corvée pour moi de manger... ».

Comment ces mères, les unes au rapport « problématique » avec la nourriture, les autres au rapport « sain », vont-elles respectivement apprendre à leurs bébés le « Bien Manger », tout en sauvegardant une interaction positive puisque, nous le verrons, c'est un des impératifs poursuivis par les deux profils ? Il renvoie au contenu présent de l'expérience nutritionnelle. Cependant, loin de se limiter à cet impératif d'interaction positive, l'expérience nutritionnelle nous renvoie à un second impératif, qui lui, pose les jalons du futur alimentaire du bébé et qui fait référence à l'apprentissage de trois choses que les mères tiennent pour essentielles (l'autonomisation, la socialisation et l'individuation, qui seront développés plus avant). Au-delà de l'impératif d'un « Bien Manger » focalisé sur le développement physique du bébé, on

verra apparaître de façon évidente ce que culturellement on a investi dans l'expérience nutritionnelle contemporaine relative aux bébés et qui constitue, *in fine*, le contenu réellement structurant de cette expérience nutritive dont les premières bases se jouent à deux, dans l'interaction de la mère et son bébé.

1. Définition du « Bien Manger »

L'ensemble des mères exposent une définition du « Bien Manger », que ce soit pour l'adulte ou pour le bébé, qui s'articule autour de critères identiques. « Bien Manger » c'est manger équilibré, varié, éviter les grignotages, éviter le gras et le sucre, faire des repas complets et structurés (entrée-plat-dessert surtout pour les bébés de 24 mois, à 12 mois ce n'est pas encore nécessaire selon elles), manger à sa faim mais en quantités raisonnables, prendre son temps, si possible en famille et prendre du plaisir. D'une manière plus précise (en termes de mots énoncés par les mères lors des entretiens) cela renvoie à la définition française du « Bien Manger » telle que l'exposa Lahlou (1995) en psychologie sociale. Il demanda à 2000 Français de lui dire « si je vous dis « Bien Manger » à quoi pensez-vous ? ». L'auteur en ressorti les noyaux de base des représentations du « Bien Manger » suivants : entrée-plat-dessert, manger à sa faim, manger ce qu'on aime, pas trop de graisse et de sucre, équilibré, petits plats, convivial, restaurant. Il apparaît qu'au sein des familles, l'aspect commensal de l'alimentation est privilégié.

Il est cependant important de mentionner que les enjeux que les mères placent dans la dimension de commensalité selon qu'il s'agit de celle rapportée pour le « Bien Manger » du bébé ou de l'adulte n'ont que peu de rapport les uns avec les autres. En effet, la dimension commensale du « Bien Manger » des bébés contient la question de l'interaction et plus précisément ici de l'interaction mère-enfant (plus souvent que enfant / famille). Nous aurons bien sûr l'occasion de nous arrêter sur ce fait, essentiel pour notre approche.

L'unique mère qui n'a pas donné cette même définition est Mme 14, visiblement en phase de déprime, qui fait une différence entre « Bien Manger » et manger sainement. Elle dira « Bien manger c'est s'arrêter quand on n'a plus faim et manger selon son envie [...] de toutes façons, manger sainement ou pas euh, je dis que tant qu'on mange c'est déjà pas mal ! ». Mme 14, nous le verrons plus tard, fera l'objet d'une étude de cas car elle présente des caractéristiques particulières au sein de notre échantillon.

Mais tout d'abord passons en revue chacun des éléments de cette définition afin de mieux appréhender le contenu des représentations maternelles. Nous allons voir que ces définitions font référence à un ou plusieurs niveaux de sens, les uns renvoyant à l'intégration ou plutôt l'énoncé des normes alimentaires en vigueur, les autres à une dimension plus structurante et culturelle relevant d'un processus historique de plus long terme (en référence au concept de « civilisation » de Elias³¹), les autres enfin relevant de variations individuelles et traduisant la

³¹ Norbert Elias, sociologue est associé au concept de « civilisation » au sens de penser ensemble, et dans le temps long de l'histoire, l'évolution. Il décrira son ouvrage « La civilisation des mœurs » (1973) comme suit: « ce premier tome se préoccupe de savoir si l'on peut prouver, en tant que fait démontrable, et vérifier à l'aide de preuves empiriques sûres, la supposition, fondée sur des observations dispersées, selon laquelle il existe des transformations à long terme des structures affectives et des structures de contrôle des hommes appartenant à

manière dont les mères, suivant leur profil, vont ajuster normes et données culturelles à leurs propres besoins. Pour ce dernier point, nous consacrerons un développement spécifique plus avant (i.e. chapitre sur Les profils des mères) dans la mesure où il fait plus directement référence à notre problématique de l'interaction mère-enfant.

1.1. Équilibré

Par « manger équilibré », les mères entendent apporter toutes les familles de nutriments dont l'organisme a besoin. Par exemple, Mme 23 dira « une viande, un féculent, un légume... tout ce qu'il faut quoi ! » et Mme 9 citera les différents nutriments nécessaires à une bonne alimentation (glucides, protides, lipides) en insistant sur les vitamines. On se rend compte par ailleurs que cette norme nutritionnelle est intégrée par les mères mais au prix de distorsions sémantiques (confusion, réinterprétation des qualités positives ou négatives des nutriments etc.).

1.2. Varié

Manger varié sera manger de tout, au sens de toutes les saveurs. Certaines mères parlent de changer le quotidien, pour éviter de se lasser de manger les mêmes choses, la plupart parlent d'ouverture aux goûts et certaines même de « voyage par la nourriture » (Mme 3). Il s'agit ici de manger de tout, au sens de « toutes saveurs », et renvoie à la norme nutritionnelle adaptée à la culture française du « Bien Manger ».

1.3. Pas de grignotage

Pour l'ensemble des mères, manger entre les repas coupe l'appétit et le décale dans la journée, ce qui fait que l'on passe sa journée à grignoter des « cochonneries » et qu'on passe à côté des repas sains et complets, nécessaires à une bonne alimentation. Mme 31 rappelle d'ailleurs qu'il y a une grosse campagne en ce moment à la télévision contre le grignotage, pointant ainsi du doigt la pression sociale exercée sur cette mauvaise alimentation. Ici cela renvoie au respect de la partition temporelle française des prises alimentaires, sur fond de lutte contre l'obésité.

1.4. Éviter le gras et le sucre

Manger du gras et du sucre est autorisé mais en quantité limitées car ces deux composantes de l'alimentation ont une valeur négative en terme de santé : elles font grossir. Il faut donc éviter les interdits en ritualisant les écarts à la norme, ce qui fait référence au « Bien Manger » français, toujours sur fonds de lutte contre l'obésité.

1.5. Faire des repas complets et structurés

La notion de repas structuré ou complet se traduit par un horaire fixe, et une composition en trois plats : entrée, plat de résistance et dessert. La plupart des mères veulent retrouver ce

des sociétés déterminées, lesquelles vont, à travers toute une succession de générations, dans une seule et même direction ». En effet, selon Elias, la civilisation occidentale est le résultat d'un processus de domestication des pulsions.

schéma, ce rituel familial pour l'apprentissage de normes et règles sociales (Mme 21 : « C'est donner un rythme, ça donne un cadre de vie aussi, des repères. »). Ceci renvoie à la norme française instaurée depuis plusieurs siècles à laquelle le discours nutritionnel moderne n'a rien ajouté.

1.6. Manger à sa faim mais en quantités raisonnables

« Bien Manger » c'est aussi manger jusqu'à ce que la sensation de faim ne soit plus ressentie. Mais l'ensemble des mères ont bien insisté sur le fait qu'il faut savoir s'arrêter à une « quantité raisonnable » ou « suffisante », c'est-à-dire « ne pas se forcer » et « ne pas abuser » dit par exemple Mme 20. Ici il s'agit alors d'une ritualisation du temps des excès et du temps quotidien, en référence à une norme religieuse catholique laïcisée également sur fond de lutte contre l'obésité.

1.7. Prendre son temps

Prendre son temps en mangeant, c'est laisser le temps à son corps de profiter du moment du repas, et ainsi aider à une bonne digestion. Mais c'est aussi prendre le temps de « décompresser », « se relaxer », c'est « un moment à soi » (Mme15).

1.8. Manger en famille

Manger en famille c'est s'ouvrir à la socialisation, partager mais aussi se référer et se soumettre à un certain nombre de règles, d'ordres sociaux et familiaux. Mme 3 dira à ce sujet « le repas du soir, en famille, c'est vraiment le repas rythmé par les histoires de tout le monde ». Mme 20 dit qu'un repas accompagné est un « vrai repas ». Enfin, Mme ? dit que apprendre les règles des repas de famille c'est une façon de donner des repères au petit et de lui apprendre à respecter des règles qui sont partagées partout en dehors (école, crèche etc...). Enfin, Mme 2 dira que « c'est triste de manger tout seul pour un enfant » et privilégiera les repas ensemble autant que possible.

1.9. Prendre du plaisir

Le plaisir de manger sera à la fois le plaisir de manger ce qu'on aime (hors qualité nutritive) au niveau gustatif mais aussi le plaisir de partager l'expérience alimentaire avec son entourage :

- Le plaisir de manger ce qu'on aime est souvent relaté par les mères concernant le plaisir régressif lorsque ces femmes trouvent principalement du plaisir en mangeant des aliments sucrés ou gras. C'est leur « petit plaisir », qui n'est pas interdit mais ritualisé³², ici se joue le dilemme entre manger ce qui est bon au

³² D'après Diasio (2000) « Ces conduites qui, parce qu'elles sont situées dans le champ de l'informel, sont inarticulées et fondées sur un système de conventions implicites d'autant plus silencieuses qu'elles sont plus évidentes : elles vont sans dire. Cet essentiel caché au cœur de l'évidence se constitue au fil d'habitudes, de gestes et rythmes quotidiens, d'une mémoire du corps, dont l'efficacité même fait sens pour les acteurs et fonde leur appartenance à une société. » L'auteur a appliqué la méthode ethnographique aux pratiques alimentaires, aux gestes et aux regards, auprès d'un nombre restreint de familles habitant un quartier de Rome, méthode qui prend en compte le grignotage comme un analyseur de ce qui fonde le lien familial : « le système de socialisation

goût et ce qui est bon pour la santé. Ce qui conduit certaines mères à trouver des excuses pour ces écarts. Mme 22 dit, amusée, qu'il faut savoir « restreindre un peu mais savourer » et plus tard avouera qu'elle grignote du chocolat, des chips, des « babioles »...car son médecin lui conseille depuis sa dernière grossesse durant laquelle elle a eu des problèmes de foie.

Mmes 34 et 17 sont des cas à part. Elles ont un rapport plus particulier à l'alimentation dû à une expérience alimentaire chaotique durant leur enfance. Etant passée d'une pseudo boulimie à une quasi anorexie pendant son adolescence, Mme 34 ne mange aujourd'hui que ce qu'elle aime et quand elle veut, elle estime qu'elle a un très mauvais rapport à l'alimentation, et ne veut surtout pas que ses bébés soient comme elle, c'est pourquoi elle est assez stricte en ce qui concerne leur alimentation. Dans ce cas là, la notion de plaisir (plaisir de partager le repas, de préparer à manger à ses bébés, de leur transmettre le plaisir de manger etc.) est quasiment absente. Quant à Mme 17, depuis qu'elle a été forcée par ses parents à finir des plats jusqu'au haut-le-cœur, elle ne mange que ce qu'elle aime mais ne prend aucun plaisir et trouve que c'est une perte de temps. Elle nous confie même que depuis qu'elle est avec son ami, elle réapprend à manger, à aimer manger et souhaite plus que tout éviter ce rapport compliqué à la nourriture pour son bébé.

- Le plaisir de partager l'expérience alimentaire regroupe : la convivialité (ou commensalité³³), prendre le temps de manger, le plaisir de préparer le repas (pour soi et pour la famille).

Les mères portent une grande importance à apprendre le plaisir de manger et d'être à table à leurs bébés. Mme 6 dira d'ailleurs à ce sujet : « on vit dans un monde où les enfants n'aiment pas manger et c'est une vraie cata », justifiant ainsi ses efforts pour transmettre le goût de la table à ses enfants.

Ces trois derniers points (prendre son temps, manger en famille et prendre du plaisir) illustrent le fait de manger ce que l'on aime, tout en partageant l'expérience alimentaire avec ses proches, et se réfèrent à la notion française de commensalité.

Ainsi, la plupart de ces dimensions du « Bien Manger » se réfèrent soit aux informations médicales entendues chez le médecin ou à la télévision, soit aux expériences alimentaires passées et présentes vécues par les mères. Mais on y retrouve aussi bien sûr, ce qui culturellement en France correspond à la définition du « Bien Manger ». Ce sont des règles établies que les mères ont inscrites dans leur représentation de l'alimentation mais comment cela se traduit-il au niveau des pratiques quotidiennes ? Et selon le profil des mères ?

Pour conclure, la définition du « Bien Manger » est la même pour toutes les mères, mais nous verrons que les pratiques par contre vont varier en fonction du profil des mères. Nous exposerons maintenant les différences pour ces profils entre discours et les pratiques.

à travers l'alimentation, les formes de contrôle et de pouvoir qui lient réciproquement adultes et bébés, la frontière entre interdit, prescrit et permis, injonction et transgression, transgression et plaisir. »

³³ Commensalité : Qualité de commensal; fait d'être le compagnon de table de quelqu'un.

2. Les profils des mères

Malgré une définition commune du « Bien Manger » pour l'adulte et le bébé, les pratiques sont bien distinctes. Cela renvoie à un « classique » : de façon général, il y a toujours l'idéal et la réalité quotidienne. Cette différence entre le dire et le faire a été abordée par Poulain (2002) notamment. Il a décrit comment l'on passe des pratiques déclarées, aux pratiques observées. Dans l'analyse de discours, les pratiques déclarées présentent l'intérêt de conduire vers les paradoxes qui sous-tendent les pratiques.

On notera que cet écart entre l'idéal et le quotidien existe également probablement pour les bébés, comme illustré par les formules des mères dans leur discours sur leurs pratiques alimentaires avec leur bébé du type : « en général je fais comme ceci », ou bien « j'essaie de... », mais le fait est que les verrous sont plus fortement serrés lorsqu'entre en jeu la responsabilité parentale.

De nombreuses mères avouent ne pas du tout appliquer les principes d'une bonne alimentation équilibrée et variée au quotidien. Il est difficile, pour ces mères en majorité actives, de trouver le temps et l'énergie pour mettre en application ce modèle alimentaire qu'elles ont en tête. Elles essaient cependant de coller au maximum à cette définition, mais généralement elles expliquent (ou on perçoit) qu'elles mangent parfois trop vite, qu'elles ne mangent pas toujours très varié, qu'elles ne mangent pas assez de fruits, etc.

Les mères au rapport « sain » à l'alimentation vont dévoiler leurs contradictions assez sereinement et parfois amusées en expliquant qu'effectivement, ce serait magnifique de pouvoir appliquer cela au quotidien mais qu'elles font de leur mieux et espèrent que leurs bébés auront appris un minimum de bonnes bases d'éducation alimentaire.

Les mères au rapport « problématique » à l'alimentation elles, seront davantage sujettes à la frustration, le sentiment d'être jugées et parfois montreront un manque de confiance en elles. Mme 14 ira jusqu'à dire lorsque nous lui demanderons d'expliquer les risques au niveau de la santé des produits industriels qu'elle mange selon son envie : « on mourra tous un jour alors après... ». Les excuses des mères lorsqu'elles confient leurs écarts, est généralement de dire qu'elles sont adultes, que leur corps est déjà mature et qu'elles sont responsables de leur santé.

Par contre, il a été intéressant de voir que particulièrement au sein des mères primipares des bébés de 12 mois, la majorité dit être consciente que lorsque le bébé sera suffisamment grand pour manger à table avec les parents, ils devront beaucoup changer leurs habitudes alimentaires.

Et les mères au rapport « problématique » à l'alimentation montreront qu'elles cherchent à repousser au plus tard cet accès à l'autonomie afin de reculer l'obligation de changement d'habitudes alimentaires, pour ne pas avoir à donner l'exemple (cf. plus loin le point sur l'autonomie, avec Mme 21 par ex).

Malgré la définition globale partagée par toutes les mères, une différence flagrante est apparue concernant les profils des mères (rapport « sain » ou « problématique » à l'alimentation), correspondant à la priorisation mise sur un aspect du « Bien Manger » chez le bébé.

Les mères au rapport « sain » avec l'alimentation, pour développer chez leurs bébés un rapport paisible à l'alimentation, mettent l'accent sur la variété, puis l'équilibre alimentaire (car pour ces mères, qui dit alimentation variée dit équilibre nutritionnel, le bébé est exposé à tous les nutriments). Les mots d'ordre de ces mères sont plaisir (« qu'ils soient contents de venir à table quand on les appelle » Mme 6) et découverte (« si un enfant a cette curiosité de goûter à ce qu'il a dans son assiette, je pense que le pari est un peu gagné » Mme 1) pour atteindre une alimentation saine et paisible pour leur enfant.

Malgré un but similaire concernant l'alimentation de leurs bébés, les mères au rapport « problématique » avec l'alimentation vont quant à elles mettre l'accent sur la notion d'équilibre de l'alimentation de leur bébé puis ensuite sur la variété. Cela est sûrement dû à leur expérience avec des diététiciens et nutritionnistes.

Les pratiques de ces deux types de mères vont donc se différencier. Nous illustrerons cette distinction avec le concept particulier de la place du plaisir dans l'alimentation.

Au-delà de ce premier grand clivage, on voit d'autres éléments de différenciation apparaître dans les pratiques des mères selon leur profil. Nous entrerons dans le détail de ces différenciations ci-après.

Même s'il est tout aussi difficile de suivre à la lettre l'idéal d'alimentation théorique que les mères ont en tête, elles semblent se confronter plus volontiers à la contrainte pour leurs bébés, malgré tout son lot d'efforts et de désillusions.

Mme 16 par exemple dit essayer de faire au mieux, se qualifie de cuisinière, mais parallèlement elle explique qu'avec 4 bébés, qui ne sont pas toujours contents « on finit par se dégoûter de cuisiner ». Il y a donc celles qui font en quelque sorte leur « mea culpa » en disant que ce qu'elles font n'est pas toujours idéal, il y a celles qui insistent pour montrer qu'elles pratiquent au quotidien ce qu'elles estiment être l'idéal du « Bien Manger » mais en réalité on remarque dans leurs discours quelques incohérences (notamment les extras, chips, gâteaux apéritif, coca qu'on ne peut pas enlever au bébé). Et enfin il y a les mères qui disent, par dépit peut-être, ou pour se déresponsabiliser du fait de ne pas arriver à atteindre l'idéal d'alimentation pour leurs bébés : « j'aurai fait tout ce que je pouvais » et après, une fois grand, le bébé se débrouillera...

Mais pourquoi, pour la grande majorité, les mères ne lâchent-elles pas autant du lest avec leurs bébés qu'avec leur propre alimentation ? D'une manière générale, les mères font état de leur responsabilité envers ce petit être fragile, « aux organes immatures » (Mme 1), « au corps imparfait » (Mme 33), qui n'est « pas fini », « en développement ». Elles ont donc pour mission de donner toutes les bases nécessaires et indispensables à un bon développement de ce petit être, pour son futur.

Mme 19 dira qu'il faut « lui donner de bonnes habitudes alimentaires, parce que moi, il a fallu que je les apprenne et ce n'est pas forcément facile. » et Mme 26 : « pour ma fille je sais qu'il faut que ce soit tous les jours équilibré » « pour qu'elle ne manque de rien, pour se construire, pour sa croissance et tout. Je veux qu'elle ait tous les éléments en main pour bien grandir ».

Ces récits donnent le sentiment que les mères ont conscience que c'est « maintenant ou jamais », que pour que leurs bébés se développent bien et aient toutes les cartes en main pour vivre en bonne santé, c'est entre 0 et 3 ans que cela se joue. Ce point est intéressant et l'on pourra le qualifier de spécificité française : la représentation du corps liée à la capitalisation (Sanchez et al. 2008). Ce capital initial se fait dans l'enfance, par la suite, on ne fait qu'entretenir ou bien dilapider ce capital.³⁴

Nous pourrions interpréter cela comme une « course à l'éducation alimentaire », qui se joue avant l'entrée à l'école, où les mères ne pourront plus contrôler l'alimentation de leurs bébés et où ils seront exposés à de nombreuses tentations (confiseries des camarades d'école par exemple).

Les mères à rapport « problématique » à l'alimentation relatent le fait qu'elles veulent éviter à leur enfant de devenir comme elles, de faire les mêmes erreurs (Mme 21 : « tout ce que je fais je ne voudrais pas qu'elle le fasse », Mme 3 : « surtout pas reproduire ce que moi je suis sur mes bébés »).

Cette difficulté à s'écarter du modèle théorique du « Bien Manger » est d'autant plus rigide que les mères ont un rapport « problématique » à l'alimentation. Prenons l'exemple de Mme 23, ayant vécu des expériences alimentaires assez tendues et contraignantes durant son enfance (entre la « campagne profonde et arriérée où il ne fallait pas boire car c'était se laver pour maigrir » et la maison maternelle où il fallait finir son assiette même si on n'aimait pas), elle sait que « tout ça, ça influe sur ce que j'essaie de faire et pas faire avec mon fils », ce fils unique de 12 mois, pour qui elle éprouve un amour excessivement fusionnel (« mon cœur va éclater tellement je l'aime, il faut que je le protège »). Mme 23 a envie de ce qu'il y a de mieux pour son fils et va donc acheter uniquement des produits bio, frais ou petits pots, elle va varier les plats tous les jours tout en faisant très attention au contenu allergène potentiel car son fils a un « gros terrain allergique ». Elle a toujours peur qu'il n'ait pas assez à manger. Mme 23, lors de l'entretien, va dévoiler une énorme contradiction : elle dit ne pas vouloir « devenir esclave de la nourriture » mais finalement l'est devenue par le biais de tout le soin qu'elle prend à nourrir son enfant au plus proche de son idéal du « Bien Manger ». Mme 23 fait partie des mères à rapport « problématique » à la nourriture que nous qualifierons de contrôlante car son seul soucis est de contrôler tout ce que son fils va ingurgiter. Ce besoin de contrôle lui a valu de mauvais moments lors de l'allaitement car elle dit être devenue « esclave de lui à la demande ».

La majorité des mères (rapports « sain » et « problématique » confondus) exposent une inquiétude vis-à-vis de l'alimentation de leur bébé (12 ou 24 mois) : la peur du ventre vide. Cette crainte pousse les mères à lâcher prise et céder à leurs bébés face à diverses situations (lorsqu'il est malade, lorsqu'il refuse de manger tout ce qu'on lui propose, lorsqu'il fait une crise...) et ce de façon différente selon le profil de la mère. Les mères à rapport « sain » à l'alimentation ont tendance à proposer un aliment que le bébé aime et qui a de la qualité nutritionnelle (ex : une majorité des mères propose le biberon de lait, certaines l'aliment préféré du bébé...) Par ailleurs ce biberon de lait, particulièrement dans la situation où le bébé est malade, est apparu comme étant le « biberon-câlin », à la fois de quoi nourrir le bébé

³⁴ Dans d'autres pays comme le Japon, la métaphore du corps est celle de l'équilibre, alors qu'aux Etats Unis, il s'agira d'une machine que l'on remplit d'énergie tous les jours, on remet ainsi les compteurs à zéro.

physiquement mais aussi le détendre et le rassurer émotionnellement par le contact et le rapprochement avec la mère.

Les mères au rapport « problématique » par contre vont proposer un aliment aimé mais peu importe la qualité nutritionnelle de celui-ci (ex : un biberon de chocolat, un verre de coca, des crèmes caramel...).

La petite contradiction également observée dans cette crainte du ventre vide est que l'ensemble des mères rapporte la fameuse phrase suivante que les médecins ou familles ont souvent dû leur dire pour les rassurer : « un enfant ne se laisse jamais mourir de faim », mais cela n'empêche leur angoisse à l'idée de laisser le bébé manquer un repas.

Nous pouvons ici nous référer à l'évolution du statut du bébé exposée dans le chapitre 1.1 de la revue de littérature. En effet, le bébé est désormais dans l'esprit des mères devenu un être tout à la fois omnipotent mais aussi fragile et précieux, la nécessité de le protéger se confond parfois avec l'impossibilité de le frustrer ou de le mettre « en danger », danger tout relatif quand il s'agit ici de rater un repas. Ceci nous conforte dans l'idée que la relation alimentaire et le contexte alimentaire entre mère et enfant est de grande importance à l'esprit des mères. Toutes les mères de notre échantillon, y compris celles qui se disent les plus détendues, s'accordent pour dire qu'elles angoissent si leur bébé manque un repas, sauf lorsqu'ils sont malades. La maladie est une situation différente car les mères comprennent que leur enfant puisse se sentir mal et ne pas avoir faim. Toutefois, elles tenteront toujours de remplir un minimum le ventre de leur petit en proposant un aliment « douceur » ou « bonbon » qui sera à la fois nutritif et agréable pour le bébé. Pour les mères au rapport « sain » à l'alimentation ce sera le biberon de lait, alors que pour les mères au rapport « problématique » à l'alimentation la limite du nutritionnellement correct est abandonnée et le biberon de lait sera agrémenté de chocolat, ou bien ce seront les crèmes caramel, les chips, peu importe le contenu du moment que le bébé « avale » quelque chose, repoussant ainsi l'angoisse du « ventre vide ».

En voici une belle illustration: La situation de Mme 34 est un peu particulière, il semble qu'elle applique à ses bébés ce qu'elle estime être le « Bien Manger » mais pas du tout pour elle qui a des habitudes alimentaires assez « catastrophiques » (mange quand elle veut, des sucreries, ne mange presque jamais de fruits ou de légumes etc.) Elle dit qu'elle ne veut pas que son dernier enfant goûte à ses plats qu'elle estime être trop caloriques pour lui (couscous etc.) elle cantonne donc son petit aux petits pots.

Intéressons nous maintenant à la place et à la nature du plaisir dans l'alimentation en fonction du profil des mères. D'après la définition multiple du plaisir, au sens de contexte social et de plaisir gustatif de l' « interdit », nous pouvons exposer ci après comment la nature du rapport de la mère à l'alimentation va influencer sa façon de transmettre le plaisir alimentaire à son enfant.

Mais tout d'abord, comment, historiquement, le plaisir de la table s'est-il instauré ? Comme exposé plus tôt dans notre revue théorique, pendant des siècles, dans les sociétés rurales, le plaisir alimentaire était surtout d'ordre quantitatif. Les élites, les riches et les puissants mangent beaucoup: ce sont les « gros ». En cette période, l'alimentation est d'abord liée à la nécessité: il fallait manger pour vivre. Déjà au XVIIIe siècle, avec ce qu'on appelle la « nouvelle cuisine », que le plaisir de manger semble devenir plus raffiné et d'ordre qualitatif.

La gastronomie apparaît au début du XIXe siècle. Elle consiste pour une large part à faire ce qu'on appelle alors « bonne chère ». Et à la fin du XIXe siècle, le plaisir de manger se répand dans la majorité de la population. Ouverte à toutes les populations, on imite alors les classes privilégiées, et l'on apprend d'elles des savoir-faire et des raffinements culinaires.

Aujourd'hui, poursuit l'historien Alain Drouard (colloque IFN Paris 2006), « la multiplication des régimes et des normes alimentaires concernant en particulier l'image corporelle traduit tout à la fois l'emprise croissante de la médecine sur la société et les obstacles auxquels se heurte de nos jours la quête du plaisir alimentaire ». Pour Michelle Le Barzic (2006) psychanalyste, la science de la nutrition n'est pas loin de condamner le plaisir de manger. Tout comme la médecine qui soigne la maladie en éliminant sa cause, la nutrition médicale s'attaquerait directement à la nourriture pour lutter contre l'obésité. « En érigeant la nourriture comme bouc émissaire de l'épidémie d'obésité, le discours médical normatif - dominant depuis plusieurs décennies - a diabolisé la nourriture et, donc, le plaisir alimentaire », estime-t-elle. Cela entraînerait alors la multiplication des troubles du comportement alimentaire observés ces dernières années.

La psychologue Natalie Rigal (2006), quant à elle, constate que dans le contexte actuel d'obésité et de peur du surpoids, « beaucoup de mères contrôlent trop fortement l'alimentation de leur enfant, soit en accentuant la pression pour qu'il mange (« il faut finir ton assiette »), soit en condamnant les produits gras et sucrés. Les produits interdits à la maison sont ensuite surconsommés lorsqu'ils se trouvent en libre accès ». Et alors le « discours plaisir » a cédé la place au « discours santé » et, selon les psychologues, ce n'est pas sans conséquences. Manger cesse d'être une activité vitale qui procure un plaisir légitime partagé avec d'autres, constate Michelle Le Barzic (2006). C'est aujourd'hui une « activité multirisques » : en mangeant, on peut grossir, tomber malade, et donc mourir.

Michelle Le Barzic (2006) redoute que la médicalisation intempestive de l'alimentation continue à exercer des ravages sur la santé de nos contemporains et finisse par faire « barrage à la transmission des valeurs symboliques » liées à l'alimentation, « transmises de génération en génération pour assurer la cohésion familiale ».

Le sociologue Claude Fischler (2006) module ces craintes en constatant que le plaisir alimentaire résiste et qu'il est généralement mieux admis en France que dans d'autres pays. Sans doute parce qu'en France ce plaisir de manger est lié au don, au partage et à la convivialité. Dans les pays de culture anglo-saxonne, au contraire, la relation à l'alimentation et à la santé est beaucoup plus individualisée. Le mangeur est seul face à ses choix, la sociabilité et le partage sont peu invoqués. Pour la tradition française, à l'inverse, le plaisir de la table aurait été et pourrait continuer à être considéré comme civilisateur. Sans compter qu'en partageant, observe Claude Fischler, on partage aussi la culpabilité, et peut être même décuple-t-on le plaisir.

Revenons-en à nos mères et à l'influence de leur profil sur la façon dont elles abordent le plaisir de manger et à manger avec leurs bébés.

Les mères qui ont un rapport « sain » à l'alimentation ont le désir d'apporter ce plaisir de la table des goûts et de la commensalité, du partage social. Elles apprennent le plaisir de la bouche à leurs bébés en stimulant leur curiosité et en leur présentant de nouvelles saveurs, des assiettes colorées, et, plus concrètement, de temps à autre les desserts lactés qu'elles ont notés

être le « préféré » du bébé (Mme 7). Ces mères vont en quelque sorte tenter de construire un enfant « gourmet » et ouvert au sybaritisme³⁵ culinaire.

Les mères qui ont un rapport « problématique » à l'alimentation vont quant à elles avoir tendance à limiter le plaisir du bébé à un aliment qu'il préfèrerait mais surtout en cédant à la demande du bébé. Elles ne font que céder aux préférences du bébé, et le limitent finalement au seul plaisir qu'il connaît au lieu de mettre en place une éducation et une curiosité envers la variété.

De façon générale, on retrouve la place centrale du plaisir via l'alimentation dans la culture Française. Si le plaisir est constitutif du rapport de l'homme à son alimentation dans tous les pays, il n'occupe néanmoins pas souvent cette place structurante. Quant au plaisir donné/appris à son enfant, il ne passe pas systématiquement par l'alimentation : on se contentera de citer le cas de l'Inde ou de certaines régions d'Afrique où le plaisir procuré au bébé est avant tout corporel et tactile (massage du corps en Inde ou stimulation sexuelle en Afrique).

Au vu de ce que nous avons analysé jusqu'à présent, nous pouvons affirmer que la notion de plaisir dans l'alimentation est très présente dans l'esprit des mères, et peut-être même davantage que les soucis de santé (sauf si cas d'un enfant à risque ou terrain héréditaire).

Désormais observons comment le profil des mères va influencer leur façon d'appréhender et d'accompagner le développement de l'autonomie de leurs bébés.

Pour les mères, l'autonomie dépasse le fait basique de se nourrir seul, cela renvoie à un projet de vie beaucoup plus large : si la mère se réserve le terrain du bon développement physiologique du bébé (« bien grandir et bien grossir », éviter les carences nutritionnelles, veiller à ce qu'il ait mangé à satiété, ...) elle entend léguer à son enfant l'autonomie nécessaire au bon arbitrage des ses choix futurs d'adulte. Il pourra choisir de manger de façon anarchique mais il aura en tête les règles et principes du « Bien Manger » appris pendant la première enfance. Le bébé devenu adulte aura intériorisé le plaisir associé à la variété, à la cuisine maison, à la commensalité, il saura structurer un repas, manger en quantité suffisante et préférera la convivialité au grignotage solitaire.

La distinction entre les 2 profils de mères se fait principalement (dans nos entretiens) à travers l'usage des petits pots. On notera que chez les mères au rapport « sain » à l'alimentation, l'apprentissage de l'autonomie se fait de façon plus précoce, plus méthodique et progressivement. Alors que chez les mères au rapport « problématique » à l'alimentation, le bébé apprendra tardivement et de façon anarchique. En quoi cela se traduit-il au niveau de l'usage des petits pots ?

Les mères « problématiques » utilisent quasi exclusivement des petits pots, cela leur garantit quotidiennement un contenu nutritionnel adapté pour leurs bébés. Ils permettent aussi, comme pour les autres mères, d'exposer le bébé à la variété gustative et de diversifier ses sources d'apport nutritionnel. Mais le problème sur lequel butent ces mères en recourant aux petits pots est qu'ils ne contiennent pas vraiment de morceaux de taille ou de texture

³⁵ Sybaritisme comme curiosité et ouverture à la découverte culinaire, introduite par Harvey Levenstein en 1988.

comparable à celle des adultes. Ainsi ils maintiennent les bébés dans un cycle de nourrisson (vers la purée, le liquide). Parfois même certaines mères donnaient volontairement des pots d'âge inférieur à leur enfant expliquant qu'elles ne voulaient pas brusquer ou dégoûter ce dernier (en référence sûrement à leur propre expérience alimentaire au même âge). Nous pouvons nous interroger sur cette explication si l'on note que ces mères utilisent l'arrivée du bébé et leur représentation de leur rôle d'éducatrice comme une sorte de « dernière chance » à disposition pour recadrer leurs propres pratiques alimentaires puisque le bébé va devoir rejoindre la table des adultes tôt ou tard. Or, la majorité de ces mères (10 sur 14) continuent à repousser l'abandon des petits pots car elles ne se disent pas prêtes à renoncer à leurs mauvaises habitudes (repas déséquilibrés, trop de gras, de sucre, heures irrégulières...). Le décalage de l'âge sur le pot et l'âge du bébé peut être expliqué ici en lien avec les craintes et angoisses de la mère. Pour ces mères là, il semble que finalement l'enjeu fondamental de cette autonomisation renvoie en réalité à leur propre autonomie d'adulte. Ces mères vont faire manger leur bébé avant elles afin de ne pas les exposer ni s'exposer elles mêmes à la situation redoutée.

Pour les mères au rapport « sain » à l'alimentation, le bébé rejoindra la table des parents plus tôt et l'apprentissage de l'autonomie du bébé va passer par le contenu de l'assiette (texture, morceaux) mais aussi par d'autres critères tels que :

- l'apprentissage de la satiété : on attend de voir les signes de satiété dans le comportement du bébé contrairement aux mères « problématiques » qui vont se baser sur une quantité de nourriture et non sur les signes du bébé. A noter Mme ? qui dit ne repérer comme signe comportemental de satiété de son enfant que « quand il fait le geste du haut le cœur, je sais qu'il n'a plus faim. »
- l'apprentissage de la nouveauté : le bébé devra toujours goûter
- la préparation des repas : la mère entend transmettre le goût pour le « fait maison » et le plaisir de cuisiner
- apprendre à manger seul : pour cela la mère pourra encourager le bébé à manipuler cuillère, verre, assiette, pot, avant et/ou pendant le repas, puis voir le contenu des assiettes, y toucher, y goûter avec le doigt, piocher dans les assiettes des autres, faire semblant de donner à manger à maman etc...en quelque sorte, il va s'entraîner à faire comme les adultes. La notion de mimétisme et d'imitation est très présente également, les mères disent observer leurs enfants singer ou imiter le membre de la famille. Cela est partagé par les deux profils de mères.

Roberts et al. (2000) rappellent que lorsque l'on nourrit son enfant, entre 0 et 3 ans, il faut s'attendre à ce qu'il imite ses parents et les autres. L'apprentissage par l'imitation fait partie intégrante de l'instinct dit « social » partagé par tous et qui est une très bonne stratégie évolutionnaire d'apprentissage et d'adaptation. Il est donc important que les parents et donneurs de soins soient de bons modèles et gardent les influences indésirables en dehors de leurs interactions avec leurs enfants. Ceci est évidemment utopique de penser qu'aucune influence négative ne viendra brouiller les interactions parents-enfant mais il est bon de garder ceci en conscience, pour éviter les excès et mauvaises habitudes. Quand un bébé de neuf mois voit son parent s'amuser avec un jouet, il va vouloir faire la même chose. Pour un enfant de deux ans et demi, c'est la même chose, s'il voit sa mère apprécier de jouer à un puzzle par exemple, il aura besoin de regarder sa mère exécuter cette tâche à plusieurs reprises avant de

l'essayer. Les bébés apprennent à aimer pratiquement tout ce qu'ils voient leurs parents vraiment apprécier, et cela vaut pour l'alimentation. Ils vont également imiter leurs pairs. Ainsi les tomates et carottes refusées à la maison peuvent devenir favorites lorsque des amis qu'ils observent les apprécient.

Si l'on s'en tient aux déclarations des mères, face à de trop nombreuses sources d'informations, parfois contradictoires, les mères ne savent plus que choisir et préfèrent s'en remettre à leur « feeling », et se font confiance, ainsi qu'à leur enfant. Cela semble plus observable auprès des mères qui ont déjà eu des bébés et se font donc davantage confiance. Ainsi, et comme en a parlé Fischler avec la notion de « cacophonie », les mères sont envahies par les informations, sous leur demande ou non, et souvent ces informations sont contradictoires ou du moins sèment la confusion. Il apparaît que selon d'une part, leur propre sensibilité, confiance en elles et qualité de leur entourage proche, et d'autre part, l'histoire et l'expérience de la mère avec son enfant (s'il a des difficultés particulières avec l'alimentation, s'il a eu ou a des problèmes médicaux etc.) les mères vont être plus sensibles et demandeuses de conseils auprès de leur famille et amis, le personnel médical ou bien se réfèrent à leur propre feeling. Ces discours rappellent les résultats trouvés par O'Key et al. (2010) auprès d'une douzaine de mères anglaises, divisées en deux groupes, qui, face aux informations de santé communiquées par les médias et professionnels exprimaient soit : une grande méfiance vis-à-vis de ces informations, soupçonnant un biais du fait des parties prenantes, soit, une confiance totale en leurs connaissances instinctives sur la façon de nourrir leurs bébés. Après avoir rationalisé leur méfiance à la fois concernant la source et le message concernés par l'information pour une alimentation saine, les mères se sont elles-mêmes conceptualisées comme « expertes » de leur enfant en ce qui concerne ses besoins énergétiques et ses préférences. Ainsi, en rejetant le message de recommandation sur l'alimentation saine, les mères se positionnent comme autonomes, compétentes, éclairées et ainsi comme de « bonnes » mères.

Voyons désormais quelles sont les craintes des mères en matière d'alimentation de leurs bébés et en quoi le profil des mères va influencer sur la nature des interactions qu'elles entretiennent avec leurs bébés.

2.1. Les Craintes des mères face à l'alimentation de leur enfant

Les craintes maternelles en ce qui concerne l'alimentation de leurs bébés s'avèrent différentes de celles attendues. On aurait pu croire qu'elles allaient se focaliser sur l'obésité par exemple, ou sur les allergènes les conservateurs etc. Or si ces craintes sont présentes à leur esprit du fait du rappel incessant qu'en font le corps médical, les médias etc., on ne peut les considérer comme étant réellement « motrices » : les comportements des mères ne dépendent que minimalement de ces aspects nutritionnels et moraux (relevant de la pression sociale exercée). Au profil particulier des mères (« sain » ou « problématique »), c'est-à-dire aux aspects psychologiques individuels, on ajoutera par contre les trois valeurs essentielles et structurantes qui constituent les priorités fondamentales pour ces dernières : l'autonomisation, la socialisation et l'individuation. Nous développerons ces trois fondamentaux plus avant. Nous allons tout d'abord exposer les préoccupations maternelles associées au développement physique, physiologique du bébé puis, puis dans un second temps nous détaillerons les

craintes relatives à ce qu'elles entendent transmettre à leur enfant, à savoir les trois fondamentaux maternels, en abordant ce qui se joue dans l'interaction mère-enfant.

2.1.1. Préoccupations physiques et physiologiques

Les mères au rapport « sain » à l'alimentation estiment que rien ne devrait pouvoir arriver à leurs bébés puisqu'ils ont l'air en bonne santé et surtout ces mères ont vraiment confiance dans l'alimentation qu'elles donnent à leurs bébés (fait maison et petits pots). Nous pouvons observer que les mères n'ont de craintes que s'il y a un terrain héréditaire, un facteur de risque pour leurs bébés (obésité, allergies et diabète principalement) ou dans le cas de certaines mères ayant un rapport « problématique » à l'alimentation. Globalement, les mères sont soucieuses du rapport courbe taille/poids de leur enfant surtout pour les plus jeunes (12 mois). Mais dans l'ensemble, quel que soit l'âge : la préoccupation des mères est que le bébé se développe bien, grandisse bien, et soit en bonne santé.

Mais reprenons les diverses préoccupations que nous avons pu voir dans ces entretiens afin de mieux les comprendre.

2.1.1.1. Le risque d'allergie

Le risque d'allergie est un point qui suscite des préoccupations chez certaines mères interrogées, en général, pour palier au risque les mères évitent de donner les aliments allergisants en bas âge. Elles font confiance aux produits du commerce et certaines disent même aller vérifier sur les petits pots s'ils donnent de la fraise par exemple à 8 mois.

D'autres mères vérifient en demandant au pédiatre ou à la puéricultrice s'ils ont un doute mais pour l'ensemble, ils ont déjà été avertis des aliments à donner ou pas, à risque ou pas. La page du carnet de santé des bébés concernant l'alimentation (à quel âge introduire quoi, en quelle quantité etc...) est très utile pour les mères.

Parmi les mères qui sont préoccupées par ce point certaines ont été inquiètes parce que dans la famille il y a des bébés qui souffrent d'allergies alimentaires importantes, où directement un des 2 parents est allergique. D'autres mettent en avant le discours ambiant sur les allergies pour expliquer pourquoi il s'agit d'une préoccupation.

2.1.1.2. L'obésité

Le problème de l'obésité est l'information numéro 1 passée par les médias. Mme 11 dira d'ailleurs qu'il faut faire attention à l'obésité car « ils en parlent partout ». Les mères font très bien le lien entre les campagnes pour manger équilibrer, éviter les grignotages, manger-bouger, etc. Ce n'est une préoccupation voire crainte que pour les mères de notre échantillon qui sont ou ont été en surpoids, obèses ou ont un terrain héréditaire dans la famille (comme Mme 5 et Mme 16)

Le problème lié à l'obésité pour les mères est d'une part que le fait de prendre du poids (ce qui, pour les bébés peut entraîner des mauvaises expériences avec leurs camarades) et les problèmes de santé qui en découlent (à la fois les problèmes « intérieurs » et le fait de ne plus pouvoir bouger comme on veut etc.). La sanction sociale (par les moqueries, la discrimination) a ici autant de poids que les conséquences sur la santé du bébé mais qui, elles aussi, sont ramenées à une idée de normalité non atteinte (ne pas pouvoir bouger comme on veut ou comme les autres) et donc là encore à une sanction sociale potentielle.

2.1.1.3. Les carries

Aucune mère dit avoir peur que son enfant ait des caries, par contre, elles sont plusieurs à dire que c'est une raison pour ne pas manger trop de sucreries et que les bébés se sont habitués à se brosser les dents pour éviter cela.

Cependant, quand il s'agit des dents, toutes les mères s'accordent sur un point : leur lien avec l'introduction de morceaux dans l'alimentation. La crainte n'est finalement pas les dents et leur santé, mais leur absence. La majorité des mères attendent que les bébés aient un certain nombre de dents avant de leur donner des morceaux : c'est pour elles une question de bon sens, pour bien mâcher, mastiquer et digérer, il faut avoir un minimum de dents. Certaines mères (Mme18 par exemple) précisent tout de même que cela dépend de la « texture » des morceaux (durs ou mous). Ici nous pouvons relever le fait que c'est l'un des rares moments où la physiologie du bébé prend le pas sur d'autres critères référant à la personnalité ou à la subjectivité de la mère tels que le caractère du bébé, ou celui de la mère. De plus, avoir des dents, pour pouvoir mâcher, c'est avoir pour le bébé la possibilité de se rapprocher du contenu alimentaire adulte, ainsi de partager le repas adulte, familial à proprement parler, et se développer en tant que mangeur à part entière, au sein de son groupe familial. Nous revenons alors à ces trois fondamentaux maternels que sont l'acquisition de l'autonomie, la socialisation et l'individuation du bébé par et pour le système alimentaire.

Les trois quarts des mères interrogées expliquent que leurs enfants observent et imitent les gestes de leurs parents (ou frères et sœurs) pendant le repas. En ce qui concerne les morceaux quelques unes disent même que c'est en voyant les plus grands en manger que les petits ont voulu, eux aussi, y goûter.

Mme 16 a eu une mauvaise expérience avec son deuxième enfant qui s'est étouffé une fois, depuis elle a un peu peur de donner des morceaux au dernier. Enfin, Mme 11 dit qu'elle va donner à sa fille les petits pots (avec morceaux) qui sont indiqués pour les 8 à 12 mois et que si ça ne passe pas, elle les moulinera. Mais dans l'ensemble le risque d'étouffement n'est pas une crainte pour les mères, elles savent que cela peut arriver mais ne se focalisent pas sur ce risque.

Elles privilégient la texture des morceaux plutôt que leur taille afin de savoir si leur petit pourra le manger. Si un morceau est fondant, alors cela ne s'avèrera pas être un problème. En réalité, concernant les morceaux, c'est bien la qualité de la texture qui nous apporte une information intéressante sur les mères interrogées. Cela renvoie à la définition du « Bien Manger » à la française, dans son aspect gourmet. Ici, c'est le chef qui est évoqué quand les mères parlent de « la texture juste » ou du « fondant raffiné ».

2.1.1.4. Les carences

Les mères savent que donner une alimentation équilibrée et variée à leurs bébés à pour but de leur apporter tout ce dont ils ont besoin donc à éviter les carences, mais elles n'y pensent pas spontanément. La crainte réelle qu'elles évoquent avec verve lorsqu'on en vient aux carences est celle relative à la quantité : c'est le « pas assez », le « il/elle ne mange rien » ou encore la « crainte du ventre vide » qui angoisse davantage (comme abordée auparavant).

2.1.2. Au niveau éducatif

Nous avons déjà exposé plus haut la représentation partagée par les mères quand bien même leurs pratiques diffèrent : le bébé ayant de mauvaises bases alimentaires ou une mauvaise éducation alimentaire, ne pourra avoir une vie sociale épanouie. Manger sain réfère tout à la fois, au niveau individuel, à l'évitement de la maladie, et, au niveau social, au développement bon goût qui sera partagé avec les autres.

La période de 0-3 ans est une période sensible, tout semble se faire à ce moment : croissance, développement des goûts, des échanges et des interactions. (Ex : « maintenant il faut leur faire goûter tout car après ils auront leurs préférences et ce sera trop tard. » mère 12)...Ici les discours nous renvoient à une certaine nécessité de « course à l'éducation alimentaire ». Aussi surprenant que cela puisse paraître, cette idée de la période des 3 premières années comme période sensible est tout à fait conforme à ce que nous pouvons trouver dans la littérature comme exposé au point ? Ici nous faisons le lien entre le savoir rationnel ou scientifique qui clairement statue sur les phases privilégiées de l'enfance pour acquérir de bonnes bases pour une alimentation saine, et d'un autre côté le savoir individuel et personnel des mères, c'est-à-dire leurs représentations. Ces savoirs concordent, et s'accordent sur le fait que, une fois à l'école, malgré les efforts institutionnels et gouvernementaux pour appliquer des régimes nutritionnels sains et équilibrés dans les différentes cantines et restaurants scolaires, le bébé accède un monde où les tentations et la liberté d'excès sont à portée de main. Cette période sonne la fin du contrôle quasi exclusif de la mère (des parents) sur le régime alimentaire de son enfant.

2.2. Interactions positives et les trois fondamentaux maternels

Toutes les mères semblent chercher à atteindre une interaction absolument positive avec leur enfant. Pour ce faire, elles mettent d'abord en œuvre une série d'astuces leur permettant de se rassurer quant à leurs propres craintes (mon bébé mange-t-il assez ? trop ? équilibré ? sain ?). Les mères régulent seules leurs éventuelles angoisses (pour privilégier le plan des interactions) en s'assurant qu'elles appliquent au moins deux des grands principes de la norme du « Bien Manger » pour les bébés, à savoir la variété et l'équilibre. Celles qui ont un rapport « problématique » à l'alimentation donnent des petits pots (qui sont équilibrés et apportent la variété) et celles qui ont un rapport « sain » à l'alimentation privilégient le « fait maison » en donnant « autant d'amour que de nutriments », mais plus encore de l'éducation (au goût) pour le futur plutôt que systématiquement pour le moment présent. Les mères revoient en quelques sortes leurs prétentions à la baisse quant à l'application du discours normatif qu'elles ont su énoncer et qu'elles entendaient pratiquer (5 fruits et légumes par jour, repas à heure régulière...). Elles assouplissent l'application de la norme et lorsque leur enfant refuse par exemple de finir l'assiette/le pot, elles aiment à en conclure « qu'ils sont comme les adultes, qu'ils ne peuvent pas avoir faim à hauteur égale chaque jour » (Mme 5 et Mme 26). De fait, les fâcheries s'éloignent, les interactions se passent bien et sont toujours vécues comme un succès : celui d'une mère qui a compris son enfant, qui est à son écoute.

La qualité de l'interaction est essentielle pour les mères car de cette bonne interaction dépendent les trois piliers de leurs vraies craintes : que le bébé soit dans un contexte (interaction positive) lui permettant d'intégrer trois apprentissages centraux pour sa vie d'adulte : l'autonomisation (qui passe par l'apprentissage du choix sain), la socialisation (qui

permet d'éviter les désordres alimentaires via l'apprentissage de la joie du partage alimentaire), et enfin l'individualisation (qui renvoie à la transformation du nourrisson en gourmet via l'apprentissage de l'ouverture à la variété en autre).

Il semblerait que deux critères distinguent les interactions selon les profils des mères : les indicateurs de la satiété (pour les bébés de 12 mois) et ceux de la socialisation et commensalité (pour les bébés de 24 mois).

L'indicateur de satiété est rendu tangible pour la majorité des mères « problématiques » (9 sur 14) par le signe de haut le cœur que leur bébé démontre lors du repas, au-delà même de la satiété, peut manifester. C'est un signal physiologique que ces mères attendent. Pour les mères au rapport « sain » à l'alimentation, un simple refus manifeste du bébé vaudra un signal. Dans ce cas, les mères sont dans l'attente d'un comportement à but de communication effective et qui révèle du langage, corporel ou pas.

Les indicateurs de socialisation ou commensalité sont cultivés par les mères au rapport « sain » à l'alimentation qui sollicitent le bébé dans les conversations comme autant d'interactions se produisant autour de la table familiale, le bébé partage la table des adultes aussi tôt que possible et c'est aussi l'occasion pour les mères de parler de la présence du père avec qui l'interaction se produit également. Mère et enfant partagent des séquences temporelles ayant trait à la préparation des repas par exemple, ou bien au rangement des ustensiles.

Pour les mères « problématiques », la socialisation du bébé sera souvent réduite aux expressions de son désir (je veux/je ne veux pas, j'aime/j'aime pas) auxquels la mère accèdera ou pas, qu'elle tentera de raisonner ou pas. Dans ces foyers le bébé partage brièvement ou pas du tout la table des adultes, il est parfois présent au repas de sa mère (mais il a déjà mangé), peut également partager un repas « junk food » avec celle-ci devant la télé par exemple : il s'agit d'un petit plaisir à 2 qui en fait, par sa ritualisation, devient un repas « anormal renormalisé », c'est-à-dire qu'on fait l'expérience de la transgression de la norme mais cette expérience reste socialisée puisqu'elle se fait à plusieurs et suivant des conditions précises (la transgression ne peut se reproduire quotidiennement sans quoi elle devient une habitude et a posteriori un « danger » potentiel). Ceci étant, si les scénarii varient, pour ces mères au rapport « problématique », contrairement aux mères au rapport « sain », l'interaction passe peu par la verbalisation (échanges de babillage, mots) ou la théâtralisation du lien.

Nous nous sommes également interrogés sur l'impact que le nombre de bébés sur les représentations et pratiques maternelles vis-à-vis du bébé de 12 ou 24 mois pour lequel elle était interviewée.

Mais il ressort que le nombre de bébés dans la fratrie ne semble pas avoir d'influence sur les pratiques des mères à proprement parler, mais aurait une incidence sur la confiance en soi de la mère. Les mères multipares disent, et laissent également transparaître, avoir davantage de détente, moins de rigidité dans leurs représentations. Elles se posent moins de questions pour les deuxièmes ou troisièmes bébés que pour le premier.

Les mères primipares relatent davantage de craintes et de questionnement, suggérant une certaine anxiété face à l'alimentation de leur enfant.

Approche développementale : Introduction de morceaux dans l'alimentation et capacités oro-motrices, dans le contexte des interactions mère-bébé, influences des caractéristiques individuelles

Nous reprendrons ici la structure proposée dans la partie Hypothèses à savoir en trois points : l'évaluation de l'aliment par le bébé, l'évaluation de ses capacités oro-motrices réelles, et enfin l'influence des caractéristiques individuelles (de la mère et du bébé) sur ces compétences oro-motrices.

1. Evaluation de l'aliment par le bébé, acceptation ou refus

Pour rappel, dans ce point, nous nous intéressons au comportement d'acceptation du bébé : acceptera-t-il ou non de mettre le morceau présenté en bouche ? Nous mesurons quelle sera la taille maximale de morceaux acceptée en bouche et avalée par les bébés, indépendamment de la qualité des comportements oro-moteurs.

1.1. Acceptation des morceaux présentés selon l'âge et l'aliment testé

En moyenne sur les trois visites, 84% des sujets dans le groupe « carotte » acceptent les morceaux de taille 4, 81% dans le groupe « pomme de terre » et 62% dans le groupe « viande » (et ceci tout âge confondu).

Si l'on regarde le comparatif des tailles maximales acceptées par les bébés selon leur âge et l'aliment testé (cf **Figure 9** et **Tableau 6** ci-après) nous voyons que les morceaux de carottes et pommes de terre ne semblent pas poser de gros problèmes aux bébés même les plus jeunes.

Nous pouvons observer tout de même que le groupe de bébés de 18 mois qui testent les morceaux de pomme de terre ont une taille maximale acceptée moyenne bien plus basse que les autres groupes d'âge. Cela est sans doute dû au fort effet abaisseur d'un enfant (parmi seulement 4 de cet âge et testant cet aliment). En effet, l'un des 4 bébés de ce groupe n'a pas accepté d'autre morceaux que celui de taille 1.

Pour l'aliment viande par contre, seulement 61% des bébés ont accepté la taille maximale, ce qui montre que les tailles présentées peuvent constituer un défi, une difficulté particulière selon l'âge du bébé et sont ainsi potentiellement discriminantes quant aux capacités oro-motrices.

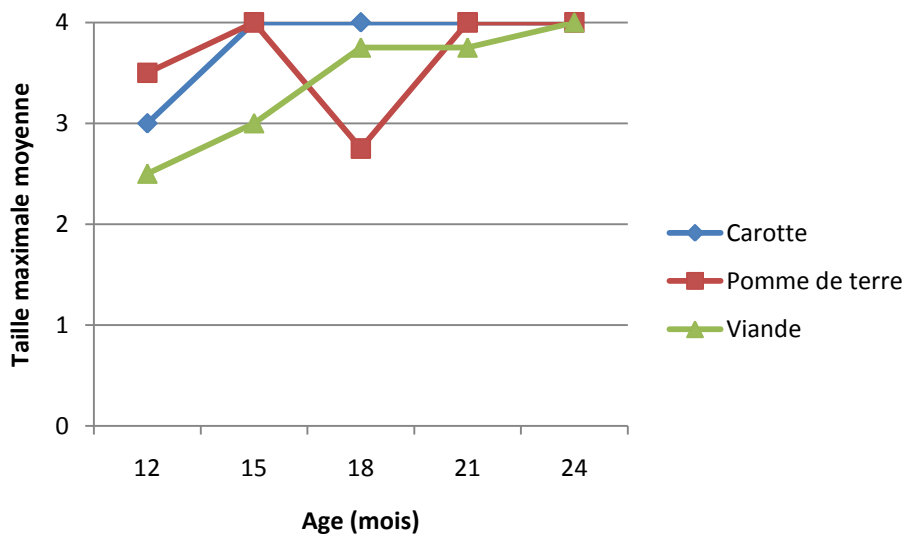


Figure 9: Tailles maximales acceptées par les bébés selon leur âge et l'aliment testé lors du repas à V2.

Age (mois)	12	15	18	21	24
Carotte	2	0	0	0	0
Pomme de terre	1	0	1.5	0	0
Viande	0.6	1.4	0.5	0.5	0

Tableau 6 : Déviations standards des tailles maximales moyennes acceptées par les bébés selon leur âge et l'aliment testé lors du repas V2.

1.2. Acceptation des morceaux présentés selon le repas test (V2, V3 ou V4)

Concernant les différents repas tests, nos analyses montrent que la taille maximale acceptée par les bébés ne diffère pas significativement selon le repas test (test de Wilcoxon Signed-Rank - V2 vs V3 : $p=0.08$ et V3 vs V4 : $p=0.67$; Paired T-test - V2 vs V4 : $p=0.08$)

Par contre, nous avons pu observer (cf **Figure 10** ci-dessous) que le nombre de refus à travers les 3 repas tests (V2, V3 et V4) a tendance à augmenter. L'on passe de 1.6% de refus au repas V2, à 6.60% au repas V3 puis 15% au repas V4. Ceci peut être le fait de la lassitude des enfants à devoir manger les mêmes aliments pour ces 3 repas, en trois jours consécutifs.

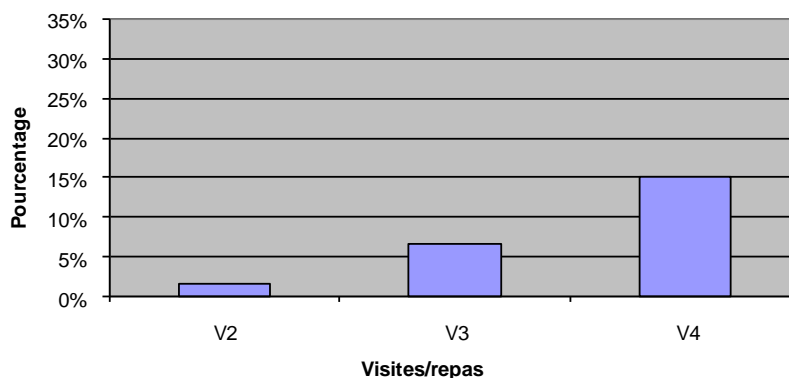


Figure 10 : Pourcentage de refus de manger les morceaux de nourriture à travers les différents repas tests (tous âges et groupes d'aliments testés confondus).

Remarque : Après ces premiers résultats, nous avons choisi de poursuivre nos analyses seulement sur l'échantillon de bébés ayant reçu les morceaux de **viande**, ainsi que de n'observer que les données issues du repas test **V2** (soit 20 bébés au total).

1.3. Acceptation des morceaux de viande présentés selon l'âge du bébé et la taille des morceaux

Nous pouvons voir sur la **Figure 11(a)**, que la taille maximale moyenne de morceaux de viande acceptée par les bébés est positivement corrélée à l'âge des bébés. Avec l'âge, les bébés acceptent des tailles de morceaux de viande plus grandes ($p < 0.01$ pour les effets âge et taille de morceaux).

Nous voyons également une différence significative ($p < 0.05$) dans l'acceptation des 2 plus grandes tailles de morceaux (tailles 3 et 4) entre les bébés de 12 à 15 mois et les bébés de 21 à 24 mois.

De même, les bébés de 12 mois ont un score d'acceptation des tailles 1 et 2 supérieurs aux scores d'acceptation des tailles 3 et 4.

1.4. Acceptation des morceaux présentés selon le niveau de développement psychomoteur, le sexe, le nombre de dents ainsi que l'âge d'introduction des solides et des premiers morceaux du bébé

Si nous observons la corrélation entre l'acceptation des morceaux de viande et le niveau de développement psychomoteur du bébé, nous ne trouvons pas d'influence significative, cf **Figure 11**.

Nous n'observons pas de corrélation significative entre le nombre de dents et l'acceptation de morceaux par le bébé ni un effet du sexe du bébé.

Les bébés de notre échantillon ont reçu leurs premiers solides (aliments différents du lait, ex: purée) entre 4 et 8 mois et leurs premiers morceaux entre 6 et 8 mois. Nous avons divisé l'échantillon en groupes médians mais n'avons pas trouvé d'effet significatif des ces âges d'introduction sur l'acceptation des morceaux de viande par les bébés.

2. Capacités oro-motrices réelles du bébé, facilité à mastiquer et à avaler

Nous observons ici les capacités réelles du bébé à manger les différentes tailles de morceaux au niveau oro-moteur, ainsi que la confiance observable du bébé à manger les différentes tailles de morceaux proposées. Nous nous centrons sur l'évaluation de la confiance à mettre en bouche ainsi que la facilité observable du bébé à mastiquer puis à avaler chaque morceau.

2.1. Confiance du bébé à essayer de manger les morceaux de viande selon son âge et la taille des morceaux

Les scores de confiance du bébé à mettre en bouche des morceaux de viande sont élevés (entre 7 et 8 sur une échelle en 9 points) quels que soient l'âge du bébé et la taille de morceau qui lui est présenté. Les bébés de 12 à 24 mois ne montrent pas de différence dans leur confiance à essayer de manger des morceaux de viande de diverses tailles.

2.2. Facilité à mastiquer et avaler du bébé selon son âge et la taille des morceaux de viande présentés

Intéressons-nous désormais aux scores des bébés de facilité à mastiquer et avaler les morceaux présentés. Les données montrent que les scores de facilité à mastiquer (**Figure 11(c1)**) sont significativement plus bas que les scores de confiance du bébé ($p < 0.05$) mais les scores de faciliter à avaler les morceaux (**Figure 11(c2)**) ne diffèrent pas des scores de confiance.

De plus, la différence entre la confiance du bébé à essayer les morceaux et sa facilité à mastiquer dépend de l'âge ($p < 0.05$). Deux groupes d'âge (les 12 et 15 mois) diffèrent significativement des autres (calculs de Fisher LSD)

Si l'on s'intéresse de plus près à la facilité à mastiquer, on peut observer que les scores augmentent de 12 mois à 18 mois puis restent constants entre 18 et 24 mois (toutes tailles confondues, groupes des 12 et 15 mois diffèrent des autres groupes d'âge, $p < 0.05$, cf **Figure 11(c1)**).

Les scores de facilité à mastiquer augmentent avec l'âge mais nous ne trouvons pas de différence significative selon la taille des morceaux. A 12 mois, les bébés ont des difficultés similaires à mastiquer toutes les tailles de morceaux de viande et n'ont pas accepté (i.e. n'ont pas avalé, ont recraché etc.) la taille maximale. Cependant, nous observons qu'à 15 mois, il y a un effet de la taille des morceaux sur la facilité à mastiquer (les scores pour la taille 4 diffèrent significativement des tailles 1 et 2, $p < 0.05$). De 18 à 24 mois, les scores de mastication sont élevés (moy: 7.6, Ec-Type: 0.48, sur une échelle en 9 points) illustrant le fait que les bébés sont « à l'aise » pour mastiquer les 4 tailles de morceaux de viande.

Concernant la facilité des bébés à avaler les morceaux de viande présentés, nous ne trouvons pas de différence significative en fonction de l'âge ou de la taille des morceaux (**Figure 11(c2)**). Malgré tout, il est important de noter qu'à 12 mois, malgré des scores de mastication bas, les scores de facilité à avaler des bébés pour les tailles 1, 2 et 3 sont élevés.

Ceci pourrait s'expliquer par leur tendance à mâcher chaque morceau jusqu'à ce qu'il se désintègre en bouche, suffisamment pour être avalé facilement (cf **Figure 11(b)**).

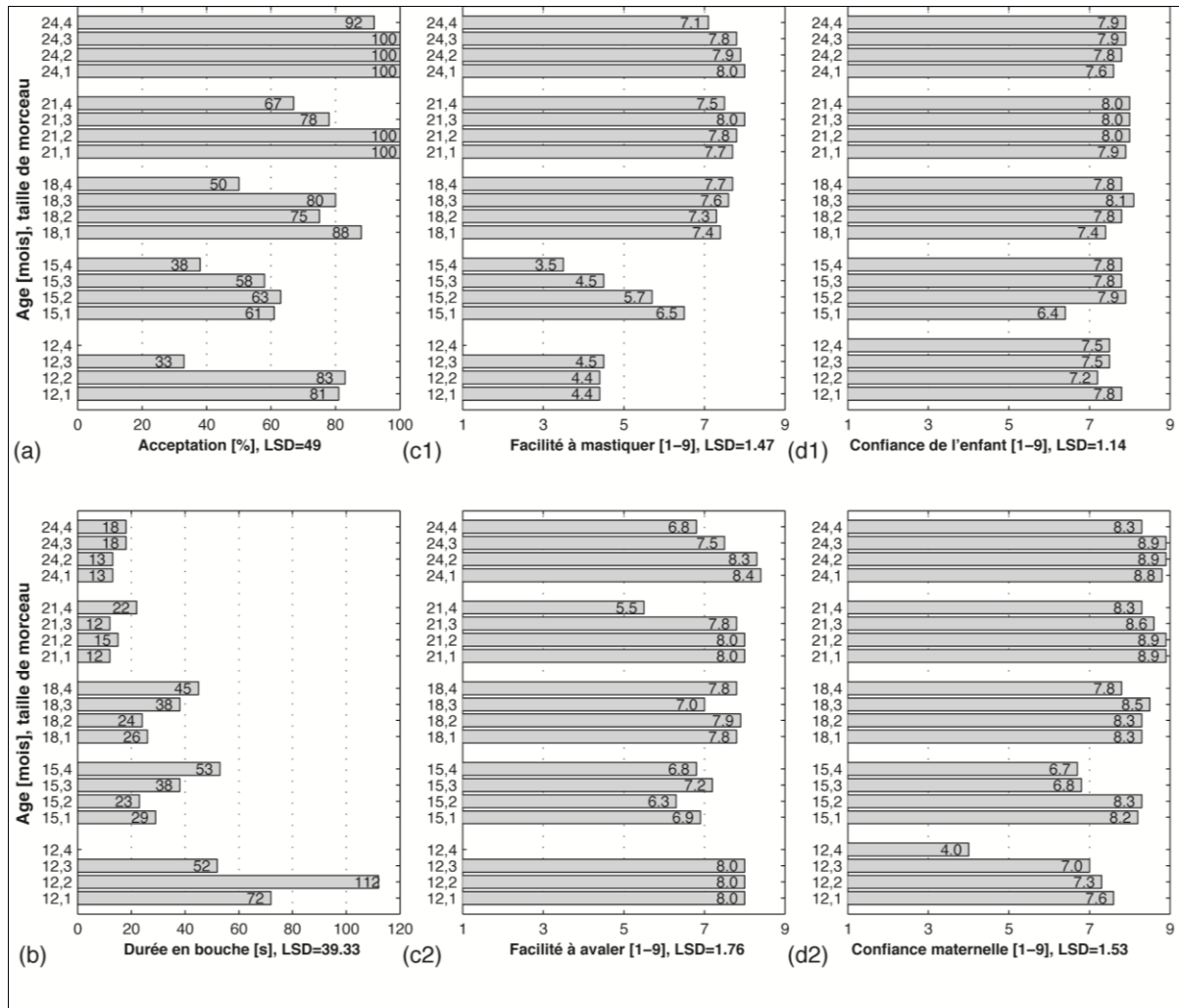


Figure 11: Différences des scores de (a) acceptation par le bébé, (b) durée d'activité en bouche, (c1) facilité à mastiquer et (c2) avaler les morceaux de viande, (d1) confiance à essayer la nourriture et (d2) confiance maternelle à laisser son bébé essayer la nourriture, selon l'âge du bébé et la taille du morceau présenté (par ex : 12,1 = 12 mois, taille 1 présentée).

3. Influence des facteurs individuels sur les compétences alimentaires du bébé

Nous resituons désormais les observations précédentes dans le contexte interactif mère-bébé. Nous étudions spécifiquement la confiance des mères à donner ou laisser goûter différentes tailles de morceau d'aliment à leur enfant ainsi que leur niveau d'anxiété et de sensibilité.

3.1. Confiance maternelle selon l'âge du bébé, son niveau de développement psychomoteur et la taille de morceaux présentés

Malgré une confiance maternelle (**Figure 11(d2)**) globalement élevée pour tous les groupes d'âge, pour la taille la plus grande de morceau la confiance maternelle est plus basse ($p < 0.05$) pour les bébés de 12 et 15 mois.

De plus, les scores des bébés à l'échelle locomotrice de développement psychomoteur sont corrélés positivement avec la confiance maternelle (cf **Tableau 7**, $p < 0.05$). Ce résultat peut être interprété comme suggérant qu'une mère donc le bébé est déjà assez à l'aise avec son propre corps et ses mouvements sera plus confiante en ses capacités avec la nourriture.

	Acceptation	Facilité à mastiquer	Facilité à avaler	Confiance de l'enfant	Confiance maternelle
Anxiété état maternelle	-0.43 (t)	-0.08	0.08	-0.27	0.11
Anxiété trait maternelle	-0.47*	0.00	0.19	-0.46*	-0.03
Sensibilité maternelle	0.04	-0.07	-0.21	0.04	0.28
Echelle de Griffiths					
Locomoteur	-0.11	-0.28	-0.29	-0.23	0.49*
Personnel et social	0.08	-0.08	-0.15	-0.23	-0.07
Langage	-0.08	-0.09	-0.24	0.02	-0.14
Coordination œil-main	-0.06	-0.08	-0.01	0.05	0.04
Performance	0.02	0.18	-0.02	0.19	-0.16

Tableau 7 : Corrélations entre d'une part, les scores d'acceptation, de facilité à mastiquer et avaler, la confiance du bébé à essayer les morceaux, la confiance maternelle à donner ces morceaux; et d'autre part, l'anxiété maternelle, le niveau de sensibilité maternelle et les scores de développement psychomoteurs du bébé. Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$, (t)= tendance.

3.2. Effets de l'anxiété maternelle

Pour ce qui est de l'anxiété maternelle, nous ne trouvons pas de lien significatif avec la confiance du bébé à essayer de manger les morceaux de viande. Par contre, l'anxiété maternelle trait est négativement corrélée avec l'acceptation des morceaux par le bébé ($p < 0.05$). Plus la mère est anxieuse, moins le bébé va accepter les morceaux. Cela suggère que les mères anxieuses « transmettent » d'une manière ou d'une autre leur anxiété à leur enfant, on retrouve également une tendance ($p = 0.056$) de l'anxiété état, suggérant que peut être le contexte spécifique de mise en difficulté de manger des morceaux de viande de grande taille augmente le lien entre anxiété maternelle et acceptation de l'enfant.

3.3. Effets de la sensibilité maternelle

Pour finir, nous ne trouvons pas d'effet significatif de la sensibilité maternelle sur la confiance du bébé et/ou de la mère (**Tableau 7**). Ceci est probablement dû à l'homogénéité des scores de sensibilité des mères de notre échantillon (sur une échelle en 5 points, moy=4.1, Ec.Type=0.52).

Conclusion : Nos résultats pour cette partie développementale sont à prendre avec précaution car la validité statistique des analyses effectuées sur un échantillon de groupes de 4 bébés est très discutable. Nous proposerons donc en discussion une réflexion sur la méthode mise en place et l'utilité de répliquer ce genre d'étude sur une population plus vaste.

Approche clinique : Le bébé sain, sa mère, et leurs interactions alimentaires

1. Description de notre population

Pour rappel, cette dernière approche se propose d'observer les interactions lors de l'alimentation de 60 couples mère-bébé et les diverses corrélations entre les caractéristiques tant de la mère que de son bébé et la qualité de leurs interactions.

1.1. Caractéristiques des bébés

1.1.1. Généralités

Sur l'ensemble de la population, soit 60 bébés (50% de filles), 100% des naissances se sont faites à terme. La moyenne d'âge des bébés est de 18 mois \pm 4.27. En moyenne, il y a 2.22 ± 1.11 bébés par famille³⁶ et 31% des bébés sont les deuxièmes dans la fratrie.

68% des mères ont donné exclusivement le sein, 28% du lait artificiel et 3% un allaitement mixte. Ceci concorde avec les données INSERM citées précédemment dans le chapitre de résultats sur l'approche socio-anthropologique (cf p. 124). Nos mères sont représentatives de la population générale française en termes d'allaitement.

Au niveau alimentaire, le sevrage du petit se fait en moyenne à l'âge de 5.8 ± 1.7 mois (3 - 12 mois). La première fois que le bébé consomme de la viande, c'est à un âge moyen de 8.3 ± 1.6 mois (4 - 14 mois). La première dent du bébé apparaît à un âge moyen de 7 ± 2 mois (4 - 15 mois). Enfin, la première fois que les mères donnent à leurs bébés une alimentation contenant des morceaux se situe vers un âge moyen de 11.1 ± 2.5 mois (6 - 18 mois). 97% de ces mères commencent par des morceaux de légumes. Tous ces chiffres rendent compte de la représentativité de notre échantillon au niveau des pratiques alimentaires des mères françaises³⁷.

1.1.2. Autonomie alimentaire (réponse à la question : votre bébé mange t'il seul ?)

Dans notre population, le bébé mange seul à un âge moyen de 16 mois. Si l'on s'en réfère à la littérature, nous pouvons voir que, communément, l'autonomie alimentaire (lorsque l'enfant mange seul) apparaît entre 11 et 16 mois (Ramsay, 2001).

Au premier jour de notre étude, 48% des bébés de notre échantillon mangent seuls, nous avons pour ainsi dire autant d'enfants qui sont autonomes que non autonomes (qui ne mangent pas seuls ou qui sont en phase d'apprentissage de cette autonomie). La distribution de l'autonomie alimentaire par groupe d'âge est illustrée dans le **Tableau 8** ci-après.

³⁶ Ceci est conforme aux données pour l'ensemble de la population française, le taux de fécondité s'élevant à 2 bébés par femme en 2005. Source: <http://www.senat.fr/rap/107-072-3/107-072-33.html>

³⁷ Selon le site du syndicat français des aliments de l'enfance.
http://www.alimentsenfance.com/admin/upload/pros_fichier_20081202124732.pdf

Groupe d'âge	Pourcentage de bébés autonomes (qui mangent seuls)
12 mois	0%
15 mois	25%
18 mois	37%
21 mois	83%
24 mois	100 %

Tableau 8 : Pourcentage de bébés qui mangent seuls en fonction de leur groupe d'âge.

En conclusion sur ce point, les enfants de notre population sont en plein dans la période de développement de l'autonomie alimentaire.

1.1.3. Niveau de développement psychomoteur

Le score moyen de développement psychomoteur des bébés, à l'échelle de Griffiths, est de 100.8 ± 7.3 . Notre échantillon peut être donc considéré comme normal au niveau du quotient de développement.

Mis à part un enfant qui a un score global un peu faible mais pour autant pas considéré comme hors normalité selon les normes anglaises (score global de 77), tous les autres sont tout à fait dans les normes (entre 87 et 113). Voir **Tableau 9**.

Echelles :	Globale	Locomotrice	Personnelle et sociale	Langage	Coordination œil-main	Performance cognitive
Moyenne	100.82	44.43	47.47	42.53	43.02	44.15
Dev Stand.	7.34	7.28	7.58	7.71	5.36	6.96
Min	77	26	33	29	33	30
Max	113	54	58	56	52	53

Tableau 9 : Scores aux différentes échelles de Griffiths, de développement psychomoteur des bébés.

1.1.4. Tempérament du bébé

En ce qui concerne les scores de tempérament, évalués avec la version française et abrégée du Toddler Temperament Scale confiée par le Pr Marcel Trudel, nous pouvons voir dans le **Tableau 10**, que les moyennes des bébés de notre échantillon se situent entre un minimum de 2.23 pour la rythmicité et un maximum de 4.44 pour la distractibilité. Pour rappel, plus le score est élevé (plus il est proche de 6), plus il représente l'aspect négatif de la dimension. Ainsi un score élevé à la dimension niveau d'activité va signifier que l'enfant a tendance à être très actif. Un score élevé à la dimension Intensité révèle quant à lui un niveau élevé d'énergie réactionnelle.

La distribution de notre population est homogène car les écarts types sont inférieurs à 1 point, voir **Tableau 10**.

Dimensions du TTS	Moyenne	Ecart Type	Min	Max
Niveau d'activité	4.07	0.73	2.60	5.80
Rythmicité	2.23	0.83	1.00	4.17
Approche-repli	3.06	0.98	1.17	5.00
Adaptabilité	3.29	0.94	1.60	5.50
Intensité	3.70	0.64	2.20	5.17
Humeur	3.13	0.88	1.33	5.00
Persistance et « attention span »	4.20	0.82	2.33	5.67
Distractibilité	4.44	0.64	2.67	5.67
Seuil de sensibilité	3.65	0.82	1.33	5.33

Tableau 10 : Scores aux différentes dimensions de tempérament évaluées par le TTS.

Notre population de bébés a des scores supérieurs à 4 pour le niveau d'activité, de persistance et d'attention span ainsi que de distractibilité. Cela veut dire que **les bébés de notre étude ont tendance à être très actifs, peu persistants (temps d'attention assez court), et distractibles**. Nous verrons par la suite si ces caractéristiques s'illustrent dans la qualité des interactions alimentaires entre ces enfants et leur mère.

D'autre part, en moyenne, ils ont un rythme régulier des activités telles que le sommeil ou l'alimentation, la première réponse face à un nouveau stimulus est l'approche et non le repli, ils sont très adaptables, leurs réponses/réactions ne sont pas intenses, ils ont un seuil de sensibilité élevé et une humeur plutôt positive.

Nous avons vérifié les éventuels effets d'âge sur ces données de tempéraments (voir ANNEXE 14) et nous pouvons voir que distractibilité ($p=0.01$) et seuil de sensibilité/réactivité ($p=0.02$) sont affectés par l'âge. **Il semble que les enfants de 24 mois soient significativement moins distractibles que les enfants de 12 à 21 mois. Et par ailleurs, le score de seuil de sensibilité semble augmenter avec l'âge, la force de la stimulation nécessaire pour provoquer une réponse discernable chez l'enfant est de plus en plus basse avec l'âge (plus le score est élevé, moins le seuil de sensibilité ou réactivité de l'enfant est élevé).**

Nous pouvons remarquer que ces scores sont très proches de ceux retrouvés par Prior et al. (1987) sur un échantillon non clinique de bébés australiens de 12 à 23 mois (voir **Tableau 11** où nous avons repris les données de Prior et al. 1987).

Dimensions du TTS	Moyenne	Ecart Type
Niveau d'activité	4.09	0.73
Rythmicité	2.86	0.69
Approche-repli	2.85	0.89
Adaptabilité	3.48	0.69
Intensité	3.74	0.71
Humeur	2.97	0.61
Persistance et « attention span »	3.80	0.79
Distractibilité	4.23	0.59
Seuil de sensibilité	3.46	0.79

Tableau 11 : Scores aux différentes dimensions de tempérament évaluées par le TTS dans l'étude de Prior et al. (1987).

1.1.5. Effets de l'âge du bébé

Comme nous l'avons déjà abordé pour les scores de tempérament, nous avons réalisé une analyse de variance pour vérifier les effets de l'âge du bébé également sur l'ensemble des variables de qualité des interactions alimentaires. Voir l'ANNEXE 14 pour l'ensemble des ANOVAS et le **Tableau 12** pour les seuls effets significatifs lors du repas V1 et le **Tableau 13** pour les effets significatifs lors du repas V2.

	Items de l'échelle CIB et Chatoor	Affect positif parental	Eloges, compliments	Enthousiasme parental	Lorsque le parent dirige	Sensibilité parentale	Indépendance	Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	Mère montre du plaisir lors de l'interaction	Mère semble joyeuse	Réciprocité Dyadique	Enfant garde la nourriture en bouche	Mère rate les signes de son enfant
p-value		0.01*	0.01*	0.01*	0.00**	0.04*	0.00**	0.03*	0.02*	0.02*	0.02*	0.03*	0.02*
Age	12	4.58	2.67	4.38	4.50	4.46	1.13	0.33	1.92	1.33	33.17	0.00	0.50
	15	4.75	3.42	4.46	4.63	4.59	2.00	0.50	2.17	1.75	34.58	0.00	0.00
	18	4.91	4.00	4.77	4.64	4.86	2.14	1.00	2.00	1.73	34.73	0.09	0.00
	21	4.67	3.63	4.67	4.67	4.66	3.54	0.50	1.83	1.92	34.08	0.00	0.00
	24	4.08	2.25	4.00	3.88	4.37	4.04	0.33	1.50	1.08	30.08	0.25	0.00
Moyenne		4.59	3.18	4.45	4.46	4.58	2.58	0.53	1.88	1.56	33.31	0.07	0.10
LSD		0.46	1.02	0.43	0.42	0.33	0.92	0.48	0.38	0.54	2.94	0.18	0.34

Tableau 12 : Anova de l'effet de l'âge du bébé sur les scores au CIB (en orange) et l'échelle de Chatoor (en bleu) lors du repas V1 (adaptatif). * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Ici nous pouvons remarquer que **l'âge du bébé a un effet sur certains scores aux items des échelles d'interactions alimentaires mère-enfant de la CIB et de la Chatoor** (au repas V1, adaptatif).

En effet, d'une part, plus le bébé est âgé, et plus le score d'affects positifs démontrés par sa mère sont bas, nous questionnant ainsi sur la nécessité de démonstration émotionnelle de la mère à partir d'un certain âge (ici à 24 mois qui se différencie significativement de tous les autres groupes d'âge). Nous voyons également que plus l'enfant prend de l'âge, plus les scores démontrant que la mère prend plaisir à faire manger son enfant et est enjouée sont bas. Peut-on penser qu'avec l'avènement de l'autonomie de l'enfant, la mère ne mangeant plus en face à face avec son enfant, aura donc moins l'occasion de signifier ses affects à son enfant ?

D'autre part et dans le même ordre d'idée, plus l'enfant est âgé et plus les scores d'interaction menée par la mère sont bas, plus les scores d'indépendance sont hauts. L'autonomie favorise les comportements individuels et autosuffisants de l'enfant. Comme vu dans notre revue théorique, le développement de l'autonomie amène à la conflictualisation et à la frustration et de l'enfant et de la mère, ceci pourrait expliquer la diminution des scores d'interaction menée par la mère mais également la diminution des scores de réciprocité dyadique, et l'augmentation des comportements de contestation ou d'opposition de l'enfant tels que garder la nourriture en bouche.

Par ailleurs, plus le bébé est âgé, plus les scores d'enthousiasme maternel sont hauts, et plus les scores de l'item « la mère manque les signes de son enfant » sont bas. Ceci montre que la mère est de plus en plus enthousiaste et attentive à son enfant au fil des mois. Pour le score de l'item « la mère manque les signes de son enfant » nous voyons que ce n'est qu'à l'âge de 12 mois que nous avons un score positif à cet item, à tous les autres, la moyenne est de 0. Nous pouvons aussi simplement penser que la mère reconnaît de mieux en mieux les signes que son petit expose en particulier grâce à l'avènement du langage (entre 12 et 18 mois pour les premiers mots).

D'autre part, nous pouvons remarquer que les scores aux items éloges maternels, sensibilité maternelle ainsi que « la mère fait des remarques positives sur le comportement alimentaire de son enfant » sont plus élevés à 18 mois qu'aux autres âges. Cette forme de distribution en « pic » ou « dent de scie » est un phénomène intéressant. Elle montre une augmentation des scores de 12 à 18 mois puis une diminution jusqu'à 24 mois. Ainsi, la mère userait des éloges et des remarques positives sur le comportement alimentaire de son enfant jusqu'à 18 mois puis de moins en moins. Nous pouvons penser que, toujours dans ce contexte de développement de l'autonomie, la mère encourage, félicite et stimule son enfant pour favoriser son apprentissage alimentaire. Cela rappelle d'ailleurs nos résultats d'entretiens dans l'approche socio-anthropologique où les mères privilégient à tout prix une interaction positive avec leur enfant. Puis à 18 mois, avec l'acquisition d'une certaine indépendance et de comportements d'opposition l'augmentation potentielle de conflits implique peut-être qu'intuitivement la mère laisse davantage manger son enfant sans l'interrompre ou même l'encourager. Nous rappelons aussi qu'ici sont observés des enfants qui n'ont pas de problèmes alimentaires particuliers donc, et nous avons pu le constater lors des repas, les mères n'ont pas beaucoup à encourager les enfants autonomes pour manger, ou en tous cas beaucoup moins que les bébés les plus jeunes.

Mais le résultat concernant la sensibilité de la mère nous surprend. La sensibilité maternelle serait en hausse de 12 à 18 mois puis en baisse jusqu'à 24 mois. La période de 12-18 mois apparaît comme une phase importante où la mère exprime de plus en plus de sensibilité envers son enfant, puis une fois l'indépendance et l'autonomie alimentaires engagées, il semblerait qu'elle prenne davantage de distances et montrent (comportementalement) moins de sensibilité aux signes de son enfant, sans pour autant être moins attentive et répondante.

Dans la situation du repas test, V2, (voir **Tableau 13**) mis à part les scores d'indépendance de l'enfant (CIB) et de plaisir démontré par la mère lors du repas (Chatoor)³⁸, il semble que l'âge de l'enfant affecte différentes composantes de l'interaction.

	Items de l'échelle CIB et Chatoor	Repli, retrait (i)	Initiation de l'enfant	Obéissance au parent (i)	Confiance dans l'aide du parent	Obéissance de l'enfant (c)	Distractibilité	Indépendance	Mère montre du plaisir lors de l'interaction	Enfant regarde sa mère	Enfant sourit à sa mère	Enfant semble joyeux	Conflit Dyadique	Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	Enfant vocalise à sa mère
p-value		0.05*	0.02*	0.02*	0.01*	0.05*	0.00**	0.00**	0.01*	0.02*	0.03*	0.01*	0.03*	0.02*	0.05*
Age	12	1.00	3.54	4.08	4.79	4.50	1.46	1.25	2.42	1.75	1.08	1.42	1.33	0.83	1.00
	15	1.04	3.83	4.50	4.75	4.58	1.92	1.75	2.33	2.25	1.75	1.92	0.33	0.92	1.33
	18	1.00	3.29	3.33	3.75	3.78	1.17	2.17	1.75	1.50	0.92	1.25	3.17	1.83	1.42
	21	1.04	4.42	4.33	4.67	4.64	1.42	3.75	2.42	2.17	1.58	2.17	1.50	1.17	1.83
	24	1.29	3.54	3.88	4.50	4.35	1.21	3.71	1.67	1.58	1.00	1.33	2.75	1.67	1.33
Moyenne		1.08	3.73	4.03	4.49	4.37	1.43	2.53	2.12	1.85	1.27	1.62	1.82	1.28	1.38
LSD		0.22	0.67	0.70	0.64	0.61	0.39	0.90	0.56	0.53	0.61	0.58	1.89	0.68	0.52

Tableau 13 : Anova de l'effet de l'âge du bébé sur les scores au CIB (en orange) et l'échelle de Chatoor (en bleu) lors du repas V2 (test). * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Nous voyons que les bébés de 24 mois présentent des scores plus élevés de repli que les autres groupes d'âge.

On s'aperçoit également que le score de distractibilité est plus élevé à 12-15 mois qu'aux autres âges. Selon notre expérience lors des repas, en observation en direct, nous pouvons effectivement admettre que les plus jeunes enfants sont apparus plus distractibles que les plus

³⁸ Ces effets sont toujours dans le même sens : les scores d'indépendance augmentent avec l'âge alors que le score de plaisir démontré par la mère pendant le repas a tendance à être plus bas pour les enfants les plus âgés que pour les plus jeunes.

âgés. Les plus jeunes étant davantage intéressés par l'exploration de la pièce, les caméras, la présence des techniciennes, ou bien la nourriture en elle-même. Parfois absorbés par l'exploration manuelle des aliments, les mères pouvaient avoir du mal à leur faire avaler les cuillérées proposées. Pour les plus grands, et ce fut toujours assez amusant, il était aisément perceptible que leur but principal dès le passage de la porte de la salle d'expérimentation était de manger. A peine arrivés, ils mettaient, eux-mêmes, et prestement, leur petite table en place et se positionnaient sur leur petite chaise, la mère leur donnait les couverts, qu'ils prenaient en mains d'un air décidé et attendaient la fameuse « assiette blanche » procurée pour l'étude. La plupart des enfants autonomes, tout en mangeant avec grande efficacité, bavardaient avec la mère, mais seulement après un certain temps, sûrement le temps de « passer la grande sensation de faim ».

Il apparaît que les scores de conflit dyadique et de « dirigisme maternel » (item de l'échelle de Chatoor : « Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc. ») soient plus bas à 12-15 mois que 18-24 mois. Ceci va encore dans le sens de ce que nous avons énoncé concernant l'acquisition de l'autonomie, de l'indépendance et de l'augmentation potentielle de comportements d'opposition des enfants et donc de conflit entre mère et enfant. Cet effet de l'âge sur le score de conflit dyadique ne semble être significatif que lors du repas V2, donc le repas test où l'enfant est exposé à une plus ou moins grande difficulté avec des morceaux d'aliments. Nous supposons que cette situation expérimentale, puisqu'elle expose les dyades à un « défi », une difficulté, engendre un stress et par la même nous pouvons expliquer que ce stress induit une expression plus importante de conflits que lors des repas adaptatifs (sans difficulté particulière).

Enfin, nous pouvons voir que l'enfant vocalise davantage à sa mère à 21 mois qu'à 12 mois. Malgré un score étonnement bas à 24 mois, les enfants tendent à avoir des scores de vocalisation de plus en plus élevés avec l'âge, nous relierions cela au développement du langage et à l'explosion du nombre de mots compris et produits par l'enfant (d'en moyenne 80 mots compris à 12 mois à 180 à 16 mois, et du premier mot produit vers 12 mois à plus de 300 vers 24 mois comme rappelé par Lehalle et Mellier, 2002, p148 à 150³⁹)

Comme énoncé pour les effets de l'âge à V1 précédemment, nous observons que certains scores semblent atteindre un maximum à 18 mois puis baissent à nouveau à 21 et 24 mois, formant ainsi des distributions en « dent de scie » ou « pic ». Il s'agit des scores d'initiation de l'enfant, d'obéissance au parent (item et composite) et de confiance en l'aide du parent. Ainsi, l'enfant initierait de plus en plus d'interactions, serait de plus en plus obéissant et confiant en sa mère lors du repas test entre 12 et 18 mois, puis, de 21 à 24 mois tout ceci serait en diminution. Nous pouvons penser que c'est le développement de l'autonomie qui va mettre à défaut ces différents scores ainsi que la situation de difficulté induite par le contexte et la tâche expérimentale.

³⁹ Les auteurs reprennent des données issues de l'étude de Bates et al (1995) et citées par Boysson-Bardies (2000) p125.

Conclusion sur les caractéristiques des bébés:

Nous avons donc une population de bébés sains, au niveau de développement psychomoteur normal, au développement de l'autonomie alimentaire normal et dont le tempérament semble également représentatif d'autres populations générales.

Nous observons par ailleurs que l'âge des bébés va influencer un certain nombre de composantes de leurs interactions avec leur mère lors de l'alimentation, et différemment selon le type de repas observé (adaptatif V1, ou test V2).

Note : les analyses présentées à partir de ce point sont réalisées sur les données ajustées en sexe et âge des bébés.

1.2. Caractéristiques maternelles

1.2.1. Généralités

Les mères de notre échantillon sont âgées de $31,3 \pm 4$ ans, la plus jeune a 23 ans et la plus âgée a 44 ans.

1.2.2. Santé globale (Tableau 14)

Au niveau des scores de santé globale évalués par le questionnaire GHQ-28, **nous confirmons que notre population de mères a obtenu des scores moyens en santé globale semblables à ceux observés dans la population générale.** En effet, pour rappel, nous avons calculé les scores bruts de l'échelle en format 00-11, ainsi les scores pour chaque dimension qui se rapprochent de 7 sont les scores les plus élevés et démontrent une difficulté chez le sujet. Ici (**Tableau 14**) nous voyons que les scores sont proches de 0, preuve d'une population globalement sans trouble. Les déviations standards sont faibles malgré une distribution pouvant s'étendre de 0 à 5 ou 6 points.

Dimensions du GHQ-28	Sympt. Somatiques	Anxiété et insomnie	Dysfonction. Social	Dépression sévère	Total
Moyenne	0.73	1	0.35	0.13	2.22
Dev. stand.	1.31	1.68	0.99	0.68	3.26
Min	0	0	0	0	0
Max	6	6	5	5	14
Taux de scores démontrant une difficulté	5 %	11.67%	3.33%	1.67%	3.33%

Tableau 14 : Moyennes des scores (ajustés par âge du bébé) aux différentes dimensions du GHQ-28.

Nous voyons aussi dans le **Tableau 14** que les taux de scores individuels montrant une difficulté aux dimensions (soit un score supérieur à 4) et au total (soit un score supérieur à 12) sont faibles (inférieurs ou égaux à 5%) sauf pour l'anxiété et l'insomnie, où 7 sujets ont des scores supérieurs ou égaux à 4. **Environ 12% des mères de notre échantillon présenteraient alors une certaine difficulté liée à l'anxiété et/ou aux troubles du sommeil.** Cela tend à montrer que les mères de notre échantillon sont assez anxieuses pour certaines d'entre elles, nous verrons par la suite ce que nos échelles d'anxiété ont révélé.

En ce qui concerne ces scores de difficulté (toutes dimensions confondues), 10 mères au total présentent un ou plusieurs scores supérieurs à 4 au GHQ-28, soit 16,67% de l'échantillon. Nous n'avons qu'1,67% de notre échantillon qui souffre de dépression, nous nous attendions à davantage car les chiffres de prévalence de ce trouble sont bien plus élevés. L'enquête Anadep⁴⁰, la plus vaste enquête par sondage en population générale sur le thème de la dépression en France, a été lancée en 2005 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes). 18% des personnes interrogées lors de cette enquête auraient au moins une fois dans leur vie connu un épisode d'EDM (épisode dépressif majeur), et pour la moitié des épisodes sévères. Entre 25 et 54 ans, outre le fait d'être une femme (environ deux fois plus de femmes ont souffert d'un EDM que les hommes) les principaux facteurs associés à l'EDM d'après cette enquête sont : le statut matrimonial (célibat et divorce), le fait d'avoir plusieurs enfants (plus de cinq enfants) et une situation professionnelle instable (chômage et congés de longue durée). Nous pouvons expliquer la différence entre nos données et ces chiffres de référence par le fait que notre population, encore une fois, a été recrutée sur le critère de santé de l'enfant. Notre population n'est pas une population tout venante mais une population où les enfants se portent bien et n'ont pas de difficulté particulière. Cela constitue, en dehors de tout autre facteur de vulnérabilité, une bonne « raison » pour les mères de ne pas être anxieuse, déprimée ou autre. De plus toutes les mères sont mariées ou en couple et ont en moyenne 2 enfants.

Il sera par ailleurs intéressant de se pencher plus précisément sur les mères de notre population qui ont des scores très élevés aux différentes dimensions du questionnaire GHQ-28. La mère aux scores de dépression et anxiété élevés fera d'ailleurs l'objet d'une étude de cas.

1.2.3. Anxiété maternelle (Tableau 15)

Selon les normes françaises, un score d'anxiété (au STAI) supérieur à 65 est considéré comme très élevé, entre 56 et 65 élevé, entre 46 et 55 moyen, entre 36 et 45 faible, et inférieur à 35 très faible. Dans notre échantillon (**Tableau 15**, deux premières colonnes), **nous avons seulement 1 sujet qui a un score d'anxiété trait élevé. 7 sujets ont un score moyen et 52 sujets ont un score faible ou très faible.**

Pour l'anxiété état, seulement 11 sujets (18.3% de l'échantillon) ont un score supérieur au score d'anxiété trait. Pour ces sujets, on peut s'interroger si le fait d'être en situation d'expérimentation a induit un stress, d'où l'élévation de l'anxiété état.

⁴⁰ Voir référence Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P (dir.), La dépression en France – Enquête Anadep 2005, Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009, 208 p.

Comme pour les scores de santé globale, nous observons que le score maximal d'anxiété trait de notre population est élevé, il sera donc intéressant également d'étudier plus en détail la situation de la mère présentant ce score. Cette dernière fera l'objet d'une étude de cas en fin de la partie résultats car il s'agit de la même mère qui présente de surplu un score de dépression au GHQ 28. L'on peut observer chez cette mère la co-morbidité entre dépression et anxiété communément rencontrée dans des populations dépressives.

Nous observons également que sur l'ensemble de la population, **l'anxiété trait est significativement supérieure à l'anxiété état (Tableau 16, $p < 0.01$)**. 45 sujets ont un score trait supérieur au score état et 4 sujets ont les mêmes scores trait et état. Pour ces mères, il n'y a donc pas d'anxiété plus forte que d'habitude, elles ne se sentent pas plus anxieuses dans l'environnement expérimental que dans leur environnement normal. Cependant, on peut penser que la majorité des mères, qui ont un score d'anxiété trait supérieur à l'anxiété état sont (et malgré le fait que ces scores soient faibles) de façon globale et régulière, relativement anxieuses.

Les scores d'anxiété état et trait sont fortement corrélés ($r=0.66$ à $p < 0.01$, et ce, pour les 2 repas, adaptatif et test, non représenté dans nos illustrations). **Plus la mère est anxieuse au niveau situationnel plus elle sera anxieuse de façon globale et stable, et inversement.**

En conclusion sur l'échelle STAI, 87% de notre population a des scores d'anxiété (état et trait) très faibles et seulement 18% ont un score d'anxiété état supérieur à celui d'anxiété trait (donc peu de mères ont une anxiété élevée par la situation alimentaire expérimentale). Mais les scores d'anxiété trait sont significativement supérieurs aux scores d'anxiété état. Ainsi **la majorité de notre population montre des scores d'anxiété faibles à très faibles.**

Si l'on s'attarde désormais sur les scores d'anxiété parentale à l'item de l'échelle CIB (cf dernière colonne du **Tableau 15**) nous voyons que la moyenne des scores est de 1.33 ± 0.53 points sur une échelle de 5 points, donc très faible (le score équivaut à une absence d'anxiété). 31.67% des mères présentent un score d'anxiété équivalent à 1, donc très faible. La majorité des mères (58.33%) ont un score entre 1 et 2, c'est-à-dire faible. Et enfin, **10% des mères présentent un score d'anxiété supérieur à 2, que l'on considère comme modéré à élevé.** Ainsi, au niveau de l'évaluation de l'anxiété maternelle au sein de l'échelle CIB, on peut observer que **la majorité des mères ne présente pas d'anxiété particulière.** Or nous remarquons qu'une mère présente une score particulièrement haut à cet item de l'échelle (4 sur une échelle de 5), et nous sommes surpris du fait que ce n'est pas la même mère que celle qui présente le score le plus élevé au STAI. Cette mère, sans avoir des scores élevés d'anxiété au STAI a eu un comportement qui fut jugé comme révélant de l'anxiété lors du repas adaptatif par les cotateurs de l'échelle CIB. Ces deux mesures, STAI et CIB ne relèvent pas les mêmes formes d'anxiété. En est pour preuve également la mesure de corrélation effectuée entre ces différents scores. Nous nous apercevons **qu'il n'y a pas de corrélation significative entre les scores d'anxiété des mères au STAI et à l'item du CIB** (voir ANNEXE 8 respectivement $r = -0.04$ et $r = 0.03$, $p > 0.05$).

	Dimensions du questionnaire STAI			Item de l'échelle CIB (sur 5 points)
	Anxiété Etat	Anxiété Trait	Total	
Moyenne	30.13	33.83	63.47	1.33
Dev. Stand.	8.16	7.91	14.89	0.53
Min	20	23	43	0.66
Max	49	59	104	3.83

Tableau 15 : Moyennes des scores (ajustés par âge du bébé) aux différentes dimensions du STAI.

	Différence [Scores ETAT] - [scores TRAIT]
N	60
Moyenne	-3.70
Dev.Stand.	6.21
Valeur t	-4.62
p-value	0.00002**

Tableau 16 : Moyenne, déviation standard, et t-test pour les scores [Anxiété ETAT - Anxiété TRAIT] au questionnaire d'anxiété STAI de Spielberger. * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

1.2.4. Sensibilité maternelle (Tableau 17, p 171)

Concernant les scores de sensibilité des mères (voir **Tableau 17**, p 171), les mères ont une moyenne élevée (moy=4.64 sur une échelle de 5) et un écart type relativement bas ($e-t=0.38$). Il n'y a pas de différence significative de score de sensibilité entre les mères.

Ainsi les **mères de notre échantillon sont sensibles et disponibles dans l'ensemble.**

Conclusion sur les caractéristiques maternelles:

Environ 16% mères se détachent et montrent des profils à caractère psychopathologique, sans toutefois dépasser les taux communément rencontrés dans la population générale. Nous nous pencherons sur certaines de ces mères au fil des analyses de données.

Les mères de notre population sont peu anxieuses, que ce soit de manière générale ou situationnelle, et présentent une sensibilité élevée.

2. Interactions alimentaires, anxiété et sensibilité maternelles

Comme nous l'avons vu précédemment, les mères de notre population de recherche ne présentent pas d'anxiété (sauf 2 cas particuliers).

Concernant leurs scores de sensibilité, ils sont élevés et illustrent le fait que les mères de notre échantillon sont sensibles et disponibles dans l'ensemble.

En ce qui concerne le lien entre anxiété maternelle et sensibilité maternelle (ou parentale dans l'échelle CIB), nous ne trouvons pas de corrélation significative (anxiété état, $r=0.01$ anxiété trait, $r=-0.18$, $p>0.05$; voir ANNEXE 8). **Une anxiété maternelle (STAI) élevée ne semble pas être liée à une sensibilité abaissée de la mère.**

Or si l'on s'intéresse au lien entre l'item anxiété parentale du CIB et de l'item de sensibilité maternelle (écrit **en rouge** dans le **Tableau 17**), on s'aperçoit que la corrélation est significative ($r=-0.32$, $p>0.05$). **Plus les scores d'anxiété parentale (CIB) sont élevés, plus les scores de sensibilité associés sont bas.** Ainsi l'on voit que plus une mère démontre de l'anxiété, dans le sens comportemental, expressif et physiquement observable du terme, mais surtout dans le cadre relationnel avec l'enfant, et moins elle apparaît sensible (également dans le même sens observable) aux signaux de son enfant.

Cela révèle encore une fois que d'une part chaque questionnaire/échelle mesure différentes dimensions en termes d'anxiété. Et d'autre part cela questionne sur la sensibilité évaluée par notre échelle et les conclusions interprétatives que nous pouvons effectivement faire à partir de nos résultats. Nous développerons cela dans la partie discussion de ce travail.

Au niveau des interactions alimentaires, dans l'ensemble (**Tableau 17**), les dyades ont une bonne qualité d'interactions. Les items positifs (ex : réciprocité dyadique, adaptation-régulation, sensibilité maternelle, engagement du bébé...) ont des scores moyens élevés (>4.19) et les scores aux items négatifs (ex : frein, intrusivité maternelle ...) sont bas (<1.21). Cela ne nous paraît pas étonnant car nous avons une population dont les bébés ne présentent pas de troubles alimentaires et donc l'on s'attendait à avoir pour l'ensemble des interactions qui se passent bien. **La population est homogène, avec des écart types peu importants (entre 0.26 et 0.65) pour les items globaux et composites.**

Par contre si l'on s'intéresse plus précisément aux items proprement alimentaires de l'échelle (dernière ligne du **Tableau 17**) nous voyons que, mis à part un très bon score d'efficacité alimentaire, les moyennes de distractibilité, indépendance et négociation sont plus hétérogènes au sein de la population, avec des moyennes avoisinant 2-2.5 avec des écart-types de 1-1.5 points (rappelons que les scores sont sur une échelle de 5 points).

Items globaux	Réciprocité Dyadique	Adaptation Régulation	Facilité	Frein	Tension	Interaction menée par la mère	Interaction menée par le bébé	
Moyenne	4.47	4.47	4.42	1.12	1.21	4.49	4.19	
Déviati on standard	0.55	0.57	0.59	0.35	0.56	0.52	0.65	
Composites	Sensibilité Maternelle	Intrusivité Maternelle	Pose de Limites	Engagement du bébé	Repli du bébé	Obéissance du bébé	Réciprocité Dyadique	Etats négatifs dyadiques
Moyenne	4.64	1.19	4.93	4.19	1.17	4.74	4.45	1.16
Déviati on standard	0.38	0.37	0.26	0.29	0.29	0.42	0.55	0.41
Items alimentaires	Distractibilité	Indépendance	Négociation	Efficacité alimentaire				
Moyenne	2.27	2.48	2.14	4.79				
Déviati on standard	1.09	1.51	1.23	0.51				

Tableau 17 : Moyennes et déviations standards des scores aux items globaux, composites et items alimentaires de la CIB.

Malgré une efficacité alimentaire très élevée pour l'ensemble des couples (moy = 4.79, d-s = 0.51), on s'aperçoit que les moyennes de distractibilité, indépendance et négociation se différencient en fonction de l'âge du bébé (voir Figure 12).

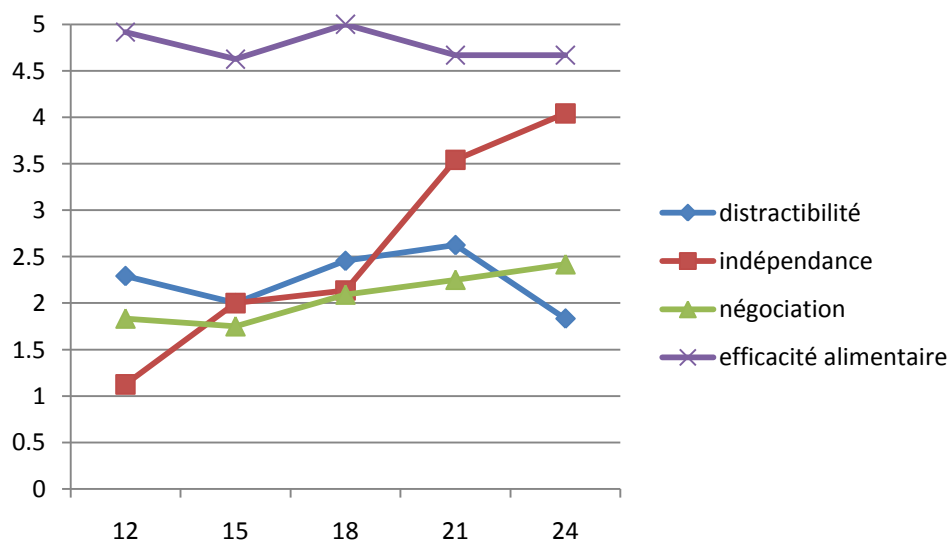


Figure 12 : Moyennes, par groupe d'âge, aux scores aux items alimentaires de la CIB.

En particulier, les scores d'indépendance augmentent clairement de 12 à 24 mois, ce qui est logique puisque l'indépendance est très liée à l'âge, plus le bébé grandit et plus il acquiert

de compétences et habiletés, prenant davantage d'initiatives par lui-même ainsi que davantage de confiance en lui pour se nourrir seul. Cela s'inscrit dans le développement global de l'enfant et de son accès à l'autonomie.

En effectuant des calculs d'Anova à facteur unique (**Tableau 18** et ANNEXE 14 pour l'ensemble des variables), afin de vérifier les différences significatives entre les moyennes selon le groupe d'âge, nous confirmons que **les scores d'indépendance augmentent significativement avec l'âge** (nous l'avons déjà abordé dans le point sur les effets de l'âge sur les scores de qualité des interactions), par contre les scores de négociation et de distractibilité ne sont pas significativement différents selon l'âge.

		Distractibilité	Indépendance	Négociation	Efficacité alimentaire
	p-value	0.336	0.00**	0.633	0.312
Age	12	2.29	1.13	1.83	4.92
	15	2.00	2.00	1.75	4.63
	18	2.45	2.14	2.09	5.00
	21	2.63	3.54	2.25	4.67
	24	1.83	4.04	2.42	4.77

Tableau 18 : Anova pour l'effet d'âge de l'enfant sur les scores des items alimentaires à l'échelle CIB.
* $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Maintenant considérons les effets de l'anxiété maternelle sur les scores de qualité de interactions alimentaires. Nous avons montré que notre population n'a pas de scores particulièrement élevés d'anxiété, cependant, et malgré un score « outlier » élevé, il existe une certaine variabilité entre les sujets. Nous tâcherons donc ici d'illustrer les effets de cette variabilité. En effet, **malgré des scores d'anxiété dans la norme, les différences de scores interindividuelles montrent un certain nombre de liens significatifs avec les scores de qualité des interactions alimentaires**, comme les corrélations décrites dans les **Tableau 19** à **Tableau 21** (pour les scores au STAI) et l'ANNEXE 13 (pour les scores à l'item d'anxiété parentale de l'échelle CIB), effets qui, pour la plupart, vont rester des tendances lorsque l'on fera les analyses sans le sujet au score élevé d'anxiété (outlier). Nous verrons cela au fur à mesure du déroulement de cette partie.

Nous constatons tout d'abord que l'anxiété trait a davantage de corrélations positives que l'anxiété état (4 effets significatifs pour l'anxiété trait, voir **Tableau 19**, contre 2 pour l'anxiété état, voir **Tableau 21**). **L'anxiété trait, comme caractéristique stable de la personnalité maternelle, aurait davantage d'effets significatifs sur la qualité des interactions alimentaires.** Une anxiété maternelle (trait) élevée, est associée à des vocalisations maternelles moins appropriées ($r = -0.31$, $p < 0.05$), une humeur dépressive de la mère ($r = 0.33$, $p < 0.05$), moins d'affects positifs ($r = -0.28$, $p < 0.05$) et moins de reconnaissance ($r = -0.31$, $p < 0.05$) de la part de la mère. Et d'autre part, une anxiété maternelle situationnelle (état) élevée est associée à davantage de négociation lors des repas ($r = 0.27$, $p < 0.05$) et des scores abaissés d'adaptation/régulation ($r = -0.28$, $p < 0.05$). Ceci rappelle les données issues de recherches précédentes montrant l'effet négatif de l'anxiété maternelle sur les interactions

avec leur enfant (Nicol-Harper et al. 2007 ; Kaitz et al. 2010 ; Kertz et al. 2008 ; Farrow & Blissett, 2005; Blissett et al. 2007).

Lorsque l'on observe l'ANNEXE 13 avec les liens entre les scores à l'item d'anxiété parentale et les scores de qualité d'interactions alimentaires au sein de l'échelle CIB, on retrouve beaucoup plus de corrélations significatives, et qui vont dans le même sens. On confirme ainsi les résultats exposés plus haut.

Qu'en est-il des effets des scores de sensibilité maternelle sur les scores de qualité d'interactions ? Pour rappel, notre population présente des scores de sensibilité très élevés et avec une faible variance inter individuelle. Néanmoins, nous vérifions si même de légères différences en termes de scores de sensibilité vont être liées à des modifications significatives de scores interactionnels.

*Remarque : le score de sensibilité maternelle étant un composite calculé à partir des scores de certains items de la CIB (voir descriptif p 115 de la méthode), nous avons pris soin de ne présenter ici que les corrélations entre les scores de sensibilité maternelle et les items de l'échelle autre que ceux utilisés pour ce calcul (cellules grisées dans le **Tableau 19**).*

Nous pouvons observer dans les **Tableau 19** à **Tableau 21** qu'à une sensibilité maternelle plus élevée sont associés des scores élevés aux items positifs (enfant, parentaux, dyadiques, composites et items alimentaires confondus) ainsi que des scores bas aux items négatifs de l'échelle CIB. Ainsi, **plus une mère est sensible aux signaux de son enfant lors des repas, plus l'interaction alimentaire qu'elle aura avec son enfant sera positive lors des repas, et inversement**. Par exemple, plus la mère sera sensible et plus l'efficacité alimentaire sera élevée ($r=0.30$), plus la réciprocité dyadique sera de bonne qualité ($r=0.38$), et moins d'états dyadiques négatifs seront observés ($r=-0.56$). Ceci rappelle la littérature existante sur le sujet, évoquant l'importance de la sensibilité maternelle comme qualité maternelle indéniable dans les interactions avec son enfant (entre autres Weiss et al. 2000 ; Hagekull et al. 1998).

Par contre il n'y a pas d'effet significatif observable dans notre population de la sensibilité maternelle sur les scores alimentaires de négociation, indépendance et distractibilité. Cela peut être dû aux écart-types importants observés pour ces scores (voir **Tableau 20**).

Nos résultats montrent que malgré une faible variabilité des scores interindividuels en termes de sensibilité maternelle, c'est une caractéristique qui semble avoir une forte influence sur la qualité des interactions mère-enfant, et ici particulièrement lors de la scène alimentaire.

Items parentaux de l'échelle CIB	STAI-ETAT	STAI-TRAIT	Sensibilité maternelle
Forçage	-0.02	0.00	-0.24
Domination/intrusivité	-0.02	-0.01	-0.10
Reconnaissance	-0.13	-0.31*	
Elaboration	0.01	-0.16	
Regard parental	-0.10	-0.20	
Affect positif parental	-0.09	-0.28*	
Humeur dépressive parentale	0.07	0.33**	-0.45**
Affect parental négatif	0.14	0.06	-0.25
Hostilité	0.16	0.06	-0.36**
Vocalisation appropriée	-0.10	-0.31*	
Anxiété parentale	-0.04	0.03	-0.32*
Choix approprié d'affect	0.01	-0.10	0.72**
Consistance du style	0.01	-0.05	0.47**
Ressources/Ingéniosité	0.05	-0.09	
On-task ressource	-0.04	-0.12	0.53**
Structure appropriée, pose de limites	-0.01	-0.05	0.33**
Eloges, compliments	0.09	-0.07	
Critiques	-0.03	-0.06	-0.12
Touchers affectueux	0.15	0.15	
Enthousiasme parental	-0.02	-0.05	0.67**
Présence soutenante	-0.05	-0.19	

Tableau 19 : Corrélations entre les scores d'anxiété maternelle (état et trait), les scores de sensibilité maternelle, et les scores de qualité des interactions alimentaires (avec la CIB) aux items de l'échelle parentale. Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Si l'on enlève la mère ayant des scores d'anxiété élevés, voir ANNEXE 15, l'on perd la significativité de toutes les corrélations entre anxiété trait et reconnaissance ($r = -0.25$), affect positif de la mère ($r = 0.24$), humeur dépressive parentale ($r = 0.24$) et enfin vocalisations appropriées maternelles ($r = -0.20$). Toutefois ces corrélations restent de fortes tendances. On s'aperçoit également que si l'on enlève le sujet outlier, toutes les corrélations entre sensibilité maternelle et items de l'échelle CIB sont maintenues, de plus, la corrélation avec l'item « affect parental négatif » devient significative.

Items de l'enfant à l'échelle CIB	STAI-ETAT	STAI-TRAIT	Sensibilité maternelle
Regard de l'enfant	-0.10	0.00	0.32*
Affect positif de l'enfant	-0.14	-0.25	0.28*
Emotion négative de l'enfant	0.09	0.01	-0.13
Repli, retrait	0.12	0.15	-0.45**
Affect labile	0.23	0.07	-0.19
Affection de l'enfant pour le parent	0.04	0.09	0.65**
Vigilance	-0.12	-0.14	0.29*
Fatigue	0.25	0.18	-0.30*
Vocalisation, productions verbales	0.13	-0.07	0.56**
Initiation de l'enfant	-0.01	-0.01	0.50**
Obéissance au parent	-0.14	-0.12	0.45**
Confiance dans l'aide du parent	-0.07	-0.08	0.52**
Persistance	-0.13	-0.12	0.33**
Évitement	0.13	0.07	-0.33**
Compétence à utiliser l'environnement	-0.10	0.04	0.41**

Tableau 20 : Corrélations entre les scores d'anxiété maternelle (état et trait), les scores de sensibilité maternelle, et les scores de qualité des interactions alimentaires (avec la CIB) aux items de l'échelle du bébé. Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Items des items dyadiques, des scores composites et des items alimentaires de l'échelle CIB	STAI-ETAT	STAI-TRAIT	Sensibilité maternelle
Réciprocité Dyadique	-0.24	-0.15	0.38**
Adaptation Régulation	-0.28*	-0.16	0.38**
Facilité	-0.16	-0.13	0.48**
Frein	0.06	0.22	-0.55**
Tension	0.12	0.09	-0.51**
Lorsque le parent dirige	-0.08	-0.09	0.40**
Lorsque l'enfant dirige	-0.08	-0.06	0.37**
Sensibilité parentale	0.01	-0.18	1.00
Intrusivité parentale	0.04	0.02	-0.34**
Pose de limites par le parent	-0.01	-0.08	0.50**
Engagement de l'enfant	-0.03	-0.07	0.62**
Repli de l'enfant	0.22	0.09	-0.31*
Obéissance de l'enfant	-0.14	-0.13	0.52**
Réciprocité Dyadique	-0.23	-0.15	0.43**
Etats négatifs dyadiques	0.10	0.16	-0.56**
Distractibilité	0.15	0.00	0.16
Indépendance	-0.18	-0.09	-0.01
Négociation	0.27*	0.21	0.02
Efficacité alimentaire	0.01	0.04	0.30*

Tableau 21 : Corrélations entre les scores d'anxiété maternelle (état et trait), les scores de sensibilité maternelle, et les scores de qualité des interactions alimentaires (avec la CIB) aux items de l'échelle dyadique, aux scores composites et aux items alimentaires. Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Si l'on enlève la mère ayant des scores d'anxiété élevés, voir ANNEXE 15, l'on perd la significativité de la corrélation entre anxiété état et scores de négociation ($r=0.25$) mais cela reste toutefois une forte tendance. Par contre l'on maintient la corrélation significative avec le score d'adaptation-régulation. De plus, la corrélation entre anxiété trait et le score à l'item frein passe d'une tendance à une corrélation significative ($r=0.26$).

De manière globale, sans le sujet outlier, les corrélations avec les scores de sensibilité restent les mêmes ou bien deviennent des tendances.

En ce qui concerne la qualité des interactions alimentaires évaluée par l'échelle de Chatoor (voir ANNEXE 10 pour les résultats par item, et **Tableau 22** pour résultats par item global), nous voyons que les scores de réciprocité dyadique sont élevés et très homogènes. Les scores de parole et distraction et de non contingence maternelle sont également bien homogènes. **La population de notre étude montre une bonne qualité interactionnelle durant l'alimentation, comme avec l'échelle CIB.** Par contre, on peut noter une certaine hétérogénéité qui semble apparaître pour les scores de conflit dyadique et de lutte pour le contrôle, avec des déviations standards assez élevées compte tenu du score moyen. Ainsi ces deux scores sont très dépendants des sujets, **il ne semble pas y avoir de tendance générale de la population en terme de conflit dyadique ou de lutte pour le contrôle.**

Scores globaux à l'échelle de Chatoor	Réciprocité Dyadique	Conflit Dyadique	Parole et Distraction	Lutte pour le contrôle	Non contingence maternelle
Moyenne	33.31	3.95	4.69	1.25	0.29
Dev. stand.	3.29	3.69	1.56	1.38	0.92
Min	26.14	-0.88	1.03	-0.91	-1.05
Max	40.14	15.12	8.09	6.09	5.95

Tableau 22 : Moyennes, déviations standards, minimums et maximums des scores (ajustés en âge et sexe de l'enfant) aux items globaux de l'échelle de Chatoor pour l'ensemble de la population de recherche.

Nous voyons au **Tableau 23** que l'ensemble des moyennes de notre population aux items globaux de l'échelle de Chatoor sont comparables à ceux décrits par Chatoor (1998) en fonction de l'âge de l'enfant. Mis à part les scores de non contingence maternelle et de conflit dyadique qui paraissent plus bas.

Age de l'enfant		Réciprocité dyadique	Conflit dyadique	Paroles et distraction	Lutte pour le contrôle	Non contingence maternelle
12 mois	Moy	33.17	3.92	4.08	2.08	0.83
	DS	1.40	2.81	1.78	1.73	1.99
15 mois	Moy	34.58	4.08	4.25	0.83	0.17
	DS	3.87	5.18	1.60	1.03	0.39
18 mois	Moy	34.73	4.36	5.18	0.91	0
	DS	3.98	3.41	2.27	1.04	0
21 mois	Moy	34.08	3.08	4.92	0.75	0.25
	DS	3.60	3.87	1.62	0.87	0.62
24 mois	Moy	30.08	4.33	5.08	1.67	0.17
	DS	4.42	4.29	1.88	2.19	0.58
NORMES SELON CHATOOR (1998)						
12.1 à 18 mois	Moy	33.7	4.4	5.2	2.8	1.4
	DS	5.1	3.7	2.2	2.4	1.4
18.1 à 24 mois	Moy	36	2.4	6.2	1.6	0.8
	DS	5.6	3	2.3	1.8	1.1

Tableau 23 : Moyennes et déviations standards des scores (ajustés en âge et sexe de l'enfant) aux items globaux de l'échelle de Chatoor par âge et normes publiées par Chatoor (1998).

Si l'on s'intéresse désormais aux corrélations entre les scores d'anxiété, de sensibilité maternelle et les scores de l'échelle de Chatoor (voir **Tableau 24** pour les scores globaux, et ANNEXE 11 pour les corrélations avec les scores à tous les items de l'échelle de Chatoor), l'on voit **qu'un score élevé d'anxiété état à un effet négatif sur la réciprocité dyadique et un effet positif sur le conflit dyadique. L'anxiété trait a un effet significatif également sur le score de réciprocité dyadique mais pas sur le conflit dyadique.** Nous voyons dans l'ANNEXE 11 que l'anxiété état est associée à des scores plus bas d'initiation de l'enfant, et d'évitement du regard. L'anxiété état est aussi associée à des scores moins élevés de tristesse et détachement de la mère mais à davantage de colère maternelle et de détresse de l'enfant. L'enfant aura également tendance à se raidir lorsque sa mère le touchera, la mère aura des scores de manipulation abrupte plus élevés et l'enfant aura tendance à être distrait. L'anxiété trait quant à elle est reliée à des scores plus bas de plaisir, joie, tristesse, détachement de la mère ainsi que de joie et de vocalises de l'enfant. Par contre les scores élevés d'anxiété trait sont corrélés à des scores plus élevés de positionnement de l'enfant pour l'échange, de détresse et de colère de la mère, ainsi que de manipulation abrupte et excessive de son enfant. L'enfant quant à lui se raidit davantage lorsque sa mère le touche.

Enfin, un score élevé de sensibilité maternelle est positivement corrélé avec le score de réciprocité dyadique. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus avec l'échelle CIB, **l'anxiété a un effet négatif sur la qualité des interactions des mères avec leur bébé lors de l'alimentation alors que la sensibilité a un effet positif.**

Scores globaux à l'échelle de Chatoor	Anxiété ETAT (STAI)	Anxiété TRAIT (STAI)	Sensibilité maternelle (CIB)
Réciprocité Dyadique	-0.30*	-0.50**	0.30*
Conflit Dyadique	0.27*	0.19	-0.12
Parole et Distraction	0.18	-0.02	0.08
Lutte pour le Contrôle	0.11	0.16	-0.19
Non contingence maternelle	0.23	0.18	-0.13

Tableau 24 : Corrélations entre les scores d'anxiété maternelle (état et trait), les scores de sensibilité maternelle, et les scores globaux de qualité des interactions alimentaires à l'échelle de Chatoor. Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Si l'on retire la mère ayant des scores d'anxiété élevés (voir ANNEXE 16), on conserve les corrélations entre anxiété trait et réciprocité dyadique ainsi qu'entre sensibilité maternelle et réciprocité dyadique, par contre l'on perd la significativité de la corrélation entre anxiété état et réciprocité dyadique ($r = -0.25$) ainsi qu'avec le score de conflit dyadique ($r = 0.24$). Nous conservons tout de même toujours des tendances de ces effets de l'anxiété sur les scores de qualité des interactions alimentaires.

Par contre, le retrait de la mère qui a des scores élevés d'anxiété ne change rien aux corrélations entre les scores de sensibilité maternelle et les scores de qualité d'interactions alimentaires, sauf la corrélation avec les affects parentaux négatifs qui devient alors significative ($r = -0.26$).

Conclusion:

Notre population, malgré de faibles scores d'anxiété, de forts scores de sensibilité, et une variabilité modérée de ces scores, présentent des liens significatifs de ces deux caractéristiques avec la qualité de leurs interactions alimentaires avec leur enfant. L'anxiété aurait un effet négatif tandis que la sensibilité aurait un effet positif sur les interactions entre mère et bébé.

Nos résultats avec ou sans le sujet aux scores d'anxiété extrêmes ne diffèrent pas énormément (significativement) ainsi nous considérerons notre population au total pour toutes nos analyses par la suite.

3. Interactions alimentaires et caractéristiques individuelles de la mère et du bébé

Pour rappel, nous nous intéressons ici à l'influence des caractéristiques des individus de la dyade (âge, sexe, niveau de développement psychomoteur et tempérament du bébé, niveau d'anxiété trait de la mère et scores de santé globale) sur les composantes et la qualité des interactions dans l'alimentation en termes de :

- durée de repas,
- nombre de refus de cuillères,
- items de l'échelle CIB et de l'échelle de Chatoor

Tout d'abord, au niveau descriptif, nous pouvons voir dans le **Tableau 25** ci-dessous, qu'au repas adaptatif V1, auquel on s'intéresse ici, la durée des repas de notre population est d'en moyenne 830 secondes soit environ 14 minutes, et les bébés ont refusé 8,69% des cuillérées proposées durant le repas. Nous remarquons que lors de ce premier repas, un enfant a refusé la totalité des cuillères présentées. Il s'agit du seul sujet pour lequel le premier repas fût difficile, nous aborderons ceci dans la partie discussion (à noter que ce n'est pas le même qui refusera également toutes les cuillères au repas V2). Le taux de refus de cuillères peut être de 0 à 100% selon l'enfant, ceci nous renvoie à ce que, entre autres, Le Heuzey (2002, 2007) et Lindberg et al. (1991) énonçaient concernant la proportion de parents qui se plaignent beaucoup des refus de leurs enfants.

Repas	Durée du repas (en sec)		Refus de cuillères (en %)	
	V1	V2	V1	V2
Moyenne	830.17	890.88	8.69	17.12
Dev. stand.	259.39	350.09	18.50	18.41
Min	300	291	0	0
Max	1540	2075	100	100

Tableau 25 : Durée de repas et pourcentage de refus lors des repas adaptatif (V1) et test (V2).

Si l'on s'intéresse aux corrélations entre la durée, le pourcentage de refus à V1 et les variables individuelles, on s'aperçoit dans le **Tableau 26** que **l'âge de la mère, du père, le nombre d'enfants dans la fratrie et la place du bébé de l'étude dans cette fratrie sont positivement corrélés avec la durée du repas.**

Variables Indépendantes	Age mère	Age père	Nombre de bébés	Place dans la fratrie	Tempérament du bébé seuil de sensibilité
Durée du repas (en sec)	-0.38**	-0.27*	-0.33**	-0.33**	-0.34**
Cuillères Refusées (en %)	-0.16	-0.17	-0.03	-0.09	0.19

Tableau 26 : Corrélations significatives entre la durée du repas (en sec), le pourcentage de cuillères refusées durant le repas, et certaines variables indépendantes. Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Plus les parents sont âgés, ont d'enfants et plus l'enfant est dans les derniers de la fratrie, moins le repas est long. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que dans ces familles où les enfants sont nombreux, le temps consacré au repas est plus court. Cela nous rappelle plusieurs mères qui ont justement eu tendance à dire lors des repas de l'étude que, avec tout ce qu'il y a à faire à la maison, à s'occuper des différents enfants : « quand c'est le moment de manger... on mange ». La majorité des mères ayant 2 enfants ou plus, lorsqu'on leur demandait combien de temps elles prenaient pour faire manger leur petit, tout âge confondu, disaient entre 15 et 20 minutes. Et nous voyons bien dans le **Tableau 25** que le temps de repas moyen des dyades au repas V1 (adaptatif) est de 14 min environ, avec une majorité des dyades entre 9 et 15 minutes environ.

Nos résultats dans le **Tableau 26** montrent également que le tempérament du bébé, en termes de seuil de sensibilité, est positivement corrélé avec la durée du repas. Un enfant ayant un seuil de sensibilité bas⁴¹ (c'est-à-dire nécessitant une faible stimulation pour évoquer une réaction comportementale) va prendre moins de temps pour manger. On peut se demander pourquoi ? Un enfant dont le seuil de sensibilité est bas va-t-il percevoir la faim de façon plus intense et manger plus rapidement afin de se rassasier ? Nous ne pouvons que laisser la question ouverte, nos données ne permettant pas d'y répondre.

Toutes les autres variables n'ont pas de corrélations significatives avérées (cf ANNEXE 17). Nous avons montré l'effet de l'anxiété et de la sensibilité maternelle sur les scores de qualité des interactions mais il apparaît que ces caractéristiques maternelles ne soient pas liées à la durée ni au pourcentage de refus lors du repas V1. Et l'on s'aperçoit d'ailleurs qu'aucune variable n'est corrélée avec le pourcentage de refus de cuillère durant le repas. Le nombre de refus pas l'enfant pendant ce repas ne serait pas lié aux caractéristiques de la mère ni de l'enfant.

Si nous regardons maintenant les corrélations entre la durée des repas, le pourcentage de refus et les scores de qualité des interactions alimentaires (**Tableau 27** où sont uniquement indiquées les corrélations significatives à $p < 0.05$ et $p < 0.01$; et voir ANNEXE 17 pour l'ensemble des corrélations), on s'aperçoit **qu'un long repas est lié à l'humeur dépressive et l'anxiété de la mère**, un positionnement (fait par la mère) du bébé qui ne permet pas l'échange avec sa mère, davantage de distraction permise au bébé pendant le repas, plus de préoccupation particulière de la mère concernant la propreté et le rangement et le bébé qui garde davantage la nourriture en bouche.

Le nombre de refus de cuillères présentées quant à lui est lié à :

- un score élevé d'intrusivité et d'anxiété maternelle,
- davantage de comportement de repli du bébé,
- un score élevé de tension et de frein dans l'interaction,
- des états négatifs dyadiques
- un score élevé de négociation lors de l'interaction alimentaire.

⁴¹ Pour rappel, un score élevé aux échelles du Toddler Temperament Scale désigne l'aspect négatif de la dimension.

- un score élevé de conflit dyadique,
- davantage de paroles et de distractions,
- un score élevé de refus du bébé d'ouvrir la bouche,
- davantage de comportements de détournement de la nourriture par l'enfant et de pleurs quand la nourriture lui est proposée.
- davantage de colère du bébé,
- un score élevé de la mère qui dit quoi faire, quand manger, etc. à son enfant
- davantage de comportements où le bébé garde en bouche la nourriture et/ou recrache.

Ces résultats montrent **qu'une durée de repas allongée ainsi qu'un pourcentage plus élevé de refus de cuillères durant le repas sont significativement corrélés avec des scores élevés aux items négatifs des échelles d'interactions alimentaires et des scores peu élevés aux items positifs de ces échelles.**

Bien que non corrélés avec les caractéristiques individuelles (par exemple l'anxiété maternelle à la STAI), la durée et le pourcentage de refus des repas sont significativement corrélés avec la qualité des interactions alimentaires entre mère et enfant.

Items des échelles CIB (en orange) et Chatoor (en bleu)	Durée du repas (en sec)	Cuillères Refusées (%)
Domination/intrusivité	0.02	0.56**
Affect positif parental	0.01	-0.28*
Humeur dépressive parentale	0.32*	-0.12
Anxiété parentale	0.34**	0.54**
Consistance du style	-0.05	-0.32*
Ressources/Ingéniosité	-0.15	-0.28*
On-task ressource	0.07	-0.49**
Structure appropriée, pose de limites	-0.01	-0.54**
Regard de l'enfant	-0.11	-0.35**
Repli, retrait (i)	0.06	0.37**
Vocalisation, productions verbales	-0.07	-0.33**
Initiation de l'enfant	-0.07	-0.32*
Obéissance au parent (i)	-0.12	-0.25*
Confiance dans l'aide du parent	-0.03	-0.32*
Persistance	0.09	-0.36**
Réciprocité Dyadique (i)	-0.08	-0.49**
Adaptation Régulation	-0.13	-0.45**
Facilité	-0.11	-0.41**
Frein	0.04	0.29*
Tension	0.05	0.36**
Lorsque l'enfant dirige	-0.18	-0.28*
Intrusivité parentale	0.15	0.39**
Pose de limites par le parent	0.00	-0.50**
Engagement de l'enfant	-0.15	-0.30*
Repli de l'enfant (c)	0.01	0.26*
Obéissance de l'enfant (c)	-0.05	-0.35**
Réciprocité Dyadique (c)	-0.11	-0.46**
Etats négatifs dyadiques	0.05	0.35**
Indépendance	-0.10	-0.34**
Négociation	0.05	0.26*
Efficacité alimentaire	-0.04	-0.35**
Mère positionne l'enfant pour échange	-0.27*	-0.26*
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	-0.10	0.46**
Enfant se détourne de la nourriture	0.00	0.48**
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.03	0.41**
Enfant semble en colère	0.18	0.31*
Conflit Dyadique	0.04	0.32*
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.36**	0.15
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	-0.06	0.28*
Paroles et distraction	0.24	0.26*
Mère semble concernée par le désordre	0.26*	0.08
Enfant garde la nourriture en bouche	0.28*	0.42**
Enfant recrache la nourriture	0.16	0.51**

Tableau 27 : Corrélations significatives entre la durée du repas (en sec), le pourcentage de cuillères refusées durant le repas, et les scores de qualité des interactions alimentaires aux items de l'échelle CIB et Chatoor. Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Si l'on regarde maintenant les corrélations entre les variables maternelles et du bébé avec les scores à l'échelle CIB (voir ANNEXE 8), nous trouvons de nombreuses corrélations significatives.

D'une part, nous pouvons voir que les scores des enfants à l'échelle de Griffiths concernant le développement du langage sont liés à beaucoup de scores de qualité des interactions lors de ce repas V1 (pour rappel, ces données ont bien été ajustées en âge). Si l'on s'attarde sur le **Tableau 28** qui rapporte ces résultats, **plus le score de l'enfant va être élevé à cette échelle de langage, plus l'efficacité alimentaire durant ce repas sera élevée**, plus les scores aux items parentaux, de l'enfant, dyadiques et composites à l'échelle CIB seront élevés et inversement pour les items négatifs. On notera que le score de langage est corrélé significativement à tous les items dyadiques et les items composites de l'échelle comme noté dans le **Tableau 28** ci-dessous.

	Griffiths-échelle langage
Items dyadiques	
Réciprocité Dyadique	0.35**
Adaptation Régulation	0.30*
Facilité	0.34**
Frein	-0.35**
Tension	-0.43**
Composites	
Sensibilité parentale	0.34**
Intrusivité parentale	-0.44**
Pose de limites par le parent	0.26*
Engagement de l'enfant	0.31*
Repli de l'enfant	-0.28*
Obéissance de l'enfant	0.28*
Réciprocité Dyadique	0.34**
Etats négatifs dyadiques	-0.42**

Tableau 28 : Corrélations significatives l'échelle de langage au Griffiths et les scores de qualité des interactions alimentaires aux items dyadiques et composites de l'échelle CIB. Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Plus l'enfant a un score élevé en langage, plus les interactions avec sa mère vont être positives et plus les scores de « qualités » maternelles et de l'enfant (sensibilité parentale, engagement de l'enfant etc.) vont également être élevées. **Ainsi le niveau de développement du langage est lié à une bonne qualité d'interactions lors des repas entre la mère et son enfant.**

On remarquera par ailleurs les corrélations entre les scores de performance cognitives à l'échelle de Griffiths avec certains items de la CIB (voir **Tableau 29** ci-dessous).

	Griffiths-échelle performance
Affect parental négatif	-0.31*
Hostilité	-0.26*
Critiques	-0.34**
Enthousiasme parental	0.27*
Affect positif de l'enfant	0.28*
Persistance	0.40**
Réciprocité Dyadique (i)	0.32*
Facilité	0.32*
Tension	-0.30*
Lorsque le parent dirige	0.32*
Lorsque l'enfant dirige	0.32*
Intrusivité parentale	-0.32*
Obéissance de l'enfant	0.26*
Réciprocité Dyadique (c)	0.28*
Etats négatifs dyadiques	-0.29*

Tableau 29 : Corrélations significatives l'échelle de langage au Griffiths et les scores de qualité des interactions alimentaires aux items dyadiques et composites de l'échelle CIB ((i) indique item et (c) indique composite). Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Des scores élevés en performance cognitive aux échelles de Griffiths sont significativement et positivement corrélées aux items d'enthousiasme parental, d'affect positif de l'enfant, de persistance de l'enfant, alors qu'ils sont corrélés négativement aux scores d'affect négatif parental, d'hostilité parentale et de critiques. Au global, **de hauts scores en performance cognitive sont reliés à une meilleure réciprocité dyadique**. On remarquera aussi que ce score de performance cognitive est l'un des rares significativement lié à la qualité des interactions « lorsque le parent mène » et « lorsque l'enfant mène » l'interaction (tous deux à un $r=0.32$, $p < 0.05$). Ainsi de hauts scores de performance cognitive sont liés à de hautes qualités d'interactions que ce soit lorsque c'est la mère ou le bébé qui mène l'interaction durant le repas V1.

On observe aussi que les scores au GHQ-28 de symptômes somatiques (**Tableau 30**) sont significativement corrélés à un certain nombre d'items de l'échelle CIB.

	GHQ-symptômes somatiques
Domination/intrusivité	0.28*
Affect positif parental	0.28*
Choix approprié d'affect	0.27*
Critiques	-0.26*
Présence soutenante	0.26*
Regard de l'enfant	0.25*
Affect positif de l'enfant	0.28*
Repli, retrait (i)	-0.25*
Affection de l'enfant pour le parent	0.33**
Confiance dans l'aide du parent	0.30*
Persistance	0.31*
Evitement	-0.35**
Lorsque le parent dirige l'interaction	0.26*
Engagement de l'enfant	0.30*
Repli de l'enfant (c)	-0.29*
Obéissance de l'enfant	0.31*

Tableau 30 : Corrélations significatives entre les scores de l'échelle de symptômes somatiques au GHQ-28 et les scores de qualité des interactions de l'échelle CIB ((i) indique item et (c) indique composite). Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Un score élevé de symptômes somatiques est corrélé significativement à davantage de domination maternelle, mais toutes les autres corrélations vont dans le sens d'une bonne qualité interactionnelle entre mère et enfant pendant le repas. Ainsi, **les mères ayant des scores élevés de symptômes somatiques (pour rappel, 5% de notre échantillon) auraient une bonne qualité d'interactions alimentaires avec leur enfant mais auraient une tendance plus forte à la domination et l'intrusivité lors du repas V1.**

Les scores de dépression sévère du GHQ-28 sont, comme attendu, significativement corrélés avec l'item d'humeur dépressive de l'échelle CIB ($r=0.25$). **De plus, un score élevé de dépression est significativement négativement corrélé au score à l'item de vocalisation appropriée maternelle** ($r=-0.26$), ce qui n'est pas sans rappeler les données que nous avons abordées en partie théorique sur l'effet de la dépression maternelle sur les modalités d'interactions avec son enfant (Tourette et al. 2000 ; Reissland et al. 2003 etc.)

La dimension dysfonctionnement social du GHQ-28 est reliée significativement à 4 items de qualité des interactions de l'échelle CIB : davantage de forçage, d'émotions négatives du bébé, et de négociation lors du repas, mais aussi des scores plus élevés de vocalisations de l'enfant vers sa mère.

Des scores élevés en anxiété et insomnie au GHQ-28 vont être liés significativement à des scores plus élevés d'éloges, d'affection du bébé pour sa mère, et des scores moins élevés de comportements d'évitement par l'enfant. Ces résultats sont quelque peu contradictoires avec ce que nous attendions. En effet, nous pouvions penser qu'une mère anxieuse aurait des

comportements interactionnels avec son bébé qui démontreraient une qualité plus basse d'interactions. Or ici nous voyons que **plus la mère a un score élevé d'anxiété et d'insomnie, plus elle va encourager et « féliciter » son enfant, plus l'enfant semblera enclin et ouvert à l'interaction** (moins de repli et davantage d'expression de son affection pour sa mère).

Remarque : si l'on enlève la mère qui a un score élevé de dépression sévère au GHQ-28, on perd alors trois corrélations significatives (voir ANNEXE 15) : entre les scores de symptômes somatiques et les scores à l'item du regard de l'enfant (qui reste cependant une tendance à $r=0.26$, $p>0.05$), entre les scores de dysfonctionnement social et de vocalisations de l'enfant, et enfin entre les scores de dépression sévère et de vocalisation appropriée de la mère (ces deux dernières disparaissent complètement).

Au niveau des scores de tempérament, nous observons que la dimension d'activité est très corrélée avec la qualité des interactions mère-bébé durant le repas V1. En effet, un score élevé à cette dimension, c'est-à-dire lorsque l'enfant est par nature très actif, est significativement corrélé à des scores moins élevés de forçage et de domination maternelles, une meilleure consistance du style et une structure appropriée apportés par la mère lors du repas, moins d'émotions négatives chez l'enfant mais davantage d'initiations. Enfin, au niveau dyadique, un score élevé d'activité de l'enfant va être corrélé à moins de frein et d'états négatifs dyadiques dans l'interaction, davantage de pose de limites et une meilleure efficacité alimentaire. Ainsi, **la dimension activité du tempérament de l'enfant semble être particulièrement reliée à la qualité de ses interactions alimentaires avec sa mère**. Un enfant actif initiera davantage d'interactions avec sa mère et favorisera ainsi la communication avec celle-ci.

La dimension rythmicité quant à elle est associée significativement à davantage de repli de l'enfant parallèlement à une baisse de la consistance du style maternel, de la pose de limite ainsi que de la persistance du bébé. On voit donc ici **l'effet négatif d'une irrégularité des rythmes de vie de l'enfant sur ses interactions avec sa mère**. Selon ce résultat, un enfant qui a des rythmes de sommeil ou bien d'alimentation peu réguliers sera moins ouvert à l'interaction mais de plus, sa mère sera moins consistante également dans ses comportements interactifs et en particulier dans le positionnement d'un cadre défini et clair au sein duquel l'alimentation peut avoir lieu.

Par ailleurs, la dimension d'approche-repli de l'échelle de tempérament est reliée à des scores moins élevés de présence soutenance maternelle, de distractibilité du bébé et de négociation mais davantage d'obéissance au parent durant l'alimentation. Cela suggère que **l'enfant qui a tendance à se replier sur lui-même est sujet à peu de soutien de la part de sa mère mais en même temps est très focalisé sur l'activité de repas** et nous pourrions dire « file droit », obéit et ne conteste rien.

Un enfant qui est peu adaptable va également montrer des scores élevés d'obéissance à sa mère lors des repas, il montrera moins d'émotions négatives et sa mère aura moins tendance à le forcer lors des interactions. Mais il est surprenant de voir que plus le score d'un enfant est élevé à la dimension d'adaptabilité (c'est à dire moins il est adaptable) et plus son score d'efficacité alimentaire sera élevé également.

Plus le score de l'enfant à la dimension intensité du tempérament est élevé, c'est-à-dire plus il aura tendance à réagir fortement de manière générale, et plus la mère aura un score élevé de toucher affectueux.

Si le bébé est distractible par nature, plus le score de distractibilité sera élevé lors du repas, cela paraît évident, mais on s'aperçoit que **la mère aura moins de comportements de domination-intrusivité, mais plus elle fera preuve d'élaboration lors des interactions alimentaire**. De plus, le style maternel aura tendance à être plus consistant, les limites et structures bien définies. On peut penser que la distractibilité du bébé porte la mère à encadrer davantage son enfant, à l'occuper ou rediriger son attention afin que le repas se passe correctement c'est-à-dire afin que l'enfant mange son assiette. Cela peut supposer que la mère atteste d'ingéniosité et d'imagination afin d'utiliser les distractions de son enfant pour le mener à interagir tout en mangeant. Pour exemple, nous pouvons évoquer les mères qui souvent profitent d'une inattention de l'enfant, d'une distraction de celui-ci, comme par exemple lorsqu'il montre à plusieurs reprises un objet ou pose beaucoup de questions à sa mère, pour élaborer autour de cette distraction et en faire le support de l'activité alimentaire. Les enfants qui sont à première vue distraits par leur environnement (quel que soit leur âge) vont alors, tout en continuant d'explorer ou de communiquer sur diverses matières, vont ouvrir la bouche et manger de façon régulière et efficace.

Cependant, nous trouvons avec étonnement que **le score de persistance du bébé est négativement corrélé avec le score de distractibilité pendant le repas**. Cela veut dire que moins l'enfant est persistant, a une courte durée d'attention (score élevé à la dimension de persistance) et moins le score de distractibilité est élevé durant le repas. Nous aurions pensé le contraire, un enfant qui ne peut pas rester attentif très longtemps sur une activité va être facilement distrait.

Enfin, **plus un enfant va avoir un seuil de sensibilité bas, c'est-à-dire des réactions à des stimuli de faible intensité, moins la mère fera preuve d'élaboration et moins l'enfant sera vigilant ou « réveillé » lors du repas**.

En ce qui concerne les autres variables indépendantes, nous observons que **l'âge du père a un certain nombre de liens significatifs avec la qualité des interactions alimentaires**. Il semblerait que plus le père est âgé, et plus l'interaction avec la mère contient de composantes négatives : des scores plus bas de pose de limites, de toucher affectueux, d'enthousiasme, de confiance de l'enfant envers sa mère, et de compétence à utiliser l'environnement. De plus, le score de frein de l'interaction est plus élevé lorsque le père est plus âgé. Ceci questionne quand au rôle de ce père, absent lors de l'étude mais bien présent à la maison. Lui aussi, et il serait inopportun de l'oublier, a sa place et son importance dans l'éducation de son enfant et dans le développement des capacités interactionnelles de ce dernier. Bien qu'encore peu d'études portent sur les interactions père-enfant, il n'en est pas moins crucial de considérer son influence relative.

Notons que pour 2 des dyades, le père a souhaité assister au repas V1. Malgré cela, les scores démontrés par les 2 dyades aux échelles d'interactions alimentaires ne sont pas ressorties comme significativement différentes du reste de l'échantillon.

Par ailleurs, **le nombre d'enfants dans la fratrie ainsi que la place de l'enfant au sein de cette fratrie sont liés significativement au score d'indépendance de l'enfant lors du repas.** En effet, plus il y a d'enfants dans la famille, et si l'enfant est dans les derniers, il aura tendance à être davantage « débrouillard », « dégourdi » ou encore autonome comme nous avons entendu dire les mères. Ces dernières relatent avec clarté à quel point les petits derniers, parce qu'il faut suivre le reste de la famille, sont poussés à l'indépendance le plus tôt possible. Cela s'observerait alors également lors de l'activité alimentaire où l'enfant s'autonomise plus vite afin de partager le repas familial.

Un cas particulier dans ce jeu de corrélations attire notre attention : nous relevons que **plus l'enfant est actuellement, c'est-à-dire au moment de l'étude, grand (en taille) et plus les scores de critiques maternelles et de négociation lors du repas sont bas.** Que peut-on penser de cela ? Un enfant plus grand en taille serait moins critiqué par sa mère et aurait moins d'occasions de négocier lors des repas ?

Pour finir sur les corrélations avec l'échelle CIB, **nous obtenons un certain nombre de corrélations intéressantes concernant le lien entre le poids de naissance et les scores aux items de qualité des interactions alimentaires.** On observe que plus l'enfant a eu un poids de naissance élevé, moins la mère a de comportements de domination-intrusivité, d'hostilité ou d'anxiété, et plus elle démontre d'affects positifs. Le bébé quant à lui fait preuve d'une bonne qualité de regards, d'affects positifs et moins d'affects négatifs, de davantage d'obéissance à sa mère et d'engagement dans l'interaction (accompagné de score plus bas de repli). L'efficacité alimentaire ainsi que la qualité des interactions sont significativement plus élevées lorsque l'enfant est né avec un poids élevé. Ce résultat nous renvoie à l'image historique du bébé potelé, telle l'image sainte des petits chérubins bien en chair et aux joues rosées, synonymes de santé et de joie de vivre.

Si l'on s'intéresse maintenant aux mêmes corrélations mais avec les items de l'échelle de Chatoor (voir ANNEXE 11), nous retrouvons, dans l'ensemble moins de corrélations significatives, qui vont cependant globalement dans le même sens que ce que nous avons décrit avec l'échelle CIB.

Nous retrouvons tout d'abord le lien significatif entre des scores élevés à l'échelle de langage de Griffiths et des scores élevés d'initiation et de vocalisations de la part de l'enfant, ceci s'accompagne de scores plus bas de détresse maternelle ainsi que de toucher abrupte par la mère.

On retrouve également des corrélations significatives positives entre le score de performance cognitive et les scores de plaisir démontré par la mère lors du repas, les scores de sourire de l'enfant à sa mère, et de réciprocité dyadique. Mais l'on voit également que plus l'enfant a des scores élevés de performance et plus la mère prend son enfant de façon raide, plus l'enfant l'évite du regard, se détourne de la nourriture et moins la mère distrait ou laisse l'occasion à l'enfant de se distraire.

Toutefois, un certain nombre d'incompréhensions s'installent parmi ces résultats, ou tout du moins quelques données nous interloquent. Par exemple, nous relevons que plus le score de l'échelle personnelle et sociale est élevé pour l'enfant, plus il aura tendance à s'arc-bouter à l'approche de la nourriture, et moins sa mère fera de remarques positives à son sujet.

Au niveau de l'échelle GHQ-28, nous observons que les scores de symptômes somatiques sont reliés à des scores de mère paraissant détachée, qui permettent moins la distraction à leur enfant et l'enfant qui s'arc-boute davantage quand la nourriture lui est présentée. Les scores d'anxiété et d'insomnie des mères sont significativement corrélés avec un score élevé de positionnement de l'enfant pour l'échange. Enfin, les dimensions de dysfonctionnement social et de dépression sévère sont respectivement associées à davantage de conflit dyadique et des scores plus bas de réciprocité dyadique. Des scores élevés de dysfonctionnement social sont reliés à des scores plus bas d'attente par la mère des initiations de son enfant, d'expression de joie de l'enfant, mais davantage de remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant, davantage de colère maternelle ainsi qu'une tendance à la manipulation excessive de l'enfant. En outre, l'enfant aura davantage tendance à se raidir lorsque sa mère le touche, paraîtra davantage en détresse et en colère. Par contre, la mère se montrera moins détachée.

En ce qui concerne les scores de dépression sévère, s'ils sont élevés, les scores des mères démontrent moins de joie, mais peu de tristesse aussi, et moins de détachement, alors que davantage de détresse et de colère. Du côté de l'enfant, il évite moins le regard de sa mère, mais se raidit lorsqu'elle le touche (les scores de toucher abrupte et de manipulation excessive de la mère étant également plus élevés). Nous pouvons noter ici que **l'influence de la dépression sévère ressort ici, au sein de l'échelle de Chatoor, davantage en termes de toucher maternel qui serait peu adapté, excessif, intrusif ou abrupte que dans les résultats avec les items de l'échelle CIB**. Nous revenons ici à l'étude d'Herrera et al. (2004) qui a montré que les mères déprimées, pour palier le manque de communication verbale et émotionnelle avec leur enfant, surstimulaient ces derniers au niveau tactile.

Nous pouvons relever ici que **les corrélations entre la qualité des interactions alimentaires et les scores de dépression sévère, de dysfonctionnement social et d'anxiété (état et trait) sont de patterns très similaires**. Cela laisse à penser qu'il s'agit là de l'effet d'une dyade, dont la mère a des scores élevés à ces deux ou plus de ces trois dimensions. En effet, si l'on retire ce sujet des analyses (voir ANNEXE 16) 10 corrélations disparaissent au total, et 14 se transforment en tendance ($0.05 > p > 0.08$). L'effet de ce sujet « outlier » est donc réel sur les données de l'échelle de Chatoor (plus que sur l'échelle CIB, voir ANNEXE 15). Toutefois, les tendances de la population sans ce sujet demeurent dans le même sens.

Passons désormais aux scores de tempérament du bébé et leur lien avec les scores de qualité des interactions alimentaires. Lorsque les enfants ont des scores d'activité élevés, les mères font moins de remarques négatives à leur sujet, mais ont des scores de détresse plus élevés ainsi que de toucher abrupte.

Lorsque les enfants ont des scores de rythmicité élevés, les mères font moins de remarques positives sur leur façon de manger.

Lorsque les enfants ont tendance à se replier en réponse à de nouvelles personnes ou stimuli, ils montrent des scores plus élevés de pleurs lorsque la nourriture leur est enlevée. De même lorsque les enfants ont des scores élevés d'adaptabilité, et ils ont également tendance à davantage regarder leur mère.

Les bébés qui ont un score d'intensité élevé sourient également moins à leur mère lors des repas.

Les scores de persistance de l'enfant sont significativement liés à davantage de comportements de raideur de l'enfant lorsque sa mère le touche, parallèlement à, encore une fois, davantage de manipulation excessive et abrupte de la mère. De plus, les enfants peu persistants ont tendance à avoir des scores de distraction autorisée par la mère plus faibles, ce qui recoupe ce que nous avons trouvé avec l'échelle CIB. Ainsi ce résultat, s'il est redondant au sein des deux échelles, doit avoir un sens.

Les enfants distractibles ont quant à eux des scores plus élevés où la mère paraît détachée.

Enfin, les enfants au seuil de sensibilité bas ont des scores significativement plus bas de paroles et distraction (et, logiquement, de distraction de l'enfant ainsi que d'autorisation de distraction par la mère), mais aussi des scores significativement plus élevés de remarques positives maternelles sur l'enfant.

Aussi, nous avons retrouvé des corrélations entre l'âge des parents et la qualité d'interaction, montrant que plus la mère et/ou le père sont âgés, plus l'enfant semble en colère et garde la nourriture en bouche pendant le repas.

La taille actuelle de l'enfant semble également reliée significativement à davantage de sourire maternel, et moins de non-contingence maternelle. L'enfant a des scores plus bas à l'item « se raidit quand la mère le touche », la mère semble moins concernée par le désordre et la propreté, ses scores de manipulation excessive sont plus bas, et l'enfant a des scores moins élevés de pleurs quand la nourriture lui est retirée.

4. Introduction de morceau et anxiété

Dans la situation expérimentale ou test nous présentons des morceaux de nourriture de tailles différentes lors du repas, nous pensons que la qualité des interactions mère-bébé sera mise à défaut lors de ce repas test (V2) comparativement au repas adaptatif (V1, repas « normal » dans un contexte de laboratoire). Et nous pensons également, au vu de nos résultats dans la partie développementale, que les bébés qui ont reçu les morceaux de viande, vont avoir davantage de signes de difficulté donc vont mettre davantage à mal la qualité des interactions lors du repas test que les bébés ayant reçu des morceaux de légume (carottes ou pomme de terres).

Ce que nous observons en ANNEXES 18 (one-sample t-tests pour identifier si les différences entre V1 et V2 sont significatives) et 19 (ANOVA, pour identifier si le type d'aliment présenté aux enfants a un effet significatif sur leurs scores d'interactions au repas V2) est, qu'effectivement, **il y a des différences significatives entre les scores de qualité des interactions au repas V1, adaptatif, et V2, repas test.**

Pour information, les t-tests effectués dans l'ANNEXE 18 sont effectués à partir des différences entre les scores à V2-V1. Ainsi, des moyennes positives signifient que les scores sont supérieurs au repas V2 et les moyennes négatives signifient que les scores sont supérieurs au repas V1.

D'après le **Tableau 25** (p. 179) la durée du repas est de 14 minutes environ au repas adaptatif contre environ 15 au repas test. Les calculs de t-test en ANNEXE 18 confirment que la durée ne change pas significativement d'un repas à l'autre pour l'ensemble de notre population. Par contre, lors du repas V2, nous observons qu'il y a significativement plus de cuillères refusées par le bébé ainsi que des scores d'anxiété parentale à l'échelle CIB plus élevés. Ainsi, **lors du repas test, les enfants refusent davantage de manger et les mères sont plus anxieuses dans la relation avec leur bébé.**

Au niveau de l'échelle de Chatoor, nous retrouvons, en V2, davantage de remarques positives sur l'enfant par la mère, la mère montre plus de plaisir et semble plus joyeuse mais elle tient l'enfant de manière plus raide. Le bébé quant à lui regarde davantage sa mère, se raidit plus quand elle le touche et recrache davantage la nourriture.

Ces résultats vont dans le sens d'un effet « anxiogène » ou du moins stressant de la situation du repas test. Les mères et les enfants démontrent des comportements qui reflètent leur malaise face à la difficulté ou bien à la nouveauté de ce contexte.

Cela se traduit également par des scores plus bas, au niveau de l'échelle CIB, d'élaboration, de regards, d'affects positifs et appropriés, de paroles, de consistance de style maternels, mais aussi de ressources, éloges toucher affectif, de structure appropriée, d'enthousiasme, de présence soutenante de la part de la mère. Le score de sensibilité maternelle est significativement plus bas au repas test, la pose de limite également. On notera que le score d'hostilité maternelle est également à la baisse au repas V2, et nous pensons que ceci reflète l'effort maternel d'accompagner son enfant dans l'épreuve de difficulté qui se présente en repas test.

Du côté de l'enfant, on retrouve une qualité moindre du regard et de l'attention conjointe, moins d'affect positif, un score plus bas d'affection pour le parent, des vocalisations de moins bonne qualité, moins d'initiations, moins de confiance, ainsi que moins de persistance. L'enfant est également moins distractable. Etonnement, un état de vigilance moins élevé et moins d'obéissance de l'enfant apparaissent durant le repas test.

Au niveau global, l'interaction est moins facile, moins aisée (fluency), et de moins bonne qualité en particulier lorsque dirigée par la mère. On observe une baisse de la réciprocité dyadique, mais la négociation au cours de l'interaction alimentaire est moins importante. Avec l'augmentation de refus lors de ce repas test, on voit le score d'efficacité alimentaire diminuer.

Au niveau de l'échelle de Chatoor, lors du repas V2, on voit que la mère parle moins ou de façon moins appropriée à son bébé, elle attend moins qu'il initie l'interaction. Mais elle fait moins des remarques négatives sur l'enfant et de commentaires négatifs sur sa façon de manger. La mère semble moins en détresse et moins en colère qu'au repas adaptatif V1, elle est moins intrusive, dominatrice et moins préoccupée par la propreté et le désordre. Le bébé, lui, sourit et vocalise moins à sa mère mais ses scores d'évitement du regard de la mère diminuent. Cependant, il se détourne moins de la nourriture, la garde moins en bouche, il semble moins en colère et est moins facilement distrait (associé à moins de distraction permise par la mère). Le score de paroles et distraction est d'ailleurs moins élevé lors du repas test, mais c'est aussi le cas des scores de conflit dyadique et de lutte pour le contrôle.

Tous ces résultats nous poussent à penser que lors du repas test (V2), la qualité des interactions est moins bonne qu'en V1. Mères et bébés ont un comportement sensiblement différent en comparaison du repas adaptatif (V1), laissant entrevoir que dans cette situation de test, se joue autre chose que le simple fait de manger

Nous observons également un **effet de l'aliment testé**, comme présenté dans les tableaux d'ANOVA (**Tableau 31** pour les scores à V2 et **Tableau 32** pour les scores considérant V2-V1).

Au repas test (V2), l'aliment présenté et testé par l'enfant a un effet significatif sur quelques scores de qualité des interactions alimentaires à l'échelle CIB et à l'échelle de Chatoor. On voit que, mis à part le score de choix approprié d'affect par la mère qui est moins élevé lorsque l'enfant mangeait des morceaux de pomme de terre, **ce sont les morceaux de viande qui semblent être associés à une qualité moindre des interactions alimentaires mère-enfant**. En effet, comme nous pouvons le voir dans le **Tableau 31**, lorsque l'enfant teste les morceaux de viande de tailles différentes, l'enfant montre moins de compétence à utiliser l'environnement, il évite le regard de sa mère et recrache davantage la nourriture. Sa mère le positionne de façon moins appropriée pour l'échange. Elle fait moins de remarques positives à son propos, mais davantage de remarques négatives sur ses comportements alimentaires. La mère laisse moins l'opportunité à son enfant d'initier l'interaction, et elle semble davantage préoccupée par la propreté et le désordre. Enfin, les scores de lutte pour le contrôle entre mère et bébé sont plus élevés.

Items des échelles CIB (en orange) et Chatoor (en violet)	Choix approprié d'affect	Compétence à utiliser l'environnement	Mère positionne l'enfant pour échange	Mère fait des remarques positives sur l'enfant	Mère attend que l'enfant initie l'interaction	Enfant évite le regard maternel	Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	Mère semble concernée par le désordre	Enfant recrache la nourriture	Lutte pour le contrôle
p-value	0.04*	0.03*	0.00**	0.00**	0.00**	0.04*	0.00**	0.02*	0.01*	0.01**
carotte	4.76	4.78	3.00	0.85	1.89	2.52	0.01	-0.02	0.31	0.18
Pomme de terre	4.23	4.21	2.82	0.43	1.47	2.73	0.03	0.40	0.25	0.57
viande	4.74	4.09	2.27	0.05	1.22	3.00	0.33	0.53	0.73	1.14
Moyenne	4.58	4.36	2.70	0.44	1.53	2.75	0.12	0.30	0.43	0.63

Tableau 31 : ANOVA pour l'effet de l'aliment testé sur les scores de qualité des interactions alimentaires lors du repas V2. * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

A V2-V1, c'est-à-dire considérant la différence existant entre les scores aux deux repas, on s'aperçoit que **l'aliment testé a aussi un effet significatif sur certains scores**. Ainsi, la différence entre les repas V2 et V1 aux scores d'affect parental négatif ou de colère (échelle CIB) est d'autant plus grande lorsque l'enfant mange les morceaux de viande ou de pomme de terre. On voit dans le **Tableau 32** qu'il y aura **d'autant plus de refus de cuillères au**

repas V2 si l'enfant teste des morceaux de carotte que de pomme de terre. Ceci est surprenant, nous aurions pensé que l'aliment viande aurait eu cet effet. Par ailleurs, avec l'échelle CIB, nous trouvons qu'il y a plus d'hostilité maternelle pendant le repas test si l'enfant mange des morceaux de viande que de pomme de terre. Mais l'enfant aura davantage d'expression de son affection pour sa mère et une meilleure compétence à utiliser l'environnement lorsqu'il aura testé la viande au repas test. On retrouve à l'échelle de Chatoor un renforcement de la baisse des scores de positionnement adéquat pour l'échange, de remarques positives maternelles sur le bébé ainsi que d'attente maternelle d'initiations d'interactions par l'enfant lorsque celui-ci teste l'aliment viande. Et nous voyons également que si l'enfant teste les morceaux de viande, l'augmentation des scores de joie de la mère mais de comportements dirigistes maternels ainsi que de recrachat de la nourriture par l'enfant est d'autant plus élevée.

Items des échelles CIB (en orange) et Chatoor (en violet)	Cuillères Refusées (%)	Hostilité	Affection de l'enfant pour le parent	Compétence à utiliser l'environnement	Mère positionne l'enfant pour échange	Mère fait des remarques positives sur l'enfant	Mère attend que l'enfant initie l'interaction	Mère semble joyeuse	Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	Enfant recrache la nourriture
p-value	0.02*	0.04*	0.03*	0.01**	0.00**	0.01**	0.01**	0.04*	0.00**	0.01**
carotte	17.23	-0.07	-0.23	0.34	0.29	0.51	-0.11	0.04	-0.24	0.25
Pomme de terre	-0.27	-0.24	-0.64	-0.24	-0.01	0.28	-0.48	0.24	-0.44	0.03
viande	10.63	0.04	-1.07	-0.66	-0.67	-0.15	-0.89	0.59	0.43	0.66
Moyenne	9.20	-0.09	-0.65	-0.19	-0.13	0.21	-0.49	0.29	-0.08	0.31

Tableau 32 : ANOVA pour l'effet de l'aliment testé sur les scores de qualité des interactions alimentaires considérant la différence V2-V1. * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Ces résultats montrent que l'aliment viande est une source potentiellement problématique au sein des interactions entre la mère et son bébé lors du repas test V2.

Si l'on se concentre désormais sur les différences en terme d'influence des caractéristiques individuelles lors de ce repas test, nous pouvons voir en ANNEXES 9 et 12 (corrélations entre caractéristiques individuelles et items de qualité des interactions au repas V2) que dans l'ensemble, **les effets de l'anxiété au STAI ainsi que des scores aux quatre dimensions du GHQ-28 disparaissent à l'échelle CIB et diminuent considérablement.**

Au sein de l'échelle CIB, les corrélations avec les scores du STAI disparaissent complètement, apparaît seulement une corrélation négative entre l'anxiété maternelle état et le score d'indépendance de l'enfant lors du repas. On peut penser que cette corrélation est logique car lorsqu'un enfant est moins indépendant, moins autonome, on supposera que la mère est plus anxieuse en situation de test alimentaire. Même constat pour les scores de GHQ-28, les corrélations existantes initialement au repas adaptatif V1 disparaissent, et apparaît une corrélation négative entre les scores de dépression sévère de la mère et le score de repli de

l'enfant. Le repas test révélerait des caractéristiques interactionnelles différentes chez la mère et l'enfant en comparaison au repas adaptatif.

Au niveau du tempérament de l'enfant, on s'aperçoit qu'**au repas V2, ce sont les scores de distractibilité qui sont davantage reliés aux différents scores de qualité des interactions**. Plus l'enfant est distractible et plus ses interactions avec sa mère lors du repas test vont être de bonne qualité (sensibilité maternelle, réciprocité dyadique, adaptation régulation, facilité de l'interaction etc. sont plus élevées). Ceci rejoint ce que nous avons trouvé lors du repas V1 dans le point précédent, mais de façon encore plus significative et massive.

Alors qu'il s'agissait des scores de langage et performance cognitive au repas V1, ce sont **les scores locomoteurs et de coordination œil-main à l'échelle de Griffiths qui sont significativement reliés à la qualité des interactions alimentaires au repas V2**. Ici nous pourrions penser que s'illustre le côté fonctionnel et mécanique de la difficulté rencontrée par les dyades lors du repas test. Or les résultats montrent un lien négatif avec la qualité des interactions alimentaires : plus l'enfant a des scores élevés au niveau locomoteur et coordination œil-main, et plus il aura des scores de repli, d'évitement, d'émotions négatives, et plus sa mère va le forcer, montrer de l'hostilité etc. Ceci pourrait être dû à un effet massif d'un sujet outlier mais il faudrait fouiller davantage les données pour en savoir plus.

Enfin, **le poids de naissance de l'enfant est toujours relié significativement et dans le même sens, aux scores de qualité des interactions lors du repas V2 et V1**. Par contre il semble que **la taille actuelle de l'enfant soit corrélée négativement avec la qualité d'interactions dyadiques** (moins d'élaboration et de sensibilité maternelle, des scores plus bas de pose de limites par la mère, des scores plus bas de regards et d'engagement de l'enfant etc.)

Pour finir, **les effets s'inversent en ce qui concerne l'âge du père**. Il semble qu'au repas test, les enfants de père plus âgés ont de meilleurs scores d'interactions alimentaires (plus d'efficacité alimentaire, moins d'intrusivité et de critiques maternelles, moins de repli de l'enfant etc.). Ceci renvoie alors à l'idée du rôle et de l'influence du père dans l'apprentissage alimentaire de l'enfant et dans son développement intersubjectif. Ici nous voyons que lors de la situation de test, de difficulté, l'âge du père va avoir un effet positif, constructif dans les interactions mère-enfant, malgré l'absence physique de ce père.

A l'échelle de Chatoor, les corrélations entre anxiété maternelle et qualité des interactions disparaissent mis à part le lien entre anxiété trait maternelle et scores élevés de conflit dyadique.

Les corrélations entre les scores au GHQ-28 et items de l'échelle de Chatoor disparaissent pour la plupart, **subsistent des liens significatifs entre les scores d'anxiété-insomnie, symptômes somatiques et la détresse de la mère ainsi que ses comportements de domination. La dépression sévère est corrélée à des scores élevés de remarques négatives de la mère à propos de son enfant.**

Ici aussi, **la dimension de distractibilité de l'enfant à l'échelle de tempérament ressort comme la plus corrélée aux items de qualité des interactions alimentaires**, cependant, ces corrélations expriment un effet tantôt positif (la mère semble moins en détresse

et attend les initiations d'interactions de son enfant, etc.) tantôt négatif (la mère semble triste et détachée, l'enfant évite le regard maternel etc.). De même, au sein des différents scores de tempérament, un certain nombre de corrélations significatives apparaissent mais n'ont pas de sens particulier, et sont quelque peu divergents. Ainsi nous ne saurions comment interpréter ces données et supposons que davantage d'analyses en profondeur soient effectuées en aval de ce travail de thèse afin de comprendre ce phénomène.

Au niveau de l'échelle de Griffiths, **ce sont toujours les scores de performance cognitive qui sont clairement corrélés positivement avec la qualité des interactions alimentaires**. Malgré la disparition de la significativité de la corrélation avec la réciprocité dyadique, apparaissent des liens significatifs avec des scores plus bas de conflit dyadique et des scores plus élevés de paroles et distraction.

Enfin, **les corrélations avec les âges des parents ont quasiment disparus, alors que les liens positifs entre taille actuelle de l'enfant et qualité des interactions subsistent**. Le nombre d'enfants dans la fratrie et la place de l'enfant dans cette fratrie apparaissent comme étant positivement reliés aux interactions alimentaires avec davantage de remarques positives sur l'alimentation de l'enfant de la part de la mère, davantage de regards et de sourires de l'enfant vers sa mère.

5. Représentations mentales maternelles et qualité d'interactions alimentaires

Parmi les 33 entretiens semi directifs effectués et dont nous avons exposé l'analyse socio-anthropologique en début de cette partie résultats, nous avons extrait les 20 mères qui ont également effectué la partie expérimentale des repas (repas filmés). Nous avons analysé les narratifs de ces 20 mères à l'aide de la SCORS-G, afin d'investiguer les dimensions globales de leurs représentations interpersonnelles. Pour ces mères nous pouvons donc observer les liens entre toutes les variables que nous avons récoltées durant les séances de repas filmées (adaptative et test, ainsi que les questionnaires), et les scores aux différents items de la SCORS-G.

Au niveau descriptif, nous voyons que **les moyennes des scores aux 5 premières échelles sont assez hautes et homogènes (cf Tableau 33)**.

Echelles SCORS-G	COM	AFF	IER	IEM	CCS	AG	EDS	ICS
Moyenne	5.5	5.5	5.55	5.25	5.5	4.2	5	6.15
Dev. Stand.	0.61	1.10	0.76	0.72	0.69	0.62	0.92	1.04
Min	4	3	4	4	4	4	3	4
Max	6	7	7	6	6	6	6	7

Tableau 33 : Moyennes et déviations standards aux différentes échelles de la SCORS-G.

Maintenant, si l'on s'intéresse à une potentielle différenciation des mères selon leur profil (comme décrit dans les résultats de l'approche socio-anthropologique), on peut se demander si la nature du rapport de la mère à l'alimentation (« sain » ou « problématique ») aura un impact sur ses scores aux échelles de la SCORS. Nous voyons qu'en **Figure 13 pour**

les mères à profil « sain », l'ensemble des scores sont élevés (au moins 5), à part le score AG (d'expérience et de gestion des pulsions agressives) qui est significativement plus faible (autour de 4). La dimension AG représente l'expérience et la gestion des pulsions agressives par la mère, cet item a été régulièrement codé en score 4 car nous n'avions pas d'occasion dans les narratifs des mères, d'observer l'expression de sentiments d'agressivité. Ainsi, nous décidons de ne plus considérer les scores à la dimension AG pour la suite de nos analyses. Par ailleurs **le score ICS (identité et cohérence de soi) est particulièrement élevé (entre 6 et 7)**. Ces hauts scores des mères à profil « sain » montrent qu'elles ont une très bonne cohérence de soi. Si l'on s'intéresse aux mères à profil « problématique », on s'aperçoit que l'ensemble des scores ne diffère pas de ceux des mères à profil « sain », seule la moyenne à la dimension ICS est significativement plus basse ($p < 0.05$ voir two-sample t-test en ANNEXE 20). Il semblerait donc que **les mères à profil « problématique » envers la nourriture aient une identité moins stable, moins constante, ou cohérente que celle des mères au rapport « sain »**. Ceci est questionnant car un score bas à cette dimension de l'échelle SCORS-G est caractéristique de la personnalité borderline.

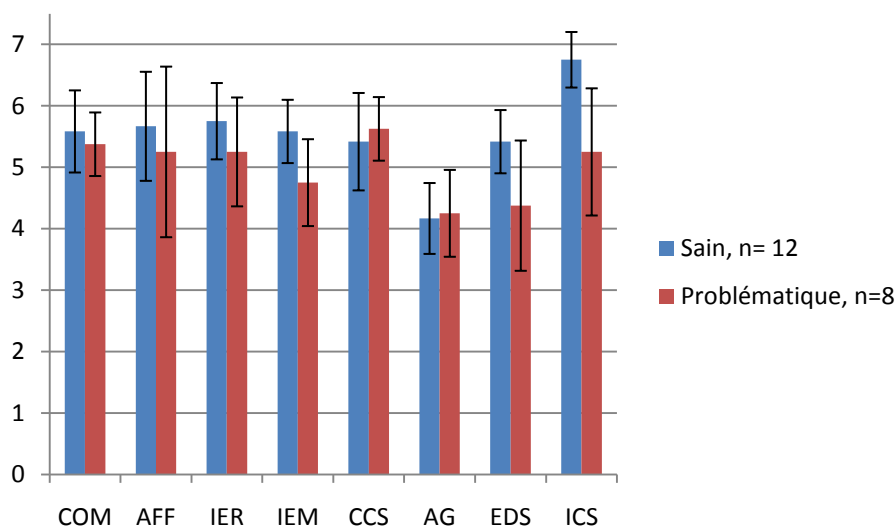


Figure 13 : Moyennes et déviations standards aux différentes échelles de la SCORS-G selon le profil maternel.

Les déviations standards de la **Figure 13** nous montrent que **le groupe de mères à profil « problématique » semble avoir davantage de variabilité au niveau de leurs scores au sein des différentes échelles de la SCORS-G**.

Si nous nous penchons sur les erreurs types (**Figure 14**), et en effectuant des two sample t-tests (ANNEXE 20), nous pouvons voir que les scores aux échelles IEM (capacités d'investissement émotionnel des valeurs et normes morales), EDS (estime de soi) et ICS (identité et cohérence de soi) sont significativement plus bas pour les mères au profil de relation alimentaire « problématique » par rapport aux mères au profil dit « sain » ($p < 0.05$).

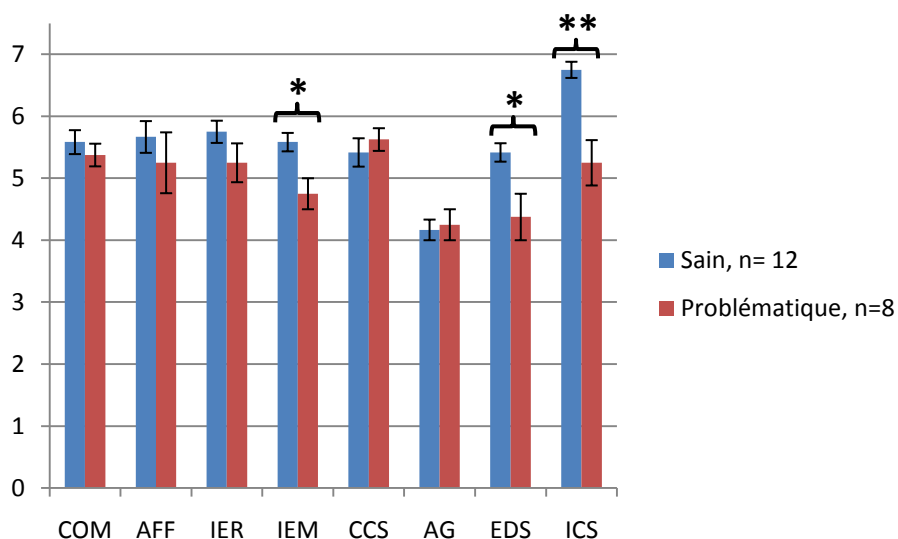


Figure 14 : Moyennes et erreurs standards aux différentes échelles de la SCORS-G selon le profil maternel. * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Ces résultats montrent que **les mères dont l'expérience alimentaire, passée comme présente, s'avère problématique tendent à avoir une certaine rigidité morale envers elles-mêmes et les autres et ici en particulier leur enfant** (3 mères ont des scores IEM de 4, se rapprochant du score critique de 4 qui illustre la rigidité morale). De plus, **ces mères « problématiques » ont une estime d'elles-mêmes plus basse, qui peut signifier ici majoritairement un sentiment de soi d'infériorité ou inadapté**, et ce, relié chez certaines mères à une vision déformée de son corps : « *je dois faire attention à mon poids, je suis en permanence trop grosse* » dit Mme 14 (deux mères ont des scores de 3 et deux mères ont des scores de 4 à la dimension EDS alors que le score seuil est de 3). Enfin, ces mères à profil particulier **ont une identité et une définition de soi qui tend vers l'instabilité** (deux mères ont des scores d'ICS à 4, le score déterminant une fluctuation et imprévisibilité de l'identité de soi est de 3).

D'autre part, si l'on se penche sur les corrélations entre les scores aux diverses dimensions de l'échelles SCORS-G (**Tableau 34**), on s'aperçoit que sont significativement et positivement liés, les scores aux dimensions COM (degré de différenciation et de complexité des relations à autrui) et AFF (qualité affective des représentations des personnes et des relations) avec les scores à l'échelle CCS (compréhension de la causalité sociale), les scores IEM (capacités d'investissement émotionnel des valeurs et normes morales) avec les scores EDS (estime de soi) et ICS (identité et cohérence de soi) et enfin les scores EDS (estime de soi) et ICS (identité et cohérence de soi).

	<i>COM</i>	<i>AFF</i>	<i>IER</i>	<i>IEM</i>	<i>CCS</i>	<i>EDS</i>	<i>ICS</i>
<i>COM</i>	1						
<i>AFF</i>	0.24	1					
<i>IER</i>	-0.04	0.13	1				
<i>IEM</i>	-0.07	-0.06	0.34	1			
<i>CCS</i>	0.49*	0.54*	0.11	-0.24	1		
<i>EDS</i>	0.17	0.33	0.36	0.52*	0.26	1	
<i>ICS</i>	-0.25	-0.12	0.19	0.65**	-0.41	0.57**	1

Tableau 34 : Table des corrélations entre les scores aux dimensions de l'échelle SCORS-G ($p < 0.05$).
Corrélations bivariées de Pearson, * $p < 0.05$ et ** $p < 0.01$.

Ces résultats nous montrent que **plus les mères ont une bonne capacité de compréhension de la causalité sociale, plus elles ont un degré de différenciation et de complexité des relations à autrui élevé ainsi qu'une bonne qualité affective des représentations des personnes et des relations.** De même, **plus les mères vont avoir une bonne capacité d'investissement émotionnel des valeurs et normes morales, et plus leur estime de soi sera élevée ainsi que leur identité sera cohérente.** Enfin, **estime, identité et cohérence de soi sont positivement et significativement corrélées.** Toutes ces corrélations ne font que confirmer que notre échantillon de mère se comporte de façon « normale ».

Nous avons, par chance, et comme décrit dans le **Tableau 35**, une distribution des profils de mères équilibrée en ce qui concerne l'âge des enfants donc il n'y a pas d'effet de l'âge sur le profil maternel.

Profil de la mère	12 mois	24 mois
« Sain »	n=6	n=6
« Problématique »	n=4	n=4

Tableau 35 : Distribution des profils des mères par âge de l'enfant.

Nous avons effectué des calculs de corrélations entre le profil des mères et leurs caractéristiques (âge, sexe de leur enfant, nombre d'enfants, anxiété maternelle, scores de santé globale etc. voir ANNEXE 21). Nous nous apercevons qu'il semblerait que **les mères à profil « problématique » soient plus jeunes et aient des enfants dont la taille actuelle est dans les moins élevées.** On peut penser qu'il s'agit des enfants les plus jeunes (12 mois) car ils sont supposés avoir la taille la plus petite, mais comme nous avons pu le voir il n'y a pas d'effet de l'âge de l'enfant sur le profil de mère. Ce résultat reste une interrogation.

Par contre, au niveau de la qualité des interactions alimentaires (voir ANNEXE 22), nous trouvons que les profils « problématiques » sont positivement corrélés avec les scores de critique maternelle à l'échelle CIB ($r=0.47$), et négativement corrélés aux scores de remarques positives sur l'alimentation de l'enfant ($r=-0.45$), et de réciprocité dyadique ($r=-0.65$) évalués par l'échelle de Chatoor. D'autre part, le profil « problématique » serait lié à des scores plus bas à l'item « la mère paraît triste » ($r=-0.66$), ainsi elles **ne seraient pas tristes dans leur**

interaction alimentaire avec l'enfant malgré une expérience personnelle pénible avec la nourriture. Ceci rejoint ce que nous avons abordé dans la partie socio-anthropologique lorsque nous évoquions le fort désir des mères de garder une interaction alimentaire positive à tout prix avec leur enfant.

Dans le **Tableau 36**, nous voyons que **les scores élevés aux échelles de IER (investissement émotionnel dans les relations) et IEM (investissement émotionnel des valeurs et normes morales) de la SCORS-G sont significativement corrélés avec des pourcentages plus élevés de cuillères refusées par le bébé.** Nous confirmons ceci par la corrélation significative trouvée entre les scores élevés à l'IEM et des scores élevés de l'enfant à se détourner de la nourriture ($r=0.58$) à l'échelle CIB (voir ANNEXE 23). Comment expliquer ce résultat qui montre que le taux de refus durant le repas est significativement plus élevé chez les bébés des mères ayant un bon investissement émotionnel dans les relations ainsi que des normes et valeurs morales ? Ceci paraît contradictoire. Or ces scores illustrent une réelle attention maternelle à autrui, ici son bébé, un engagement affectif, un partage et un respect de l'autre, ainsi qu'une réflexion sur ses actions. Ainsi la mère qui a des scores élevés à ces deux dimensions fait preuve d'écoute, laisse la place à son enfant pour s'exprimer et donc on peut penser que celui-ci s'exprimera davantage ou aura plus libre court à distraction, entraînant des refus de cuillères lors du repas, qui ne sont pas forcément signes d'opposition interactionnelle mais d'attention dirigée sur autre chose par exemple.

	COM	AFF	IER	IEM	CCS	AG	EDS	ICS
Durée du repas (en sec)	0.24	0.38	-0.22	-0.23	0.40	0.02	-0.30	-0.39
Cuillères Refusées (%)	-0.35	-0.09	0.75**	0.54*	-0.35	-0.25	0.35	0.44

Tableau 36 : Table des corrélations entre les scores aux dimensions de l'échelle SCORS-G et la durée du repas (en sec) ainsi que le pourcentage de cuillères refusées. Corrélations bivariées de Pearson, * $p<0.05$ et ** $p<0.01$.

Nous voyons en ANNEXE 23 que les scores IER sont également corrélés significativement avec davantage de domination de la mère ($r=0.56$), moins de ressources de la mère et de structure appropriée ($r=-0.50$ pour les deux) ce qui est contradictoire. De même les scores élevés à la dimension IEM (investissement émotionnel des valeurs et normes morales) sont significativement reliés à des scores plus bas d'obéissance ($r=-0.53$), de confiance de l'enfant ($r=-0.68$), de persistance ($r=-0.46$) de l'enfant, ainsi que le score de détachement de la mère ($r=0.71$).

De manière globale pourtant, les corrélations entre les dimensions de l'échelle SCORS-G et les différentes variables maternelles et du bébé nous montrent que : plus les scores des mères aux différentes échelles de la SCORS-G sont élevés, plus cela est lié à des scores élevés aux items positifs et des scores faibles aux items négatifs des échelles de qualité des interactions alimentaires CIB et Chatoor (voir ANNEXE 23). **Ainsi, de bonnes représentations interpersonnelles maternelles sont positivement et significativement corrélées avec une bonne qualité des interactions alimentaires mère-enfant.**

Par exemple, nous pouvons voir qu'un score élevé à la dimension COM c'est-à-dire une bonne définition de la complexité de la représentation des personnes chez la mère, sera relié positivement à une structure appropriée de l'interaction lors du repas ($r=0.53$), une bonne qualité du regard de l'enfant ($r=0.47$), et davantage de comportements maternels pour distraire l'enfant ($r=0.46$), mais moins de domination-intrusivité maternels ($r=-0.59$) et de colère chez le bébé ($r=-0.45$). Les scores à la dimension ICS (identité et cohérence de soi) sont positivement corrélés aux scores d'affect positif de l'enfant ($r=0.47$) et à la réciprocité dyadique ($r=0.54$) mais aussi à l'humeur triste ($r=0.64$) et détachée de la mère ($r=0.50$).

Nous sommes cependant surpris de voir que le score à la dimension EDS (estime de soi) soit négativement corrélé au score de ressource/ingéniosité de la mère ($r=-0.44$), mais positivement corrélé aux scores de détachement de la mère ($r=0.65$) et de refus d'ouvrir la bouche de l'enfant ($r=0.63$).

Parmi tous ces résultats, nous noterons donc que certains sont surprenants et questionnent quant à la validité des calculs de corrélations sur un échantillon de 20 sujets.

6. Comparaison des deux échelles d'évaluation de la qualité des interactions alimentaires

Afin d'éviter de rappeler une énième fois les résultats déjà exposés ci-précédemment, nous ne ferons ici qu'une courte analyse au niveau descriptif. Nous pouvons voir que les deux échelles partagent un certain nombre d'éléments et se différencient sur d'autres, au-delà de l'aspect clinique et interprétationnel des échelles, nous abordons aussi le côté pratique de leur utilisation.

➤ L'échelle CIB :

Elle s'applique pour les enfants de 2 mois à 3 ans d'âge. Elle est composée de 45 items évalués par un juge après le visionnage d'une séquence de 3 minutes d'interactions. Elle est applicable aux interactions de jeu, de repas, de bain, triadique. Les items s'évaluent sur une échelle d'intensité en 5 points, de 1 à 5. On évalue les caractéristiques parentales, de l'enfant et de la dyade. De plus 8 scores composites, peuvent être calculés, permettant de créer des liens entre les items individuels et dyadiques évalués. Pour la situation alimentaire, 4 items sont à ajouter aux 45 préétablis.

L'utilisation de cette échelle requiert une formation spécifique qui se fait auprès des spécialistes qui ont créé l'outil.

Durant la première année, six construits peuvent être extraits des échelles CIB : la sensibilité parentale, l'intrusivité parentale, l'implication sociale de l'enfant, les émotions négatives de l'enfant, la réciprocité dyadique et les états négatifs dyadiques. Dans la 2ème et 3ème année, deux construits additionnels sont applicables : la capacité parentale à mettre des limites et la compliance de l'enfant. Le construit sur le retrait de l'enfant remplace le construit sur les émotions négatives du tout-petit. C'est un outil qui permet de sonder précisément la qualité des interactions entre l'enfant et ses parents, dans divers contextes.

➤ L'échelle de Chatoor :

Elle s'applique aux enfants de 1 mois à 3 ans d'âge et ne considère que les interactions dans le cadre alimentaire. Elle se compose de 46 items remplis par un juge après avoir visionné la séquence entière du repas. Les échelles d'intensité sont en 4 point, de 0 à 3, moins précises que celles de l'échelle CIB, mais permettant de discriminer les profils psychopathologiques francs plus clairement. Cinq différents scores globaux sont obtenus avec cette échelle, la réciprocité dyadique, le conflit dyadique, les paroles et distractions la lutte pour le contrôle et la non contingence maternelle.

Pour utiliser l'échelle une auto-formation est accessible. Il s'agit alors d'atteindre, après entraînement personnel, des scores minimums de 80% de fidélité inter-juge avec les cotations proposées dans le manuel d'entraînement. Au niveau de son utilisation, l'échelle de Chatoor s'avère extrêmement efficace pour repérer les troubles alimentaires tels que définis par Irene Chatoor⁴². Plus précisément, l'échelle différencie bien les trois sous-groupes d'enfants ayant des troubles alimentaires : les troubles alimentaires d'homéostasie, les troubles alimentaires d'attachement, et l'anorexie infantile. L'échelle de Chatoor est un très bon outil pour diagnostiquer les troubles alimentaires.

Au regard de ces premières données, nous pouvons voir que les deux échelles, s'appliquent sur les mêmes populations (notamment en âge) mais ont une utilité et une interprétation différente : l'échelle de Chatoor est plus à visée diagnostique tandis que l'échelle CIB constitue un très bon outil de recherche exploratoire. Leur mode d'utilisation est le même, on code les différents items après avoir visionné l'interaction filmée à observer. Mais l'échelle CIB peut être utilisée sur une petite séquence de cette interaction (3 minutes) alors que l'échelle de Chatoor nécessite le visionnage de toute l'interaction. Ainsi l'on peut dire que l'une est plus pratique dans le sens où elle « consomme » moins de temps à l'analyse, mais l'autre prend en compte la totalité des interactions et évite ainsi la perte d'information.

Au niveau qualitatif, les dimensions évaluées par les deux échelles sont assez similaires, ou du moins se recourent, nous avons pu d'ailleurs observer, comme exposé au long de la partie résultats qui précède, que les corrélations aux deux échelles allaient dans le même sens. Nous avons pu également constater que l'échelle de Chatoor semble révéler davantage de caractéristiques relatives à la qualité du toucher maternel dans le cas de la dépression sévère que l'échelle CIB, qui elle ressortait les corrélations avec les vocalisations maternelles. Ainsi les deux échelles ne seraient pas sensibles aux mêmes facteurs individuels.

⁴² Irene Chatoor a défini une classification des troubles alimentaires de l'enfant, n'étant pas l'objet de notre étude ici nous n'avons pas jugé utile de renseigner le lecteur à ce propos. Voir : Chatoor, I. (1997) *Feeding disorders in infants and toddlers*. In: *The Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, Volume 1: Developmental Syndromes: Infancy and Preschool*, ed. J. Noshpitz, S. Greenspan, S.R. Wieder, & J. Osofsky, New York: Basic Books, pp. 367-386.

En conclusion, lors de notre étude, nous avons pu constater la complémentarité des deux échelles CIB et Chatoor, aussi bien au niveau pratique qu'interprétationnel.

Pour affiner nos propos, l'amélioration des scores de fidélité inter-juges doit être envisagée car, même si nos scores actuels sont tout à fait acceptables, plus fidèles seront les cotations entre plusieurs cotateurs, et plus justes seront les analyses effectuées sur les données par la suite. Nous n'étendrons pas nos réflexions davantage car des analyses statistiques plus poussées seraient nécessaire afin de répondre plus précisément à cette question de différenciation.

Etudes de cas

Dans cette partie, nous avons pour objectif, par le biais d'une courte étude de cas, d'illustrer certains des résultats exposés dans les trois parties précédentes mais aussi et surtout, de les approfondir.

Notre choix de « cas » s'est porté sur une dyade dont la mère est particulièrement anxieuse et possiblement dépressive.

Nous exposerons les données issues des questionnaires, analyses avec l'échelle CIB des interactions alimentaires et de jeux, ainsi que les analyses des entretiens au niveau socio-anthropologique et avec l'échelle SCORS-G.

1. Mme A : Anxiété et dépression ou comment, malgré tout, apporter le maximum à son enfant

Mme A a 26 ans, elle est la mère de 2 enfants, Thibaut qui a 7 ans et Zoé qui en a 2. C'est pour Zoé que la mère a été recrutée lors de notre étude. Zoé présente des scores de développement psychomoteur tout à fait normaux et harmonieux. Au niveau de son tempérament, Zoé est très active, peu adaptable et peu persistante, son seuil de sensibilité a tendance à être bas. Zoé est donc une enfant qui bouge beaucoup, change souvent d'activité car ne reste pas longtemps concentrée, et à la fois, elle est sensible aux changements dans son environnement et aura du mal à s'y adapter.

Mme A est mariée à un cuisinier de profession, âgé de 42 ans. Au fil de nos questions, elle nous explique son parcours de vie assez inhabituel. Après son brevet des collèges, Mme A a effectué 2 ans de couture et menuiserie, 1 an de bâtiment, 1 an d'ostréculture, 2 ans de naturopathie... tout ceci sans diplôme à la clé. Mme A dira à ce sujet « je commence mais je ne finis pas, ...pas le temps, pas la motivation » et avouera également avoir pris quelques années sabbatiques entre temps.

Mme A dit avoir besoin de « toucher à tout ». Cette instabilité du parcours personnel de la mère se retrouve aussi dans le parcours géographique de la famille. Après avoir vécu jusqu'à sa majorité en France à Nantes, Mme A donne naissance à son premier enfant alors qu'elle n'est âgée que de 19 ans. Le souhait véritable de cette grossesse reste un mystère. Mme A ne s'étend pas sur le sujet mais avoue tout de même avoir eu ce premier enfant trop jeune et que cela n'a pas été l'idéal. Nous reviendrons plus tard sur ce point. Puis Mme A part s'installer à la Réunion, pour une durée d'environ 5 ans, et donnera naissance à Zoé environ un an et demi avant de repartir pour la France. Période réunionnaise, qui selon elle, fut la meilleure de sa vie, une douceur de vivre et une simplicité qu'elle évoque avec grande nostalgie et colère au vu de la situation dans laquelle elle se trouve actuellement en France. Peu de temps après ce séjour à la Réunion, Mme A et sa famille s'installeront quelques mois en Inde, où là aussi, l'expérience sera primordiale pour Mme A, qui, à jamais, se rappellera de l'état de santé idéal atteint lors de ces quelques mois, grâce au régime alimentaire indien.

Depuis son retour en France, Mme A est malheureuse, en colère et résignée. En témoignent non seulement ses dires lors de notre entretien mais aussi ses scores aux échelles de GHQ-28. Mme A présente des scores très élevés aux dimensions de symptômes

somatiques et de dépression sévère. De même c'est la mère qui présente le score d'anxiété trait au STAI le plus élevé de la population d'étude (59 points, ce qui équivaut à un score élevé d'anxiété générale selon les normes). Mme A est sensible durant les interactions alimentaires et un peu anxieuse dans l'interaction, selon les scores de l'échelle CIB.

1.1. Scores de qualité des interactions alimentaires et Scores de qualité des interactions pendant les jeux

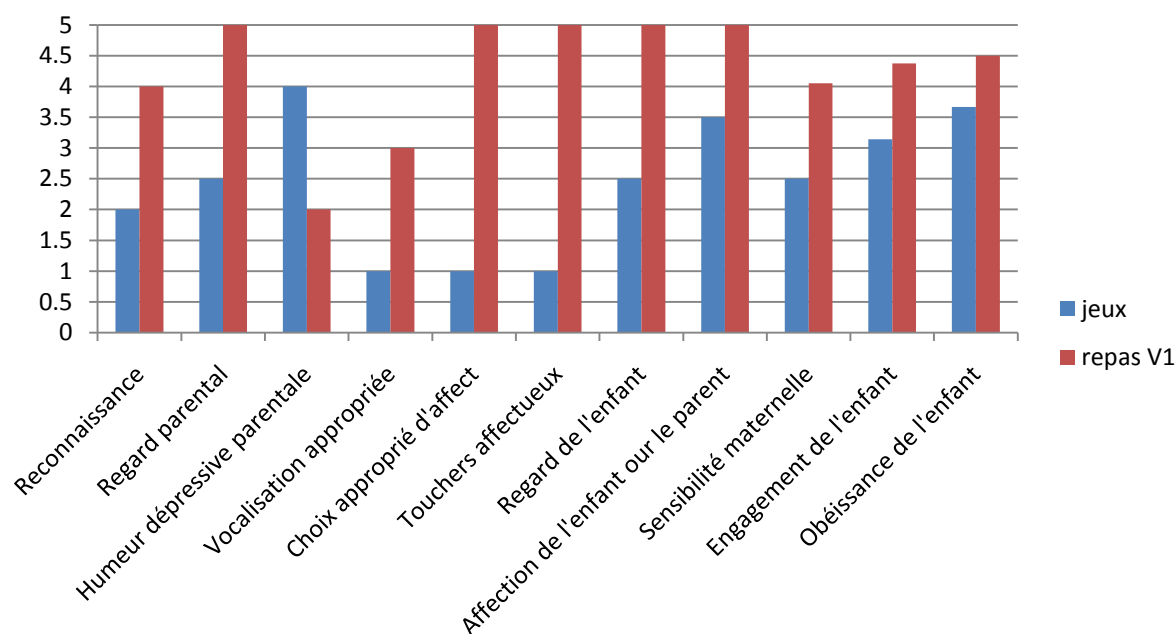


Figure 15 : Scores de qualité des interactions pendant le repas V1 et pendant la séquence de jeux de Mme A et sa fille.

Nous observons que (voir ANNEXE 23) les scores de l'échelle CIB sont plus élevés lors des repas que lors des interactions de jeu, mais les patterns sont les mêmes, il n'y a pas d'incohérence entre les 2 séquences interactives, dans l'ensemble, certains scores se différencient davantage que d'autres, nous avons ici (**Figure 15**) illustré les différences de plus de 2 points pour les scores de l'échelle CIB. On s'aperçoit que, pour Mme A et sa fille, les séquences de jeu semblent être de moins bonne qualité que les interactions alimentaires. L'humeur dépressive maternelle transparaît davantage pendant les jeux que lors des interactions alimentaires, ce qui pourrait donc expliquer la baisse des autres scores tels la reconnaissance par la mère, la qualité de son regard, les vocalisations appropriées, les touchers affectueux etc. Mme A est clairement moins sensible lors des interactions de jeu que lors du repas.

Au niveau qualitatif, nous avons pu observer que lors de ces 5 minutes de jeu filmées, la mère, après avoir présenté rapidement tous les jeux à sa fille, ne reste pas un seul petit moment focalisée sur une activité et tente plutôt d'initier et créer une interaction avec cette dernière en lui proposant à chaque instant une nouvelle activité ou un nouvel objet d'intérêt. Toutefois, de jolis moments de tendresse sont observés lorsque la mère présente le chien en peluche à sa fille. Des échanges de bisous entre mère et peluche et petite fille-peluche

reflètent une grande tendresse entre mère et fille, même si celle-ci semble difficile à extérioriser et vivre corporellement pour les deux protagonistes.

Ce qui nous choque également lors de cette interaction de jeu, et qui ne se retrouve pas par ailleurs lors des repas, est la totale désadéquation vocale de la mère, cette dernière « bébéise » ses paroles, d'une façon que l'on pourrait juger exagérée, d'une part vu l'âge de sa fille (24 mois) et d'autre part du fait de l'utilisation d'une voix et d'une communication tout à fait adulte et appropriée lors des séances de repas. La petite Zoé, ainsi surstimulée par à la fois la voix « régressive » de sa mère et ses incessantes propositions de jeux, monte en excitation et ne peut bientôt plus rester en place. Elle passe alors elle aussi de jeu en jeu, commence à jeter certains objets violemment, évite le regard de sa mère et ne lui obéit plus. La mère s'efface alors petit à petit, laissant Zoé se « réfugier » dans un coin de la pièce, accompagnée de la peluche qui fut le relais « tendresse », affectif entre elle et sa mère.

1.2. Comparaison des repas adaptatif et test (V1 et V2)

1.2.1. Durée des repas

	durée en sec	%age de refus
repas 1, V1	933	0
repas 2, V2	725	20

Tableau 37 : Durée des repas et pourcentage de refus du couple Mme A et sa fille lors des deux repas adaptatif et test.

Nous pouvons voir dans le **Tableau 37** que, alors que la durée du repas diminue en deuxième séance (lors de la session test, où le bébé se voit présenter des morceaux de viande de différentes tailles), le pourcentage de refus de cuillères par le bébé augmente considérablement, de 20%.

1.2.2. Scores de qualité des interactions alimentaires repas adaptatif, V1 et repas test, V2

Lorsque nous nous intéressons alors à la différence entre les scores à l'échelle CIB entre les deux repas pour cette dyade, nous nous apercevons que les scores sont très similaires (différences d'un point maximum, voir ANNEXE 24). Nous reportons en **Figure 16** les seuls scores qui diffèrent de plus d'un point : deux des quatre items alimentaires de l'échelle CIB. Les scores d'efficacité alimentaire et d'indépendance restent assez stables, malgré un taux de refus qui a augmenté, Zoé a plutôt finalement bien mangé lors du repas V2 en termes de quantité. On s'aperçoit par ailleurs qu'il y a moins de districtabilité (ce qui pourrait expliquer la baisse du temps de repas) mais également moins de négociation dans le repas test que lors du repas adaptatif. Malgré davantage de refus, mère et enfant n'ont pas négocié lors du repas.

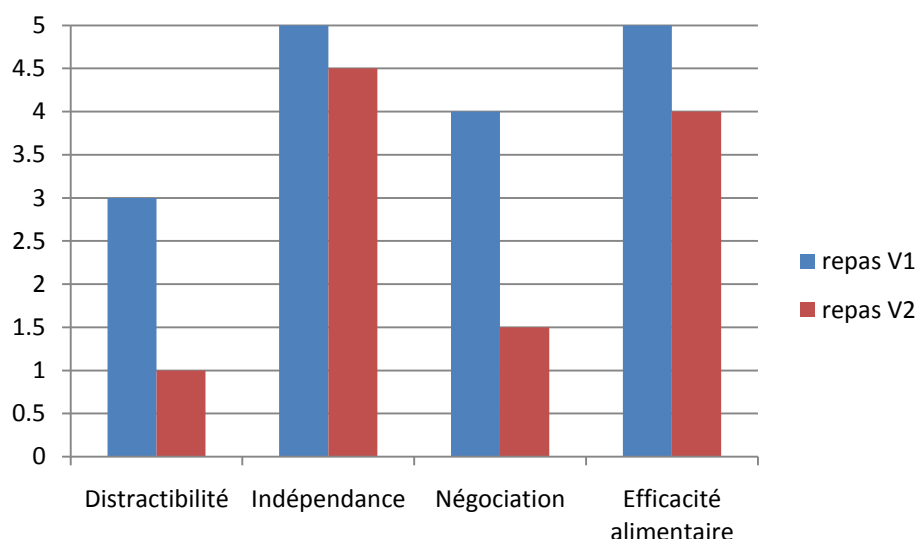


Figure 16 : Scores aux items alimentaires de l'échelle CIB de Mme A et sa fille aux repas V1 et V2.

1.3. Données de l'entretien

1.3.1. Données qualitatives

Mme A, lors de l'entretien, donnera la définition du bien manger suivante : « Euh ! [souffle] ben, Bien manger euh ! [souffle] moi, après, de toutes façons manger sainement ou pas euh ! je dis que tant qu'on mange, c'est déjà pas mal ... On a déjà de la chance. Donc, moi, bien manger, c'est euh ! m'arrêter quand j'ai plus faim. Après, la qualité de la nourriture, je me dis tant que j'aurais quelque chose dans mon assiette c'est que j'ai encore faim. »

A chaque question qui suivra, Mme A répondra par la négative : elle ne considère pas important d'équilibrer et varier les plats, elle ne trouve pas important de prendre le temps de manger, elle ne se fait pas de soucis pour la santé de ses enfants, etc. en bref, Mme A est en pleine opposition contre l'intervieweur. Elle ira même parfois jusqu'à se montrer toute puissante, « j'achète rien de ce que je n'aime pas, donc euh en général, de toute façon, c'est clair. Donc, tout ce que mange, forcément, c'est que je l'aime, que je trouve ça bon. ».

Mais au fil de l'entretien, Mme A va perdre de son assurance et laisser petit à petit s'atténuer sa colère et son désir d'opposition pour aborder des choses plus personnelles qui lui tiennent à cœur comme par exemple ses voyages et sa vie meilleure en Inde ou à la Réunion, son sentiment d'être trop grosse, ses inquiétudes quant à l'avenir « Tout est bon à prendre. Après, quand il n'y aura plus rien... [rires] Non, mais ça me travaille tout ça. Quand on voit dans 25 ans, dans 50 ans, il y a aura ça, il se passera ça, [souffle], ça, c'est un truc qui m'inquiète, surtout pour les enfants. Je suis à fond dans l'économie euh ! ne pas gaspiller et tout ça, euh l'eau et tout, je sais pas, ça me gêne. ». Mme A apparaît alors intimement angoissée, triste et défaitiste. La vie aisée qu'elle avait auparavant est loin derrière elle, elle doit faire avec, mais son discours est toujours teinté d'amertume et de révolte contre sa situation actuelle et la société dans laquelle elle doit vivre : « c'est un rythme de vie différent, là-bas, on avait des sous, si on ne les mettait pas dans la nourriture, on les mettait pour aller se promener, aller voir le désert, faire des balades à chameau, des choses comme ça, quoi, la Réunion, c'est pour aller à la plage, faire le tour de l'île, faire des randonnées, des choses comme ça, quoi, mais, euh ! Ici, qu'est-ce que vous voulez faire, à part rester chez vous,

regarder la télé, on travaille pour s'acheter une télé, pour être bien habillé, pour pas être catalogué de... de ploucs, euh ! Pour avoir les super baskets, euh ! Je sais pas, c'est... c'est des choses, on vit pour du superflu, et euh ! [souffle] et du matériel complètement inutile, quoi. Donc, bon... Pas le choix, on fait avec, on est là, maintenant, bon... c'est comme ça, quoi. »

Malgré une bonne qualité narrative concernant sa fille, Mme A a tendance à l'oublier, nous en voulons pour preuve ce lapsus révélateur : « oui, je mange toute seule à la maison quand euh enfin, je mange toute seule, je suis avec Zoé, parce qu'on est toutes les deux. Thibaut est à l'école, mon mari travaille ». Nous pouvons suspecter ici que lorsque mère et filles sont ensemble, la mère déprimée va disparaître dans ses pensées noires et son monde solitaire, laissant la petite Zoé jouer seule.

On retrouve des réflexions dans le texte qui font penser que Mme A n'a pas vraiment de « préoccupation maternelle » à proprement parler concernant Zoé car par exemple, pour l'allaitement, elle n'a pas choisi de donner le sein à sa fille, c'est son mari qui l'a voulu. Mais l'expérience est positive pour elle : « Si mon mari ne me l'avait pas dit, moi, je ne l'aurais pas fait, mais avec le recul, maintenant, quand je regarde par rapport à l'économie qu'on fait, sur les boîtes de lait, sur le... le temps de laver les biberons, la stérilisation, et toutes les conneries dans le genre euh ! je le ferais, je le ferais bien même pour Thibaut. » L'expérience est positive financièrement et pratiquement, mais aucune description de satisfaction quant à la relation avec l'enfant n'est exprimée.

Mme A montre aussi un certain énervement et un ras le bol car ses enfants « trouvent toujours le moyen de se taper sur la gueule » lors des repas en famille dit-elle, ainsi elle n'a plus le goût à partager ses repas avec le reste de la famille.

Mme A est une adepte du laisser faire au naturel, elle laisse donc sa fille dormir quand elle le veut, manger quand elle a faim, et ajoute « elle saura marcher et lire et parler à 20 ans comme tout le monde donc c'est pas bien grave. A cet âge-là, je les laisse plus ou moins aller à leur rythme, ils disent ce qu'ils veulent et puis... de toute façon, après, ça se fait dans le temps, les habitudes, elles changent dans le temps, on ne s'en rend même pas compte nous même quoi. »

Son histoire personnelle révèle qu'enfant, elle ne mangeait pas. Lorsque nous l'interrogeons sur la raison de cette anorexie prétendue, elle nous répond ne pas savoir pourquoi, l'hypothèse de ses 3 premières années de vie passées à l'hôpital ressort alors : « Les oreillons, les diabolos, j'ai eu plus de 150 paracentèses, j'ai les oreilles un peu bousillé mais euh, mais ouais, de 0 à 3 ans, je les ai passés à l'hôpital. J'ai dû passer quoi 6 mois chez moi euh ! de 0 à 3 ans. ».

Mme A, jusqu'à 12-13 ans ne va se nourrir que lors du petit déjeuner et du 4 heures. Lors des repas du soir, partagés avec le reste de la famille, Mme A, si elle ne finissait pas son assiette, était envoyée dans le garage. Episodes que Mme A aura vécu de nombreuses fois. Toutefois elle relève la qualité de la cuisine de sa mère, et admet tout à fait vouloir transmettre à ses enfants des règles de vie : « Je ne sais pas si ça peut être le fait de reproduire, mais, euh ! C'est plus le fait de... de... je sais pas, on apprend des règles dans la vie, enfin... ce sont les parents qui nous les apprennent, euh ! C'est peut-être pas spécialement refaire la même chose, mais aller dans le même sens, je pense, plutôt ». Mais Mme A est nostalgique du temps de ses grands parents et voudrait : « être capable de donner l'éducation que mes grands-

parents ont eue sur mes parents, quoi. ». Les parents d'aujourd'hui selon elle n'éduquent pas leurs enfants, et cela pousse à la délinquance.

1.3.2. Données issues de la SCORS-G (ANNEXE 24)

Malgré des scores élevés dans l'ensemble (entre 5 et 6) Mme A a des scores plus bas aux échelles AFF (3), IEM (4) et EDS (4). Ceci suggère que Mme A a une bonne représentation de soi et des autres bien que quelque peu conventionnelle et stéréotypée. Par contre, malgré un bon investissement émotionnel dans les relations, sa description des personnes (ici ses enfants et son mari) et des relations sont décrites sans plaisir. Mme A semble se sentir très seule malgré la présence de sa famille. Nous relierions ceci à l'état dépressif présenté par la mère. Aucune préoccupation concernant les valeurs et normes morales n'apparaît dans l'entretien, mais Mme A a une bonne compréhension de la causalité sociale, ses récits sont clairs et très francs, et elle présente une identité et un sentiment de soi tout à fait cohérents.

Mme A présente par contre une estime de soi plutôt basse et instable, à la fois elle se trouve trop grosse et impuissante au sein du monde dans lequel elle vit, mais en même temps, elle démontre comme une puissante volonté et capacité de fonctionner malgré tout.

Synthèse : Mme A présente un profil problématique de relation à l'alimentation, agrémenté d'une histoire de vie instable, un accès à la maternité précoce, ne lui laissant visiblement pas le temps d'édifier un sens maternel profond. De plus, son histoire récente, sa rupture avec une situation sociale perçue comme idéale semble la plonger dans un profond désarroi. L'environnement social et culturel dans lequel elle vit actuellement ne lui plaît pas, tout est remis en question, mais elle se doit de fonctionner pour continuer à faire vivre sa famille. Cette mère anxieuse et déprimée a une estime d'elle-même assez basse. Elle ne joue pas avec sa fille ou en tous cas ne s'investit pas dans les interactions de jeu, alors que lors des repas, la qualité des interactions semble meilleure.

2. Mme B : L'image de l'amour inconditionnel maternel

Mme B a 30 ans et son mari 33. Ils ont eu ensemble leur premier enfant, Samuel, 15 mois. Samuel est un petit garçon très avenant lors de ses visites pour l'étude, sa maman l'évaluera pourtant plutôt d'un tempérament distractible, de mauvaise humeur et avec une haute intensité de réactions. Mme B présente quant à elle des scores d'anxiété au GHQ-28 et au STAI qui sont un peu élevés. Elle semble de nature plutôt anxieuse.

Malgré cela, la dyade formée par Mme B et Samuel est, à notre idée, un modèle de qualité des interactions.

2.1. Scores de qualité des interactions alimentaires et Scores de qualité des interactions pendant les jeux

Nous observons (voir ANNEXE 24) que les scores de l'échelle CIB sont sensiblement les mêmes que ce soit lors des jeux ou du repas.

Mère et enfant ont de très bonnes interactions lors des repas et des jeux, démontrant une excellente réciprocité dyadique, ainsi qu'une très bonne adaptation et régulation de part et d'autre. Mère et enfant sont engagés dans l'interaction, il n'y a ni conflit, ni négociation lors du repas ni même lors des jeux. La mère est très souriante, montre un véritable plaisir à regarder jouer son enfant ainsi qu'à jouer avec lui. Elle prend tout de suite deux jouets tout à fait adaptés à l'âge de son fils et lui propose. Elle parle beaucoup, rit, est soutenante mais pas dirigiste. On voit de très beaux échanges de regards et de vocalisations entre eux deux.

2.2. Comparaison des repas adaptatif et test (V1 et V2)

2.2.1. Durée des repas

	durée en sec	%age de refus
repas 1, V1	1120	0
repas 2, V2	1264	12.5

Tableau 38 : Durée des repas et pourcentage de refus du couple Mme B et son fils lors des deux repas adaptatif et test.

Nous pouvons voir dans le **Tableau 38** que, alors que la durée du repas reste stable (min à V1 et min à V2), le pourcentage de refus de cuillères par le bébé augmente de 12.5%. Pour cet enfant, le repas test est une sorte d'épreuve car, âgé de 15 mois, il n'a pas eu encore l'occasion de manger des morceaux de nourriture d'une taille aussi grande que ce qu'on lui propose lors de ce test. Ceci peut expliquer le nombre de refus qui augmente alors.

2.2.2. Scores de qualité des interactions alimentaires repas adaptatif, V1 et repas test, V2

Lorsque nous nous intéressons alors à la différence entre les scores à l'échelle CIB entre les deux repas pour cette dyade, nous nous apercevons qu'ici aussi les scores sont très similaires (voir ANNEXE 24). Aucun item ne diffère de plus d'un point.

Ainsi, malgré une difficulté à surmonter pour l'enfant, la qualité des interactions ne change pas ou très peu. La mère est extrêmement attentive à son enfant, elle adopte une position corporelle d'ailleurs caractéristique, penchée en avant ou sur le côté, en direction de son enfant, comme pour l'envelopper. Son regard est quasi en permanence posé sur son enfant, ponctué par des sourires très francs et partagés par l'enfant.

Sinon quant à lui est tout à son affaire lors des repas, malgré son score de distractibilité au questionnaire de tempérament, il est très concentré sur l'activité alimentaire, tout en répondant et initiant des interactions avec sa mère.

Les notions d'accordage affectif, de réciprocité, de mutualité, entre Simon et sa mère, sont tout à fait exemplaires, nous pourrions décrire plus en détail les scores aux différentes séquences analysées mais cela reviendrait littéralement à répéter les définitions exposées dans notre partie de revue théorique. L'intérêt ici sera de comparer les scores des 2 autres dyades à celle de Mme B et son fils.

2.3. Données de l'entretien

2.3.1. Données qualitatives

Lors de l'entretien, Mme B montre les caractéristiques d'un profil de relation saine à l'alimentation. Pour elle, la définition du Bien Manger est exactement celle de référence dans la culture française. Mais à cela, elle applique une règle d'or : pour elle et encore plus pour son enfant, il faut faire son maximum pour avoir une bonne santé et mettre toutes les chances de son côté pour bien vivre. Son souci est finalement de pouvoir se regarder plus tard dans le miroir et, quoi qu'elle y voit se refléter, qu'elle puisse se dire : « j'ai fait tout ce que je pouvais, je n'aurais pas le reproche de me dire « Si j'avais mangé correctement... ». »

Mme B admet que dans l'alimentation, même si l'on se doit de faire attention aux excès, les petits plaisirs et écarts sont admis voir conseillés. Ici nous voyons bien que Mme B est adaptable, souple dans ses pratiques et favorise ainsi une bonne atmosphère éducative pour son enfant.

Mme B fait très attention à sa santé et encore davantage à celle de Simon. Pour cela, au niveau alimentaire, elle évite tous les plats cuisinés, elle achète des produits frais, et pour son enfant, elle n'achète « que du bio ».

Quand il s'agit de son fils, Mme B dit que « depuis qu'il est né de toute façon, ça a été... Ça a toujours été ma priorité. Il n'a pas... Le moins possible il aura de produits chimiques. En tout cas, tant que je pourrais, parce que je pense qu'après, quand il sera scolarisé, déjà à l'école il mangera ce qu'on lui donnera et puis après, il fera comme les petits copains, il voudra les mêmes gâteaux. [Rires] Mais ça, ça a vraiment été ma priorité. Parce que c'était un enfant qui avait un gros terrain allergique, donc ça a vraiment été pour ça. Et puis après au fur et à mesure, ça a été aussi parce que j'avais envie de ce qui est le mieux pour lui. » Nous voyons ici que tant que Mme B peut contrôler le régime alimentaire de son enfant, elle fera son maximum pour lui éviter les « mauvaises » substances.

Plus encore, Mme B exprime l'immense amour qu'elle éprouve pour son enfant et qui la pousse à faire autant d'effort : « Ça a été dès le départ, ... quand il est né, j'ai pris la décision de l'allaiter. On en avait parlé en commun, je n'ai pas pris la décision toute seule, mais la décision de l'allaiter, ça n'a pas été du tout... Le choix ne s'est pas fait parce que je voulais l'allaiter pour le plaisir de l'allaitement ou de la relation mère/enfant, c'était tout de suite, c'était l'alimentation, le meilleur, c'était le protéger, etc. Et ça s'est fait vraiment tout de suite. Et euh, et c'est vrai que dès qu'il est né... Je dis souvent quand je parle de lui, quand je pense à lui, j'ai l'impression que mon coeur va éclater tellement je l'aime et euh. Voilà, il faut que je le protège, que je m'en occupe, que je le bichonne. Donc c'est vrai que je l'ai allaité six mois. Si je m'étais écouté, je n'aurais pas arrêté en fait. Je n'ai pas eu le choix. »

2.3.2. Données issues de la SCORS-G (ANNEXE 24)

A la SCORS-G nous voyons que Mme B a des scores extrêmement élevés pour toutes les échelles (scores de 5, 6 ou 7) sauf à l'échelle AG (expérience et gestion des pulsions agressives) et ICS (identité et cohérence de soi) où ses scores sont de 4. En ce qui concerne l'échelle AG, nous avons eu peu d'occasions, dans les entretiens, de questionner les mères afin de faire ressortir leur AG ainsi nous avons codé majoritairement 4 à cet item donc on ne peut pas statuer sur ce score. Par contre, le score plus bas de Mme B à l'échelle ICS

questionne. Cette mère si aimante et dont la qualité d'interactions alimentaires et de jeux avec son enfant sont exemplaires, semble avoir quelques préoccupations concernant son identité et la définition de soi.

Synthèse: En référence à l'article de B. Pierrehumbert (2001) sur l'amour maternel, l'étude de Mme B a raisonné en nous comme le reflet de cet inconditionnel amour qu'elle porte à son enfant. Mme B et son fils ont une relation encore fusionnelle, la qualité de leurs interactions prouvent leur quasi parfaite adéquation comportementale et affective. Malgré tout, Mme B est anxieuse, et présente une identité d'elle-même instable.

3. Mme C : Obésité maternelle et luttes familiales

Mme C a 32 ans, elle est mariée à un homme de 35 ans avec qui elle a eu 5 enfants. Simon a 2 ans et est le dernier de la fratrie. Mme C ne présente aucun signe de psychopathologie au regard de nos données, ses scores au GHQ-28 sont de faibles et les scores d'anxiété au STAI sont très faibles.

Malheureusement, nous n'avons pas pu avoir les scores de tempérament de Simon. Mais il est apparu lors des visites comme un petit garçon très actif, voir trop selon les dires de sa maman. Il est vrai que Simon fait des courses dans le couloir en attendant de pouvoir entrer dans la salle expérimentale. Il crie aussi assez, a des gestes brusques, bref, il énerve sa mère. Sa mère dira de lui qu'il est méchant, et que c'est le seul de ses enfants qui est comme cela. Nous verrons par la suite que cela affublera les interactions alimentaires qu'ils ont ensemble d'une teinte particulière.

3.1. Scores de qualité des interactions alimentaires et Scores de qualité des interactions pendant les jeux

Nous observons (voir ANNEXE 24) que les scores de l'échelle CIB diffèrent parfois lors des repas ou lors des interactions de jeu. Nous avons représenté en **Figure 17** les différences de plus de 2 points pour les scores de l'échelle CIB. Nous voyons ici que les scores aux interactions de jeu illustrent une qualité d'interactions bien meilleure que lors des interactions alimentaires.

Si l'on considère nos impressions lors de l'enregistrement des interactions de jeux, nous pouvons noter que la mère est souriante, les contacts avec Simon sont chaleureux et aimants. Simon est détendu, il semble apprécier de jouer sous le regard protecteur de sa mère. La mère le câline et il se laisse faire. Ils jouent ensemble au tracteur et la mère le surveille tranquillement s'il décide de s'éloigner un peu.

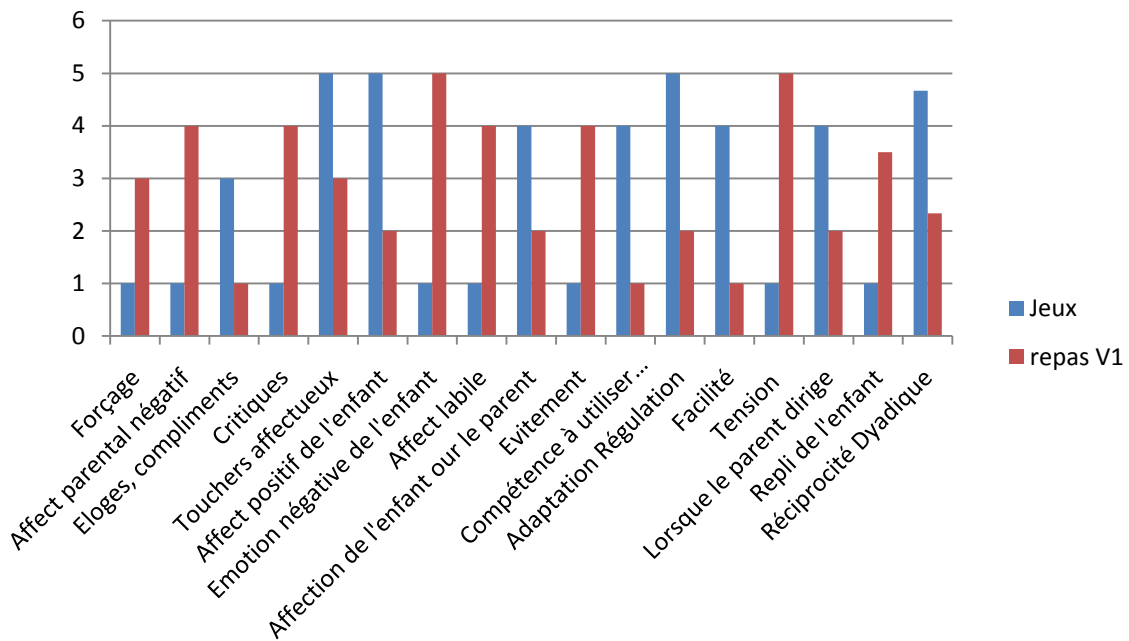


Figure 17 : Scores de qualité des interactions pendant le repas V1 et pendant la séquence de jeux pour Mme C et son fils. (Compétence à utiliser...= compétence à utiliser l'environnement)

Par contre, lors du repas, nous assistons à des comportements de forçage et d'intrusivité maternels. L'enfant se repli, la mère exprime des affects négatifs, l'enfant également. Samuel évite sa mère.

Nous changeons du tout au tout lors de ces deux séquences d'interactions. D'une relation paisible et adaptée lors des jeux, le repas devient une bataille ou chacun exprime son mécontentement, la tension est alors palpable. Pourtant Samuel ne refusera pas de manger, l'efficacité alimentaire de ce premier repas sera d'ailleurs très bonne. L'enfant mange, mais dans des conditions interactionnelles relativement mauvaises.

3.2. Comparaison des repas adaptatif et test (V1 et V2)

3.2.1. Durée des repas

	durée en sec	%age de refus
repas 1, V1	600	0
repas 2, V2	363	99

Tableau 39 : Durée des repas et pourcentage de refus du couple Mme C et son fils lors des deux repas adaptatif et test.

Nous pouvons voir dans le **Tableau 39** que, alors que la durée du repas diminue en deuxième séance (lors de la session test, où le bébé se voit présenter des morceaux de viande de différentes tailles), le pourcentage de refus de cuillères par le bébé augmente considérablement, l'on passe de zéro refus à pratiquement 100%.

3.2.2. Scores de qualité des interactions alimentaires repas adaptatif, V1 et repas test, V2

Rappelons que, pour Mme C et son fils, le repas test (V2) fut un fiasco total, l'enfant refuse catégoriquement de manger. Les scores à l'échelle CIB de ce repas sont sans appel. Au repas V2, le score d'efficacité alimentaire chute, accompagné des scores d'indépendance de l'enfant, de pose des limites par la mère etc. Alors que certaines caractéristiques interactionnelles étaient encore suffisamment présentes et de bonne qualité pour maintenir un repas efficace (par exemple la reconnaissance maternelle), au repas test, tout s'effondre, se désorganise. L'enfant montre alors davantage d'affects positifs, qui se traduisent par ses comportements d'opposition souriante à la mère : il va littéralement faire tourner sa mère en bourrique pendant le repas, refusant même de rester sur sa chaise et allant jouer avec les caméras, les objets « interdits » de la salle d'expérimentation. La mère nous dira d'ailleurs à ce moment : « vous voyez je vous avais dit, il est méchant ».

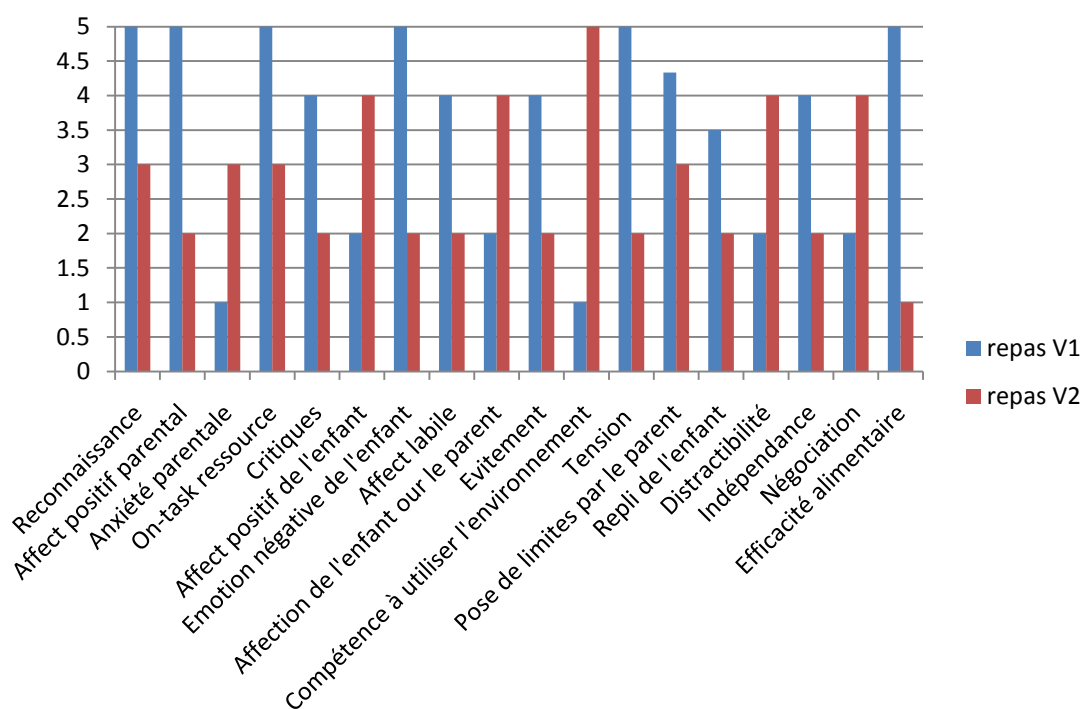


Figure 18 : Scores de qualité des interactions à l'échelle CIB de Mme C et son fils aux repas V1 et V2.

3.3. Données de l'entretien

3.3.1. Données qualitatives

Lors de l'entretien, Mme C donne pour définition du Bien Manger : « Euh, ce qui n'est d'ailleurs pas du tout appliquer avec Samuel, bien manger c'est euh ce que je leur met dans leurs assiettes et qu'il n'y ait plus rien quand je leur retire l'assiette. Ca c'est bien manger. J'aime bien voir mes enfants bien manger. En général, donc (elle soupire) bien manger c'est ça, c'est manger de tout et dans les quantités que je leur donne. »

Mme C est très consciente de sa problématique alimentaire, il semblerait d'ailleurs qu'elle ait été suivie par un psychologue pendant quelques temps. Elle dit à ce sujet : « Moi j'ai une relation très particulière avec la nourriture depuis toujours. » Lorsqu'on lui demande

de quoi vient cette relation particulière, elle répond : « Je sais pas. Je l'ai toujours eu. Quand j'étais enfant, on me disait tout le temps, euh, on mange pour vivre et que moi je vivais pour manger. J'ai toujours été euh passionné, oui, oui, on m'a toujours ça depuis toute petite, petite, et c'est vrai que moi j'ai toujours été, euh, j'ai toujours aimé aller faire le marché, j'ai toujours aimé, euh regard euh, goûter de tout, manger de tout et euh, euh ma mère trouvait ça euh effarent quoi. J'avais une amie qui était d'origine orientale et je mangeais des choses, des boyaux de moutons, des yeux de moutons, des choses comme ça et ma mère me disait mais c'est pas possible mais le fait de connaître d'autres choses euh ben c'était euh, je trouve ça important moi. Donc euh, on voyage un peu dans la nourriture quoi. »

Cette passion pour la cuisine et la nourriture, elle la partageait avec son grand père, un grand cuisinier comme elle aime à le dire, et aujourd'hui avec son mari, cuisinier, et ses enfants (l'un d'entre eux veut devenir boulanger), mais pas avec Samuel, qui fait figure d'exception dans la famille. La mère s'exprime à ce propos de façon très marquée : « Déjà Samuel il est l'exception qui confirme la règle de mes enfants, c'est à dire que lui me frustre énormément, puisqu'il ne mange que ce qu'il a envie de manger. (...) Et c'est vrai que Samuel c'est euh, on dirait, je, je me dis tout le temps c'est un peu ma, ma punition à la nourriture on dirait ! C'est à dire que moi, j'ai un rapport très particulier avec la nourriture c'est peut-être dû à mon obésité. Et euh, on dirait que Samuel, c'est un peu le test qui fait que ben, c'est pas toujours comment, tout droit et que euh, et que n'ayant pas eu d'autres enfants comme ça, c'est vrai que c'est difficile. Samuel, vous avez vu son comportement, il est méchant. C'est le seul enfant que j'ai comme ça. »

Mais Mme C expliquera cette particularité de Samuel par le fait qu'il est le seul à avoir eu une grossesse et une naissance difficiles. Pour elle, ce n'est pas un hasard, ces problèmes qu'il a vécu étant fœtus, ce ne serait « pas anodin sur ce qu'il va vivre après ».

Mme C montre une certaine maturité par rapport à sa propre obésité et nous explique que l'une de ses filles a des problèmes de poids, que cela l'angoisse, elle met alors à l'œuvre un discours explicatif de la place centrale que l'alimentation occupe dans sa famille : « Disons que vu mon obésité, je pense qu'il faut dédramatiser la nourriture donc euh d'en parler, de tourner autour, c'est aussi une thérapie euh pour euh ben pour euh pour vivre correctement quoi. Et je pense que c'est pour ça aussi que chez moi on parle, c'est surtout pas reproduire euh ce que moi je suis sur mes enfant quoi. C'est très clair. Sinon je pense que de, d'apprendre à apprivoiser la nourriture, ça ne pourra faire que d'eux des adultes sains et sans j'espère des problèmes de poids. »

3.3.2. Données issues de la SCORS-G (ANNEXE 24)

Les scores de Mme C sont élevés en ce qui concerne IER (investissement émotionnel dans les relations), CCS (compréhension de la causalité sociale), et ICS (identité et cohérence de soi). Par contre, COM (complexité de la représentation des personnes, 5 points), AFF (qualité affective des représentations des personnes et des relations, 5 points), IEM (investissement émotionnel des valeurs et normes morales, 4 points), AG (expérience et gestion des pulsions agressives, 4 points) et EDS (estime de soi, 4 points) sont plus bas, sans toutefois être considérés comme problématiques. Mme C présente donc un investissement émotionnel des normes morales et une estime de soi, basses. L'estime de soi peut être considérée comme liée à l'obésité de la mère, mais nous ne saurions comment expliquer son déficit d'investissement émotionnel des valeurs morales

Synthèse : Mme C est une mère de 5 enfants, obèse depuis 8 ans, qui est très consciente de son rapport particulier à la nourriture. Elle a réussi avec ses 4 premiers enfants à avoir une relation alimentaire qu'elle décrit comme saine et satisfaisante, mais avec son dernier enfant, Samuel, c'est une autre histoire. Malgré une grande maturité quant à sa propre obésité et relation problématique à la nourriture, Mme C se retrouve face à un enfant qui refuse de manger, comportement qu'elle interprète comme punition à son égard. Les interactions alimentaires qui en découlent sont de mauvaise qualité et frustrantes pour la mère.

Si nous observons maintenant rapidement la comparaison entre les 3 profils des dyades au repas V1 (voir ANNEXE 24) nous voyons qu'alors que Mme B a des scores très « dichotomisés » (élevés aux items positifs et bas aux items négatifs des échelles) Mme A et Mme C se détachent de ce schéma et montrent davantage de distorsions dans leurs scores d'interaction.

Mme A et B montrent les mêmes patterns de scores aux composites de l'échelle CIB, c'est-à-dire de bons scores de sensibilité maternelle, pose de limites, obéissance et engagement de l'enfant et réciprocité dyadique, alors que les scores de repli de l'enfant, intrusivité maternelle et états négatifs dyadiques sont bas. Mme C en revanche, montre des scores plus mitigés : un score élevé d'intrusivité maternelle et de repli de l'enfant, avec un score plus bas que les deux autres dyades à la réciprocité dyadique.

Toutes les dyades montrent une bonne efficacité alimentaire, mais une différenciation s'opère au niveau des scores de négociation (Mme A et sa fille ont le score le plus élevé), d'indépendance et de distractibilité (les enfants de Mme A et C sont les plus âgés et ont les scores d'indépendance et de distractibilité les plus élevés).

A l'échelle de Chatoor, les scores globaux des trois dyades sont très similaires : de bons scores de réciprocité dyadique pour Mme A et B (nous confirmons la plus faible réciprocité dyadique chez Mme C), et des scores très faibles de paroles et distraction, lutte pour le contrôle et non contingence maternelle. Par contre les scores de conflit dyadique sont également plus élevés chez Mme C que chez Mme A et B.

Nous avons pu faire ressortir 3 patterns interactionnels différents de ces 3 profils de mères. La mère « normale » étant la référence, nous voyons que les dyades avec la mère anxieuse et déprimée et avec la mère obèse vont présenter des patterns d'interactions alimentaires différents. Il serait intéressant de reproduire ce genre d'étude sur un plus grand échantillon pour vérifier l'existence de tels patterns.

Ces trois études de cas confirment encore une fois à quel point l'investigation individuelle des ressentis, représentations et vécus personnels peuvent avoir une incidence sur l'appréhension et la compréhension des interactions mère-enfant. Ces courtes analyses plus approfondies nous poussent à considérer que davantage de questions quant à l'histoire personnelle de la mère, l'histoire de la grossesse, de la naissance, de l'allaitement etc. doivent être investiguées.



Discussion

Nous reprendrons dans cette partie chaque hypothèse selon l'approche concernée et exposerons si chacune a été confirmée ou rejetée. *A noter que nous avons déjà pris la liberté de discuter certains points dans la partie résultats.* Puis dans un quatrième point, nous ferons une discussion globale des résultats que nous avons obtenus dans chacune des approches, et de comment les intégrer les unes aux autres. Devant la masse importante de données et de pistes de réflexion qui se présente à nous au terme de cette étude, nous avons volontairement choisi de ne discuter qu'une partie des résultats, nous laissant ainsi libre court pour l'après-thèse dans la rédaction d'articles et communications ultérieurs.

Approche socio-anthropologique

Hypothèse 1

La définition du « Bien Manger » des mères sera différente selon qu'elles parlent de leur bébé ou d'elles-mêmes (adultes) car ici se joue la notion de responsabilité sur et vis-à-vis de la vie du bébé. Nous pensons observer également un décalage entre les pratiques des mères pour leur propre alimentation par rapport à celle de leurs bébés.

Les mères n'ont pas de critères de définition différente du Bien Manger selon qu'il s'agisse de l'adulte ou du bébé si ce n'est concernant les catégories d'aliments à privilégier pour les uns ou pour les autres, mais elles vont faire une distinction au niveau des pratiques entre Bien Manger pour elles mêmes et pour leurs bébés. Ainsi nous rejetons à moitié notre première hypothèse et confirmons qu'il y a bien un décalage entre les pratiques appliquées aux enfants et aux adultes.

Hypothèse 2

La notion de plaisir lors de l'alimentation, de manger ce qu'on aime sera moins importante/présente que la notion de santé dans le discours des mères car à notre époque, les médias et corps médicaux pointent les troubles alimentaires et l'obésité du doigt. Ils semblent constituer une pression sociale et normative assez forte dont il nous paraît important d'évaluer l'emprise réelle ou du moins la façon dont les mères composent avec elles, les adaptent ou les rejettent, les mélangent avec leur propre idée de ce qui est bon pour leur enfant.

Au vu de ce que nous avons analysé jusqu'à présent, nous pouvons affirmer que la notion de plaisir dans l'alimentation est très présente dans l'esprit des mères, et peut être même davantage que les soucis de santé (sauf dans le cas d'un enfant à risque ou d'un terrain héréditaire) ainsi, nous confirmons l'hypothèse 2.

Hypothèse 3

L'introduction de morceaux dans l'alimentation des petits est, comme tout changement d'alimentation (sevrage, diversification, introduction de la viande etc.), une potentielle source d'anxiété et de crainte pour les mères. Nous pensons que les mères de notre étude vont révéler une anxiété face notamment au risque d'étouffement.

D'après les informations retirées de nos entretiens avec les mères, nous pouvons rejeter l'hypothèse 3. En effet, les mères semblent plutôt détendues et confiantes quant au fait que leur enfant, s'il ne peut pas manger un morceau, le recrachera.

Hypothèse 4

La façon dont les mères vont interagir avec leur enfant autour de l'alimentation va dépendre fortement de leurs propres expériences en termes d'éducation alimentaire (souvenirs de sa propre enfance) et de leur style d'alimentation en tant qu'adulte.

Nous pouvons confirmer notre hypothèse 4 car nous avons identifié deux profils de mères, illustrant que chaque mère a sa propre histoire relative à la nourriture et que cela va influencer la façon dont elle va éduquer ou du moins vouloir éduquer son enfant. Nous pouvons relier ces profils à ceux que Ainsworth et Bell (1969) ont développé auparavant. Cela illustre le fait qu'il existe diverses manières de définir une population étudiée et que cette définition dépend des caractéristiques et questions investiguées. Ici nous avons investigué la relation de la mère à son alimentation, Ainsworth et Bell (1969) avaient montrés une différenciation entre les mères observées qui présentaient des comportements contrôlants ou de négligence envers le bébé et les mères « responsive » et sensibles aux signaux de leur enfant.

Dans cette culture française, on a bien vu que les représentations des mères sont fortement liées à la norme culturelle du Bien Manger. Dans d'autres cultures, avec d'autres normes du bien manger (qui aura sûrement un autre nom) on peut s'interroger sur comment se définit la représentation du bébé, de la santé et de l'alimentation ? Il pourrait s'agit ici d'une nouvelle dimension, interculturelle, à investiguer dans de futures recherches.

Enfin, nous voyons ici l'importance de considérer ces mères dans le contexte de famille en construction ou en devenir, en particulier pour les mères dont c'est le premier enfant. Ici se joue l'accès à la parentalité, il est d'autant plus important pour ces familles là de ne pas se tromper et de transmettre tout le meilleur à leur enfant. D'autant plus que, dans le contexte social et culturel français actuel, comme le dit E. Badinter (2010), « à force d'entendre répéter qu'une mère doit tout à son enfant, son lait, son temps, son énergie, il est inévitable que de plus en plus de femmes reculent devant l'obstacle. »

Approche développementale

Hypothèse 5

Pour cette hypothèse sur l'évaluation de l'aliment par le bébé (acceptation ou refus) nous pensions que :

- i. L'acceptation par le bébé de morceaux d'aliments va augmenter avec l'âge.
- ii. L'acceptation par le bébé de petits morceaux d'aliments va être plus grande que pour les gros morceaux d'aliment.

- iii. Le niveau de développement psychomoteur et particulièrement l'autonomie, sera positivement corrélé à l'acceptation par le bébé de gros morceaux d'aliments.
- iv. Plus le bébé aura de dents, plus il acceptera de gros morceaux d'aliments.
- v. Le sexe du bébé n'influencera pas son acceptation de morceaux d'aliments.
- vi. L'acceptation de morceaux d'aliments de grande taille dépendra de l'âge d'introduction des premières purées et des premiers morceaux dans l'alimentation du bébé. Plus tôt le bébé aura été exposé à la purée et aux morceaux, plus il aura de facilité à accepter les nouveaux morceaux d'aliments.

Tout d'abord, nous rejetons les hypothèses 5iii, 5iv, 5v et 5vi, car nous n'avons pas retrouvé d'effet significatif du niveau de développement psychomoteur, du sexe de l'enfant, de son nombre de dents et de l'âge d'introduction des purées et des morceaux sur l'acceptation par l'enfant des morceaux d'aliments proposés pendant l'étude.

Par contre, nos résultats confirment les hypothèses 5i et 5ii selon lesquelles l'acceptation des bébés augmente avec l'âge et diminue avec la taille des boulettes de viande. Nous montrons également que la confiance à goûter les boulettes de viande reste constante entre 12 à 24 mois, avec des scores sont élevés (moyenne: 7,8, SD: 0,49, sur une échelle en 9 points) quelle que soit la taille du morceau présenté. Ainsi nous rejetons l'hypothèse 6i rappelée ci-après.

Hypothèse 6

En ce qui concerne les capacités oro-motrices réelles du bébé (facilité à mastiquer et à avaler) nous nous attendions à ce que :

- i. La confiance du bébé à mettre en bouche des nouveaux morceaux d'aliments va augmenter avec l'âge et diminuer avec la taille croissante des morceaux.
- ii. Les scores des bébés de facilité à mastiquer et avaler des morceaux augmenteront avec l'âge et diminueront avec la taille croissante du morceau présenté.

Les scores de facilité à mastiquer quant à eux augmentent de 12 à 18 mois, puis restent constants. Ceci suggère que 18 mois est l'âge auquel les bébés de notre échantillon atteignent un niveau suffisamment mature de motricité orale pour faire face à la difficulté engendrée par de gros morceaux de nourriture. Ce résultat correspond aux études « mécaniques » précédentes montrant, par exemple, que la vitesse de mouvement des mâchoires des bébés n'est pas différenciée lorsqu'ils mangent de la purée ou des aliments de consistance plus solide, et ce jusqu'à environ l'âge de 18 mois (Wilson et al., 2009). Nous confirmons en quelque sorte notre hypothèse 6ii concernant les scores de facilité à mastiquer, par contre nos résultats ne montrent pas de différence significative des scores de facilité à avaler des enfants en fonction ni de l'âge, ni de la taille des morceaux donc nous rejetons cette partie de l'hypothèse.

Nous avons aussi, en partie, confirmé les observations de Gisel (1991) concernant la diminution, avec l'âge, du temps que les bébés passent à manipuler et mâcher de morceaux

ainsi que l'augmentation de cette durée avec la taille du morceau. Nous n'avons par contre pas trouvé de différences significatives au niveau de l'âge et de la taille des morceaux, sauf un effet de l'âge (significatif que pour les morceaux de taille 2, $p < 0,05$) entre les enfants de 12 mois et les 4 autres groupes d'âge. Nous pouvons expliquer ceci par, tout d'abord, le fait que les enfants de 12 mois ont refusé les grandes tailles de boulettes de viande, donc la durée de manipulation en bouche n'a pu être mesurée. De plus, l'étude de Gisel comprenait 143 sujets, contre 20 dans la nôtre, ce qui pourrait aussi expliquer pourquoi nous n'avons pas pu reproduire ses résultats.

Nous avons prédit que les capacités oro-motrices des enfants (facilité à mastiquer et avaler) ainsi que la confiance des enfants se développeraient ensemble, augmentant avec l'âge et diminuant avec la taille des morceaux à manger. Or les enfants de notre étude ont montré une étonnante confiance pour essayer chaque taille de morceau de viande, avant même qu'ils n'aient les capacités de les mastiquer. Une façon d'interpréter ce résultat est de dire que, comme les plus jeunes bébés (12-15 mois) sont nourris par leur mère pendant les repas (c'est la mère qui tient la cuillère et donne à l'enfant), ils font confiance à leur mère, et montrent donc une grande confiance à manger ce qui leur est offert.

Hypothèse 7

Nous supposons que l'influence des facteurs individuels sur les compétences du bébé serait la suivante:

- i. La confiance maternelle à donner ou laisser manger de nouveaux morceaux d'aliment à leur bébé sera influencée positivement par l'âge du bébé, son niveau de développement psychomoteur, et négativement influencée par la taille croissante des morceaux d'aliments proposés.
- ii. Une anxiété maternelle élevée va diminuer l'acceptation et la confiance du bébé à manger de nouveaux morceaux d'aliments.
- iii. La sensibilité maternelle va influencer la confiance de la mère et du bébé à manger de nouveaux morceaux d'aliments : plus la mère sera sensible aux signes communicatifs de son enfant, plus elle sera confiante à l'idée de donner ou laisser manger son bébé et plus le bébé sera confiant pour manger les morceaux présentés lors du repas.

Concernant la confiance maternelle, malgré des scores globalement élevés pour tous les groupes d'âge, pour la taille la plus grande de morceau la confiance maternelle est plus basse ($p < 0,05$) pour les bébés de 12 et 15 mois. De plus, les scores des bébés à l'échelle locomotrice de développement psychomoteur sont corrélés positivement avec la confiance maternelle (cf **Tableau 7**, $p < 0,05$). Ce résultat peut être interprété comme suggérant qu'une mère dont le bébé est déjà assez à l'aise avec son propre corps et ses mouvements sera plus confiante en ses capacités avec la nourriture. Nous confirmons ainsi notre hypothèse 7i. Nous avons également constaté que l'augmentation de l'anxiété maternelle diminue l'acceptation de la nourriture par les enfants, et a tendance (non significatif) à diminuer leurs scores de confiance à manger les morceaux. Les mères anxieuses auraient-elles donc tendance à « transmettre » leur inquiétude à leur enfant lors du repas ? Un enfant dont la mère est anxieuse pourrait alors lui-même devenir anxieux ou inquiet, ce qui expliquerait alors la diminution de son

acceptation de la nourriture ainsi que la baisse de sa confiance à essayer la nourriture proposée. Nous confirmons en partie notre hypothèse 7ii. Ainsi, l'anxiété de la mère semble être un facteur important qui peut être lié à l'acceptation alimentaire et la confiance à manger des enfants, mais aussi plus globalement à des styles d'alimentation, des pratiques, des interactions et des habitudes alimentaires parentaux ainsi que des bébés tel que suggéré par les études précédentes (Francis et al. , 2001; Mitchell et al., 2009; Farrow & Blissett, 2005; Blissett et al., 2007).

Pour finir, nous ne trouvons pas d'effet significatif de la sensibilité maternelle sur la confiance du bébé et/ou de la mère et rejetons donc notre hypothèse 7iii. Ceci est probablement dû à l'homogénéité des scores de sensibilité des mères (sur une échelle en 5 points, moy=4.1, Ec.Type=0.52) ainsi que la petite taille de notre échantillon (n=20).

Ce travail exploratoire relève des questions sur l'influence de l'anxiété maternelle au niveau du comportement alimentaire des tout-petits, en particulier dans le contexte de l'introduction des morceaux dans l'alimentation, qui devraient être répliqués et étudiés avec de plus amples échantillons afin de permettre une confirmation et généralisation de nos résultats. En outre, la texture et la taille des aliments sont des facteurs interdépendants et qui devraient être pris en compte dans les études futures afin de mieux comprendre l'acceptation et le développement des capacités oro-motrices chez le bébé. Dans notre étude, comme mentionné dans les parties méthodologie et résultats, quarante autres bébés ont reçu des morceaux de légumes (vingt ont reçu des cubes de pommes de terre et vingt des cubes de carottes, dans une petite gamme de tailles et de textures différentes des boulettes de viande) et nous n'avons trouvé aucune différence au niveau de l'acceptation des quatre différentes tailles. Ceci suggère que chaque type d'aliment étudié devrait bénéficier d'un protocole spécifique avec des tailles, formes et textures sélectionnées pour discriminer les comportements oro-moteurs des enfants.

De même, ces études devraient être appliquées sur des populations avec un éventail d'âges plus développé (par exemple en ajoutant des bébés de 9 mois), ainsi cela permettrait l'observation et la compréhension du développement oro-moteur dès les prémices de la mastication à 9 mois, jusqu'à sa maturation vers 24 mois.

Pour conclure, nos résultats sur cette approche développementale ont montré que l'observation des comportements alimentaires dans la deuxième année de vie fournit des données utiles concernant le développement des capacités oro-motrices et de la confiance à essayer de nouveaux aliments, mais aussi sur l'influence relative du comportement de la mère et ses caractéristiques. On peut aussi supposer que, compte tenu de la complexité du contexte alimentaire, les caractéristiques comportementales et psychologiques des parents et des enfants sont des variables complémentaires dont l'investigation dans ce genre d'études permettrait de mieux accompagner le développement des capacités de l'enfant. Par exemple, il serait intéressant d'étudier les liens entre la qualité des interactions alimentaires entre la mère et son bébé, avec leurs comportements (nos analyses comportementales sur 20 sujets n'ayant pas abouti, comme exposé dans la partie méthodologie, une réplification sur une plus grand échantillon et un approfondissement de la méthode de codage seraient nécessaires). Lundy et al. (1998) ont montré que les enfants affichaient davantage de mouvements de tête et de corps positifs ainsi que plus d'empressement, d'avidité en réponse à la présentation de textures d'aliments complexes que simples. Il serait tout à fait pertinent d'appliquer cette

analyse aux comportements des enfants et de leur mère en fonction de différentes tailles de morceaux de nourriture proposés. Enfin, notre étude montre également, pour notre sponsor, les premiers éléments de connaissance pour produire de nouveaux produits pour enfants qui soient bien évidemment sûr et sans danger, mais aussi qui tiennent compte du développement oral de l'enfant.

Approche clinique

Hypothèse 8

Comme exposé dans notre partie hypothèse, nous avons recruté notre population selon le principal critère de santé du bébé. Partant d'une population de bébés sains de 12 à 24 mois, nous pensions que les mères de ces bébés sans difficulté particulière ne présenteront pas plus de caractéristiques psychopathologiques (en termes d'anxiété, dépression, symptômes somatiques, dysfonctionnement social) que dans la population générale. Ainsi nous nous attendions à retrouver une majorité de mères « saines » mais tout de même un pourcentage de mères ayant une psychopathologie comparable à la prévalence retrouvée dans une population de mères de la population générale.

Nos résultats nous montrent que malgré des bébés sains, « normaux » et sans difficulté particulière (développement psychomoteur ou comportement alimentaire), notre population de mères associées présente certaines caractéristiques psychopathologiques. Nous avons au total environ 16% des mères qui présentent des scores élevés à certaines dimensions du GHQ-28 ou au STAI sans toutefois atteindre les taux rencontrés dans la population générale. Nous confirmons donc notre hypothèse 8.

Il nous semble important ici de noter que ces caractéristiques psychopathologiques des mères peuvent n'être que liées à une situation actuelle, être réactionnelles et non liées à un facteur psychologique de personnalité stable. On entend par là que les scores de dépression des mères peuvent tout à fait être l'expression d'un état réactionnel et non d'une véritable pathologie stable de la mère.

Nous observons par ailleurs que l'âge des bébés va influencer un certain nombre de composantes de leurs interactions avec leur mère lors de l'alimentation, et différemment selon le type de repas observé (adaptatif V1, ou test V2). Nous avons suggéré qu'avec l'avènement de l'autonomie de l'enfant la structure, les composantes et la qualité des interactions alimentaires vont se modifier. Comme nous l'avons évoqué, la mère ne mangera plus en face à face avec son enfant et aura par exemple moins l'occasion de signifier ses affects à son enfant, ou du moins pas de manière aussi directe. Le développement de l'autonomie amène également à la conflictualisation et à la frustration à la fois de l'enfant et de la mère. La réciprocité dyadique diminue, les comportements d'opposition de l'enfant augmentent. Mais en parallèle, nos résultats montrent que la mère est de plus en plus enthousiaste et attentive à son enfant au fil des mois. Quel que soit l'âge de l'enfant, nos données montrent bien que la qualité des interactions est bonne mais qu'il s'agit de l'organisation des composantes comportementales de ces interactions qui se différencient selon l'âge. Un enfant de 12 mois

n'ayant pas les mêmes capacités motrices et cognitives que ceux de 24 mois, la mère s'adapte à ces capacités dans sa façon de communiquer et interagir avec lui. Pour aller plus loin dans cette voie, il serait nécessaire et extrêmement enrichissant d'effectuer des analyses comportementales (comme celles que nous avons débutées mais malheureusement n'avons pas pu achever pour ce rapport de thèse) afin de qualifier et quantifier l'utilisation de tel ou tel comportement par la mère et son enfant en fonction de l'âge de ce dernier.

Le phénomène de distribution en « pic » décrit dans nos résultats pour l'effet de l'âge sur certaines données nous apporte déjà quelques éléments de compréhension de ce niveau développemental. Certains comportements maternels, comme de l'enfant, seraient nécessaires dans le cadre alimentaire jusqu'à 18 mois, jusqu'à l'acquisition de l'autonomie alimentaire de l'enfant, puis moins au delà. L'âge de 18 mois apparaît alors comme un âge charnière dans notre population, les enfants sont pour la plupart autonomes, et la mère aura moins besoin de stimuler l'enfant pour qu'il apprenne à manger, l'enfant d'ailleurs commence à « rejeter » les interventions maternelles (même les interventions « salvatrices »). La mère laisse davantage manger son enfant sans l'interrompre ni même l'encourager, évitant ainsi les conflits.

La sensibilité maternelle serait également en hausse de 12 à 18 mois puis en baisse jusqu'à 24 mois. Il est important de voir la sensibilité ici comme l'expression comportementale, dans la relation alimentaire observée, des qualités maternelles de : reconnaissance, élaboration, regard, affect positif, vocalisation appropriée/claire, choix approprié d'affects, ressources/ingéniosité, éloges/compliments, touchers affectueux, et présence soutenante. Ainsi entre 12 et 18 mois, la mère exprime de plus en plus de sensibilité envers les signes de son enfant, puis une fois l'indépendance et l'autonomie alimentaires engagés, il semblerait qu'elle prenne davantage de distances et montre (comportementalement) moins de sensibilité, sans pour autant être moins attentive ou répondante.

Hypothèse 9

Nous pensions que, dans le cadre des interactions alimentaires, l'anxiété et la sensibilité maternelle montreraient des liens sous-jacents aux hypothèses suivantes :

- i. La situation alimentaire va engendrer de l'anxiété chez les mères car elle induit un stress relatif à sa nature impérative pour le bébé (manger pour vivre, se développer). Nous nous attendons donc à trouver des scores d'anxiété état élevés chez les mères en situation de repas (qui de plus est expérimentale), plus élevés que leurs scores d'anxiété trait.
- ii. L'anxiété situationnelle maternelle élevée va entraver la disponibilité affective et comportementale des mères et donc abaisser leur sensibilité aux signaux de leur enfant. Nous nous attendons à trouver des scores bas de sensibilité maternelle lors des repas.
- iii. Dans la situation alimentaire, une anxiété maternelle élevée associée à une sensibilité maternelle basse vont engendrer une qualité des interactions mise à défaut.

Notre hypothèse 9i rejetée par nos données. Bien que nous ayons environ 12% de mères qui présentent de difficultés d'anxiété et d'insomnie au questionnaire GHQ-28, nous ne retrouvons pas d'anxiété élevée chez la plupart des mères. Les scores, aussi bien à l'échelle STAI que l'item d'anxiété parentale à l'échelle CIB, sont faibles. De plus, l'anxiété trait apparaît supérieure à l'anxiété état. Ainsi on ne peut conclure à un potentiel effet stressant ou anxiogène de la situation expérimentale.

Nos résultats nous permettent à la fois de rejeter et de confirmer notre hypothèse 9ii. Tout d'abord nous ne retrouvons pas de lien entre l'anxiété maternelle au questionnaire STAI et la sensibilité maternelle à l'échelle CIB. Or on a un lien significatif entre ces deux items au sein de l'échelle CIB. Nous trouvons une corrélation significativement négative, ainsi on a bien une baisse de la sensibilité associée à une hausse de l'anxiété situationnelle mais ce, au niveau **relationnel**.

Nous relevons ici que les trois échelles utilisées dans notre étude (STAI, GHQ-28 et item de l'échelle CIB) n'évaluent pas la même anxiété. Le questionnaire STAI évalue l'anxiété état c'est à dire celle développée sur le moment et l'anxiété trait c'est à dire celle révélant un trait de personnalité, le GHQ-28 évalue les difficultés des sujets liées à l'anxiété et les insomnies au moment de l'évaluation (on a d'ailleurs une corrélation significative entre STAI état et scores d'anxiété-insomnie au GHQ-28, $r=0.35$, $p<0.05$) alors que l'item de l'échelle CIB définit l'anxiété maternelle observée et vécue dans la relation avec l'enfant, dans le contexte interactif, et ici au niveau alimentaire. On a donc ici 2 sortes d'évaluations, l'une (incluant STAI et GHQ-28) qui considèrent les troubles et difficultés de la mère dans un contexte de vie global (trait de caractère) et/ou spécifique à une période temporelle actuelle (situation de la mère et contexte dans lequel elle vit au moment de l'évaluation), il s'agit là des niveaux macroscopique et mésoscopique. Et l'autre (échelle CIB) qui évalue les caractéristiques maternelles à un instant i , dans la relation alimentaire spécifiquement observée lors de l'étude, à un niveau microscopique. Ceci nous conforte dans l'idée qu'une méthodologie telle que nous l'avons utilisée en appliquant ces divers niveaux d'analyse est pertinente. Nous reparlerons de notre méthodologie dans la partie globale de la discussion ci-après.

Enfin, nous confirmons notre hypothèse 9iii car nos résultats montrent que notre population, malgré de faibles scores d'anxiété, de forts scores de sensibilité, et une variabilité modérée de ces scores, présentent des liens significatifs de ces deux caractéristiques avec la qualité de leurs interactions alimentaires avec leur enfant. L'anxiété aurait un effet négatif tandis que la sensibilité aurait un effet positif sur les interactions entre mère et bébé.

Nous pensions que cela se traduirait de la façon suivante :

- Pour le bébé : Une diminution de l'engagement et des initiations, davantage de repli et moins de confiance dans l'aide du parent.
- Pour la mère : davantage d'intrusion (forçage, domination, critiques et hostilité) et moins de reconnaissance, moins de présence soutenante.
- Pour la dyade : une qualité des regards maternels et du bébé diminuée, un score de réciprocité diminué et davantage d'états négatifs.

Or nos résultats montrent que l'anxiété maternelle est corrélée avec (pour les scores au STAI) moins de reconnaissance, affects positifs et vocalisations appropriées de la part de la mère, davantage d'humeur dépressive, de moins bonnes adaptation et régulation dyadiques et plus de négociation lors des repas.

A l'échelle CIB, si l'on considère l'item d'anxiété parentale, comme exposé en ANNEXE 13, nous voyons que les corrélations qui apparaissent nous permettent de confirmer totalement notre hypothèse. A une anxiété maternelle élevée (dans la relation) nous pouvons associer une baisse de la sensibilité maternelle ainsi que davantage d'intrusion maternelle, moins de reconnaissance et moins de présence soutenante. Alors que l'enfant lui sera moins engagé dans l'interaction, plus en repli. Les interactions seront moins réciproques, la qualité des regards l'enfant (mais pas de la mère) mis à défaut, et l'on retrouvera davantage d'états négatifs dans la dyade.

Ici nous pouvons relever également que la notion de sensibilité maternelle qui est évaluée l'est en terme de comportements dans la relation au moment précis de l'interaction alimentaire observée : au niveau microscopique. Or nous avons vu en partie revue théorique que la sensibilité maternelle englobe tout un éventail de comportements maternels, ainsi, une définition plus large, à un niveau mésoscopique, de la sensibilité maternelle, dans un cadre plus large que la sensibilité dans l'interaction observée, apporterait davantage d'informations quant à la caractérisation des mères et de leur influence sur les interactions avec leur enfant.

Hypothèse 10

Nous pensons que les caractéristiques des individus de la dyade influencent les composantes et la qualité des interactions dans l'alimentation.

Nous avons trouvé dans nos données que, dans l'ensemble, malgré peu de variabilité, les facteurs individuels impactent tout de même qualité des interactions et nous pouvons ainsi confirmer l'hypothèse 10.

Comme démontré dans la littérature, l'anxiété, la sensibilité, et la santé psychique de la mère ainsi que le tempérament de l'enfant ont un lien significatif avec la qualité des interactions mère-enfant, et spécifiquement dans le contexte alimentaire. Bien que non corrélés avec les caractéristiques individuelles évaluées par les questionnaires, la durée et le pourcentage de refus des repas sont significativement corrélés avec les items de l'échelle CIB de dépression et d'anxiété maternelles. La durée du repas V1 sera plus longue et il y aura davantage de refus par l'enfant si la mère se montre anxieuse dans l'interaction. Si la mère paraît avoir une humeur dépressive, la durée du repas sera également plus longue. La durée et le pourcentage de refus des repas sont aussi significativement corrélés avec certains items de qualité des interactions lors du repas.

Au passage, nous avons pu remarquer dans notre échantillon qu'un enfant a refusé totalement de manger au repas adaptatif. Nous nous arrêtons ici sur cette situation. L'enfant, âgé de 18 mois, est un petit garçon très timide à première vue, se cache derrière les jambes de sa mère mais qui sourit et écoute volontiers les deux intervenantes de l'étude pendant le temps d'explication avant le repas. La passation du test de Griffiths se passe très bien, l'enfant s'ouvre à la communication et semble alors bien adapté. Lorsqu'il est temps de manger, le

petit s'installe, sans problème et attend son assiette avec calme. Le père est alors présent, sur la demande de la mère, il restera lors de cette première séance filmée. C'est alors que la mère, très joviale, nous annonce d'un ton stressé : « bon, on va voir comment ça va se passer parce que d'habitude c'est toujours son papa qui lui donne à manger ». Nouvelle surprenante et déstabilisante qui fera du repas un moment très anxiogène pour le petit et sa mère. L'enfant va dès les premières cuillerées se montrer réfractaire à sa mère. Une montée en pression va alors s'opérer, l'enfant montrant de plus en plus de détresse, la mère usant de tous les subterfuges possibles pour faire manger son enfant, en passant de la colère au jeu, rien n'y fait, l'enfant pleure, crie, refuse toute cuillère. La mère se montre très gênée, stressée et perdue. Le père, pendant ce temps, à la demande de l'observatrice derrière les caméras, avait la consigne de ne pas interférer et de s'occuper à lire silencieusement sur sa chaise. C'est alors que la mère demande si le père peut donner à manger à son enfant. Face à la détresse de la dyade, nous acceptons, et le climat du repas change alors du tout. L'enfant cesse de pleurer presque instantanément, le père, très calme, sûr de lui, donne à manger à son enfant et le repas peut alors se terminer sans problème. La dyade reviendra le lendemain, sans le père, et le repas test pourra s'effectuer sans problème, sans le père. La mère admittra qu'elle décida de donner plus souvent à manger à son enfant au vu, dit-elle, « du cinéma qu'il a fait » la veille. Que conclure sur cette démonstration si ce n'est que l'influence du père est d'une importance capitale dans les interactions mère-enfant, et dans le développement de l'enfant. Cet exemple, bien qu'extrême, dévoile le côté caché de beaucoup d'études sur les interactions mère-enfant qui ne tiennent pas compte de l'existence du père au côté de cette dyade.

A partir de nos données, nous pouvons développer des profils d'interactions selon les caractéristiques des enfants et des mères, comme exposés déjà dans la partie résultat pour chaque caractéristique individuelle. Par exemple, lorsque la mère est déprimée, ses vocalisations sont moins appropriées, il y a moins de réciprocité dyadique, plus de détresse et de colère de la part de la mère, un toucher abrupte et une manipulation excessive qui engendre des comportements où l'enfant se raidit lorsque sa mère le touche. Ou encore, lorsque l'enfant est irrégulier dans ces rythmes de vie, sera moins ouvert à l'interaction mais de plus, sa mère sera moins consistante dans ses comportements interactifs et en particulier dans le positionnement d'un cadre défini et clair au sein duquel l'alimentation peut avoir lieu.

Malgré une efficacité alimentaire très élevée pour l'ensemble des dyades, nous avons remarqué que les moyennes de distractibilité, indépendance et négociation se différencient en fonction de l'âge du bébé. Nous revenons ici à l'influence de l'âge de l'enfant, de son niveau de développement et d'acquisition de l'autonomie alimentaire sur les composantes des interactions alimentaires qu'il aura avec sa mère.

Enfin, les variables familiales (âge des parents, nombre d'enfants et place dans la fratrie) sont corrélées avec la durée du repas et montrent ainsi que dans les familles nombreuses, pour des raisons souvent pratiques, le temps consacré au repas est plus court. De même, les enfants de ces familles sont plus indépendants, quel que soit leur âge, que les autres enfants.

L'âge du père apparaît comme une variable importante. Plus le père est âgé, et plus l'interaction entre l'enfant et sa mère contient de composantes négatives : des scores plus bas de pose de limites, de toucher affectueux, d'enthousiasme, de confiance de l'enfant envers sa mère, et de compétence à utiliser l'environnement. Ceci renvoie, comme abordé

précédemment, au rôle du père dans l'éducation de son enfant et dans le développement des capacités interactionnelles de ce dernier.

La taille actuelle et le poids de naissance de l'enfant sont liés à certains scores aux items de qualité des interactions alimentaires.

A l'échelle de Chatoor, nous retrouvons dans l'ensemble les mêmes sens de corrélations qu'avec l'échelle CIB mais un certain nombre d'incompréhensions ressortent. Nous relierions ces résultats incohérents au taux de fidélité interjuges qui ne sont pas idéaux pour certains des items globaux de l'échelle (paroles et distraction, lutte pour le contrôle et non contingence maternelle, voir ANNEXE 7) Par contre, nous relevons que l'influence des caractéristiques individuelles ressortent au sein de l'échelle de Chatoor davantage en termes de toucher maternel qui serait peu adapté, excessif, intrusif ou abrupte que dans les résultats avec les items de l'échelle CIB.

Hypothèse 11

Ici nous nous plaçons dans la situation expérimentale test, où nous présentons des morceaux de nourriture de tailles différentes lors des repas. Nous pensons que cette situation allait induire plus ou moins de stress (à la fois chez le bébé et la mère) pendant les interactions alimentaires.

De ceci, nous émettions les hypothèses suivantes :

- i. La qualité des interactions mère-enfant sera mise en défaut lors du repas test (V2) où l'on présente des morceaux de nourriture de tailles différentes contrairement au repas adaptatif (V1, repas « normal » dans un contexte de laboratoire).
- ii. Ces modifications de la qualité et des composantes des interactions alimentaires lors du repas test (V2) sera d'autant plus importante selon les caractéristiques.

D'une part, nous trouvons qu'il y a davantage d'anxiété maternelle (item de l'échelle CIB) en repas test qu'en repas adaptatif. Ainsi nous confirmons l'hypothèse 11 principale. La situation de test et d'introduction de morceaux de tailles différentes d'aliments induit un stress qui expliquerait cette augmentation de l'anxiété maternelle dans la relation à son enfant lors du repas.

D'autre part, nous confirmons la sous-hypothèse 11i selon laquelle la qualité des interactions entre V1 et V2 est différente. Lors du repas test, les enfants refusent davantage de manger et les mères sont plus anxieuses dans la relation avec leur bébé. Nous supposons que cette situation expérimental, puisqu'elle expose les dyades à un « défi », une difficulté, engendre un stress et par la même nous pouvons expliquer que ce stress induit une expression plus importante de conflits que lors des repas adaptatifs (sans difficulté particulière).

Enfin, en ce qui concerne notre sous-hypothèse 11ii, les effets de l'anxiété au STAI ainsi que des scores aux quatre dimensions du GHQ-28 disparaissent à l'échelle CIB et diminuent considérablement lors du repas test mais subsistent pour la plupart.

De plus, le score de tempérament de l'enfant de distractibilité reste significativement lié à la bonne qualité des interactions alimentaires avec sa mère alors qu'au niveau des scores de développement psychomoteur, ce sont les scores locomoteurs et de coordination œil-main à l'échelle de Griffiths qui sont significativement reliés à la qualité des interactions alimentaires au repas V2. Ce ne sont plus les performances cognitives et le niveau de langage de l'enfant qui prédominent dans la situation test mais les capacités motrices de ce dernier. Il s'agit ici pour l'enfant de manger et de « montrer » qu'il peut se débrouiller avec une difficulté oro-motrice. On peut donc penser que lors du repas adaptatif, la dimension sociale de l'alimentation prédomine dans les interactions, alors qu'ici en situation de difficulté, les dyades reviennent à un niveau plus « basique » si l'on peut dire, de motricité pure. Si l'enfant a des capacités motrices développées et aisées, la mère sera sûrement plus à l'aise de le voir manger des morceaux de taille importante, alors que si ce n'est pas le cas, cela peut devenir angoissant pour cette dernière, et influencer ainsi sur la qualité des interactions lors du repas.

Or certains résultats montrent un lien négatif entre ces scores de motricité et la qualité des interactions alimentaires : plus l'enfant a des scores élevés au niveau locomoteur et coordination œil-main, et plus il aura des scores de repli, d'évitement, d'émotions négatives, et plus sa mère va le forcer, montrer de l'hostilité etc. Ceci pourrait être dû soit à un effet massif d'un sujet outlier mais il faudrait fouiller davantage les données pour en savoir plus. Soit on peut considérer que certains enfants qui ont une motricité très développée mais un tempérament difficile, une tendance à manger trop vite par exemple sans écouter les recommandations de sa mère, peuvent engendrer des difficultés chez les mère et du coup dans les interactions dyadiques.

Enfin, le poids de naissance de l'enfant est toujours relié significativement et dans le même sens, aux scores de qualité des interactions lors du repas V1 et V2. Par contre il semble que la taille actuelle de l'enfant soit corrélée négativement avec la qualité d'interactions dyadiques (moins d'élaboration et de sensibilité maternelle, des scores plus bas de pose de limites par la mère, des scores plus bas de regards et d'engagement de l'enfant etc.)

L'âge du père a, au repas test, un effet positif et constructif dans les interactions mère-enfant, malgré son absence physique (aucun père n'assistera à la session de test).

A l'échelle de Chatoor, lors du repas test, la dimension de distractibilité de l'enfant à l'échelle de tempérament ressort comme la plus corrélée aux items de qualité des interactions alimentaires. Ainsi nous ne saurions comment interpréter ces données et supposons que davantage d'analyses en profondeur soient effectuées en amont de ce travail de thèse afin de comprendre ce phénomène. Par ailleurs, ce sont toujours les scores de performance cognitive ainsi que la taille actuelle de l'enfant qui sont corrélés positivement avec la qualité des interactions alimentaires. Le nombre d'enfants dans la fratrie et la place de l'enfant dans cette fratrie apparaissent comme étant positivement reliés aux interactions alimentaires avec davantage de remarques positives sur l'alimentation de l'enfant de la part de la mère, davantage de regards et de sourires de l'enfant vers sa mère.

Cependant, certaines corrélations à l'échelle de Chatoor expriment un effet tantôt positif et tantôt négatif. Comme discuté précédemment, un travail d'amélioration de la fidélité des cotations à cette échelle doit être envisagé pour affiner nos analyses.

Nous observons également un effet de l'aliment testé, avec un effet significatif de l'aliment viande, l'enfant refuse davantage quand il a reçu des boulettes de viande

Par ailleurs, avec l'échelle CIB, nous trouvons qu'il y a plus d'hostilité maternelle pendant le repas test si l'enfant mange des morceaux de viande que de pomme de terre. Mais l'enfant aura davantage d'expression de son affection pour sa mère et une meilleure compétence à utiliser l'environnement lorsqu'il aura testé la viande au repas test. On retrouve à l'échelle de Chatoor un renforcement de la baisse des scores de positionnement adéquat pour l'échange, de remarques positives maternelles sur le bébé ainsi que d'attente maternelle d'initiations d'interactions par l'enfant lorsque celui-ci teste l'aliment viande. Et nous voyons également que si l'enfant teste les morceaux de viande, l'augmentation des scores de joie de la mère mais de comportements dirigistes maternels ainsi que de recrachat de la nourriture par l'enfant est d'autant plus élevée.

Tous ces résultats nous poussent à penser que lors du repas test (V2), la qualité des interactions est moins bonne qu'en V1, d'autant plus si l'aliment testé est la viande (tailles bien supérieures aux tailles présentées pour les deux autres aliments). Mères et bébés ont un comportement sensiblement différent en comparaison du repas adaptatif (V1), laissant entrevoir que dans cette situation de test, se joue autre chose que le simple fait de manger tout en communiquant (comme décrit dans notre partie socio-anthropologique).

Hypothèse 12

Pour cette hypothèse, nous pensons que la qualité d'interactions alimentaires entre la mère et son enfant va dépendre de la façon dont celle-ci mentalise/se représente son enfant mais également elle-même et les relations qu'ils ont ensemble.

Au niveau descriptif, nous voyons que les moyennes des scores aux 5 premières échelles sont assez hautes et homogènes. Si l'on différencie les scores en fonction du profil des mères identifiées dans l'analyse socio-anthropologique des entretiens, nous voyons que pour les mères à profil « sain », l'ensemble des scores sont élevés alors que pour les mères à profil « problématique » envers la nourriture l'identité semble moins stable, moins constante, ou cohérente que celle des mères au rapport « sain ». Ceci est questionnant car un score bas à cette dimension de l'échelle SCORS-G est caractéristique de la personnalité borderline.

Le groupe de mères à profil « problématique » présentent des scores aux échelles IEM (capacités d'investissement émotionnel des valeurs et normes morales), EDS (estime de soi) et ICS (identité et cohérence de soi) significativement plus bas par rapport aux mères au profil dit « sain » ($p < 0.05$).

Ces résultats montrent que les mères dont l'expérience alimentaire, passée et/ou présente, s'avère problématique tendent à avoir une certaine rigidité morale envers elles-mêmes et les autres et ici en particulier leur enfant, une estime d'elles-mêmes plus basse, qui peuvent signifier ici majoritairement un sentiment de soi d'infériorité ou inadapté, et enfin, une identité et une définition de soi qui tendent vers l'instabilité. Il serait intéressant de comparer ces données à des résultats issus d'études de cohortes pathologiques (mères anorexiques, mères obèses, mères boulimiques par exemple) afin de vérifier ce que nous avons trouvé dans ce travail.

Les profils « problématiques » sont positivement corrélés avec des scores de qualité des interactions plus bas. Mais le fort désir des mères de garder une interaction alimentaire positive à tout prix avec leur enfant fait, selon nous, que leurs scores montrent qu'elles ne sont pas pour autant plus tristes ou moins enjouées lors des repas.

Dans l'ensemble, de bonnes représentations interpersonnelles maternelles sont positivement et significativement corrélées avec une bonne qualité des interactions alimentaires mère-enfant.

Nous pouvons confirmer notre hypothèse 12 car les différents scores à l'échelle SCORS-G sont corrélés aux scores d'interactions alimentaires. Cependant, nous garderons quelques réserves car d'une part, parmi tous nos résultats certains sont incohérents, nous mettons alors en cause le fait que nous avons réalisé ces analyses sur un échantillon de 20 sujets. Et d'autre part, les entretiens que nous avons analysés avec la SCORS-G sont des entretiens à autre visée que clinique, ainsi leur format et les questions investiguées en premier lieu (approche socio-anthropologique) ne permettent pas une cotation optimale des différentes dimensions de l'échelle.

Hypothèse 13

Notre dernière hypothèse consistait en la comparaison des deux échelles d'évaluation de la qualité des interactions alimentaires: La Coding Interactive Behavior (CIB, R.Feldman, 1998) et l'échelle alimentaire de Chatoor (I.Chatoor, 2ème ed.1998) que nous avons utilisées lors de notre étude. Nous avons émis l'hypothèse que les deux échelles sont complémentaires. De plus nous pensons que l'échelle d'évaluation de la qualité d'interaction CIB, puisqu'elle est également utilisée dans divers contexte (jeu, interactions libres, baignage) sera davantage sensible aux changements de dynamiques lors des repas que la Chatoor.

Cela s'illustre par :

- i. davantage de corrélations observées entre les variables individuelles et les scores de qualité des interactions à la CIB qu'à la Chatoor,
- ii. davantage de différences observées dans les scores à la CIB entre le repas adaptatif (V1) et test (V2) que pour les scores à la Chatoor.

En effet, nous pouvons confirmer cette hypothèse 13, car nous avons pu constater que les deux échelles se complètent autant au niveau pratique qu'interprétationnel des données. Les calculs de corrélations ont montré davantage de liens significatifs observés avec les items de la CIB que l'échelle de Chatoor.

Ainsi, l'application d'une échelle globale des interactions mère-enfant (CIB) avec des items additionnels considérant la scène alimentaire, complétée d'une échelle proprement dite alimentaire à visée davantage diagnostique (Chatoor) permet de développer une analyse très précise des caractéristiques interactionnelles des dyades.

Discussion Globale : De la complexité de l'interaction alimentaire

1. Développement de l'autonomie, conflit dyadique et interactions alimentaires

Notre étude a souligné la forte influence de l'acquisition de l'autonomie alimentaire chez l'enfant, entre 12 et 24 mois, sur les caractéristiques de ses interactions alimentaires avec sa mère.

Nous avons identifié l'âge de 18 mois comme une possible charnière, entre l'enfant qui est nourri par sa mère et l'enfant qui se nourrit lui-même. Dans notre approche développementale, 18 mois est l'âge auquel les bébés de notre échantillon atteignent un niveau suffisamment mature de motricité orale pour faire face à la difficulté engendrée par de gros morceaux de nourriture, résultat correspondant aux études « mécaniques » antérieures (Wilson et al., 2009). Et au niveau de notre approche clinique, nous avons montré plusieurs phénomènes de distribution en « pic » de certains comportements maternels et de l'enfant qui seraient présents dans le cadre alimentaire jusqu'à 18 mois, puis moins au delà. L'initiation de l'enfant, son obéissance au parent et sa confiance en l'aide du parent augmenteraient jusqu'à 18 mois, puis baisseraient ensuite jusqu'à 24 mois. Nous pouvons penser que c'est le développement de l'autonomie qui va mettre à défaut ces différents scores. La mère laisserait alors davantage manger son enfant sans l'interrompre, évitant ainsi les conflits.

Dans notre population la sensibilité maternelle serait également en hausse de 12 à 18 mois, pour accompagner la progression de son enfant vers l'autonomie, puis en baisse jusqu'à 24 mois, où elle prend des distances, tout en restant attentive. N'oublions pas qu'il s'agit ici d'une forme de sensibilité maternelle évaluée, la sensibilité maternelle dans la relation à l'enfant, dans le contexte alimentaire et expérimental. Meins et al. (2001) ont repensé le concept de sensibilité maternelle et ont sondé la capacité des mères à « lire » et interpréter les états mentaux de leur enfant. Au-delà de l'observation de la mère, ici elle a l'occasion de s'exprimer sur sa capacité à détecter et comprendre les signes de son enfant, permettant ainsi une évaluation peut être plus objective et plus fine de sa sensibilité.

Les enfants de 1 à 2 ans entrent dans le stade anal, celui du développement narcissique et de l'émergence du sentiment de puissance ou pouvoir. La dynamique sadique sous-jacente dont Freud parle peut être visible chez ces enfants qui, lors des repas, feront un aller et retour entre des crises de colère pour être au contrôle de la cuillère, et des demandes pressantes pour que la mère donne la becquée. C'est un stade d'affirmation contre, ici la mère en l'occurrence. Et lorsque celle-ci s'oppose à la volonté du bébé, elle est méchante, et quand cette volonté s'oppose à la mère, les pulsions agressives de l'enfant peuvent être différées sur des objets de substitution tels la cuillère, ou même la nourriture. Un refus de manger sera alors une pulsion agressive adressée à la mère mais différée sur l'objet alimentaire.

Abraham a distingué un stade sadique anal expulsif (12-18 mois) où l'expulsion prend la valeur d'un défi par rapport à l'adulte et un stade masochique rétensif (18-24 mois) où la

rétenction des matières fécales n'est pas exempte d'un sadisme puisqu'il sait que l'adulte attend quelque chose de lui.

C'est aussi entre 12 et 24 mois que le bébé va développer un sens de soi subjectif selon Stern (1985) puis verbal,

Enfin, nous pouvons voir au sein de notre population de recherche que les conflits mère-enfant sont, comme exposé par Van de Rijt-Plooij et al. 1993, positifs et nécessaires pour l'acquisition d'indépendance du bébé dans le cadre de son accession à l'autonomie, mais ils constituent également des périodes à risque pour l'équilibre du système mère-enfant, en particulier en cas de psychopathologie ou vulnérabilité maternelle, comme démontré dans les études de cas.

2. Transmission par l'alimentation

Nous avons pu relever dans notre étude que les données explicitées dans la littérature sur les influences de caractéristiques individuelles telles que l'anxiété, la dépression et la sensibilité maternelles ou bien le tempérament de l'enfant au niveau des interactions mère-enfant (points 1.3.1 à 1.3.4 de la revue théorique) sont également observables dans le contexte des interactions alimentaires.

Par ailleurs, nous avons montré que le profil de relation des mères à l'alimentation (subséquente à un passé et/ou présent problématique avec la nourriture) a une influence sur leurs pratiques quotidiennes. Les buts que les mères attribuent à leurs pratiques éducatives pour leurs enfants diffèrent selon leur profil. Les mères au rapport "sain" vont appuyer leurs pratiques éducatives sur la découverte de la variété, l'introduction de nouveaux saveurs et l'apprentissage du "gourmet". Alors que les mères au rapport "problématique" avec la nourriture vont privilégier l'équilibre et la satiété. Ce faisant, la mère repousse l'autonomie de l'enfant en évitant le partage des repas commun en famille, pour que l'enfant soit "protégé" des mauvaises habitudes maternelles (visibles et imitables lors des repas familiaux).

Ici nous abordons dans le sens d'une transmission entre la mère et son enfant, que ce soit au niveau de ses caractéristiques psychopathologiques, ou bien de son expérience passée/présente quant à sa propre alimentation, ou encore relatives à la culture dans laquelle elle vit. Ces considérations nous amènent à penser que si l'on aborde le vécu des mères et leurs difficultés éventuelles liées à la nourriture, le bébé qu'elle a été ressortira de son discours et nous laissera peut être l'occasion de mieux comprendre la structure de sa relation à la nourriture ainsi que ce qu'elle développe comme relation avec son enfant autour de l'alimentation. L'éducation alimentaire qu'une mère va appliquer à son enfant va dépendre non seulement de ses représentations d'une bonne alimentation, mais aussi la représentation qu'elle a de son enfant, il ne faut pas l'oublier. Et nous espérons avoir bien illustré cet aspect avec les courtes études de cas présentées dans ce travail.

3. Notion de facteurs de protection

Bullinger (2004) identifie trois niveaux de risques développementaux chez l'enfant :

- le niveau biologique, qui dépend de l'équipement neuro-sensoriel du bébé
- le niveau physique, qui dépend de la quantité et la qualité des flux sensoriels (visuels, auditifs, tactiles, olfactifs, gustatifs) et de la stimulation
- le niveau relationnel, qui dépend de l'impact de ces troubles sur la relation et l'adaptation du, ou au bébé.

Nous pourrions ajouter pour ce troisième niveau « le niveau relationnel, qui dépend de l'impact des troubles **maternels** sur la relation et l'adaptation du ou au bébé »

Dans notre population, nous avons des enfants sains qui ont, pour certains, des mères à profil psychopathologique. Pour autant, leur alimentation ne pose pas de problème et la qualité de leurs interactions semblent élevée. On peut alors se questionner quant à l'existence de facteurs modulateurs ou protecteurs qui seraient en jeu pour que ces enfants soient toujours « sains » et leurs interactions de suffisamment bonne qualité pour permettre de fonctionner avec leur mère.

Tout d'abord, nous pouvons relever le rôle important de facteurs externes à la dyade tels que le père, l'entourage familial, la qualité de la relation de couple, le bon fonctionnement familial. Souvent, lorsqu'un des parents est déprimé ou souffre d'un désordre psychiatrique, les facteurs importants de protection comprennent, un conjoint en bonne santé mentale, le maintien d'une bonne relation avec un parent et la restauration de l'harmonie familiale (Rutter, 1971). Par exemple, lorsque la mère dépressive peut compter sur un soutien social adéquat et qu'elle parvient à accorder son attention à son bébé, l'enfant peut être protégé des effets dommageables de la dépression maternelle.

D'autre part, nous pouvons également penser à un phénomène démontrant la part active de l'enfant pour se « défendre » du risque développemental : la résilience. Cependant les traits caractéristiques de l'enfant exercent également une influence comme, par exemple, les garçons qui sont en quelque sorte plus en risque que les filles (Rutter, 1982 cité par Rutter, 2002), avec peut-être un plus grand risque pour les enfants du même sexe que celui du parent malade (Rutter & Quinton 1984, cité par Rutter, 2002). Il ressort qu'une des principales raisons de l'effet du tempérament est que les enfants difficiles sont plus probablement la cible des critiques et de l'hostilité parentales, cependant qu'un tempérament facile est protecteur parce qu'il détermine des interactions parent-enfant plus adaptées (Rutter, 1977, cité par Rutter, 2002).

Nous pouvons aussi imaginer que, contrairement à ce que Muris et al. (2005) considèrent comme facteur de vulnérabilité, nous pourrions ici voir le tempérament de l'enfant comme facteur de protection pour ce dernier. Rutter (2002) cite diverses études qui ont mis en exergue la qualité protectrice du tempérament. Pour certains (Bugental & Shennum, 1984; Chess & Thomas, 1984; Lerner, 1983 cités par Rutter), la «difficulté» dans le tempérament n'est pas un défaut absolu car un parent peut répondre positivement à un mode de comportement alors qu'un autre le trouvera difficile. De plus les traits de tempérament qui aident l'adaptation dans un certain contexte peuvent ne pas le faire dans un autre. Par exemple, Dunn et Kendrick (1982, cités par Rutter, 2002) ont trouvé que c'était plutôt la

souplesse, la faible intensité émotionnelle et l'humeur positive de l'enfant qui étaient protectrices lors des réactions des enfants à la naissance d'un cadet.

Dans notre population, nous avons montré par exemple que la dimension activité du tempérament de l'enfant semble être particulièrement reliée à la qualité de ses interactions alimentaires avec sa mère, dans le sens où un niveau d'activité élevé est corrélé avec des scores de forçage maternel moins élevés. Ici le côté négatif de « l'hyperactivité » de l'enfant n'est plus, au contraire.

4. Pour un modèle intégratif

Grâce aux trois approches mises en place dans notre étude, nous avons pu constituer une large image du contexte interactif alimentaire entre mère et enfant. Nous proposons donc un modèle intégratif pour appréhender les interactions alimentaires, applicable à tout type de populations. Les approches socio-anthropologiques, développementales et cliniques permettent, grâce au choix d'outils adaptés, une analyse en trois niveaux comme nous l'avons abordé plus haut : macroscopique, mésoscopique et microscopique.

Ces trois approches et niveaux d'analyse partagent une seule et même méthode : la méthode clinique. A l'origine, l'activité clinique (du grec klinê, le lit) est relative au médecin qui, au chevet du patient, observe les manifestations de sa maladie et les réactions de celui-ci en même temps qu'il l'interroge et l'écoute. Par la suite elle a été transposée à l'examen des individus non malades puis des groupes (psychologie sociale clinique) très souvent dans un but de formation. En 1949, D. Lagache (cité par Daniel Anzieu dans le Dictionnaire de psychologie, PUF), évoque une "méthode clinique" reposant sur trois postulats :

- un postulat dynamique : le psychisme humain à base de conflits intra et intersubjectifs;
- un postulat interactionniste : la conduite qui est la réaction de la personne à la situation dans laquelle elle se trouve (état d'esprit interne, milieu psychique et social externe);
- un postulat historique : la personnalité en évolution de puis sa naissance avec une alternance de moments de crise et de périodes de stabilité ; la conduite d'une personne à un moment donné étant le produit de son passé et de ses projets.

Ici nous avons effectué un travail de clinique de l'interaction mère-enfant sur le plan de la relation alimentaire. Grâce à d'une part l'étude approfondie des cas individuels, de la personne totale en situation, en tant que sujet dans son contexte, et en adoptant une attitude compréhensive.

La méthode clinique est différente de la méthode psychanalytique dans ce sens qu'elle ne vise pas l'élucidation du sens inconscient du conflit, l'analyse du transfert mais son projet est plus vaste et holistique. Elle s'insère dans une activité pratique visant à la reconnaissance et à la nomination de certains états, aptitudes et comportements, dans le but de proposer une thérapie (psychothérapie, par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une modification positive de l'individu. Elle vise à créer une situation avec un degré faible de contrainte, en vue d'un recueil d'informations¹ qu'elle souhaite le plus large et le moins artificiel possible en laissant au sujet des possibilités d'expression.

Nos études de cas, se centrent sur la singularité et sur l'histoire du sujet et montrent l'importance de relater aussi les vécus des mères au niveau de l'allaitement, la grossesse, l'accouchement et l'expérience avec les autres enfants.

Les entretiens que nous avons entrepris dans notre étude ne sont pas purement cliniques mais d'orientation socio-anthropologique. Cependant, ils permettent tout de même d'accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité des mères ainsi que de leur contexte social et culturel.

Enfin nos observations de repas renvoient à l'action de percevoir avec attention la réalité des interactions alimentaires mère-enfant afin de mieux la comprendre. En particulier, certains phénomènes ne peuvent être accessibles que par l'observation, comme par exemple les phénomènes cliniques s'exprimant par la communication non verbale, les interactions dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité.

Enfin, nos questionnaires et échelles d'évaluation des caractéristiques, définissant des situations standardisées apportent des données quantitatives, validées, objectives.

Grace à la complémentarité de nos approches et outils, nous avons pu confronter différents registres d'informations relatives aux dyades observées et d'étudier les phénomènes cliniques associés dans leur contexte.



Conclusion

Ce travail de thèse, à partir d'une question très large, et par l'étude exploratoire d'une population particulière, constitue un premier temps de travail qui a donné à réfléchir quant à la complexité des interactions alimentaires entre la mère et son enfant.

D'une part, nous avons confirmé notre hypothèse générale, en montrant que dans notre population d'enfants sans troubles, même s'il n'y a pas de problématique particulière au niveau alimentaire pour l'enfant, les caractéristiques individuelles ont une influence non négligeable sur la qualité des interactions alimentaires mère-enfant. L'approche multidisciplinaire a permis de recueillir un grand nombre de données et d'en faire ressortir les particularités non seulement relatives à l'ensemble des dyades observées mais aussi des particularités individuelles qui leur sont propres. Nous avons ainsi rappelé l'importance de se positionner au niveau individuel pour décrire et comprendre une population globale. Dans cet ensemble de 60 mères et leur bébé sain, nous pouvons faire ressortir : 2 profils de mères, selon leur rapport passé et/ou présent à l'alimentation, un certain pourcentage de mères déprimées, anxieuses, qui ne sont pas forcément les mêmes mères, et ajoutant à cela toutes les informations que finalement nous avons découvertes sur le terrain lors des entretiens ou lors des passations expérimentales (comme par exemple cette mère qui avoue que son enfant est d'habitude nourri pas son père). Nous avons aussi resitué ces dyades au cœur de leur culture, nous avons vu que la culture française admet une vision très particulière de l'alimentation au travers de la notion de « Bien Manger ». On a resitué l'enfant et les interactions qu'il a avec sa mère lors des repas au cœur de son développement plus global et en particulier de l'acquisition de l'autonomie. Cette démarche est apparue comme extrêmement importante car de l'âge de l'enfant, de son niveau d'autonomie alimentaire semblent dépendre un certain nombre de composantes de ses interactions alimentaires avec sa mère.

Nous pouvons également conclure de nos résultats que, dans le contexte alimentaire, il est important d'envisager les dyades mère-enfant, même si l'enfant ne présente pas de trouble particulier, comme étant potentiellement vulnérable de par l'expérience de relation à la nourriture et/ou la psychopathologie sous-jacente de la mère. Ainsi il est crucial de garder en tête, pour les cliniciens (pédiatres, pédopsychiatres, psychologues) qui reçoivent les mères pour de simples contrôles de routine, qu'au delà de l'enfant qui va bien, la mère peut passer par des phases pathologiques réactionnelles qui, si elles perdurent et se transforment en pathologies chroniques, vont mettre à mal les capacités interactionnelles de la dyade, et a posteriori, le développement de l'enfant. S'intéresser a minima à la relation de la mère à son alimentation passée comme présente pourra sans doute éclairer les difficultés rapportées par les mères tout venantes comme le rappelle Le Heuzey (2002, 2007). Les mères peuvent très vite se sentir dépassées par des comportements d'opposition des enfants lors des repas. Une simple information de la part du clinicien concernant le fait que l'enfant, entre ses 1 et 2 ans, va s'autonomiser et passera forcément (et naturellement) par des phases de test de son pouvoir sur ses parents, pourrait sans nul doute suffire à aider les familles à passer outre ces mauvais moments sans pour autant forcer l'enfant à manger et éviter ainsi des comportements abusifs et inutiles voire nuisibles à la construction d'une relation harmonieuse de l'enfant à l'alimentation. Nous soulevons donc l'importance pour les pédiatres, entre autres, d'investiguer a minima les vécus maternels et si des problématiques particulières sont révélées, il y aura alors impératif de les traiter, d'orienter les mères vers un psychologue pour une prise en charge afin d'accompagner la mère dans la résolution de ses problèmes tout en appliquant une bonne éducation alimentaire à leur enfant.

D'autre part, du point de vue de notre sponsor, les objectifs ont été atteints. Associée à une analyse physique des morceaux de nourriture proposés lors de l'étude (non développée dans ce travail de thèse) l'approche pluridisciplinaire a permis d'établir des premières pistes de compréhension de l'influence de différentes tailles de morceaux sur les comportements du jeune enfant, sa sécurité et sur la qualité des interactions mère-enfant lors de l'alimentation. De plus, en utilisant l'approche anthropologique nous avons souligné des idées percutantes qui révèlent l'environnement culturel en tant que conducteur pour l'alignement des produits et le développement de la sécurité et de la communication.

Les limites de notre étude, comme tout travail exploratoire sont d'ordre méthodologique. D'une part, nous avons utilisé beaucoup d'outils différents et nous pourrions penser à réduire cette batterie de tests et d'évaluation afin d'alléger l'application de l'approche multidisciplinaire. D'autre part, les faibles effectifs sur lesquels portent les analyses de l'approche développementale et certaines analyses de l'approche clinique nous portent à moduler nos résultats de corrélations effectuées sur une vingtaine de sujets. De plus, le filtre de recrutement étant que les enfants devaient être sains, nous ne pouvons malheureusement pas considérer que notre population est une population tout-venante, ni la considérer comme une population contrôle. Enfin, lors des passations expérimentales, la présence dans la salle de repas des deux intervenantes (l'une à la préparation des aliments et l'autre derrière les caméras) constitue un biais certain. De même la présence de deux pères lors du premier repas de leur enfant est un autre biais dont nous ne saurions évaluer l'influence relative.

En conclusion, les trois approches scientifiques complémentaires qui furent les outils de la présente étude mériteraient, à notre sens et après amélioration méthodologique, d'être plus régulièrement combinées dans des études traitant des interactions alimentaires mère-enfant, et ce dans le cadre de diverses psychopathologies maternelles et/ou de l'enfant. L'étude d'un échantillon plus important serait également argument pour améliorer la représentativité et la pertinence des analyses. De nombreuses pistes sont ouvertes au sortir de ce travail de thèse, et nous ne saurions les lister ici, il s'agira dans un premier temps d'approfondir les analyses effectuée pour ce rapport, afin de produire des articles scientifiques, puis dans un deuxième temps, d'appliquer notre méthodologie, allégée et affinée, sur des populations cliniques.



Bibliographie

1. Abraham, K. (1924). The influence of oral erotism on character-formation. In Perzow, S. M., Kets de Vries, M.F.R. (Ed). *Handbook of character studies: Psychoanalytic explorations*. Madison, CT: International Universities Press.
2. Ainsworth M.D.S., Bell S.M. (1969). Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. In: Ambrose A, editor. *Stimulation in early infancy* (pp. 133-170) New York: Academic Press.
3. Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. & Wall S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
4. Ajuriaguerra J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris: Masson.
5. Ammaniti M. (2004). Transmission intergénérationnelle: troubles alimentaires de l'enfance et psychopathologie maternelle. *Devenir*, 16(3), 173-198.
6. Anzieu D. (1974, 1995). *Le Moi-peau*. 2^{ème} ed. Paris : Dunod.
7. Apfeldorfer G. (sous la dir. de) (1994). *Traité de l'alimentation et du corps*. Paris : Flammarion.
8. Archambault M., Millen K., & Gisel E. (1990). Effect of bite size on eating development in normal children 6 months to 2 years of age. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 10(4), 29-47.
9. Arvedson J. Swallowing and feeding in infants and young children. *GI Motility online*, 16 May 2006, disponible sur <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo17.html>
10. Baden A. D. & Howe G. W. (1992). Mothers' attributions and expectancies regarding their conduct-disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20 , 467-485.
11. Badinter E. (2010). *Le conflit, la femme et la mère*. Paris : Flammarion.
12. Bandura A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.) (1994), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
13. Baughcum A., Powers S., Johnson S., Chamberlin L., Deeks C., Jain A., et al. (2001) Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22(6) , 391-408.
14. Beckwith L., Rofga A. & Sigman M. (2002). Maternal sensitivity and attachment in atypical groups. *Advances in Child Development and Behavior*, 30, 231-274.
15. Bénony, H. (1998). *Le développement de l'enfant et ses psychopathologies*. Paris : Nathan.
16. Bion W.R. (1968). *Learning from Experience*. London : Heinemann.
17. Birch L.L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, 41-62.
18. Birch L.L. & Fisher J. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1054-1061.
19. Biringen Z. & Robinson J. (1991). Emotional availability in mother-child interactions: A conceptualization for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 258-271.
20. Blissett J. & Haycraft E. (2007). Are parenting style and controlling feeding practices related ? *Appetite*, 50(2-3), 477-485.
21. Blissett J., Meyer C. & Haycraft E. (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behaviors*, 8 , 311-318.

22. Blissett J. & Farrow C. (2007). Predictors of maternal control of feeding at 1 and 2 years of age. *International Journal of Obesity*, 31, 1520-1526.
23. Blossfeld I., Collins A., Kiely M., & Delahunty C. (2007). Texture preferences of 12 month old infants and the role of early experiences. *Food Quality and Preference*, 18 , 396-404.
24. Bocquet A., Bresson J.L., Briend A., Chouraqui J.P., Darmaun D., Dupont C., et al. (2003). Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge: Réalisation pratique. *Archives de Pédiatrie*, 10 , 76-91.
25. Boutaud J.J. (sous la dir.) (2004). *L'imaginaire de la table : Convivialité, commensalité et communication*. Paris : L'Harmattan.
26. Bowlby J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, XXXIX, 1-23.
27. Bowlby J. (1969-1982). *Attachment and loss, vol 1. Attachment*. New York : Basic Books.
28. Bowlby J. (1973-1980). *Attachment and loss, vol 2. Separation*. New York: Basic Books.
29. Bowlby J. (1984). *Attachment and loss, vol 3. Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
30. Boysson-Bardies B. (1999). *Comment la parole vient aux enfants*. Paris: Odile Jacob.
31. Brazelton T.B., Koslowski B. & Main, M. (1974). The origins of reciprocity: The mother-infant interaction. In M. Lewis & L. Rosenblum (eds.), *The effect of the infant on its caregiver*. New York: John Wiley & Sons.
32. Brazelton, T. (1993). *Points forts. Tome 1: de la naissance à 3 ans*. Paris : Stock.
33. Bretherton I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28 , 759-775.
34. Bretherton I., Ridgeway D., & Cassidy J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.
35. Brink P. J., Ferguson K., & Sharma A. (1999). Childhood memories about food: The successful dieters project. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13 , 17-25.
36. Bruner J.S. (1974-1975). From communication to language – a psychological perspective. *Cognition*, 3 , 225-287.
37. Brusset B. (2001). Oralité et attachement. *Revue Française de Psychanalyse*, 65 , 1447-1462.
38. Bullinger A., & Delion P. (2004). *Le Développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Paris : Erès.
39. Carruth B., & Skinner J. (2002). Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2-24 months). *Journal of the American College of Nutrition*, 21(2) , 88-96.
40. Chatoor I. (1996). Feeding and other disorders of infancy. In: *Psychiatry*, ed A. Tasman, J. Kay & J. Lieberman. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co.

41. Chatoor I., Getson P., Menvielle E., Brasseaux C., O'Donnell R., Rivera Y., et al. (1997). A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 76-91.
42. Chatoor I., Ganiban J., Colin V., Plummer N., & Harmon R. (1998). Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1217-1224.
43. Chatoor I., Ganiban J., Hirsch R., Borman-Spurrell E., & Mrazek D. (2000). Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 743-751.
44. Chatoor I. & Ganiban J. (2003). Food refusal by infants and young children: Diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 138-146.
45. Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., & Guilbert P (dir.) (2009). *La dépression en France – Enquête Anadep 2005*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 208 p.
46. Cho J., Holditch-Davis D., & Miles M.S. (2008). Effects of maternal depressive symptoms and infant gender on the interactions between mothers and their medically at-risk infants. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 37(1), 58-70.
47. Colloque IFN Institut français pour la nutrition (12 décembre 2006). *Le plaisir : ami ou ennemi de notre alimentation ?* Paris.
48. Coulthard H., Blissett J., & Harris G. (2004). The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: a selective review of the literature. *Eating Behaviors*, 5, 103-115.
49. Coulthard H., Harris G., & Emmett P. (2009). Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Maternal and Child Nutrition*, 5, 75-85.
50. Cramer B. & Palacio-Espasa F. (1993). *La pratique de psychothérapies mères-bébés*. Paris: Presses Universitaires de France.
51. Crittenden P.M. (1985). Social networks, quality of child-rearing, and child development. *Child Development*, 56, 1299-1313.
52. Crittenden P.M. & DiLalla D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 585-599.
53. Crittenden P.M. (1988). Distorted patterns of relationship in maltreating families: The role of internal representational models. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6, 183-199.
54. Crittenden P.M. (2006). Why do inadequate parents do what they do? In Mayseless, O. (Ed.) *Parenting representations: Theory, research, and clinical implications*. (pp. 388-433) Cambridge: Cambridge U. Press.
55. Crist W., & Napier-Phillips A. (2001). Mealtime behaviors of young children: A comparison of normative and clinical data. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22(5), 279-286.
56. David M. (1998). *L'enfant de 0 à 2 ans : Vie affective et problèmes familiaux*. Paris: Dunod.
57. Davies W., & Satter E. (2006). Reconceptualizing feeding disorders in interpersonal context: the case of a relational disorder. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 409-417.

58. Defrance A. (1994). To eat or not to eat. 25 ans de discours alimentaire dans la presse. *Les cahiers de l'OCHA*, n°4.
59. De Singly F. (2007). *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris: Armand Colin, 2e éd..
60. Detrez C. (2002). *La construction sociale du corps*. Paris : Editions du Seuil.
61. De Wolff M.S. & Van Ijzendoorn M.H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68 , 571-591.
62. Dunham P. & Dunham F. (1995). Developmental Antecedents of taxonomic and Thematic Strategies at 3 years of age. *Developmental Psychology*, 31(3), 483-493.
63. Durkheim E. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris.
64. Drucker R.R., Hammer L.D., Agras W.S., & Bryson S. (1999). Can mothers influence their child's eating behavior? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 20(2), 88-92.
65. Earls F. & Jung K.G. (1987). Temperament and Home Environment Characteristics as Causal Factors in the Early Development of Childhood Psychopathology. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(4) , 491-498.
66. Elias N. (1973). *La civilisation des moeurs*, Paris : Calmann-Levy.
67. Emde R.N. (1980). Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In P. M. Taylor (Ed.), *Parent-infant relationships* (pp. 87-115). Orlando: Grune & Stratton.
68. Farrow C. & Blissett J. (2005). Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at 1 year ? *Obesity Research*, 13 , 1999-2005.
69. Farrow C. & Blissett J. (2006). Breastfeeding, maternal feeding practices and mealtime negativity at 1 year. *Appetite*, 46 , 49-56.
70. Farrow C. & Blissett J. (2006). Does maternal control during feeding moderate early infant weight gain ? *Pediatrics*, 118 , 293-298.
71. Feldman R. (1998). *Coding interactive behavior manual*. Unpublished Manual; Bar-Ilan University, Israel.
72. Feldman R. & Greenbaum C.W. (1997). Affect regulation and synchrony in mother-infant play as precursors to the development of symbolic competence. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 4-23
73. Feldman R. & Masalha S. (2007). The role of culture in moderating the links between early ecological risk and young children's adaptation. *Development and Psychopathology*, 19, 1-21.
74. Figueiredo B., Costa R., Pacheco A., Conde A., & Teixeira C. (2007). Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir*, 19(3) , 243-260.
75. Fischler C. (1990). *L'omnivore*. Paris : Odile Jacob.
76. Fischler C. (1995). La cacophonie diététique. *Ce que manger veut dire (dossier)*, *L'Ecole des Parents*, n°5.
77. Fogel A., Dedo J., & McEwen I. (1992). Effect of postural position and reaching on gaze during mother-infant face-to-face interaction. *Infant Behaviour and Development*, 15(2), 231-244.

78. Fonagy P & Target M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
79. Foucault M. (1966). *Les Mots et les Choses. Une archéologie des sciences humaines*. 1966, Paris: Gallimard.
80. Fraiberg S., Adelson E., & Shapiro V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387-421.
81. Francis L., Hofer S., & Birch L. (2001). Predictors of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. *Appetite*, 37 , 231-243.
82. Fullard W., Mc Dewitt S.C., & Carey W.B. (1984). Assessing temperament in one-to three-year-old children. *Journal of Pediatric Psychology*, 9(2), 205-217.
83. Gisel E.G. (1988). Chewing cycles in 2- to 8-year-old normal children: a developmental profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 42 , 40-46.
84. Gisel E.G. (1991). Effect of food texture on the development of chewing of children between 6 months and 2 years of age. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33, 69-79.
85. Glaser B.G. (2001). *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley, CA : Sociology Press.
86. Goldberg D.P. & Hillier V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9 ,139-45.
87. Golse B. & Guinot M. (2004). La bouche et l'oralité. *Rééducation Orthophonique*, 220 , 23-30.
88. Golse B. (2006). *L'être bébé. Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie*. Paris : PUF.
89. Green J., Moore C., Ruark J., Rodda P., Morvée W., & Vanwitsenburg M. (1997). Development of chewing in children from 12 to 48 months: longitudinal study of EMG patterns. *Journal of Neurophysiology*, 77, 2704-2716.
90. Gross D. & Rocissano L. (1988). Maternal confidence in Toddlerhood: its measurement for clinical practice and research. *Nurse Practitioner*, 13(3) , 19-29.
91. Gross D., Rocissano L., & Roncoli M. (1989). Maternal confidence during toddlerhood: comparing preterm and fullterm groups. *Research in Nursing and Health*, 12 , 1-9.
92. Hagekull B. & Dahl M. (1987). Infants with and without feeding difficulties : maternal experiences. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 83-98.
93. Hagekull B., Bohlin G. & Rydell A.M. (1998). Maternal sensitivity, infant temperament, and the development of early feeding problems. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 92-106.
94. Herrera E., Reissland N. & Sheperd J. (2004). Maternal touch and maternal child-directed speech : effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, 81 , 29-39.
95. Hill A. & Franklin J.A. (1998). Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3-13.
96. Hilsenroth M., Stein M., & Pinsker J. (2004). *Social Cognition and Object Relations Scale: Global Rating Method (SCORS-G)*, Unpublished manuscript, The Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Garden City, NY.

97. Houzel D. (2002). *L'aube de la vie psychique. Etudes psychanalytiques*. ESF éditeur.
98. Huprich S.K. & Greenberg R.P. (2003). Advances in the assessment of object relations in the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 23, 665–698.
99. Jacobson J. (1988). Speculations on the role of transitional objects in eating disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2(4), 110-114.
100. Kaitz M., Maytal H.R., Devor N., Bergman L. & Mankuta D. (2010). Maternal anxiety, mother–infant interactions, and infants' response to challenge. *Infant Behavior & Development*, 33 , 136–148.
101. Keren M. & Feldman R. (2002). Le rôle de l'évaluation des interactions lors du repas dans l'évaluation psychopathologique usuelle du jeune enfant. *Devenir*, 14(1) , 5-16.
102. Kerr M. (2000). Culture as a context for temperament: Suggestions from the life courses of shy Swedes and Americans. In T. Wachs and D. Kohnstamm (Eds.) *Temperament in Context* (pp. 139-152). Mahwah, NJ; Erlbaum.
103. Kertz S.J, Smith C.L., Chapman L.K., & Woodruff-Borden J. (2008). Maternal sensitivity and anxiety : impacts on child outcome. *Child and Family Behavior Therapy*, 30(2) , 153-171.
104. Kessler R.C., Keller M.B., & Wittchen H.U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24(1) , 19-39.
105. Kreisser L. & Cramer B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson (on the clinical basis of infant psychiatry). *Psychiatrie de l'enfant*, 24 , 224-285.
106. Lahlou S. (1995). *Penser Manger, les représentations sociales de l'alimentation*. Th : Psychologie Sociale : Paris, 447p.
107. Landry S.H., Smith K.E., Miller-Loncar C.L., & Swank P.R. (1997). Predicting cognitive-linguistic and social growth curves from early maternal behaviors in children at varying degrees of biologic risk. *Developmental Psychology*, 33 , 1040-1053.
108. Laplanche J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : PUF.
109. Lebovici S. & Soulé M. (1970). *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. Paris : PUF.
110. Lebovici S. & Stoléro S. (1983). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste - Les interactions précoces*, Paris : Le Centurion.
111. Lebovici S., Diatkine R. & Soulé M. (1985). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF.
112. Lebovici S., Mazet P., & Visier J.P. (dir) (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris : Eshel/Médecine et Hygiène.
113. Lehalle H. & Mellier D. (2002). *Psychologie du développement. Enfance et adolescence*. Paris : Dunod.
114. Le Heuzey M. (2002). L'alimentation au coeur de la relation mère-enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 6 , 349-350.
115. Le Heuzey M., Turberg-Romain C., & Lelièvre B. (2007). Comportement alimentaire des nourrissons et jeunes enfants de 0 à 36 mois : comparaison des habitudes des mères. *Archives de Pédiatrie*, 14 , 1379-1388.
116. Leathwood P. & Maier A. (2005). Early Influences on Taste Preferences. *Nestlé Nutrition Workshop Ser Pediatric Program*, 56 ,127-141.

117. Lindberg L., Bohlin G., & Hagekull B. (1991). Early feeding problems in a normal population. *International Journal of Eating Disorders*, 10(4), 395-405.
118. Liu Y. & Stein M. (2005). Comportement alimentaire des nourrissons et des jeunes enfants et impact sur le développement psychosocial et affectif. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet]*. Tremblay RE, Barr RG Peters RDeV.
119. Lucarelli L., Ambruzzi A., Cimino S., D'Olimpio F., & Finistrella V. (2003). Feeding disorders in infancy: an empirical study on mother-infant interactions. *Minerva Pediatrica*, 55(3), 243-259.
120. Lundy B., Field T., Carraway K., Hart S., Malphurs J., Rosenstein M., et al. (1998). Food texture preferences in infants versus toddlers. *Early Child Development and Care*, 146, 69-85.
121. MacBrayer E.K., Smith G.T., McCarthy D.M., Demos S., & Simmons J. (2001). The role of family of origin food-related experiences in bulimic symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 149–160.
122. Mahler M., & Furer M. (1963). "Certain Aspects of the Separation-Individuation Phase." *Psychoanalytic Quarterly*, 32, 1–14
123. Maier A., Blossfeld I., & Leathwood P. (2008). L'expérience précoce de la variété sensorielle et ses conséquences sur l'alimentation future. *Enfance*, 60(3), 231-240.
124. Marcelli D., Tourrette C., Kasolter-Père M.A., & Boinard S. (2000). Une mère déprimée observe son bébé. Etude sur la recherche d'indices comportementaux différenciateurs de mères déprimées et de mères témoins dans la période néonatale. *Psychiatrie de l'Enfant*, 43(2), 541-586.
125. Maziade M. (1983). Le tempérament de l'enfant, les différences individuelles et les forces environnementales. *Santé mentale au Québec*, 8(2), 61-67.
126. Meins E., Fernyhough C., Fradley E., & Tuckey M. (2001). Rethinking maternal sensitivity : Mother's comments on infants' mental process predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637-648.
127. Mellier D., Marret S., Soussignan R., & Schaal B. (2008). Le nouveau-né prématuré : un modèle pour l'étude du développement du comportement alimentaire. *Enfance*, 60(3), 241-249.
128. Mellier D. (2001). *Observer un bébé : un soin*. Paris : Eres.
129. Mennella J.A. & Beauchamp G.K. (2002). Flavor experiences during formula feeding are related to preferences during childhood. *Early Human Development*, 68, 71–82.
130. Micalli N., Simonoff E., & Treasure J. (2009). Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *Journal of Pediatrics*, 154, 55-60.
131. Mintz S. & Du Bois C. (2002). The anthropology of food and eating. *Annual Review of Anthropology*, 31, 99-119.
132. Mitchell S., Brennan L., Hayes L., & Miles C.L. (2009). Maternal psychosocial predictors of controlling parental feeding styles and practices. *Appetite*, 53(3), 384-389.
133. Morris A., Silk J.S., Steinberg L., Sessa FM., Avenevoli S., & Essex M.J. (2004). Temperamental Vulnerability and Negative Parenting as Interacting Predictors of Child Adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 461-471.
134. Muris P. & Ollendick T.H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 271-289.

135. Musher-Eizenman D. & Holub S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: Validation of a New Measure of Parental Feeding Practices. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 , 960-972.
136. Nemeroff C. (1994). Tabous américains, in Fischler C. (dir.), *Manger magique: aliments sorciers, croyances comestibles*. Paris : Éditions Autrement.
137. Nicklaus S. & Monnery-Patris S. (2003). poids de la prime enfance dans la formation des préférences alimentaires. Présentation des méthodes d'étude et enjeu de l'approche écologique. *Psychologie Française*, 48 , 23-38.
138. Nicol-Harper R., Harvey A.G., & Stein A. (2007). Interactions between mothers and infants: impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 161-167.
139. Northstone K., Emmett P., & Nethersole F., the ALSPAC Study Team. (2001). The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 14 , 43–54.
140. O'Key V. & Hugh-Jones S. (2010). I don't need anybody to tell me what I should be doing'. A discursive analysis of maternal accounts of (mis)trust of healthy eating information. *Appetite*, 54(3) , 524-32.
141. Patel P., Wheatcroft R., Park R.J., & Stein A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(1), 1-19.
142. Peryam D.R. & Pilgrim F.J. (1957). Hedonic scale method of measuring food preferences. *Food Technology*, 9-14.
143. Peters E., Hilsenroth M., Eudell-Simmons E., Blagys M., & Handler L. (2006). Reliability and Validity of the Social Cognition and Object Relations Scale in Clinical Use. *Psychotherapy Research*, 16(5), 617-626.
144. Pierrehumbert B. (2003). *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.
145. Pierrehumbert B. (2001). L'amour maternel...un amour impératif. *Spirale*, 18 , 83-112.
146. Poulain J.P. (2002). *Sociologies de l'alimentation*. Toulouse : Éditions Privat.
147. Prior M., Sanson A., Oberklaid F., & Northam E. (1987). Measurement of temperament in one to three year old children. *International Journal of Behavioral Development*, 10(1), 121-132.
148. Puhl R. & Schwartz M. (2003). If you are good you can have a cookie: how memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Eating Behaviors*, 4 , 283-293.
149. Ramsay M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective. *Devenir*, 13 , 11-28.
150. Reau N., Santuria Y., Lebailly S., & Christoffel K. (1996). Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and a new direction. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17(3) , 149-153.
151. Régnier F., Lhuissier A., & Gojard S. (2006). *Sociologie de l'alimentation*. Paris : éditions La Découverte.
152. Reissland N., Shepherd J., & Herrera E. (2003). The pitch of maternal voice : a comparison of mothers suffering from depressed mood and non depressed mothers reading books to their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(2) , 255-261.
153. Reissland N. & Sheperd J. (2006). The effect of maternal depressed mood on infant emotional reaction in a surprise-eliciting situation. *Infant Mental Health Journal*, 27(2) , 173-187.

154. Rigaud D. (2005). Mise au point d'un questionnaire d'analyse des pensées et sentiments autour de l'alimentation. *Cahiers de Nutrition et Diététique*, 40(6) , 312-324.
155. Rigaud D. (2006). Pensées et ressenti face à l'alimentation de 3732 personnes de l'agglomération de Dijon. *Cahiers de Nutrition et Diététique*, 41(6) , 353-363.
156. Roberts S.R & Heyman M.B. (2000). How to feed babies and toddlers in the 21st century. *Zero to three*, 21(1) , 24-28.
157. Rozin E. (1995). Saveurs pour tous. In *Mille et une bouches. Cuisines et identités culturelles*. Paris : les éditions Autrement.
158. Rutter M. (1971). Parent-child separation : psychological effects on the children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 12 , 233-260.
159. Rutter M. (2002). La résilience en face de l'adversité. Facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatriques. *Etudes sur la mort*, 2(122) , 123-146.
160. Sameroff A.J., Seifer R., Baldwin A., & Baldwin C. (1993). Stability of Intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64 , 80-97.
161. Sanchez S. & Casilli A. (2008). Status and Use of Food Products with Health Claim in the USA, Japan, and France. An anthropological perspective. *Food Quality and Preference*, 19(8) , 682-691.
162. Sanders M.R. & Le Grice B. (1989). *Mealtime Observation Schedule: An observers manual*. Unpublished technical manual, Department of Psychiatry, University of Queensland, Herston, Queensland, Australia.
163. Sandler J. & Dare C. (1970). The psychoanalytic concept of orality. *Journal of Psychosomatic Research*, 14 , 211-222.
164. Satter E.M. (1987). *How to get your kid to eat...but not too much*. Palo Alto, CA: Bull Publishing.
165. Satter E.M. (2000). *Child of Mine; Feeding With Love and Good Sense*. Palo Alto, CA: Bull Publishing.
166. Satter E.M. (1992). The feeding relationship. *Bulletin of Zero to Three*, 12(5) , 1-9.
167. Satter E.M. (1995). Feeding dynamics: helping children to eat well. *Journal of Pediatric Health Care*, 9 , 178-184.
168. Sayre J., Pianta R., Marvin R., & Saft E. (2001). Mothers' representation of relationships with their children: relations with mother characteristics and feeding sensitivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(6) , 375-384.
169. Schaal B. (2005). From amnion to colostrum to milk. Odour bridging in early developmental transitions. In B. Hopkins, & S. Johnson (Eds.), *Prenatal development of postnatal functions. Advances in infancy research*, Vol. 2 (pp. 51–102). New York: Praeger.
170. Schaal B. (2006). The development of flavour perception from infancy to adulthood. In A. Voilley, & P. Etiévant (Eds.), *Flavour in food* (pp. 403–436). Cambridge: Woodhead.
171. Schaal B., Delaunay-El Allam M., & Soussignan R. (2008). Emprises maternelles sur les goûts et les dégoûts de l'enfant: mécanismes et paradoxes. *Enfance*, 3 , 219-230.
172. Schweitzer M.B. & Paulhan I. (1990). *Manuel pour l'Inventaire d'Anxiété Trait-Etat (Forme Y)*. Université de Bordeaux II : Laboratoire de Psychologie de la Santé.

173. Seifer R. & Schiller M. (1995). The role of parenting sensitivity, infant temperament, and dyadic interaction in attachment theory and assessment. In E. Waters, B. E. Vaughn, G. Posada, & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(244) , 146-174.
174. Skuse, D. (1993). Identification and management of problem eaters. *Archives of Disease in Childhood*, 69 , 604–608.
175. Slade A. (1999). Representation, symbolization, and affect regulation in the concomitant treatment of a mother and child: Attachment theory and child psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(5) , 797-830.
176. Slaughter C. & Bryant A. (2004). Hungry for love: the feeding relationship in the psychological development of young children. *The Permanence Journal*, 8(1) , 23-29.
177. Spegman A. & Houck G. (2005). Assessing the feeding/eating interaction as a context for the development of social competence in toddlers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28 , 213-236.
178. Spielberger C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. PaloAlto, CA: Consulting Psychologists Press.
179. Spitz R. (1958). *La première année de la vie de l'enfant*. Paris: Puf.
180. Stein F.A., Murray L., Cooper P., & Fairburn C.G. (1996). Infant growth, in the context of maternal eating disorders and maternal depression: a comparative study. *Psychological Medicine*, 26 , 569-574.
181. Stein A., Wooley H., & McPherson K. Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *British journal of psychiatry*, 1999, 175 : 455-461.
182. Stern D.N. *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 1987, Paris : Coll. Le fil rouge, Ed. PUF.
183. Stern D.N. *Le journal d'un bébé*, 2004, Paris : Odile Jacob.
184. Stevenson R.D. & Allaire J.H. (1991). The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clinics of North America*, 38(6) , 1439-1453.
185. Stricker G. & Gooen-Piels J. (2004). Projective assessment of object relations. In M. Hersen (Editor-in-Chief), Hilsenroth M.J. & Segal D.L. (Vol. Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment: Vol 2. Personality assessment* (pp. 449-465). Hoboken, NJ: Wiley.
186. Sturm L. (2004). Temperament in early childhood: A primer for the perplexed. *Zero to three*, 24(4), 4-11.
187. Susz E., Kalish T., Kushilevitz I., Orenstein R., & Raviv A. (2009). “Who ate my porridge?”, a glimpse to the mother-infant bond through the feeding scene. *The signal*.
188. Tamis-LeMonda C.S., Bornstein M.H., & Baumwell L. (2001). Maternal responsiveness and children’s achievement of language milestones. *Child Development*, 72 , 748-767.
189. Teti D.M. & Gelfand D.M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62 , 918-929.
190. Thomas A. & Chess S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.

191. Ton Nu C. (1996). Comment se forment les goûts alimentaires ? *Psychologie Française*, 41(3) , 261-271.
192. Tourrette C., Marcelli D., Boinard S., Kasolter-Père A., Barbe V., & Crête M.F. (2000). Des interactions comportementales dans la première année aux interactions verbales à 3 ans : les dyades mère déprimée-bébé se distinguent-elles des autres ? *Psychiatrie de l'Enfant*, XLIII, 2, 509-539.
193. Travaillet Y. (1998). *Sociologie des pratiques d'entretien du corps*. Paris : Puf.
194. Tronick E.Z. & Weinberg M.K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In L Murray, & P. Cooper (Eds.), *Post partum depression and child development*. New York: Guilford Press.
195. Van de Rijt-Plooij H.H. & Plooij F.X. (1993). Distinct periods of mother-infant conflict in normal development : sources of progress and germs of pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(2) , 229-245.
196. Wardle J., Sanderson S., Guthrie C., Rapoport L., & Plomin R. (2002). Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity Research*, 10(6), 453-462.
197. Waugh E. & Bulik C.M. (1999). Offspring of women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25 , 123-133.
198. Weinberg M.K. & Tronick E.Z. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, 102(5) , 1298-1304.
199. Weiss S.J., Wilson P., Hertenstein M.J., & Campos R. (2000). The tactile context of a mother's caregiving: implications for attachment of low birth weight infants. *Infant Behavior and Development*, 23 , 91-111.
200. Westen D. (1995) *Social Cognition and Object Relations Scale: Q-sort for Projective Stories (SCORS-Q)*, *Unpublished manuscript*. Department of Psychiatry, The Cambridge Hospital and Harvard Medical School, Cambridge, MA.
201. Wilson E.M. & Green J.R. (2009). The development of jaw motion for mastication. *Early Human Development*, 85(5), 303-311.
202. Winnicott D.W. (1957). *Mother and Child. A Primer of First Relationships*. New York: Basic Books, Inc.
203. Winnicott D.W. (1965-1990). *Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press and the Inst. of Psa; Madison, CT: International Universities Press, 1965; London: Inst of Psa and Karnac Books, 1990.
204. Winnicott D.W. (1969). The use of an object. *International Journal of Psychoanalysis*, 50 ,711-716.
205. Winnicott D.W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.
206. Whaley S., Pinto A., & Sigman M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 826-836.
207. Zeanah C.H., Benoit D., Hirshberg L., Barton M.L. & Regan, C. (1994). Mothers' representations of their infants are concordant with infant attachment classifications. *Developmental Issues in Psychiatry and Psychology*, 1 , 9-18.
208. Zeitoun C. (2007). L'enfant. *Le journal du CNRS*, 214.



Annexes

ANNEXE 1 : Questionnaire de recrutement téléphonique

Date de l'appel téléphonique :...../...../.....

Explication de l'étude :

Nous vous téléphonons à propos d'une étude sur l'alimentation infantile. Pour cette étude nous sommes à la recherche de bébés entre 12 et 24 mois. Nous vous demanderons de venir faire manger votre enfant pour 4 repas au CHU de Nantes. Durant ces repas, nous proposerons à votre enfant des morceaux de légume ou de viande de 4 tailles différentes, accompagnés de purée. La texture de nos morceaux sera bien évidemment adaptée pour l'alimentation des enfants de 12 à 24 mois. Lors de ces séances, vous et votre bébé serez filmés. Toutes les informations que vous nous donnerez ainsi que les films des repas seront anonymes.

Les produits utilisés pour l'étude sont des produits Nestlé mais qui ne sont pas vendus sur le marché. Ce sont des prototypes expérimentaux qui ont été spécialement fabriqués suivant les normes et précautions indispensables à la production de pots pour bébés.

Afin d'assurer le bon déroulement des repas, un médecin sera présent à proximité des locaux. Pour vous remercier pour votre participation nous vous remettrons xxx euros à l'issue de l'étude.

Accepteriez-vous de répondre à quelques questions concernant votre bébé, son alimentation et vous-même ? :

Q1 : Avez-vous un enfant âgé entre 12 et 24 mois ? :

.....

Q2 : Veuillez indiquer le prénom de votre bébé :

.....

Q3 : Veuillez indiquer le sexe de votre bébé :

Masculin	1	
Féminin	2	

Q4 : Veuillez indiquer l'âge exact de votre bébé ainsi que sa date de naissance :

.....

Q5 : Veuillez indiquer si votre bébé est né à terme :

Oui	0	
Non	1	

Q6 : Veuillez indiquer le poids de votre bébé à sa naissance :

.....

Q7 : Veuillez indiquer le poids et la taille actuels de votre bébé:

.....

Q8 : Combien d'enfants avez-vous ? Veuillez indiquer le sexe de chacun.

.....
...
.....
.....
.....

Q9 : Quelle est la place de cet enfant dans la fratrie ?

.....
.....

Parlons de l'état de santé de votre enfant :

Q10 : Votre enfant est-il asthmatique ?

Oui	0	Précisions :
Non	1	
ne sait pas	2	

Q11 : Votre enfant est-il sujet à des allergies ou intolérances non alimentaires ?

Oui	0	Précisions :
Non	1	
ne sait pas	2	

Q12 : Votre enfant est-il sujet à des allergies ou intolérances d'origine alimentaire ?

Oui	0	Précisions :
Non	1	
ne sait pas	2	

Q13 : Indiquez quels types de réactions allergiques/intolérances votre bébé a déjà eu :

Problèmes de peau (urticaire, eczéma, démangeaisons)	1	
--	---	--

Problème respiratoire (asthme...)	2
Edème, ...	3	
Problème gastrique (vomissements)	4	
Diarrhées	5	
Autres (préciser)	6	

Q14 : Donnez-vous un traitement médical ou des médicaments régulièrement à votre bébé ? A-t-il une maladie chronique ?

Oui	0	Précisions :
Non	1	
Ne sait pas	2	

Parlons de l'alimentation de votre enfant :

Q15 : Avez-vous nourri votre bébé au lait maternel ou au lait artificiel ?

1- Lait maternel	Sein	2- Lait artificiel
	biberon	
	Combien de temps ?	

Q16 : Depuis combien de temps nourrissez-vous votre enfant avec des aliments solides tels que les purées ? (date du début de la sévrodiversification)

.....

Q17 : Veuillez indiquer quelle est la purée de légume préférée de votre enfant entre la purée de carottes/pommes de terre et de petits pois/pommes de terre :

.....

Q18 : Depuis combien de temps donnez-vous de la viande à votre enfant ? A quelle fréquence ?

.....

Q19 : Avez-vous déjà donné des morceaux dans l'alimentation de votre bébé ? Si oui depuis combien de temps ? Quel type d'aliment (légume ? pâtes ? viande ? fruits ?)

Oui	0	Depuis :
Non	1	Type d'aliment :

Q20 : Avez-vous et donnez-vous des aliments écrasés, cuits, crus ?		
Écrasés	1	
Cuits	2	
Crus	3	

Q21 : Votre bébé sait-il manger tout seul avec une cuillère ? Depuis combien de temps ?		
Oui	0	Depuis :
Non	1	
commence	2	

Q22 : Veuillez indiquer à quel âge votre enfant a fait sa première dent :
.....

Q23 : Veuillez indiquer combien de dents votre enfant a actuellement et lesquelles:
.....

Q24 : Votre enfant a-t-il déjà eu des caries sur ses dents de lait ? Si oui combien et sur quelle(s) dent(s) ?:
.....

Parlons un peu de vous maintenant :

Q25 : Veuillez indiquer votre statut marital actuel :		
Mariée	Célibataire	Veuve

Q26 : Veuillez indiquer votre activité professionnelle actuelle ainsi que votre formation initiale :
.....

Q27 : Veuillez indiquer l'activité professionnelle actuelle ainsi que la formation initiale de votre conjoint :
.....

Q28 : Veuillez indiquer votre âge ainsi que celui de votre conjoint :
Mère :
Père :

D'un point de vue pratique pour l'étude:

Q29 : Seriez-vous disponible pour venir avec votre bébé pour 4 repas compris dans une semaine, le midi ou le soir ? (Prévoir environ 45 minutes au total par repas)

Oui	0	Précisions :
Non	1	
Ne sait pas	2	

Q30 : Préférez-vous le midi (11h30-14h30) ou le soir (18h00-20h00) ? :

.....

Q31 : Seriez-vous d'accord pour remplir un carnet de consommation concernant ce que vous donnez à manger à votre enfant durant l'étude et 1 semaine avant ? :

Oui	0	
Non	1	

Q32 : Souhaitez-vous participer à cette étude concernant l'alimentation de votre enfant ?

Oui	0	
Non	1	

Nous allons désormais prendre votre adresse :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date du 1^{er} RDV :/...../..... àh.....

Merci beaucoup M^{me}/M d'avoir répondu à ce questionnaire. Nous vous enverrons par courrier une confirmation vous rappelant le jour et l'heure de votre 1^{er} RDV accompagné d'un plan d'accès au lieu où se déroulent les séances, ainsi qu'un descriptif plus détaillé de l'étude. Merci également par avance pour l'aide que vous nous apportez en acceptant de participer à cette étude. Si vous avez des questions ou remarques, n'hésitez pas à nous contacter.

ANNEXE 2 : Lettre d'informations

Lettre d'informations concernant l'étude « Optimisation de la taille des morceaux dans l'alimentation infantile » (Institution Nestec)

Vous avez accepté de participer à notre étude et nous vous en remercions vivement.

Vous trouverez ci-dessous des informations concernant l'organisation et le but de cette étude. Si toutefois vous vous posez encore certaines questions, n'hésitez pas à nous contacter afin que nous y répondions (les coordonnées des personnes à contacter sont à la fin de ce document).

Présentation générale de l'étude

1. BUT DE L'ETUDE :

Le but de cette étude est d'optimiser la taille des morceaux contenus dans les produits alimentaires pour bébés de 12 à 24 mois en fonction de l'âge, du stade et du niveau de développement oro/psycho-moteur.

2. SUJETS

Nous recrutons 60 enfants âgés de 12, 15, 18, 21 et 24 mois, et leur mère.

Les enfants ne doivent pas être sujets à des allergies ou intolérances alimentaires, non alimentaires, avoir des troubles de l'alimentation ou souffrir de maladie chronique nécessitant un traitement médical régulier.

3. MA PARTICIPATION EST-ELLE OBLIGATOIRE ?

Vous décidez librement de votre participation ou de la participation de votre enfant. En cas d'acceptation, cette feuille d'information vous sera remise et l'on vous demandera de signer un formulaire de consentement. Vous restez libre de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité (article L.1122-1 inséré par Loi numéro 2004-806 du 9 août 2004 art. 89 III Journal Officiel du 11 août 2004) et sans devoir donner d'explication.

Article L1122-1-1 : Aucune recherche biomédicale ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement libre et éclairé, recueilli après que lui a été délivrée l'information prévue à l'article L1122-1. Le consentement est donné par écrit ou, en cas d'impossibilité, attesté par un tiers. Ce dernier doit être totalement indépendant de l'investigateur et du promoteur.

4. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Après votre acceptation et inclusion dans l'étude, 4 rendez-vous seront planifiés. Ces rendez-vous seront des repas et devront être compris dans une même semaine. Les créneaux horaires que nous vous proposons sont entre 11h et 14h30 et entre 18h et 20h30.

Jour 1 : Séquence adaptative

Ce premier rendez-vous est dédié à la familiarisation du bébé avec l'environnement expérimental. Cela comporte :

- la salle où se passeront les séances,
- les personnes qui seront présentes pour encadrer l'expérience (1 médecin, 2 observateurs)
- les caméras,
- l'assiette bi-compartiment.

Nous vous demanderons, pour ce premier RDV de bien vouloir amener un repas normal pour votre enfant ainsi qu'un biberon d'eau. Nous vous filmerons vous et votre enfant durant ce repas.

Cette session de repas ne devrait pas durer plus de 30 minutes.

Nous effectuerons également un test de développement psychomoteur durant cette séance. Il faudra alors compter 30 à 45 minutes de plus soit une séance totale de 1h15-1h30 pour ce 1er RDV.

Pour les 3 autres séances, vous n'aurez pas besoin d'amener de repas complet pour votre enfant mais juste un dessert si besoin et un biberon d'eau.

Jour 2 : Séquence progressive

Il s'agit de la 1^{ère} session de mesures.

Un des observateurs sera situé à côté de la mère et lui donnera au fur et à mesure les différentes tailles des morceaux à présenter à son enfant dans une assiette dotée de 2 compartiments (l'un pour les morceaux, l'autre pour la purée).

- 1) L'enfant reçoit une cuillère avec un morceau de légume ou de préparation de viande de taille 1 (On observera la manière dont l'enfant manipule les morceaux en bouche).
- 2) Si l'enfant accepte la cuillère, on lui propose une cuillère avec un morceau de la taille supérieure et ainsi de suite à chaque nouvelle acceptation. (taille 1, taille 2, taille 3, taille 4...)
- 3) Si l'enfant refuse 3 fois consécutives on lui représente une cuillère avec des morceaux de la taille précédemment présentée.

Une fois la première séquence des 4 tailles passée, on présentera plusieurs morceaux dans la cuillère.

4) Fin de la séance si l'enfant refuse la cuillère plus de 5 fois consécutives.

Jour 3 et 4 : Séquences aléatoires

Il s'agit de la 2^{ème} session, et 3^{ème} et dernière session de mesures.

L'organisation de ces séances est la même que pour la séance progressive sauf que les tailles des morceaux seront données dans un ordre aléatoire (ex : taille 2, taille 3, taille 1, taille 4, taille 2, taille 3, taille 1, taille 4...)

SCHEMA GENERAL DES SESSIONS

Séance 1: 1h30 séquence adaptative et test psychomoteur	- Séance de familiarisation du bébé avec l'environnement expérimental - Test de développement psychomoteur
Séance 2: 30-45 minutes séquence progressive	1ère session de mesures: Présentation de tailles de morceaux de façon progressive
Séance 3: 30-45 minutes séquence aléatoire	2ème session de mesures: Présentation de tailles de morceaux de façon aléatoire
Séance 4: 30-45 minutes séquence aléatoire	3ème session de mesures: Présentation de tailles de morceaux de façon aléatoire

Remarque : Afin d'éviter tout risque d'incident lors des repas (ex : fausse route*), un médecin sera présent à toutes les sessions dans une salle à proximité.

*Fausse route : passage de l'aliment dans les voies aériennes supérieures avec comme conséquence un étouffement du sujet.

5. CONSIGNES A RESPECTER

- Cette étude n'implique aucune contrainte quant au mode de vie et habitudes alimentaires des sujets **cependant** vous devrez, durant la semaine d'expérimentation et la semaine précédente, noter dans un carnet de consommation que nous vous fournirons, ce que l'enfant aura mangé à chacun des repas à domicile (y compris les goûters, collations en dehors des repas) ainsi que toute prise médicamenteuse.
- Durant les séances, la mère qui propose la cuillère à l'enfant peut l'avertir de la présence de morceaux dans la cuillère mais ne doit pas montrer des signes à valeur émotionnelle (sourires, grimaces). Elle est autorisée à parler à l'enfant mais pas trop. Il ne faut pas par exemple, l'encourager, l'obliger à manger, le faire rire, lui montrer d'autres objets, lui donner un jouet...

- Si l'enfant a peur, pleure et ne veut pas être installé sur la chaise haute ou devant la table pour manger seul, nous pourrions alors le laisser sur les genoux de sa mère. L'enfant pourra boire durant le repas s'il le désire.

Attention : Si votre enfant tombe malade (rhume, etc.) pendant la durée de l'étude, les séances des repas se verront être replanifiées.

6. PRODUITS A TESTER

Les produits à tester sont des purées de légume et des morceaux de légume ou de préparation de viande. Les purées seront choisies en fonction des préférences de votre enfant (carotte-pomme de terre ou petits pois-pomme de terre). Les morceaux de légume seront des cubes de carotte ou de pomme de terre, et les morceaux de préparation de viande seront des boules de poulet ou volaille.

Nous proposerons 4 tailles de morceaux de légumes (4,6,10,12 mm) et 4 tailles de boules de préparation de viande (10,15,17,20 mm).

Tous nos échantillons sont faits avec des produits adaptés à l'alimentation infantile et fabriqués dans des usines qui produisent quotidiennement des petits pots commercialisés.

7. INDEMNISATION

Le dédommagement pour votre participation est de 100 euros. Il s'agit d'une indemnité relative aux frais de déplacement. Vous pourrez à tout moment vous retirer de l'étude sans avoir à vous justifier. En cas de retrait prématuré, vous serez dédommagé(e) au *pro rata temporis* de votre participation à l'étude.

8. MA PARTICIPATION SERA-T-ELLE CONFIDENTIELLE ?

Toutes les informations recueillies dans le cadre de l'étude seront traitées confidentiellement. Aucune information qui permettrait votre identification ne sera fournie à des personnes qui ne sont pas directement impliquées dans l'étude.

Votre participation implique toutefois que les données recueillies pendant l'étude puissent être inspectées anonymement par l'entreprise qui organise et finance l'étude, à savoir la société Nestlé, dans le but d'analyser les résultats. Ils peuvent également être examinés par des personnes représentant la société Nestlé ainsi que des autorités réglementaires, afin de vérifier que l'étude se déroule conformément à la réglementation en vigueur. Néanmoins, votre nom ne sera pas divulgué.

9. QU'ADVIENDRA-T-IL DES RESULTATS DE L'ETUDE ?

Les résultats de cette étude peuvent être publiés une fois que cette dernière est terminée. Toutefois, l'identité des sujets reste confidentielle.

10. QUI A VALIDÉ L'ÉTUDE ?

Le protocole de cette étude a été soumis au Comité de Protection des Personnes de Nantes.

11. LIEU DE L'ÉTUDE :

L'étude se déroulera dans les locaux de la **Clinique médicale pédiatrique** à l'Hôpital mère-enfant CHU Nantes (9 quai Moncousu 44093 Nantes Cedex).

12. CONTACT POUR INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE

AVANT/PENDANT/APRÈS l'étude :

Si vous avez des questions relatives à l'étude, vous pouvez contacter les investigateurs de cette étude,

-Dr Hugues PILOQUET au XXXXXXXX

ANNEXE 3 : Consentement éclairé

**Consentement à la participation d'un enfant mineur et de sa mère à un travail de
recherche portant sur l'Etude
« Optimisation de la taille des morceaux dans l'alimentation infantile »
(Institution : Nestec SA)**

Je, soussignés, Madame,..... et Monsieur....., consentons à ce que notre enfant,, participe à l'étude « *Optimisation de la taille des morceaux dans l'alimentation infantile* » (ci-après l'« Etude ») menée par le Centre de Recherche Nestlé (Nestec SA) au sein de la clinique médicale pédiatrique du CHU de Nantes. En ma qualité de mère de l'enfant, je consens également à participer à l'Etude à titre personnel.

Notre enfant et moi-même (mère) participerons à quatre séances dans les locaux de la clinique médicale et pédiatrique – hôpital mère-enfant du CHU de Nantes. Ma participation consistera à donner à manger à mon enfant au cours des quatre séances dans les locaux de la clinique médicale pédiatrique. Mon comportement ainsi que celui de mon enfant sera filmé pendant ces séances. Si je le souhaite, je pourrai à tout moment interrompre ma participation à cette Etude, ainsi que celle de mon enfant.

Nous avons pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. Nous avons obtenu des réponses claires et adaptées, afin que nous puissions nous faire notre propre jugement. Nous pourrions à tout moment demander des informations complémentaires au Dr Hugues PILOQUET (médecin investigateur).

Toutes les données et informations nous concernant resteront strictement confidentielles.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre notre décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, nous acceptons librement et volontairement de participer à ce protocole de recherche dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui nous a été remise.

S'agissant de l'utilisation et de la diffusion des enregistrements vidéo et photographies résultant des quatre séances, je prends note et je consens à ce que ceux-ci puissent être reproduits, utilisés et/ou diffusés, à un public scientifique uniquement et à des fins de recherche scientifique uniquement, par le Centre de Recherche Nestlé (Nestec SA). Je suis, par la présente, informé que ladite recherche scientifique portera sur l'étude du comportement de la mère et de l'enfant lors de l'ingestion de nourriture. L'utilisation et/ou la diffusion des enregistrements vidéo et photographies pourra intervenir pendant toute la durée de l'Etude, et pour une période de cinq ans suivant l'Etude. Ils pourront être diffusés sur tous supports, notamment cassettes vidéos, cédérom, dévédérom, y compris par voie d'édition d'ouvrages papier ou par présentation sur grand écran, directement à des fins d'information scientifique sur les réalisations du Centre de Recherche Nestlé (Nestec SA), et sans contrepartie financière.

Dans le cas où ces enregistrements seraient communiqués à des tiers ou seraient utilisés et/ou diffusés pour une période supérieure à cinq ans après l'Etude, le Centre de Recherche Nestlé devra requérir expressément mon consentement.

Lieu, Date :

Signature de la mère :

.....
Lieu, Date :

Signature du père :

.....
Lieu, Date :

Signature du médecin investigateur :

ANNEXE 4 : Autorisation d'enregistrement et diffusion de vidéos et photographies

Etude« Optimisation de la taille des morceaux dans l'alimentation infantile » (Institution Nestec)

Autorisation pour l'enregistrement et la diffusion de films vidéo et de photographies d'une personne mineure et majeure

Nom, Prénom : Père de :
Adresse complète:

Nom, Prénom : Mère de :
Adresse complète:

S'agissant de vidéos et de photographies, nous autorisons le Centre de Recherche Nestlé, sans contrepartie financière, à reproduire, à utiliser ces enregistrements à des fins de recherche et à diffuser ces enregistrements pour une communication au public scientifique, sur tous supports, notamment cassettes vidéo, cédérom, dévédérom, y compris par voie d'édition d'ouvrages papier ou par présentation sur grand écran, directement à des fins d'informations scientifiques sur les réalisations du Centre de Recherche Nestlé.

Aucune démarche médiatique publique ou à titre marketing ne sera mise en œuvre.

Cet accord est valable 10 ans à partir de la date de signature du consentement pour la participation à l'étude.

Nous donnons notre accord à (compléter en rayant la mention inutile):

- L'enregistrement vidéo et la prise de photographies de mon enfant et de moi-même lors de l'étude réalisée à la clinique médicale pédiatrique du CHU de Nantes :
OUI
NON
- L'utilisation de ces enregistrements et ces photographies à des fins de recherche :
OUI
NON
- La diffusion des vidéos et des photographies vers le public scientifique :
OUI
NON

Père :
Date et signature :

Mère :
Date et signature :

ANNEXE 5 : Guide d'entretien intégral

Guide d'entretien Alimentation infantile
Nantes, Avril 2007

Informations générales

Mère

Nom

Prénom

Age

Profession (correspond aux études que vous avez faites ? lesquelles ?)

Nombre d'enfants

Allergies alimentaires et régimes particuliers ?

Enfant

Nom

Prénom

Age

Sexe

Place dans la fratrie

1. LA MERE : SON RAPPORT A L'ALIMENTATION (naturalité/transformation, conservatisme / sybaritisme, variété, temporalité, commensalité)

Pourriez-vous me donner une définition de ce que veut dire « bien manger » pour vous ?

- Aliments privilégiés – Aliments évités. Motifs (goût pour, goût de, valeur santé, dégoût d'enfance, régime spécial, naturel, fait maison/prêt à consommer....)
- Au quotidien, comment se rapprocher le plus possible de cet idéal ?
- Rapport à la variété alimentaire + à la temporalité (le temps de / pour manger) + à la commensalité
- Lorsque vous mangez au restaurant, quel type de lieu choisissez-vous ?
- Insister sur l'explication de l'importance du « plaisir » en mangeant, à partager un repas...

2. ADULTE – ENFANT : CONTENU DU BIEN MANGER

Quelle différence entre cette définition donnée pour un adulte et celle que vous donneriez pour un enfant ?

- => le « bien manger » pour un enfant ? (intégrer les variations relatives aux âges de l'enfant)
- Aliments à privilégier / aliments à proscrire. Motifs. Ces choix viennent-ils de conseils d'un tiers ? (prescripteurs)
 - Atouts des aliments privilégiés
 - Qu'est ce qui vous tient à cœur dans l'alimentation de votre enfant ? (donner des contre exemples à ses propositions pour l'obliger à justifier. Ex : « qu'il mange toute son assiette » « mais certains enfants sont maigrichons et difficiles puis décident un jour de manger et ils grandissent parfaitement »

3. MANGER BIEN

- **Qu'est ce qui vous fait dire que votre enfant a « bien mangé aujourd'hui » + « mange bien » + « est difficile à nourrir » ?**

- Quant au fait qu'il ait « suffisamment mangé pour ce repas », comment le repérez-vous ? Est-ce simplement la quantité d'aliments consommés (les petits pots par ex sont prévus pour 1 repas) ou bien vous voyez bien que l'enfant est repu ? (quels sont ces signes visibles ?)

- **Lorsqu'il ne veut pas finir son repas, sur quel élément insistez-vous ?**

- Quel aliment est indispensable à quel âge et pourquoi ? Comment ce critère évolue t-il en fonction de l'âge de l'enfant ? Quelles **astuces** pour lui faire accepter l'aliment jugé nécessaire (kiri dans la soupe....) ? D'où viennent ces astuces ? (**prescripteur** : souvenir d'enfance ? copines ? docteur-pédiatre ? La nécessité de finir est-elle de votre fait ou bien ce sont ces tiers qui vous engagent à faire finir l'enfant ?)

- **Avez-vous changé quelque chose par rapport aux enfants précédents ?** (quelles craintes sont évacuées ? qu'est ce qui perd en importance face à d'autres contraintes comme le temps pris par les autres enfants vs un premier enfant auquel on donne du temps)

- **Par rapport aux souvenirs de votre propre enfance**, à ce que vos parents vous donnaient ou exigeaient d'un repas, comment situez vous vos propres façons de faire avec votre enfant ? (choix des aliments, exigences envers l'enfant, rythme des repas, écoute des goûts et dégoûts de l'enfant,...) Quels sont les mauvais/bons souvenirs d'enfance au niveau alimentaire ? Quelles règles seront reproduites par la mère dans sa propre alimentation et dans l'alimentation de son enfant (et pourquoi cette sélection de règles ?)

4. GOÛTS DE L'ENFANT ET ARBITRAGE MATERNEL

- **Les goûts excessifs et rejets de l'enfant : comment sont ils gérés ?** Quelles variations suivant les aliments / suivant l'humeur de l'enfant / l'humeur de la mère / par rapport aux **enfants précédents** (plus de rigueur, de souplesse ? **Moins d'exigences et plus confiance envers la « nature des choses »** (quid de la sagesse du corps ?)

5. APPRENTISSAGE

- **L'enfant est-il plutôt qualifié de goulou ou d'oiseau ?** (les réponses qui suivront varieront en fonction de cette première donne)

Pensez vous qu'il existe une **régulation naturelle du métabolisme de l'enfant** (le maigrichon grossira naturellement en temps utiles et inversement pour le dodu) ou bien faut-il recadrer l'ordre des choses ? Comment situez-vous votre enfant au niveau métabolique ? (parallèle avec la réponse à la question précédente, voir si c'est consistant)

Faire un parallèle avec la situation de l'adulte.

- **Qu'essayez vous d'apprendre à votre enfant en termes d'alimentation ?**

- goût pour la variété ?

- différentes textures ? (les morceaux...)

- différents parfums ?

- du sucré au salé ?

- Manger lentement – finir l'assiette absolument

- quid du haut en goût ? (Partir sur la partition aliment enfant – aliment adulte)

- mélange des aliments ? (selon l'âge, le développement ?)

Donnez des exemples précis et commentés.

- **Pourquoi ces choix ?** (motifs santé, apprentissage du bien manger et prévention de l'obésité, gourmet,)

- Quid de l'apprentissage de la convivialité (actuelle, future si l'enfant est trop petit), justifier

- Comment matérialise-t-on le passage de l'alimentation d'un enfant à celle d'un adulte ?
Quels problèmes ?

6. CONTRAINDRE – LAISSER AGIR LA NATURE

- **Contraindre l'enfant pour son bien / le laisser aller à son rythme : de quel côté pencheriez vous ? Justifier.** Donner des exemples concrets du vécu quotidien avec l'enfant.

- Tirer les enseignements du parallèle entre le traitement dont la mère a fait l'objet et celui qu'elle applique à son enfant.

7. SE NOURRIR SEUL

- **Comment apprenez-vous à votre enfant à se nourrir seul ?**

- Mange t-il seul et à quelle occasion ?

- L'encouragez vous et avez vous (eu) peur de quelque chose ? Par exemple les **morceaux** à mâcher

- Insister sur la notion de **mimétisme**

8. MANGER CE QU'IL AIME

- Quand votre enfant a-t-il commencé à présenter des choix alimentaires personnels (**préférences, dégoûts,...**) ?

- **Essayez-vous de maintenir une alimentation équilibrée et variée ? Ou bien laissez-vous « faire la nature » ? développer (quand, pourquoi, durée ; incidences sur le développement psy et phy de l'enfant)**

- Quelles sont les préférences et dégoûts de votre enfant ?

- Comment les expliquez-vous ? (mauvaise ou bonne expérience d'un aliment durant un repas, explication par l'habituatation à un aliment durant la grossesse...)

- **Proposez-vous tous les aliments à votre enfant ? Pourquoi ? Quels sont ceux que vous ne proposez pas ? Pourquoi ?** (les âges et les aliments correspondant : justifier ; les aliments pour adulte / pour enfant ; évaluer ces points sous l'aspect : apprentissage + santé + croissance)

9. MAISON - INDUSTRIE

- Plats maison – plats du commerce – commerce et allégations (contenu, enrichissement, sans ajouts, produits bio....) : qualifier chacune de ces préparations (goût, nutrition, qualité, ...) et comparer (la mère déclarera sûrement **plus ou moins de cochonneries dedans : lui faire énoncer les visibles et les invisibles ; qualifier ; nature et origine des suspicions)**

- Faire comparer avec l'alimentation de sa propre enfance, sûrement moins réfléchie, plus rustique, et qui pourtant a permis à la mère de grandir et de devenir adulte bien portant.

10. SANTE DE L'ENFANT

- **Quelles sont vos préoccupations quant à la santé de votre enfant ?** (carences ? obésité ? allergies ?).....
- Quelle attitude en découle ? (lit les étiquettes ? prévention via compléments ? si oui qui les cautionne ?)
- Quelles sont les craintes ou suspicions quant aux **produits pour bébé** proposés dans le commerce ? Qui cautionne ?
- A quelle fréquence les produits industriels sont ils utilisés, pourquoi le sont-ils ?

- **Si le « naturel » prévaut pour l'adulte, comment expliquer qu'on s'en remette à des produits industriels** (même si qualifiés de naturels ils ne sont pas faits maison) pour l'enfant ?
- **Alors, le « frais et le naturel » n'ont ils que des vertus ? Quoi à quel âge de la vie ?**

11. FILLE – GARCONS

- Entre filles et garçons, avez-vous en tête des **différences de comportement** face à l'alimentation et à l'apprentissage alimentaire ?
- Développer (ouverture à la variété, autonomie, craintes,)

12. DU BIBERON A L'ASSIETTE

- Du biberon à l'assiette, vous souvenez-vous les étapes, les difficultés, les contraintes, les craintes....
- D'où venaient les conseils pour gérer ces étapes ?
- Les différences notées entre ses propres enfants ou son parcours au fil des grossesses.
- Si la mère semble dire qu'avant 6 mois pas le droit à l'erreur (Notion de **période sensible** des 6 premiers mois) Pourquoi serait-il moins grave de faire des erreurs après ces 6 premiers mois de vie ?

13. ALLAITEMENT

- Avez-vous allaité au sein ou biberon ? Combien de temps ?
- Quel souvenir global en reprenez-vous ? Quel souvenir + précis ?
- Avez-vous donné le sein ou le biberon à la demande ou avez-vous respecté des horaires fixes pour nourrir votre bébé ?

14. MALADIE ET RESTAURATION PAR L'ALIMENTATION

- **Lorsque l'enfant est malade (ou qu'il sort d'une maladie), lui donnez-vous des aliments ou boissons particulières ?**
- quel effet en attendez vous (requinquer, maintenir, doper...). D'où savez-vous que ces aliments ont cet effet ?
- conservez-vous dans ces cas de figure les **façons de faire de votre mère** par exemple ?
- vous en remettez-vous aux **conseils du pédiatre / du docteur ?**
- Peut être mixte des deux sources de conseil ? Comment se fait l'arbitrage et la *recomposition* ?

15. COMPLEMENTER

- **Donnez vous à votre enfant des compléments alimentaires ou des aliments « riches en »** (ex : oranges pour leur vitamine C) ou des aliments enrichis par l'industrie (ex : calcium + vitamine D) ?

- **A quelle occasion ? Dans quel but ?**

- Pourquoi le faire ou *refuser* ?

16. NOURRIT PAR AUTRUI – PERTE DE CONTRÔLE ?

- Lorsque ce n'est *pas vous* qui nourrissez l'enfant, quelles sont vos recommandations, vos *crain*tes (ou bien vous déléguez complètement la tâche) ? Justifier + distinguer entre les différents tiers : le père, la nounou, la grand mère, autres ?

- Vos préparations déposées chez la nounou ? ou bien lui adressez vous simplement des demandes ? Justifier du cas adopté et du cas rejeté.

17. UN REPAS AVEC VOTRE ENFANT

- Racontez-moi comment se passe un repas typique avec votre enfant.

ANNEXE 6 : Définition des quatre échelles en 9 points (en anglais) utilisées pour l'approche développementale

Confidence to try food pieces (confiance de l'enfant à goûter les morceaux)= is from the moment the toddler sees the piece in the spoon to the offering spoon by the mother or the toddler by himself. How much the toddler will show he is confident to try food piece (very close to wanting score).

no rating

0 = either (1) can't see toddler (2) film sequence too short to judge

extremely not

1 = pushes away spoon/meatball or blocks mouth and/or spoon with hand and/or shows emotional refusal crying etc. Looks worried, may look at mum, seems quizzical. Keeps mouth closed.

very much not

2 = turns away or shuts mouth (or keeps mouth nearly closed) quite worried, may look at mum.

moderately not

3 = Clearly does not want to try meatball but after some persuasion takes spoon. Looks moderately hesitant and/or distracted.

Slightly not

4 = Does not want to try but after short persuasion takes meatball from spoon. Is a little bit hesitant.

neutral

5 = Neutral

slightly

6 = Looks slightly interested, concentrated on food. Looks at spoon/meatball with interest.

moderately

7 = Looks moderately interested, concentrated on food. Looks at spoon/meatball. Opens mouth as meatball approaches.

very much

8 = Looks very enthusiastic. Leans towards spoon / meatball, opens mouth wide. Accepts food quickly. Very decided to eat the piece.

extremely

9 = Extreme confidence. Jumps about, strains towards spoon / meatball with mouth open. Accepts meatball very quickly, takes the spoon to eat. Looks as if food was familiar.

Easiness to masticate (facilité à mastiquer): from the acceptance of the spoon to the swallowing action or other action (spit out...). How difficult is the toddler in masticating and manipulating the piece in mouth (independent of any emotional response).

no rating

0 = can't see or no mastication or choose another strategy (eg bites a bit off piece).

extremely not

1 = Toddler can't close the mouth with the piece in it, tries to masticate but cannot (less than 1 cycle), spits out the piece quite quickly.

very much not

2 = Shows high difficulty in manipulating and/or masticating the meat ball and spits it out.

moderately not

3 = Shows moderate difficulty in manipulating and/or masticating the meat ball and may spit it out. Can include very long duration of mastication (more than 3 times longer than for smallest piece).

slightly not

4 = Shows slight difficulty in manipulating and/or masticating (maybe medium duration, more than twice as long as for smallest piece) the meat. May spit or take it out.

neutral

5 = Neutral eating behaviour. No sign of difficulty or ease during eating.

slightly

6 = Slightly easy mastication but not relaxed face yet.

moderately

7 = Moderate easy mastication. Relaxed face.

very much

8 = Very easy mastication. Quite relaxed face. Short duration of mastication, less than twice duration as for smallest piece.

extremely

9 = Shows great abilities to masticate. Toddler looks as if food was familiar. Babbles, speaks, or does other things during mastication. Mastication is completed very quickly (about the same duration as for smallest piece).

Easiness to swallow (facilité à avaler): from the en of mastication to the end of swallowing action. How comfortable is the toddler during swallowing.

no rating

0 = can't see or no swallowing or swallows some part of the piece after spitting most of it out.

extremely not

1 = Toddler coughs or chokes because of the piece size.

very much not

2 = Very uncomfortable in swallowing. Shows high difficulty, maybe pain while swallowing the piece. Negative expressions. Toddler shows distress, looks at mother, cries or tearful eyes. Drink/puree given by the mother or taken by the toddler in order to help swallowing.

moderately not

3 = Shows tense face, hand or body movements showing anxiety.

slightly not

4 = Slightly uncomfortable in swallowing. Face a little bit tense.

neutral

5 = Neutral swallowing behaviour. No sign of difficulty or ease.

slightly

6 = Slightly comfortable in swallowing. No sign of pain, tension or anxiety but not completely relaxed.

moderately

7 = Moderately comfortable in swallowing. Relaxed face.

very much

8 = Very comfortable in swallowing. Quite relaxed face.

extremely

9 = Extreme comfort in swallowing. No sign of difficulty at all. Totally relaxed face, positive expressions, speaks, babbles, laughs, the toddler is quickly ready for the next spoon.

Maternal confidence to give food pieces (confiance de la mère à donner les morceaux)= from the moment the mother sees the piece to the offering spoon by the mother or the toddler by himself. How much the mother will show she is confident to give food pieces to her toddler.

no rating

0 = either (1) can't see toddler (2) film sequence too short to judge

extremely not

1 = the mother refuses to give the piece to her toddler/the toddler to take it by himself.

very much not

2 = the mother looks anxious, hesitant, has a very scared facial expression and/or her body is highly tensed, asks questions and/or looks to the observer, says her surprise, but warns her toddler (ex: "careful, it's a big one") and finally gives the piece to the toddler/lets the toddler eat it.

moderately not

3 = the mother seems worried and surprised when looking at the piece, she has a moderately scared facial expression and/or her body is moderately tensed, looks at the observer and/or asks question about the piece, says observations about the piece (ex: "it is big") but gives it to the toddler/lets the toddler eat it.

Slightly not

4 = the mother has a slightly scared facial expression and/or her body is slightly tensed, hesitates a little bit before giving the piece to the toddler/letting the toddler eat it. (Doesn't look at the observer or says anything about the piece)

neutral

5 = Neutral

slightly

6 = the mother looks slightly confident, the mother looks at the piece but gives it to her toddler/lets the toddler eat it without warning him or having scared facial expressions, but not relaxed face and body yet.

moderately

7 = the mother looks moderately confident, the mother gives the pieces to the toddler/lets the toddler eat the piece. She has relaxed face and body.

very much

8 = the mother looks very confident, is quite relaxed and gives the pieces to the toddler/lets the toddler eat the piece quite quickly.

extremely

9 = the mother looks extremely confident and relaxed. The mother doesn't look concerned by the piece and gives it without hesitation to the toddler/ lets the toddler eat it.

ANNEXE 7 : Coefficients de corrélations inter-juges pour les différentes échelles utilisées

Echelles en 9-points	coefficients de corrélation inter-juges
Confiance maternelle	0.84
Confiance de l'enfant	0.86
Facilité à mastiquer	0.88
Facilité à avaler	0.87

Echelle Chatoor	coefficients de corrélation inter-juges
Réciprocité Dyadique	0.92
Conflit Dyadique	0.80
Paroles et distraction	0.73
Lutte pour le contrôle	0.75
Non contingence maternelle	0.78

Echelle CIB items dyadiques	coefficients de corrélation inter-juges
Sensibilité maternelle (parentale)	0.85
Intrusivité parentale	0.75
Pose de limites par le parent	0.74
Engagement de l'enfant	0.83
Repli de l'enfant	0.79
Obéissance de l'enfant	0.86
Réciprocité Dyadique	0.83
Etats négatifs dyadiques	0.78

Echelle CIB items alimentaires	coefficients de corrélation inter-juges
Distractibilité	0.74
Indépendance	0.93
Négociation	0.72
Efficacité alimentaire	0.90

Echelle SCORS-G	coefficients de corrélation inter-juges
COM	0.87
AFF	0.85
IER	0.82
IEM	0.73
CCS	0.92
AG	0.79
EDS	0.88
ICS	0.89

Corrélations bivariées de Spearman

ANNEXE 8 : Table de corrélations entre toutes les variables pour l'échelle CIB au repas V1

Légende : Matrice de corrélations bivariées de Pearson

*Pour des raisons techniques nous n'avons pas pu appliquer la norme rigoureuse de publication de résultats de corrélations en utilisant le système de références pas symbole « * », ainsi nous avons utilisé le référentiel de couleur suivant indiquant la valeur de significativité des corrélations :*

Corrélations positives		$p < 0.01$
		$p < 0.05$
Corrélations négatives		$p < 0.05$
		$p < 0.01$

Au repas V1		Age mère	Age père	Allaitement	Poids de naissance	Taille actuelle	Nombre d'enfants	Place dans la fratrie	Griffiths échelle locomotrice	Griffiths échelle sociale	Griffiths échelle langage	Griffiths échelle coordination œil-main	Griffiths échelle performance	Tempérament - activité	Tempérament - rythmicité	Tempérament - approche repli	Tempérament - adaptabilité	Tempérament - intensité	Tempérament - humeur	Persistance	Tempérament - distractibilité	Tempérament - seuil de sensibilité	GHD, systèmes GHQ, anxiété	GHD, symptômes GHQ, insomnie	GHD, dépression	STAI-TRAIT			
Mère	Forçage	0.06	0.21	0.09	-0.07	0.07	0.16	0.24	-0.09	0.16	-0.26	-0.18	-0.17	-0.38	0.00	-0.15	-0.27	-0.06	-0.19	-0.05	0.13	-0.10	-0.14	0.26	-0.07	-0.02	0.00		
	Domination/Intrusivité	0.20	0.16	0.00	-0.29	-0.05	0.10	0.12	-0.07	0.10	0.12	-0.24	-0.05	-0.27	0.21	0.13	0.09	-0.13	0.11	0.13	-0.31	0.11	0.28	0.16	0.07	-0.13	-0.02	-0.01	
	Reconnaissance	0.02	-0.20	0.01	-0.17	-0.10	-0.13	-0.12	-0.03	-0.12	0.03	0.11	0.11	-0.08	-0.01	-0.04	-0.15	-0.01	-0.09	-0.10	0.10	0.18	-0.08	0.10	0.10	-0.02	-0.13	-0.31	
	Elaboration	0.01	-0.11	0.08	0.04	-0.11	-0.09	0.12	-0.21	-0.21	0.07	0.14	0.07	0.07	0.14	-0.12	-0.11	0.14	0.00	0.04	0.31	-0.25	0.06	0.07	0.13	-0.04	0.01	-0.16	
	Regard parental	-0.12	-0.15	-0.04	0.05	0.07	0.21	-0.23	-0.18	-0.18	-0.04	0.19	0.07	0.01	0.08	-0.05	0.08	0.07	0.15	0.13	0.04	0.02	0.17	0.16	0.08	0.11	0.03	-0.10	-0.20
	Affect positif parental	-0.01	-0.15	-0.06	0.07	0.12	-0.08	-0.12	-0.11	-0.11	-0.40	0.04	0.18	0.08	-0.05	-0.22	-0.07	-0.06	0.22	-0.02	-0.02	0.06	-0.14	0.28	0.20	-0.03	-0.16	-0.09	-0.28
	Humeur dépressive parentale	-0.14	-0.06	-0.07	-0.05	0.04	0.00	0.00	0.11	-0.09	-0.06	-0.06	-0.06	-0.01	-0.12	-0.22	-0.01	-0.09	-0.17	0.10	0.17	0.02	-0.15	-0.07	0.02	0.25	0.07	0.33	
	Affect parental négatif	-0.03	-0.10	0.05	-0.21	-0.23	-0.08	-0.08	-0.08	0.03	-0.45	-0.06	-0.31	-0.03	0.03	0.03	0.06	0.04	0.01	-0.06	0.09	0.18	-0.04	-0.10	-0.08	-0.10	0.14	0.06	
	Hostilité	-0.12	-0.06	0.02	-0.26	-0.12	-0.02	0.04	0.01	-0.38	-0.06	-0.38	-0.06	-0.26	-0.05	-0.01	-0.05	0.00	-0.08	0.09	0.05	0.11	-0.03	-0.16	-0.18	-0.07	-0.16	0.06	
	Vocalisation appropriée	0.08	-0.21	0.01	-0.08	-0.21	0.01	-0.04	-0.22	0.11	0.11	0.11	-0.02	0.23	-0.15	-0.12	-0.07	0.00	0.18	0.08	0.02	0.23	-0.13	0.18	-0.05	-0.04	-0.26	-0.10	-0.31
	Anxiété parentale	-0.03	0.08	-0.17	-0.33	-0.06	0.04	0.01	-0.03	-0.02	-0.33	-0.12	-0.13	-0.13	-0.15	0.07	0.06	-0.08	-0.11	0.14	0.22	-0.20	-0.03	0.05	-0.02	0.20	0.10	-0.04	0.03
	Choix approprié d'affect	-0.03	-0.19	-0.06	0.15	-0.06	0.15	-0.16	-0.03	-0.07	0.40	0.05	0.04	0.22	-0.08	0.02	0.11	0.23	0.02	0.17	0.10	0.16	-0.09	0.27	0.14	0.09	0.01	-0.10	
	Consistance du style	-0.06	-0.20	-0.12	0.17	0.02	-0.03	-0.06	0.09	-0.07	0.30	0.11	0.10	0.27	-0.29	-0.13	-0.02	0.04	-0.18	-0.13	0.27	0.04	0.24	0.19	0.10	0.04	0.01	-0.05	
	Ressources/Ingéniosité	-0.03	-0.11	-0.11	-0.07	-0.02	-0.06	-0.08	-0.05	-0.04	0.12	0.10	0.10	0.03	0.17	-0.15	-0.15	-0.19	0.04	-0.09	-0.07	0.02	0.05	0.13	0.22	0.19	0.11	0.05	-0.09
	On-task ressource	-0.17	-0.23	-0.11	0.05	-0.06	-0.19	-0.22	-0.12	-0.13	0.10	0.21	0.21	0.00	0.22	-0.23	-0.08	0.00	0.16	-0.04	-0.05	0.24	-0.16	-0.09	0.00	0.04	0.11	-0.04	-0.12
	Structure appropriée, pose de limites	-0.19	-0.26	-0.03	0.25	0.01	-0.16	-0.19	0.07	-0.07	0.26	0.25	0.25	0.13	0.34	-0.17	-0.02	0.14	0.16	-0.01	-0.13	0.28	-0.05	-0.04	0.02	0.09	-0.01	-0.05	
	Eloges, compliments	0.13	-0.04	0.11	0.00	-0.14	-0.06	-0.01	0.02	0.03	0.23	-0.08	-0.08	0.16	-0.05	0.07	0.19	-0.05	0.10	-0.10	-0.07	0.04	-0.06	0.18	0.31	0.01	-0.15	0.09	-0.07
	Critiques	-0.12	-0.18	-0.03	-0.23	-0.31	0.07	-0.16	-0.24	0.04	-0.24	-0.08	-0.34	-0.02	-0.09	-0.08	0.02	0.05	0.07	0.11	0.04	0.01	-0.26	-0.13	-0.06	0.02	-0.03	-0.06	
	Touchers affectueux	-0.13	-0.33	0.15	-0.07	-0.17	-0.12	-0.08	-0.05	0.01	-0.42	-0.01	0.02	0.27	-0.10	0.07	0.20	0.20	0.27	0.01	-0.01	0.04	0.00	0.04	0.10	0.20	0.13	0.15	0.15
	Enthousiasme parental	-0.02	-0.26	0.16	0.17	-0.08	0.03	0.05	0.01	0.03	0.30	0.04	0.30	0.04	0.27	0.22	-0.13	0.11	0.11	0.01	0.03	-0.15	0.25	0.22	0.15	0.20	0.05	-0.02	-0.05
	Présence soutenante	0.01	-0.10	-0.17	0.15	0.04	0.04	0.04	0.00	-0.11	-0.24	0.18	0.18	0.15	0.08	-0.17	-0.22	-0.20	0.08	-0.15	-0.19	0.06	0.02	0.26	0.24	0.17	0.06	-0.05	-0.19
	Regard de l'enfant/Attention conjointe	0.08	-0.02	0.07	0.36	0.23	0.13	0.10	0.02	-0.03	0.18	0.00	0.18	0.00	0.18	0.08	-0.17	-0.22	-0.10	-0.08	-0.13	0.09	-0.06	0.25	0.19	-0.02	-0.05	-0.10	0.00
	Affect positif de l'enfant	0.04	-0.03	0.10	0.32	0.13	0.13	0.06	-0.02	-0.22	0.14	0.17	0.28	0.19	0.07	0.17	0.10	0.16	-0.12	-0.02	-0.10	0.03	0.05	0.28	0.04	-0.11	-0.14	-0.25	
	Emotion négative de l'enfant	-0.03	0.11	-0.06	-0.29	-0.12	0.07	0.00	0.04	0.20	-0.10	-0.13	-0.18	-0.18	0.27	0.08	-0.25	-0.26	0.11	0.16	0.20	-0.06	-0.03	-0.21	-0.19	0.30	0.09	0.09	0.01
	Repli, retrait	0.09	0.14	0.10	-0.14	-0.11	-0.09	-0.03	0.04	0.11	-0.11	-0.05	-0.05	-0.07	-0.07	0.33	0.20	0.19	0.16	0.16	-0.16	-0.16	-0.07	-0.25	-0.19	-0.08	-0.01	0.12	0.15
	Affect labile	-0.03	-0.02	-0.02	-0.13	-0.06	0.03	-0.04	0.21	0.15	-0.29	0.05	-0.05	-0.06	-0.06	-0.14	-0.13	-0.12	-0.18	-0.14	-0.02	-0.17	-0.13	-0.03	-0.04	-0.01	0.23	0.07	
	Affection de l'enfant ou le parent	-0.01	-0.19	0.05	0.12	-0.15	-0.13	-0.14	-0.09	0.03	0.26	0.01	0.10	0.16	0.16	-0.03	0.14	0.24	0.20	0.24	0.15	0.10	-0.18	0.35	0.27	0.13	0.08	0.04	0.09
	Vigilance	0.08	0.09	-0.02	0.12	0.01	0.16	0.11	-0.17	0.08	-0.13	-0.08	-0.11	-0.19	-0.11	-0.11	-0.13	-0.04	-0.21	0.05	0.03	0.02	-0.29	0.20	0.05	0.03	0.02	-0.12	-0.14
	Fatigue	0.09	0.12	0.11	-0.14	-0.11	-0.10	-0.04	-0.10	0.14	-0.15	0.04	-0.05	-0.03	0.17	0.11	0.11	0.10	0.17	0.13	0.20	-0.07	0.18	-0.17	-0.10	0.02	-0.02	0.25	0.18
	Vocalisation, productions verbales	0.03	0.05	0.03	0.24	0.02	-0.10	-0.08	0.05	-0.14	0.34	-0.05	-0.05	0.13	0.13	-0.11	-0.12	0.09	0.06	0.01	-0.21	-0.05	-0.17	0.20	0.21	0.25	0.16	0.13	-0.07
	Imitation de l'enfant	0.08	0.03	-0.12	-0.02	-0.08	-0.08	0.12	-0.01	-0.01	0.28	0.19	0.17	0.26	-0.09	-0.16	-0.02	0.07	-0.03	-0.12	0.00	-0.22	0.07	0.08	0.00	0.14	-0.01	-0.01	
	Obéissance au parent	-0.01	-0.15	-0.03	0.29	-0.01	0.07	-0.13	-0.13	-0.05	0.24	0.02	0.11	0.10	0.02	0.10	0.02	0.30	0.10	0.24	0.01	0.07	-0.15	0.21	0.11	-0.24	-0.06	-0.14	-0.12
	Confiance dans l'aide du parent	-0.13	-0.27	-0.03	0.04	-0.10	-0.13	-0.19	-0.08	-0.06	0.25	0.09	0.23	0.17	0.07	0.09	0.20	0.06	0.20	0.11	0.00	-0.08	0.30	0.21	-0.05	0.11	-0.07	-0.08	
	Persistance	-0.14	-0.07	-0.05	0.16	0.13	0.06	0.03	0.03	-0.06	0.22	0.12	0.40	0.17	0.26	0.01	0.06	-0.16	-0.12	-0.03	-0.01	-0.07	0.31	0.23	0.15	0.14	-0.13	-0.12	
	Evitement	-0.04	-0.01	0.21	-0.21	-0.10	0.03	0.08	0.12	0.06	0.21	0.06	-0.24	-0.23	0.15	-0.01	-0.12	0.16	0.21	0.16	-0.08	0.14	0.13	0.35	0.27	0.04	-0.13	0.07	
	Compétence à utiliser l'environnement	-0.13	-0.29	-0.10	0.13	0.16	0.09	-0.18	0.05	0.13	0.27	0.12	0.12	0.16	0.07	-0.07	-0.03	0.11	0.05	0.10	0.09	-0.15	-0.07	0.15	0.14	-0.09	-0.07	-0.10	0.04
	Réciprocité Dyadique	0.01	-0.10	-0.09	0.21	0.10	0.03	0.00	-0.06	-0.05	0.35	-0.10	0.32	0.13	0.13	-0.11	-0.02	0.10	-0.08	-0.02	0.02	-0.09	0.11	0.25	0.15	-0.14	-0.03	-0.24	-0.15
	Adaptation Régulation	0.04	-0.12	-0.08	0.24	0.11	0.05	0.02	-0.10	-0.04	0.30	-0.09	0.18	0.07	0.04	-0.04	0.03	0.08	-0.07	-0.07	-0.03	-0.04	-0.11	0.20	0.11	-0.20	-0.09	-0.28	-0.16
Facilité	0.04	-0.11	-0.01	0.19	0.07	-0.02	0.00	-0.06	-0.11	0.34	-0.03	0.32	0.18	0.18	-0.04	0.11	0.17	0.03	0.01	-0.05	-0.07	-0.08	0.22	0.16	-0.10	-0.04	-0.16	-0.13	
Frein	0.20	0.26	-0.05	-0.11	0.01	0.15	0.14	0.02	0.15	-0.35	-0.07	-0.23	0.31	0.01	-0.10	-0.10	-0.19	-0.14	0.10	0.14	-0.02	-0.02	-0.18	-0.13	-0.11	-0.07	0.06	0.22	
Tension	0.07	0.11	0.03	-0.22	-0.11	0.05	0.07	-0.05	0.04	-0.43	-0.12	-0.30	-0.23	0.08	-0.20	-0.15	-0.08	-0.14	0.09	-0.01	0.02	-0.25	-0						

ANNEXE 9 : Table de corrélations entre toutes les variables pour l'échelle CIB au repas V2

Légende : Matrice de corrélations bivariées de Pearson

*Pour des raisons techniques nous n'avons pas pu appliquer la norme rigoureuse de publication de résultats de corrélations en utilisant le système de références pas symbole « * », ainsi nous avons utilisé le référentiel de couleur suivant indiquant la valeur de significativité des corrélations :*

Corrélations positives		$p < 0.01$
		$p < 0.05$
Corrélations négatives		$p < 0.05$
		$p < 0.01$

		Age mère	Age père	Allaitement	Poids de naissance	Taille actuelle	Nombre d'enfants	Place dans la fratrie	Griffiths-échelle locomotrice	Griffiths-échelle personnelle et sociale	Griffiths-échelle langage	Griffiths-échelle coordination œil-main	Griffiths-échelle performance	Griffiths-échelle activité	Tempérament rythmique	Tempérament proche-repli	Tempérament adaptable	Tempérament intense	Tempérament humeur	Tempérament persistance	Tempérament distractibilité	Tempérament seuil de sensibilité	GHQ-symptômes somatiques	GHQ-anxiété-insomnie	GHQ-dysfonctionnement social	GHQ-dépression sévère	STAI-ETAT	STAI-TRAIT	
Mère	Forçage	-0.30	-0.23	-0.09	-0.02	-0.15	-0.16	-0.12	-0.38	0.16	0.23	0.42	-0.05	0.18	-0.13	0.16	0.07	0.45	0.25	-0.13	0.08	0.05	-0.23	-0.16	0.11	0.04	0.12	0.14	
	Domination/Intrusivité	-0.13	-0.05	0.05	-0.03	-0.20	-0.01	-0.01	0.00	0.17	0.04	0.14	0.02	0.01	0.04	-0.08	-0.02	-0.07	0.25	-0.05	-0.02	-0.07	-0.09	-0.03	0.04	-0.08	0.14	0.07	
	Reconnaissance	-0.02	0.01	-0.15	0.10	-0.18	-0.02	-0.07	-0.10	0.00	0.18	0.00	0.19	0.08	0.23	-0.03	-0.06	0.02	0.17	0.23	0.06	0.26	-0.05	0.11	0.09	0.03	-0.01	0.06	-0.01
	Elaboration	0.08	-0.01	-0.09	-0.05	0.26	0.04	0.08	-0.14	-0.14	0.14	0.09	0.31	0.04	0.17	-0.08	-0.09	-0.13	0.19	0.06	0.00	0.21	-0.05	0.06	0.03	0.04	-0.08	0.02	0.11
	Regard parental	-0.16	-0.08	0.01	-0.06	0.34	-0.05	-0.05	-0.08	-0.05	-0.08	-0.05	0.15	0.04	0.19	-0.11	-0.03	0.11	0.21	0.02	0.21	0.02	-0.42	-0.15	0.13	0.09	0.22	0.14	0.20
	Affect positif parental	-0.11	0.03	-0.01	0.28	0.24	-0.04	-0.12	-0.08	-0.15	0.08	0.15	0.08	0.20	0.30	-0.16	-0.09	0.13	0.21	0.10	-0.05	0.36	-0.20	0.02	0.08	0.11	0.10	0.16	0.03
	Humeur dépressive parentale	-0.14	-0.11	-0.16	0.28	0.02	-0.05	-0.02	0.11	0.08	0.00	0.00	0.18	-0.12	-0.08	-0.07	0.00	-0.06	0.09	0.13	0.09	0.05	-0.02	0.05	0.07	-0.01	0.09	0.22	
	Affect parental négatif	0.00	-0.10	0.08	0.11	-0.08	-0.11	-0.11	0.07	0.21	0.20	0.20	0.29	-0.13	0.07	-0.04	-0.12	-0.03	0.04	0.24	0.15	0.18	-0.10	-0.03	-0.07	-0.06	-0.03	-0.09	0.11
	Hostilité	-0.09	-0.01	0.07	0.00	-0.15	0.09	0.08	0.05	0.32	0.08	0.08	0.38	-0.02	-0.09	-0.07	0.07	-0.03	0.04	0.18	-0.17	0.13	-0.06	0.00	0.00	0.00	-0.09	0.13	0.04
	Vocalisation appropriée	-0.07	0.11	0.07	0.13	-0.21	0.04	0.03	0.06	0.08	0.12	0.20	0.22	0.22	0.34	-0.11	0.01	0.08	0.11	0.04	-0.05	0.22	0.07	0.11	0.06	0.16	0.00	0.16	0.03
	Anxiété parentale	-0.12	-0.18	-0.09	0.33	-0.10	-0.18	-0.12	0.00	0.09	0.09	0.08	0.07	-0.01	-0.12	0.09	0.08	-0.19	-0.06	0.21	0.14	0.16	0.08	-0.04	-0.07	0.06	0.02	-0.05	0.01
	Choix approprié d'affect	-0.09	0.10	-0.01	0.06	-0.19	0.10	0.06	0.09	0.16	0.00	0.00	0.16	0.11	0.28	-0.10	-0.11	-0.13	-0.12	0.09	0.05	0.34	-0.19	0.14	0.09	0.20	0.12	0.17	0.10
	Consistance du style	0.00	0.23	-0.01	0.15	-0.20	0.13	0.07	-0.01	0.18	-0.02	0.16	0.19	0.27	-0.10	-0.04	0.11	-0.06	0.18	0.03	0.26	-0.10	0.12	0.15	0.21	0.12	0.18	0.12	0.18
	Ressources/Ingéniosité	-0.05	0.04	-0.01	0.08	-0.29	0.03	-0.01	0.01	0.16	0.06	0.16	0.08	0.23	0.03	-0.06	0.03	0.11	0.09	0.09	-0.09	0.27	0.03	0.11	0.09	0.09	-0.06	0.20	0.08
	On-task ressource	-0.15	-0.03	0.01	0.03	0.37	0.01	0.04	0.01	0.14	0.04	0.04	0.15	0.10	0.21	-0.03	-0.08	0.09	0.04	0.20	-0.03	0.30	-0.06	0.08	0.06	0.17	0.07	0.22	0.13
	Structure appropriée, pose de limites	-0.07	0.02	0.00	0.10	-0.32	0.05	0.02	-0.07	-0.10	0.02	0.02	0.08	0.05	0.16	-0.05	-0.25	0.01	-0.05	0.04	-0.09	0.35	-0.02	0.07	0.05	0.08	-0.01	0.24	0.10
	Eloges, compliments	0.31	0.18	-0.06	0.03	0.00	0.36	0.35	0.16	0.33	0.19	0.16	0.26	0.26	0.03	-0.14	0.05	-0.12	0.01	-0.12	-0.05	-0.17	0.06	0.26	0.08	0.05	-0.07	0.02	-0.02
	Critiques	0.37	0.43	-0.21	-0.06	-0.12	-0.24	-0.23	0.10	-0.03	0.08	0.20	0.27	0.07	0.07	0.11	0.05	0.05	0.05	0.31	0.08	-0.15	0.04	0.10	0.03	-0.02	0.00	0.07	0.18
	Touchers affectueux	-0.13	-0.15	-0.04	0.08	-0.27	-0.14	-0.17	-0.07	0.04	0.20	0.00	-0.01	0.15	0.17	0.11	0.05	0.18	0.07	0.11	0.13	0.22	0.10	0.25	0.24	0.09	0.06	0.11	0.09
	Enthousiasme parental	-0.10	0.00	0.05	0.30	-0.14	-0.09	-0.12	-0.05	-0.03	-0.19	-0.06	0.14	0.26	-0.07	-0.13	-0.02	0.04	-0.03	-0.05	0.25	0.00	0.17	0.12	0.02	-0.04	0.16	0.05	
	Présence soutenante	-0.09	0.10	0.00	0.03	-0.23	0.04	-0.01	-0.03	0.20	0.20	-0.02	0.10	0.09	0.23	0.00	-0.08	0.00	0.08	0.10	0.08	0.30	-0.05	0.08	0.09	0.18	0.06	0.11	0.10
	Regard de l'enfant/Attention conjointe	-0.11	0.02	0.06	0.05	0.33	-0.01	-0.09	-0.17	0.20	-0.02	0.15	0.05	0.14	0.14	-0.01	-0.05	0.08	-0.17	0.14	0.13	0.30	-0.12	0.08	0.05	0.01	0.11	0.08	0.07
	Affect positif de l'enfant	0.06	0.06	0.21	0.16	0.18	0.04	0.06	0.36	-0.05	-0.01	0.11	0.16	0.16	0.10	-0.05	0.01	0.08	-0.33	0.01	-0.05	0.16	-0.11	0.08	0.05	-0.03	0.05	0.00	0.08
	Emotion négative de l'enfant	-0.20	-0.29	-0.28	-0.27	-0.13	-0.10	-0.07	0.35	0.18	0.24	0.09	-0.05	0.06	0.03	0.03	0.00	0.26	0.19	-0.01	-0.12	0.01	0.10	0.06	0.12	0.13	0.05	0.07	0.05
	Repli, retrait	0.08	-0.03	-0.16	-0.03	0.13	0.09	0.12	0.05	0.05	0.05	0.27	-0.01	-0.16	-0.01	0.06	-0.17	-0.24	-0.10	-0.03	-0.24	0.06	0.20	0.23	0.13	-0.01	-0.26	0.07	0.01
	Affect labile	-0.03	-0.16	-0.27	-0.11	0.09	0.07	0.06	0.23	0.13	0.03	0.03	-0.10	-0.04	0.03	-0.07	-0.16	-0.07	0.21	0.07	-0.08	0.03	-0.19	-0.02	0.00	0.01	-0.06	-0.09	
	Affection de l'enfant ou le parent	-0.09	0.03	0.07	0.01	-0.18	-0.02	-0.09	-0.09	-0.03	0.00	0.12	0.11	0.11	0.15	-0.06	0.00	0.04	-0.13	-0.10	-0.25	-0.12	0.02	0.07	0.03	0.06	0.11	0.05	
	Vigilance	-0.16	0.03	0.04	0.04	-0.30	-0.09	-0.12	-0.19	0.16	0.04	0.16	0.12	-0.07	0.05	0.10	0.10	0.11	0.23	0.19	-0.01	0.04	-0.08	-0.10	0.06	0.12	0.14	0.11	0.07
	Fatigue	-0.06	-0.17	-0.09	-0.12	0.03	0.02	0.07	0.42	0.28	0.12	0.18	0.23	-0.07	0.43	-0.27	-0.06	0.16	0.26	0.18	-0.15	0.12	-0.08	-0.10	-0.01	0.20	-0.05	0.00	0.12
	Vocalisation, productions verbales	-0.16	-0.11	-0.09	0.06	-0.28	-0.20	-0.22	-0.04	-0.19	-0.07	0.23	0.34	-0.02	0.43	-0.27	-0.06	0.16	0.26	0.18	-0.15	0.12	-0.08	-0.10	-0.01	0.20	0.25	0.13	0.05
Imitation de l'enfant	-0.22	0.01	-0.06	0.06	-0.07	-0.11	-0.16	0.04	0.18	0.13	0.13	0.37	-0.03	0.06	-0.07	-0.07	0.13	-0.02	0.10	-0.12	0.11	-0.28	0.02	0.01	0.06	0.12	0.07	-0.05	
Obéissance au parent	0.15	0.31	0.09	0.20	0.01	0.05	0.04	-0.12	0.14	-0.07	0.14	0.14	0.03	0.10	-0.06	-0.15	0.06	0.12	0.01	0.00	0.33	-0.15	0.03	-0.09	0.01	0.03	0.12	0.05	
Confiance dans l'aide du parent	0.10	0.21	-0.02	0.09	0.20	0.10	0.09	0.02	0.24	0.08	0.23	0.18	0.18	0.18	-0.01	-0.09	0.05	0.15	0.18	-0.03	0.29	-0.11	0.01	-0.02	-0.02	-0.10	0.14	0.02	
Persistance	0.08	0.10	0.01	0.06	0.29	0.02	0.07	0.22	0.12	0.05	0.15	0.15	0.07	0.04	-0.12	-0.10	-0.04	0.07	0.03	0.00	0.29	-0.07	0.07	0.06	0.18	0.08	0.10	0.00	
Evitement	-0.16	-0.21	-0.21	0.12	0.10	-0.05	0.03	0.26	0.09	0.23	0.27	0.19	-0.09	0.17	-0.05	-0.12	0.33	-0.17	0.31	-0.31	-0.29	-0.11	-0.02	0.17	0.07	0.06	0.10	0.06	
Compétence à utiliser l'environnement	0.00	0.05	-0.06	0.09	-0.21	0.00	-0.01	0.02	0.21	0.12	0.22	0.22	0.01	0.24	-0.06	-0.01	0.14	0.21	0.24	-0.04	0.29	-0.30	0.16	0.13	0.18	0.01	0.06	-0.03	
Réciprocité Dyadique	-0.06	0.11	0.05	0.21	-0.15	0.04	-0.01	-0.18	0.06	0.06	-0.01	0.05	0.19	0.24	-0.06	-0.15	0.13	-0.04	0.06	-0.02	0.34	-0.18	0.11	0.05	0.11	0.04	0.04	-0.05	
Adaptation Régulation	-0.04	0.06	0.11	0.15	-0.17	0.03	0.03	-0.07	0.12	0.02	0.20	0.17	0.13	0.13	-0.14	-0.03	0.12	-0.09	0.06	-0.05	0.39	-0.26	0.11	0.08	0.09	0.03	0.11	-0.03	
Facilité	0.10	0.11	0.13	0.19	-0.25	0.07	0.07	-0.12	-0.01	0.04	0.03	0.18	0.25	0.00	0.02	0.18	0.10	0.10	0.04	0.16	-0.07	0.22	0.14	0.15	0.03	0.16	0.02		
Frein	-0.13	-0.15	-0.02	-0.11	0.05	-0.03	0.00	0.30	0.30	0.16	0.05	0.28	-0.18	-0.13	-0.12	-0.05	-0.14	0.22	-0.08	-0.18	0.02	0.12	0.15	-0.09	-0.01	-0.11	0.17	0.13	
Tension	-0.12	-0.21	-0.28	-0.19	0.04	-0.06	-0.04	0.13	0.20	0.26	0.10	0.26	-0.22	-0.13															





ANNEXE 10 : Scores aux items de l'échelle de Chatoor aux repas V1 et V2

	Au repas V1				Au repas V2			
	Moy	D.S.	MIN	MAX	Moy	D.S.	MIN	MAX
Mère positionne l'enfant pour échange	2.83	0.39	1.16	3.33	2.70	0.52	0.53	3.53
Mère parle à l'enfant	1.97	0.56	0.63	3.30	1.73	0.76	0.07	3.23
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0.22	0.45	-0.28	1.89	0.43	0.66	-0.40	2.10
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0.53	0.53	-0.14	1.86	0.45	0.60	-0.38	2.12
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	2.02	0.47	0.82	3.02	1.52	0.59	0.02	2.68
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	1.88	0.42	0.71	2.88	2.12	0.63	0.45	3.45
Mère semble joyeuse	1.56	0.60	0.39	3.06	1.85	0.60	0.35	3.02
Mère semble triste	2.54	0.60	0.88	3.38	2.75	0.59	0.25	3.25
Mère semble détachée	2.90	0.32	1.40	3.40	2.93	0.38	0.43	3.43
Mère positionne l'enfant sans support	3.02	0.05	3.00	3.17	2.95	0.36	0.45	3.45
Mère prend l'enfant de façon raide	2.98	0.12	2.15	3.15	2.95	0.36	0.45	3.45
Enfant regarde sa mère	1.63	0.47	0.29	2.29	1.85	0.59	0.68	3.02
Enfant sourit à sa mère	1.54	0.62	0.38	3.04	1.27	0.68	-0.40	2.77
Enfant semble joyeux	1.80	0.65	0.63	3.13	1.62	0.65	0.12	2.95
Enfant évite le regard maternel	2.92	0.25	2.08	3.25	2.75	0.58	0.25	3.92
Enfant s'endort lors du repas	3.00	0.00	3.00	3.00	2.97	0.38	0.47	3.80
Réciprocité Dyadique	33.31	3.29	26.14	40.14	32.83	5.52	5.83	42.83
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	0.39	0.58	-0.44	1.89	0.17	0.39	-0.17	1.83
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0.36	0.46	-0.31	1.69	0.12	0.34	-0.22	1.78
Mère semble en détresse	0.27	0.52	-0.40	1.77	0.02	0.12	-0.15	0.85
Mère semble en colère	0.41	0.60	-0.26	1.91	0.13	0.39	-0.37	1.80
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.02	0.12	-0.15	0.85	0.12	0.29	-0.38	0.95
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	0.25	0.46	-0.41	1.92	0.40	0.59	-0.27	2.73
Enfant se détourne de la nourriture	0.69	0.69	-0.47	2.19	0.43	0.62	-0.57	2.77
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.10	0.43	-0.40	2.60	0.12	0.36	-0.55	1.45
Enfant repousse la nourriture	0.25	0.51	-0.25	1.75	0.12	0.33	-0.38	1.78
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0.07	0.38	-0.43	2.57	0.05	0.27	-0.28	1.72
Enfant semble en détresse	0.71	0.90	-0.62	2.88	0.08	0.31	-0.25	1.75
Enfant semble en colère	0.42	0.61	-0.41	2.09	0.07	0.29	-0.27	1.73
Conflit Dyadique	3.95	3.69	-0.88	15.12	1.82	2.13	-1.52	8.98
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.73	0.75	-0.60	2.40	0.45	0.59	-0.38	1.95
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	1.39	0.65	-0.11	2.89	1.28	0.77	-0.55	3.12
Enfant facilement distrait	0.93	0.70	-0.40	2.33	0.65	0.66	-0.52	2.15
Enfant vocalise à sa mère	1.64	0.51	0.14	2.31	1.38	0.59	-0.12	2.55
Paroles et distraction	4.69	1.56	1.03	8.09	3.77	1.76	-0.07	8.10
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.19	0.48	-0.48	1.85	0.02	0.12	-0.15	0.85
Mère force l'enfant à manger	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.12	-0.15	0.85
Mère semble concernée par le désordre	0.83	0.80	-0.50	2.83	0.32	0.62	-0.35	2.65
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.08	0.31	-0.25	1.75	0.05	0.27	-0.28	1.72
Enfant garde la nourriture en bouche	0.07	0.20	-0.43	0.90	-0.22	0.17	-0.50	0.00
Enfant recrache la nourriture	0.12	0.35	-0.21	1.79	0.42	0.55	0.05	2.22
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0.02	0.12	-0.15	0.85	0.02	0.13	0.00	1.00
Lutte pour le contrôle	1.25	1.38	-0.91	6.09	0.63	0.95	-0.53	3.63
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	0.03	0.17	-0.13	0.87	0.00	0.00	0.00	0.00
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0.03	0.24	-0.30	1.70	0.00	0.00	0.00	0.00
Mère rate les signes de son enfant	0.10	0.38	-0.56	2.44	0.05	0.27	-0.28	1.72
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	0.07	0.29	-0.27	1.73	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0.05	0.21	-0.12	0.88	0.02	0.12	-0.15	0.85
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.24	-0.30	1.70
Non contingence maternelle	0.29	0.92	-1.05	5.95	0.10	0.36	-0.40	1.77

ANNEXE 11 : Table de corrélations entre toutes les variables pour l'échelle de Chatoor au repas V1

Légende : Matrice de corrélations bivariées de Pearson

*Pour des raisons techniques nous n'avons pas pu appliquer la norme rigoureuse de publication de résultats de corrélations en utilisant le système de références pas symbole « * », ainsi nous avons utilisé le référentiel de couleur suivant indiquant la valeur de significativité des corrélations :*





Corrélations positives		p<0.01
		p<0.05
Corrélations négatives		p<0.05
		p<0.01

	âge mère	âge père	Allaitement	Poids de naissance	Taille actuelle	Nombre d'enfants	Place dans la fratrie	Griffins-échelle locomotrice	Griffins-échelle personnelle et sociale	Griffins-échelle langage	Griffins-échelle coordination œil-main	Griffins-échelle performance	Tempérament-activité	Tempérament-rythmicité	Tempérament-approche-repli	Tempérament-déplapabilité	Tempérament-intensité	Tempérament-humeur	Tempérament-persistance	Tempérament-distractibilité	Tempérament-seuil de sensibilité	GHQ-symptômes somatiques	GHQ-anxiété-insomnie	GHQ-dysfonctionnement social	GHQ-dépression sévère	STAI-ETAT	STAI-TRAIT
	0,06	-0,01	-0,13	-0,08	0,00	0,12	0,10	0,02	0,08	0,09	-0,16	0,20	-0,03	-0,20	0,06	0,18	0,00	0,07	0,22	-0,11	0,19	0,27	0,17	0,14	0,04	0,26	
Mère positionne l'enfant pour échange	-0,08	-0,03	0,14	-0,10	-0,12	0,15	0,11	0,03	0,00	0,07	-0,04	0,09	0,01	-0,13	0,09	0,18	0,09	-0,14	-0,18	0,09	0,09	-0,09	-0,03	0,17	0,04	-0,20	
Mère parle à l'enfant	0,11	0,13	0,24	0,00	0,00	-0,11	-0,03	-0,01	-0,38	-0,12	0,11	0,00	0,14	0,06	0,21	0,11	0,00	-0,14	-0,02	-0,11	0,28	0,14	-0,09	0,15	-0,06	-0,06	
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0,06	-0,11	0,13	0,01	-0,17	0,07	0,06	0,04	0,06	0,02	0,13	0,21	-0,04	-0,28	-0,02	0,05	0,24	0,10	-0,02	0,10	-0,03	-0,14	-0,09	0,15	-0,03	-0,02	
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	0,15	0,07	-0,17	0,14	0,22	0,05	-0,01	0,06	0,04	0,39	0,06	0,23	0,04	0,04	-0,03	-0,05	-0,06	0,05	-0,18	-0,19	0,03	0,10	-0,30	-0,10	0,34	0,20	
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	0,02	-0,07	0,17	0,00	-0,14	-0,02	-0,07	-0,14	-0,08	0,16	-0,07	0,32	0,04	0,03	0,02	0,05	0,02	0,05	-0,05	-0,07	0,14	0,20	-0,09	0,07	-0,13	0,34	
Mère semble joyeuse	0,08	0,04	0,18	-0,01	0,07	0,21	0,12	-0,07	0,00	-0,05	-0,17	0,22	-0,08	-0,03	-0,02	0,04	0,02	0,05	-0,08	-0,02	-0,15	0,14	0,20	-0,09	0,07	-0,13	
Mère semble triste	0,10	0,04	0,02	0,04	0,07	0,06	0,02	-0,02	-0,15	0,23	-0,11	0,22	-0,01	0,17	0,02	0,08	0,22	0,16	-0,12	-0,03	-0,05	0,06	-0,09	-0,11	-0,30	0,33	
Mère semble détachée	0,13	0,21	-0,10	0,13	0,21	-0,14	-0,16	-0,11	0,09	0,07	0,03	0,02	-0,01	0,17	0,18	-0,05	0,12	0,01	-0,07	0,29	0,03	0,27	0,14	0,37	0,62	0,27	
Mère positionne l'enfant sans support	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Mère prend l'enfant de façon raide	-0,06	0,18	0,00	0,06	0,14	0,14	0,14	0,05	0,00	0,06	0,05	0,48	0,07	-0,16	0,07	0,09	-0,18	0,18	0,14	-0,21	-0,02	0,16	0,12	0,18	0,19	0,04	
Enfant regarde sa mère	0,22	-0,12	-0,15	-0,05	0,04	0,03	-0,07	0,01	0,01	0,07	-0,23	0,06	-0,05	0,05	0,14	0,29	0,09	0,22	0,01	-0,07	-0,17	0,06	0,09	-0,08	-0,07	-0,15	
Enfant sourit à sa mère	-0,07	-0,03	0,02	0,05	0,30	0,03	-0,06	-0,03	-0,19	-0,09	-0,06	0,29	0,09	0,17	0,04	0,15	-0,29	0,00	-0,12	0,01	-0,17	0,11	0,00	-0,07	-0,04	-0,23	
Enfant semble joyeux	0,17	0,08	-0,06	0,10	0,17	-0,07	-0,12	-0,14	-0,21	-0,04	-0,09	0,16	0,09	0,12	-0,13	0,03	-0,18	0,09	0,12	-0,05	-0,03	0,12	0,11	-0,25	-0,16	-0,12	
Enfant évite le regard maternel	0,01	-0,02	-0,15	0,08	0,21	0,11	0,06	-0,03	-0,16	0,08	-0,16	0,31	-0,10	-0,03	-0,11	-0,21	-0,01	-0,08	-0,18	-0,06	-0,08	0,20	0,13	-0,13	-0,34	-0,29	
Enfant s'endort lors du repas																											
Réciprocité Dyadique	0,06	-0,02	0,05	0,04	0,13	0,09	0,00	0,06	-0,15	0,12	-0,15	0,36	0,02	0,02	0,04	0,14	0,02	0,06	-0,11	-0,04	-0,01	0,13	0,03	-0,10	-0,29	0,30	
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	-0,08	-0,16	0,04	0,11	-0,11	-0,03	-0,15	-0,30	-0,15	-0,13	-0,18	-0,21	0,28	-0,14	-0,06	0,14	0,13	-0,11	-0,07	-0,06	0,06	0,00	0,02	0,16	-0,03	0,01	
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0,04	0,03	0,14	-0,03	-0,16	0,13	0,22	-0,16	-0,06	-0,24	-0,11	0,21	0,06	-0,06	-0,14	0,06	0,10	0,02	0,09	-0,01	-0,01	0,04	-0,09	0,26	0,06	0,10	
Mère semble en détresse	-0,20	0,04	-0,15	0,01	0,11	0,07	0,08	0,04	-0,09	-0,32	-0,02	-0,03	-0,24	-0,15	-0,22	-0,03	-0,25	-0,13	0,15	0,03	0,00	-0,10	0,06	0,23	0,40	0,22	
Mère semble en colère	-0,18	0,02	-0,09	0,12	-0,04	0,02	0,08	0,04	0,07	-0,13	0,14	-0,09	0,28	-0,22	-0,02	0,02	0,02	0,02	0,15	0,03	0,00	-0,10	0,13	0,36	0,34	0,22	
Enfant se raidit quand la mère le touche	0,21	0,17	0,00	-0,13	0,31	0,00	0,00	0,05	-0,12	-0,02	-0,13	0,03	0,17	-0,17	-0,16	0,16	-0,18	0,05	0,26	-0,24	-0,08	-0,16	-0,03	0,61	0,94	0,27	
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	-0,12	-0,23	-0,05	0,02	0,07	0,05	-0,07	0,10	-0,02	-0,08	0,00	0,20	0,06	-0,13	0,03	0,13	-0,01	-0,14	-0,11	0,15	0,12	-0,05	-0,03	0,03	0,01	-0,12	
Enfant se détourne de la nourriture	-0,13	-0,23	-0,23	-0,19	0,01	-0,11	-0,13	-0,13	-0,03	-0,20	-0,14	-0,27	-0,02	0,00	0,06	0,04	0,24	0,03	0,04	0,04	0,21	0,01	0,05	0,24	0,10	0,18	
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0,12	0,06	-0,08	0,02	0,18	0,13	0,14	0,21	-0,05	-0,06	0,06	0,17	-0,15	-0,18	-0,03	-0,15	0,08	-0,16	0,12	-0,01	0,14	-0,11	-0,08	0,00	0,06	0,07	
Enfant repousse la nourriture	0,08	-0,20	0,04	0,02	0,12	-0,09	-0,16	0,06	0,07	-0,01	-0,01	-0,14	0,09	-0,07	-0,05	-0,11	0,01	-0,02	-0,22	0,21	-0,02	0,10	0,01	0,12	0,02	0,03	
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0,04	-0,03	0,03	0,14	0,13	0,12	0,15	-0,06	0,27	0,12	0,12	0,12	0,23	-0,07	-0,17	-0,08	-0,06	0,04	-0,14	0,12	-0,02	0,28	0,07	-0,01	0,02	0,05	
Enfant semble en détresse	0,16	-0,20	-0,08	-0,17	-0,12	-0,02	-0,03	0,00	0,08	-0,05	0,02	-0,05	0,02	-0,19	0,04	-0,05	0,06	-0,05	0,01	0,14	0,02	0,02	0,10	0,26	0,14	0,27	
Enfant semble en colère	0,35	-0,28	-0,13	0,21	-0,06	-0,08	-0,09	0,09	-0,02	0,09	0,02	0,06	-0,09	-0,20	0,14	0,02	0,02	0,10	-0,12	-0,02	0,04	0,08	0,22	0,27	0,20	0,22	
Confit Dyadique	0,23	0,21	-0,11	0,06	0,03	0,00	-0,01	-0,05	-0,01	-0,17	-0,02	-0,14	0,10	-0,23	-0,07	0,02	0,04	-0,05	-0,05	0,09	0,08	0,04	0,09	0,34	0,24	0,27	
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	-0,10	-0,11	-0,02	0,13	0,15	-0,08	-0,09	0,04	-0,08	0,12	-0,10	-0,33	-0,07	-0,05	-0,10	0,11	0,08	0,02	-0,32	-0,04	-0,28	-0,26	0,01	0,05	0,10	0,04	
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	0,06	0,03	0,09	-0,12	-0,21	0,20	0,24	-0,08	0,04	-0,22	0,08	0,13	0,00	-0,23	-0,01	-0,10	0,05	-0,01	0,03	0,09	0,11	0,16	0,06	0,21	-0,05	0,07	
Enfant facilement distrait	0,05	0,05	-0,09	0,01	0,09	-0,05	-0,05	0,14	0,02	0,05	-0,05	-0,10	0,05	-0,18	-0,23	0,05	-0,12	-0,13	-0,07	0,16	-0,49	-0,18	-0,03	0,05	0,23		
Enfant vocalise à sa mère	-0,01	-0,03	0,03	0,18	-0,23	0,04	-0,05	-0,16	-0,23	0,25	-0,06	0,11	0,04	0,17	-0,09	0,24	0,02	0,18	-0,08	-0,21	-0,14	-0,06	-0,09	-0,08	0,15		
Paroles et distraction	0,05	-0,03	0,00	0,07	-0,05	0,03	0,02	0,00	-0,09	0,07	-0,06	-0,11	0,00	-0,14	-0,18	0,11	-0,06	0,01	-0,20	0,02	-0,35	-0,16	-0,02	0,06	0,16		
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	-0,03	-0,03	-0,19	-0,11	0,03	0,15	0,03	-0,03	0,06	-0,12	0,18	-0,09	0,14	-0,25	-0,02	0,00	0,02	-0,05	0,09	-0,02	0,13	0,04	0,14	-0,06	0,16		
Mère force l'enfant à manger																											
Mère semble concernée par le désordre	0,17	-0,18	-0,08	0,21	-0,27	-0,07	0,00	0,07	0,02	-0,01	0,23	-0,24	0,07	-0,17	-0,04	-0,25	0,20	-0,13	0,01	0,14	0,03	0,22	-0,17	0,18	0,10		
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	-0,05	0,15	-0,18	0,09	0,11	0,06	0,11	0,09	0,01	-0,32	0,00	0,01	0,35	-0,12	-0,09	0,14	-0,04	0,02	0,34	0,12	-0,02	-0,16	0,22	0,16	0,29		
Enfant garde la nourriture en bouche	0,29	0,44	-0,22	-0,16	-0,03	-0,22	-0,18	0,06	-0,19	0,13	0,11	-0,10	0,20	-0,16	0,01	-0,13	0,13	-0,04	-0,09	0,11	0,08	0,02	0,05	0,11	0,09		
Enfant recache la nourriture	0,08	0,07	-0,12	-0,19	-0,06	-0,08	-0,05	-0,20	-0,01	-0,22	-0,14	-0,16	-0,02	0,13	0,14	-0,06	0,00	0,09	0,05	-0,13	0,04	0,16	0,17	0,07	0,00		
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	-0,18	-0,09	0,10	-0,23	-0,17	0,00	0,00	0,11	0,01	-0,07	0,08	0,00	0,00	-0,10	-0,07	0,07	-0,11	0,00	0,00	-0,06	0,03	-0,08	-0,09	0,00	0,00		
Lutte pour le contrôle	0,16	-0,10	-0,25	-0,23	-0,13	0,00	0,02	0,04	0,02	-0,17	0,17	-0,24	0,17	-0,23	-0,02	-0,10	0,16	-0,06	0,15	0,03	0,10	-0,17	-0,21	-0,02	0,11		
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	-0,05	-0,06	0,07	-0,02	-0,22	0,00	0,02	0,08	0,02	0,03	0,06	0,12	0,18	-0,14	-0,08	0,00	0,16	0,13	0,09	-0,06	0,02	-0,17	-0,21	-0,02	0,		

ANNEXE 12 : Table de corrélations entre toutes les variables pour l'échelle de Chatoor au repas V2

Légende : Matrice de corrélations bivariées de Pearson

*Pour des raisons techniques nous n'avons pas pu appliquer la norme rigoureuse de publication de résultats de corrélations en utilisant le système de références pas symbole « * », ainsi nous avons utilisé le référentiel de couleur suivant indiquant la valeur de significativité des corrélations :*

Corrélations positives		p<0.01
		p<0.05
Corrélations négatives		p<0.05
		p<0.01

ANNEXE 13 : Corrélations entre les items d'humeur dépressive et d'anxiété parentale de l'échelle CIB et les autres scores de qualité des interactions alimentaires (au repas V1, V2 et pour la différence V2-V1)

Corrélations bivariées de Pearson

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Au repas V1	Humeur dépressive parentale	Anxiété parentale
Durée du repas (en sec)	0.32**	0.34**
Cuillères Refusées (%)	-0.12	0.54**
Forçage	0.02	0.42**
Domination/intrusivité	-0.18	0.64**
Reconnaissance	-0.34**	-0.30*
Elaboration	-0.45**	-0.22
Regard parental	-0.46**	-0.09
Affect positif parental	-0.20	-0.44**
Humeur dépressive parentale	1.00	0.10
Affect parental négatif	-0.24	0.40**
Hostilité	-0.19	0.29*
Vocalisation appropriée	-0.52**	-0.05
Anxiété parentale	0.10	1.00
Choix approprié d'affect	-0.31*	-0.36**
Consistance du style	-0.05	-0.39**
Ressources/Ingéniosité	-0.43**	-0.30*
On-task ressource	-0.19	-0.43**
Structure appropriée, pose de limites	-0.02	-0.66**
Eloges, compliments	-0.30*	-0.19
Critiques	-0.22	0.15
Touchers affectueux	-0.12	-0.17
Enthousiasme parental	-0.39**	-0.43**
Présence soutenante	-0.11	-0.34**
Regard de l'enfant	0.00	-0.38**
Affect positif de l'enfant	-0.07	-0.36**
Emotion négative de l'enfant	-0.03	0.52**
Repli, retrait	0.06	0.35**
Affect labile	0.07	0.17
Affection de l'enfant pour le parent	-0.27*	-0.25
Vigilance	-0.25*	0.11
Fatigue	0.02	0.23
Vocalisation, productions verbales	-0.22	-0.44**
Initiation de l'enfant	-0.24	-0.41**
Obéissance au parent	-0.08	-0.46**
Confiance dans l'aide du parent	-0.13	-0.37**
Persistance	0.00	-0.28*
Evitement	0.03	0.08
Compétence à utiliser l'environnement	-0.12	-0.29*
Réciprocité Dyadique	-0.04	-0.52**
Adaptation Régulation	0.00	-0.57**
Facilité	-0.09	-0.53**
Frein	0.41**	0.47**
Tension	0.07	0.55**
Lorsque le parent dirige	-0.19	-0.33**
Lorsque l'enfant dirige	-0.01	-0.38**
Sensibilité parentale	-0.45**	-0.32*
Intrusivité parentale	-0.15	0.66**
Pose de limites par le parent	-0.09	-0.56**
Engagement de l'enfant	-0.24	-0.47**
Repli de l'enfant	0.04	0.41**
Obéissance de l'enfant	-0.08	-0.46**
Réciprocité Dyadique	-0.05	-0.56**
Etats négatifs dyadiques	0.23	0.55**
Distractibilité	-0.07	-0.16
Indépendance	0.20	-0.22
Négociation	-0.02	0.45**
Efficacité alimentaire	-0.06	-0.38**

Mère positionne l'enfant pour échange	0.26*	-0.27*
Mère parle à l'enfant	-0.46**	-0.01
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	-0.03	0.07
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0.07	-0.17
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	0.00	-0.28*
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	-0.44**	-0.24
Mère semble joyeuse	-0.25	-0.29*
Mère semble triste	-0.38**	-0.12
Mère semble détachée	-0.20	-0.06
Mère positionne l'enfant sans support	0.00	0.00
Mère prend l'enfant de façon raide	0.21	0.18
Enfant regarde sa mère	-0.04	-0.08
Enfant sourit à sa mère	-0.28*	-0.19
Enfant semble joyeux	-0.26*	-0.24
Enfant évite le regard maternel	-0.21	0.12
Enfant s'endort lors du repas		
Réciprocité Dyadique	-0.35**	-0.28*
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	-0.33**	0.06
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	-0.18	0.17
Mère semble en détresse	0.28*	0.33**
Mère semble en colère	-0.10	0.24
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.29*	0.09
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	0.24	-0.02
Enfant se détourne de la nourriture	0.08	0.31*
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.38**	0.20
Enfant repousse la nourriture	-0.16	0.05
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0.03	-0.15
Enfant semble en détresse	-0.05	0.29*
Enfant semble en colère	0.18	0.25*
Conflit Dyadique	0.05	0.30*
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.12	-0.01
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	-0.23	0.29*
Enfant facilement distrait	0.13	0.09
Enfant vocalise à sa mère	-0.16	0.05
Paroles et distraction	-0.03	0.17
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.04	-0.02
Mère force l'enfant à manger		
Mère semble concernée par le désordre	-0.01	0.34**
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.00	0.16
Enfant garde la nourriture en bouche	0.05	0.32*
Enfant recrache la nourriture	-0.23	0.69**
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	-0.12	0.14
Lutte pour le contrôle	-0.02	0.43**
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	-0.12	0.00
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire		
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0.29*	0.09
Mère rate les signes de son enfant	-0.05	0.20
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	-0.03	0.10
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	-0.02	0.22
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)		
Non contingence maternelle	0.02	0.19

Au repas V2	Humeur dépressive parentale	Anxiété parentale
Durée du repas (en sec)	0.03	0.02
Cuillères Refusées (%)	0.04	-0.20
Forçage	0.20	0.17
Domination/intrusivité	0.38**	0.06
Reconnaissance	0.20	0.20
Elaboration	0.04	0.09
Regard parental	0.15	0.21
Affect positif parental	-0.24	-0.23
Humeur dépressive parentale	1.00	0.39**
Affect parental négatif	0.04	0.06
Hostilité	0.39**	0.20
Vocalisation appropriée	-0.13	-0.17
Anxiété parentale	0.39**	1.00
Choix approprié d'affect	-0.09	-0.08
Consistance du style	0.00	-0.01
Ressources/Ingéniosité	0.05	0.08
On-task ressource	0.08	0.07
Structure appropriée, pose de limites	-0.01	0.02
Eloges, compliments	-0.17	-0.05
Critiques	0.10	-0.03
Touchers affectueux	0.07	0.17
Enthousiasme parental	-0.15	-0.09
Présence soutenante	0.14	0.14
Regard de l'enfant	0.05	0.08
Affect positif de l'enfant	-0.17	-0.16
Emotion négative de l'enfant	0.11	0.16
Repli, retrait	0.27*	0.20
Affect labile	0.08	0.08
Affection de l'enfant pour le parent	-0.08	-0.14
Vigilance	0.14	0.05
Fatigue	0.22	0.19
Vocalisation, productions verbales	-0.03	-0.17
Initiation de l'enfant	0.05	-0.09
Obéissance au parent	-0.04	-0.09
Confiance dans l'aide du parent	0.03	0.06
Persistance	0.06	0.12
Evitement	0.17	0.01
Compétence à utiliser l'environnement	0.03	-0.05
Réciprocité Dyadique	-0.23	-0.20
Adaptation Régulation	-0.07	-0.07
Facilité	-0.16	-0.13
Frein	0.23	0.09
Tension	0.34**	0.34**
Lorsque le parent dirige	-0.03	0.12
Lorsque l'enfant dirige	-0.05	-0.01
Sensibilité parentale	0.03	0.08
Intrusivité parentale	0.31*	0.49**
Pose de limites par le parent	0.02	0.03
Engagement de l'enfant	-0.02	-0.10
Repli de l'enfant	0.19	0.13
Obéissance de l'enfant	0.02	0.04
Réciprocité Dyadique	-0.17	-0.15
Etats négatifs dyadiques	0.32*	0.25
Distractibilité	0.01	-0.14
Indépendance	0.07	0.07
Négociation	-0.01	0.09
Efficacité alimentaire	0.13	-0.02

Mère positionne l'enfant pour échange	0.11	0.18
Mère parle à l'enfant	-0.23	-0.07
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	-0.15	-0.01
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	-0.18	-0.19
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	0.15	0.13
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	-0.34**	-0.38**
Mère semble joyeuse	-0.31*	-0.25
Mère semble triste	-0.37**	-0.18
Mère semble détachée	0.32*	0.22
Mère positionne l'enfant sans support	0.32*	0.22
Mère prend l'enfant de façon raide	0.32*	0.22
Enfant regarde sa mère	-0.31*	-0.18
Enfant sourit à sa mère	-0.37**	-0.15
Enfant semble joyeux	-0.17	-0.18
Enfant évite le regard maternel	-0.16	0.03
Enfant s'endort lors du repas	0.29*	0.31*
Réciprocité Dyadique	-0.19	-0.09
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	-0.01	-0.11
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	-0.19	-0.08
Mère semble en détresse	0.05	0.23
Mère semble en colère	-0.06	-0.17
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.30*	0.23
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	-0.09	0.01
Enfant se détourne de la nourriture	-0.01	-0.01
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.19	0.17
Enfant repousse la nourriture	-0.13	-0.06
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	-0.08	-0.15
Enfant semble en détresse	-0.14	-0.01
Enfant semble en colère	0.00	0.02
Conflit Dyadique	-0.05	-0.02
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	-0.08	-0.08
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	-0.08	0.11
Enfant facilement distrait	-0.01	-0.12
Enfant vocalise à sa mère	-0.17	-0.05
Paroles et distraction	-0.12	-0.05
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.05	0.23
Mère force l'enfant à manger	0.07	0.07
Mère semble concernée par le désordre	0.01	0.01
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	-0.05	-0.02
Enfant garde la nourriture en bouche	0.03	0.00
Enfant recrache la nourriture	-0.12	-0.09
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0.06	0.07
Lutte pour le contrôle	-0.05	-0.01
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge		
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire		
Mère manipule l'enfant de façon excessive		
Mère rate les signes de son enfant	0.01	0.08
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant		
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	-0.02	-0.07
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)	-0.02	0.33**
Non contingence maternelle	-0.02	0.25

Pour la différence V2-V1	Humeur dépressive parentale	Anxiété parentale
Durée du repas (en sec)	0.06	0.12
Cuillères Refusées (%)	-0.18	0.01
Forçage	0.14	0.28*
Domination/intrusivité	0.20	0.25
Reconnaissance	0.04	-0.15
Elaboration	0.16	-0.22
Regard parental	0.08	0.11
Affect positif parental	0.02	-0.19
Humeur dépressive parentale	1.00	0.25*
Affect parental négatif	0.07	0.24
Hostilité	0.18	0.47**
Vocalisation appropriée	0.04	-0.12
Anxiété parentale	0.25*	1.00
Choix approprié d'affect	-0.07	-0.19
Consistance du style	0.12	-0.20
Ressources/Ingéniosité	0.16	-0.04
On-task ressource	0.16	-0.02
Structure appropriée, pose de limites	0.12	-0.05
Eloges, compliments	-0.12	-0.13
Critiques	0.05	0.22
Touchers affectueux	0.08	0.03
Enthousiasme parental	0.01	0.03
Présence soutenante	0.27*	0.06
Regard de l'enfant	0.16	-0.03
Affect positif de l'enfant	-0.01	-0.17
Emotion négative de l'enfant	0.09	0.12
Repli, retrait	0.27*	0.31*
Affect labile	0.11	0.04
Affection de l'enfant pour le parent	-0.07	-0.23
Vigilance	0.35**	0.12
Fatigue	0.07	0.20
Vocalisation, productions verbales	0.02	-0.23
Initiation de l'enfant	-0.03	-0.16
Obéissance au parent	0.08	-0.13
Confiance dans l'aide du parent	0.08	-0.17
Persistance	0.21	-0.01
Evitement	0.22	0.01
Compétence à utiliser l'environnement	0.15	-0.14
Réciprocité Dyadique	0.03	-0.19
Adaptation Régulation	0.12	-0.07
Facilité	-0.04	-0.19
Frein	0.39**	0.26*
Tension	0.34**	0.48**
Lorsque le parent dirige	-0.02	0.06
Lorsque l'enfant dirige	-0.06	-0.11
Sensibilité parentale	0.07	-0.10
Intrusivité parentale	0.20	0.63**
Pose de limites par le parent	0.15	-0.10
Engagement de l'enfant	0.11	-0.16
Repli de l'enfant	0.22	0.13
Obéissance de l'enfant	0.14	-0.12
Réciprocité Dyadique	0.03	-0.16
Etats négatifs dyadiques	0.41**	0.44**
Distractibilité	0.04	-0.10
Indépendance	0.05	-0.03
Négociation	0.04	0.14
Efficacité alimentaire	0.22	-0.07

Mère positionne l'enfant pour échange	0.17	-0.11
Mère parle à l'enfant	-0.18	0.06
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0.14	0.10
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	-0.17	-0.05
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	0.08	-0.02
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	-0.11	-0.23
Mère semble joyeuse	-0.15	-0.06
Mère semble triste	-0.22	-0.13
Mère semble détachée	0.19	0.06
Mère positionne l'enfant sans support	0.32*	0.18
Mère prend l'enfant de façon raide	0.35**	0.16
Enfant regarde sa mère	-0.23	0.07
Enfant sourit à sa mère	-0.24	-0.03
Enfant semble joyeux	-0.02	-0.24
Enfant évite le regard maternel	-0.03	0.07
Enfant s'endort lors du repas	0.32*	0.31*
Réciprocité Dyadique	-0.04	-0.03
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	-0.02	0.21
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0.06	0.29*
Mère semble en détresse	0.27*	0.13
Mère semble en colère	0.12	0.09
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.23	0.15
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	-0.09	-0.12
Enfant se détourne de la nourriture	-0.06	0.08
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.35	0.13
Enfant repousse la nourriture	-0.01	-0.03
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	-0.15	-0.35**
Enfant semble en détresse	-0.05	-0.02
Enfant semble en colère	0.11	-0.09
Conflit Dyadique	0.09	0.07
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.20	0.02
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	0.05	0.30*
Enfant facilement distrait	0.31*	0.14
Enfant vocalise à sa mère	0.22	0.27*
Paroles et distraction	0.30*	0.27*
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	-0.28*	0.06
Mère force l'enfant à manger	0.07	0.07
Mère semble concernée par le désordre	-0.19	-0.13
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.17	0.13
Enfant garde la nourriture en bouche	-0.02	0.11
Enfant recrache la nourriture	-0.03	0.13
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0.01	0.14
Lutte pour le contrôle	-0.18	0.10
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	-0.07	0.07
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire		
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0.24	0.05
Mère rate les signes de son enfant	-0.05	0.13
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	0.01	0.04
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0.00	-0.09
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)	0.06	0.45**
Non contingence maternelle	0.04	0.19

ANNEXE 14 : Tableaux d'ANOVAs pour l'effet de l'âge de l'enfant sur les différentes variables et échelles aux repas V1 et V2

Items et variables	p-value	Age					Moyenne	LSD
		12	15	18	21	24		
Tempérament -activité	0.436	3.94	4.38	4.11	3.85	4.02	4.07	0.56
Tempérament-rythmicité	0.149	2.21	2.32	2.38	1.72	2.50	2.23	0.64
Tempérament-approche-repli	0.979	3.11	3.16	3.13	2.97	2.94	3.06	0.85
Tempérament-adaptabilité	0.311	3.35	3.63	3.50	3.09	2.90	3.29	0.76
Tempérament-intensité	0.523	3.87	3.82	3.56	3.77	3.48	3.70	0.54
Tempérament-humeur	0.153	3.44	3.34	2.79	3.34	2.77	3.13	0.70
Tempérament-persistance	0.098	4.29	4.61	4.43	3.87	3.84	4.20	0.65
Tempérament-distractibilité	0.015*	4.56	4.60	4.45	4.68	3.92	4.44	0.46
Tempérament-seuil de sensibilité	0.022*	3.11	3.40	3.90	4.08	3.77	3.65	0.63
GHQ-symptômes somatiques	0.436	1.08	0.42	0.25	0.92	1.00	0.73	1.08
GHQ-anxiété-insomnie	0.211	1.25	0.58	0.42	1.92	0.83	1.00	1.38
GHQ-dysfonctionnement social	0.679	0.50	0.17	0.42	0.08	0.58	0.35	0.80
GHQ-dépression sévère	0.551	0.00	0.17	0.08	0.00	0.42	0.13	0.56
STAI-ETAT	0.834	31.00	31.75	28.08	30.17	29.67	30.13	6.55
STAI-TRAIT	0.372	36.67	35.08	31.25	31.92	34.25	33.83	6.08

Légende des valeurs p:

* p < 0.05

** p < 0.01

Au Repas V1	p-value	Age					Moyenne	LSD
		12	15	18	21	24		
Variables dépendantes et échelle CIB								
Durée du repas (en sec)	0.984	850.67	788.50	834.92	842.17	834.58	830.17	222.14
Cuillères Refusées (%)	0.367	7.04	2.91	18.48	9.38	6.47	8.69	14.98
Forçage	0.298	1.17	1.21	1.09	1.54	1.08	1.22	0.47
Domination/intrusivité	0.582	1.00	1.00	1.00	1.08	1.08	1.03	0.15
Reconnaissance	0.426	4.67	4.83	5.00	4.83	4.67	4.80	0.39
Elaboration	0.056	4.13	4.25	4.95	4.75	4.42	4.49	0.62
Regard parental	0.676	4.92	4.88	5.00	4.96	5.00	4.95	0.20
Affect positif parental	0.011*	4.58	4.75	4.91	4.67	4.08	4.59	0.46
Humeur dépressive parentale	0.194	1.21	1.08	1.05	1.13	1.33	1.16	0.26
Affect parental négatif	0.221	1.17	1.00	1.00	1.33	1.50	1.20	0.50
Hostilité	0.533	1.17	1.04	1.00	1.17	1.25	1.13	0.32
Vocalisation appropriée	0.300	4.54	4.63	4.91	4.92	4.46	4.69	0.53
Anxiété parentale	0.475	1.42	1.25	1.14	1.29	1.54	1.33	0.47
Choix approprié d'affect	0.710	4.83	4.88	5.00	4.83	4.79	4.86	0.31
Consistance du style	0.628	4.92	4.96	5.00	4.79	4.79	4.89	0.33
Ressources/Ingéniosité	0.850	4.92	4.92	5.00	4.92	4.88	4.92	0.22
On-task ressource	0.850	4.92	4.92	5.00	4.92	4.88	4.92	0.22
Structure appropriée, pose de limites	0.654	5.00	4.92	5.00	4.83	4.88	4.92	0.27
Eloges, compliments	0.007**	2.67	3.42	4.00	3.63	2.25	3.18	1.02
Critiques	0.183	1.50	1.00	1.00	1.21	1.38	1.22	0.49
Touchers affectueux	0.260	4.54	4.38	4.91	4.21	4.21	4.44	0.71
Enthousiasme parental	0.008**	4.38	4.46	4.77	4.67	4.00	4.45	0.43
Présence soutenante	0.649	4.83	5.00	4.91	4.92	4.96	4.92	0.22
Regard de l'enfant/Attention conjointe	0.414	4.75	4.83	5.00	4.83	5.00	4.88	0.31
Affect positif de l'enfant	0.325	4.50	4.04	4.27	4.75	4.50	4.42	0.71
Emotion négative de l'enfant	0.968	1.25	1.38	1.36	1.29	1.25	1.31	0.45
Repli, retrait	0.712	1.08	1.04	1.00	1.08	1.00	1.04	0.16
Affect labile	0.366	1.25	1.25	1.55	1.00	1.08	1.22	0.58
Affection de l'enfant pour le parent	0.258	4.58	4.58	4.95	4.75	4.92	4.75	0.43
Vigilance	0.887	4.92	4.92	4.95	5.00	4.92	4.94	0.19
Fatigue	0.892	1.08	1.08	1.09	1.08	1.00	1.07	0.21
Vocalisation, productions verbales	0.075	4.54	4.63	4.41	4.79	4.04	4.48	0.52
Initiation de l'enfant	0.643	4.08	4.38	4.36	4.54	4.33	4.34	0.58
Obéissance au parent	0.589	4.29	4.50	4.64	4.54	4.17	4.42	0.64
Confiance dans l'aide du parent	0.591	4.75	4.71	5.00	4.75	4.88	4.81	0.40
Persistance	0.834	4.92	4.83	5.00	4.83	4.83	4.88	0.35
Evitement	0.268	1.21	1.13	1.00	1.04	1.13	1.10	0.20
Compétence à utiliser l'environnement	0.708	4.38	4.46	4.64	4.63	4.63	4.54	0.46
Réciprocité Dyadique	0.344	4.38	4.54	4.55	4.67	4.21	4.47	0.46
Adaptation Régulation	0.786	4.38	4.50	4.50	4.63	4.33	4.47	0.49
Facilité	0.731	4.33	4.46	4.41	4.58	4.21	4.40	0.55
Frein	0.811	1.08	1.21	1.14	1.25	1.04	1.14	0.38
Tension	0.725	1.25	1.25	1.00	1.29	1.33	1.23	0.51
Lorsque le parent dirige	0.002**	4.50	4.63	4.64	4.67	3.88	4.46	0.42
Lorsque l'enfant dirige	0.296	4.17	4.50	4.05	4.25	3.96	4.19	0.53
Sensibilité parentale	0.044*	4.46	4.59	4.86	4.66	4.37	4.58	0.33
Intrusivité parentale	0.250	1.24	1.08	1.04	1.27	1.31	1.19	0.28
Pose de limites par le parent	0.661	4.94	4.93	5.00	4.85	4.85	4.91	0.24
Engagement de l'enfant	0.623	4.11	4.12	4.21	4.30	4.17	4.18	0.27
Repli de l'enfant	0.795	1.20	1.20	1.23	1.11	1.12	1.17	0.24
Obéissance de l'enfant	0.730	4.65	4.68	4.88	4.71	4.63	4.71	0.39
Réciprocité Dyadique	0.608	4.36	4.50	4.49	4.63	4.25	4.44	0.49
Etats négatifs dyadiques	0.894	1.17	1.23	1.07	1.27	1.19	1.19	0.42
Distractibilité	0.336	2.29	2.00	2.45	2.63	1.83	2.24	0.86
Indépendance	0.000**	1.13	2.00	2.14	3.54	4.04	2.58	0.92
Négociation	0.633	1.83	1.75	2.09	2.25	2.42	2.07	0.97
Efficacité alimentaire	0.312	4.92	4.63	5.00	4.67	4.67	4.77	0.43

Au repas V1	p-value	Age					Moyenne	LSD
		12	15	18	21	24		
Items de l'échelle de Chatoor								
Mère positionne l'enfant pour échange	0.201	3.00	2.83	2.91	2.83	2.58	2.83	0.35
Mère parle à l'enfant	0.149	1.83	1.75	2.36	2.00	1.92	1.97	0.50
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0.259	0.33	0.33	0.36	0.08	0.00	0.22	0.40
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0.034*	0.33	0.50	1.00	0.50	0.33	0.53	0.48
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	0.229	1.83	2.08	2.09	2.25	1.83	2.02	0.42
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	0.017*	1.92	2.17	2.00	1.83	1.50	1.88	0.38
Mère semble joyeuse	0.021*	1.33	1.75	1.73	1.92	1.08	1.56	0.54
Mère semble triste	0.619	2.42	2.67	2.64	2.67	2.33	2.54	0.54
Mère semble détachée	0.144	2.92	2.92	3.00	3.00	2.67	2.90	0.29
Mère positionne l'enfant sans support	0.437	3.00	3.00	3.00	3.00	2.92	3.00	0.00
Mère prend l'enfant de façon raide	0.437	3.00	3.00	3.00	3.00	2.92	2.98	0.11
Enfant regarde sa mère	0.197	1.67	1.83	1.73	1.33	1.58	1.63	0.42
Enfant sourit à sa mère	0.111	1.75	1.75	1.45	1.67	1.08	1.54	0.56
Enfant semble joyeux	0.217	1.92	2.00	1.64	2.00	1.42	1.80	0.59
Enfant évite le regard maternel	0.337	2.92	3.00	2.82	3.00	2.83	2.92	0.23
Enfant s'endort lors du repas								
Réciprocité Dyadique	0.017*	33.17	34.58	34.73	34.08	30.08	33.31	2.94
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	0.367	0.67	0.17	0.45	0.42	0.25	0.39	0.52
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0.055	0.17	0.08	0.45	0.42	0.67	0.36	0.42
Mère semble en détresse	0.060	0.08	0.33	0.27	0.00	0.67	0.27	0.47
Mère semble en colère	0.746	0.50	0.33	0.36	0.25	0.58	0.41	0.54
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.437	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.02	0.11
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	0.229	0.33	0.17	0.55	0.17	0.08	0.25	0.42
Enfant se détourne de la nourriture	0.541	0.92	0.58	0.91	0.50	0.58	0.69	0.62
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.426	0.00	0.25	0.27	0.00	0.00	0.10	0.39
Enfant repousse la nourriture	0.716	0.17	0.33	0.09	0.33	0.33	0.25	0.45
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0.521	0.00	0.00	0.09	0.25	0.00	0.07	0.34
Enfant semble en détresse	0.607	0.67	1.08	0.55	0.50	0.75	0.71	0.80
Enfant semble en colère	0.420	0.42	0.75	0.36	0.25	0.33	0.42	0.54
Conflit Dyadique	0.948	3.92	4.08	4.36	3.08	4.33	3.95	3.31
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.292	0.33	0.67	1.00	0.67	1.00	0.73	0.67
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	0.370	1.25	1.08	1.55	1.50	1.58	1.39	0.58
Enfant facilement distrait	0.855	0.75	0.83	1.09	1.00	1.00	0.93	0.62
Enfant vocalise à sa mère	0.755	1.75	1.67	1.55	1.75	1.50	1.64	0.45
Paroles et distraction	0.435	4.08	4.25	5.18	4.92	5.08	4.69	1.40
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.177	0.50	0.08	0.09	0.00	0.25	0.19	0.43
Mère force l'enfant à manger								
Mère semble concernée par le désordre	0.314	1.33	0.67	0.73	0.67	0.75	0.83	0.72
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.085	0.08	0.00	0.00	0.00	0.33	0.08	0.27
Enfant garde la nourriture en bouche	0.030*	0.00	0.00	0.09	0.00	0.25	0.07	0.18
Enfant recrache la nourriture	0.578	0.08	0.08	0.00	0.17	0.25	0.12	0.31
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0.463	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.11
Lutte pour le contrôle	0.145	2.08	0.83	0.91	0.75	1.67	1.25	1.24
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	0.582	0.08	0.00	0.00	0.08	0.00	0.03	0.15
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire								
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0.437	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	0.03	0.21
Mère rate les signes de son enfant	0.017*	0.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.34
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	0.692	0.17	0.08	0.00	0.08	0.00	0.07	0.26
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0.750	0.08	0.08	0.00	0.08	0.00	0.05	0.18
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)								
Non contingence maternelle	0.327	0.83	0.17	0.00	0.25	0.17	0.29	0.82

Au Repas V2 - échelle CIB	p-value	Age					Moyenne	LSD
		12	15	18	21	24		
Durée du repas (en sec)	0.404	852.25	1044.08	925.73	884.17	751.08	890.88	295.24
Cuillères Refusées (%)	0.190	23.49	14.84	23.73	7.72	15.84	17.12	15.00
Forçage	0.418	1.21	1.00	1.25	1.04	1.08	1.12	0.31
Domination/intrusivité	0.313	1.00	1.00	0.92	1.04	1.08	1.01	0.16
Reconnaissance	0.771	4.83	4.75	4.42	4.67	4.58	4.65	0.67
Elaboration	0.365	3.50	3.67	3.83	4.25	4.08	3.87	0.82
Regard parental	0.249	4.67	4.83	4.33	4.88	4.25	4.59	0.69
Affect positif parental	0.284	4.29	4.46	3.88	4.33	3.71	4.13	0.80
Humeur dépressive parentale	0.449	1.08	1.13	1.00	1.00	1.25	1.09	0.30
Affect parental négatif	0.507	1.04	1.88	1.08	1.04	1.29	1.27	1.10
Hostilité	0.581	1.04	1.00	0.96	1.04	1.08	1.03	0.16
Vocalisation appropriée	0.876	4.25	4.25	4.08	4.50	4.42	4.30	0.84
Anxiété parentale	0.136	2.17	1.58	1.38	1.46	1.67	1.65	0.65
Choix approprié d'affect	0.309	4.58	4.83	4.17	4.75	4.42	4.55	0.68
Consistance du style	0.095	4.75	4.92	4.17	4.92	4.42	4.63	0.65
Ressources/Ingéniosité	0.186	4.88	4.92	4.29	4.92	4.58	4.72	0.61
On-task ressource	0.276	4.83	4.92	4.33	4.92	4.71	4.74	0.60
Structure appropriée, pose de limites	0.063	4.92	4.92	4.13	4.75	4.42	4.63	0.63
Eloges, compliments	0.810	1.29	1.67	1.42	1.75	1.58	1.54	0.84
Critiques	0.423	1.00	1.00	1.08	1.04	1.25	1.08	0.30
Touchers affectueux	0.936	3.83	4.00	3.71	3.67	3.63	3.77	0.96
Enthousiasme parental	0.338	3.88	4.33	3.63	4.17	3.88	3.98	0.73
Présence soutenante	0.502	4.71	4.79	4.33	4.88	4.71	4.68	0.64
Regard de l'enfant	0.315	4.50	4.67	4.25	4.88	4.33	4.53	0.65
Affect positif de l'enfant	0.123	4.04	3.92	3.08	4.33	3.63	3.80	0.97
Emotion négative de l'enfant	0.397	1.29	1.21	1.58	1.13	1.58	1.36	0.59
Repli, retrait	0.050*	1.00	1.04	1.00	1.04	1.29	1.08	0.22
Affect labile	0.478	1.00	1.38	1.17	1.00	1.00	1.11	0.50
Affection de l'enfant pour le parent	0.138	4.50	4.29	3.50	4.04	4.17	4.10	0.79
Vigilance	0.473	4.79	4.50	4.21	4.83	4.54	4.58	0.75
Fatigue	0.542	1.33	1.25	1.46	1.00	1.08	1.23	0.59
Vocalisation, productions verbales	0.286	3.46	3.29	3.04	4.00	3.75	3.51	0.94
Initiation de l'enfant	0.018*	3.54	3.83	3.29	4.42	3.54	3.73	0.67
Obéissance au parent	0.015*	4.08	4.50	3.33	4.33	3.88	4.03	0.70
Confiance dans l'aide du parent	0.012*	4.79	4.75	3.75	4.67	4.50	4.49	0.64
Persistance	0.546	4.63	4.50	4.25	4.92	4.67	4.59	0.78
Evitement	0.619	1.04	1.29	1.04	1.42	1.29	1.22	0.58
Compétence à utiliser l'environnement	0.179	4.08	4.25	4.00	4.83	4.54	4.34	0.76
Réciprocité Dyadique	0.166	4.54	4.54	3.79	4.46	4.04	4.28	0.74
Adaptation Régulation	0.168	4.42	4.58	3.83	4.50	4.08	4.28	0.69
Facilité	0.202	4.29	4.42	3.42	4.17	4.00	4.06	0.89
Frein	0.273	1.17	1.21	1.38	1.00	1.54	1.26	0.51
Tension	0.221	1.25	1.21	1.54	1.04	1.58	1.33	0.54
Lorsque le parent dirige	0.837	3.92	4.08	3.71	4.00	3.75	3.89	0.76
Lorsque l'enfant dirige	0.092	4.29	4.58	3.83	4.46	3.71	4.18	0.75
Sensibilité parentale	0.735	3.96	4.10	3.79	4.17	3.96	3.99	0.59
Intrusivité parentale	0.686	1.24	1.24	1.11	1.11	1.24	1.19	0.27
Pose de limites par le parent	0.095	4.83	4.92	4.21	4.86	4.51	4.67	0.59
Engagement de l'enfant	0.110	4.13	4.11	3.63	4.48	4.07	4.08	0.61
Repli de l'enfant	0.787	1.08	1.23	1.20	1.15	1.29	1.19	0.35
Obéissance de l'enfant	0.048*	4.50	4.58	3.78	4.64	4.35	4.37	0.61
Réciprocité Dyadique	0.136	4.42	4.51	3.68	4.38	4.04	4.21	0.72
Etats négatifs dyadiques	0.157	1.21	1.21	1.46	1.02	1.56	1.29	0.47
Distractibilité	0.003**	1.46	1.92	1.17	1.42	1.21	1.43	0.39
Indépendance	0.000**	1.25	1.75	2.17	3.75	3.71	2.53	0.90
Négociation	0.184	1.58	1.25	1.96	1.38	1.83	1.60	0.66
Efficacité alimentaire	0.054	4.25	4.71	3.54	4.83	4.29	4.33	0.91

Au Repas V2 - échelle Chatoor	p-value	Age					Moyenne	LSD
		12	15	18	21	24		
Mère positionne l'enfant pour échange	0.358	2.83	2.83	2.42	2.67	2.75	2.70	0.46
Mère parle à l'enfant	0.322	1.33	1.67	1.75	1.92	2.00	1.73	0.67
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0.780	0.25	0.33	0.50	0.58	0.50	0.43	0.58
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0.402	0.25	0.50	0.58	0.67	0.25	0.45	0.54
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	0.449	1.58	1.75	1.33	1.58	1.33	1.52	0.53
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	0.011*	2.42	2.33	1.75	2.42	1.67	2.12	0.56
Mère semble joyeuse	0.147	1.92	2.08	1.58	2.08	1.58	1.85	0.54
Mère semble triste	0.877	2.83	2.75	2.75	2.83	2.58	2.75	0.53
Mère semble détachée	0.500	3.00	3.00	2.75	2.92	3.00	2.93	0.33
Mère positionne l'enfant sans support	0.416	3.00	3.00	2.75	3.00	3.00	2.95	0.32
Mère prend l'enfant de façon raide	0.416	3.00	3.00	2.75	3.00	3.00	2.95	0.32
Enfant regarde sa mère	0.017*	1.75	2.25	1.50	2.17	1.58	1.85	0.53
Enfant sourit à sa mère	0.025*	1.08	1.75	0.92	1.58	1.00	1.27	0.61
Enfant semble joyeux	0.008**	1.42	1.92	1.25	2.17	1.33	1.62	0.58
Enfant évite le regard maternel	0.342	2.83	2.92	2.75	2.83	2.42	2.75	0.51
Enfant s'endort lors du repas	0.344	3.08	3.00	2.75	3.00	3.00	2.97	0.33
Réciprocité Dyadique	0.126	32.58	35.08	30.08	35.42	31.00	32.83	4.90
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	0.341	0.08	0.00	0.25	0.33	0.17	0.17	0.35
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0.368	0.00	0.00	0.25	0.17	0.17	0.12	0.30
Mère semble en détresse	0.416	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.02	0.11
Mère semble en colère	0.663	0.08	0.00	0.17	0.17	0.25	0.13	0.35
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.061	0.00	0.00	0.17	0.08	0.33	0.12	0.25
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	0.176	0.42	0.08	0.67	0.25	0.58	0.40	0.52
Enfant se détourne de la nourriture	0.221	0.42	0.25	0.75	0.17	0.58	0.43	0.55
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.073	0.00	0.00	0.42	0.08	0.08	0.12	0.32
Enfant repousse la nourriture	0.145	0.00	0.00	0.08	0.17	0.33	0.12	0.29
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0.144	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05	0.24
Enfant semble en détresse	0.586	0.08	0.00	0.17	0.00	0.17	0.08	0.28
Enfant semble en colère	0.242	0.00	0.00	0.25	0.08	0.00	0.07	0.26
Conflit Dyadique	0.030*	1.33	0.33	3.17	1.50	2.75	1.82	1.89
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.836	0.33	0.50	0.50	0.58	0.33	0.45	0.53
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	0.015*	0.83	0.92	1.83	1.17	1.67	1.28	0.68
Enfant facilement distrait	0.410	0.50	0.92	0.50	0.83	0.50	0.65	0.58
Enfant vocalise à sa mère	0.047*	1.00	1.33	1.42	1.83	1.33	1.38	0.52
Paroles et distraction	0.203	2.67	3.67	4.25	4.42	3.83	3.77	1.56
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.416	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.02	0.11
Mère force l'enfant à manger	0.416	0.00	0.00	0.08	0.00	0.00	0.02	0.11
Mère semble concernée par le désordre	0.488	0.50	0.08	0.42	0.42	0.17	0.32	0.55
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.531	0.00	0.00	0.08	0.00	0.17	0.05	0.24
Enfant garde la nourriture en bouche	0.510	0.25	0.17	0.42	0.25	0.00	0.00	0.00
Enfant recrache la nourriture	0.416	0.00	0.00	0.08	0.00	0.00	0.22	0.47
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement								
Lutte pour le contrôle	0.345	0.75	0.25	1.08	0.67	0.42	0.63	0.85
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge								
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire								
Mère manipule l'enfant de façon excessive								
Mère rate les signes de son enfant	0.531	0.00	0.17	0.00	0.00	0.08	0.05	0.24
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant								
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0.416	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.11
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)	0.416	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.21
Non contingence maternelle	0.458	0.25	0.17	0.00	0.00	0.08	0.10	0.32

ANNEXE 15 : Corrélations entre les scores d'anxiété, de sensibilité maternelles ainsi qu'au GHQ-28 avec les scores de qualité des interactions de l'échelle CIB, sans le sujet « outlier »

Corrélations bivariées de Pearson

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Au repas V1	STAI-ETAT	STAI-TRAIT	Sensibilité parentale	GHQ-symptômes somatiques	GHQ-anxiété-insomnie	GHQ-dys-fonction-nement social	GHQ-dépression sévère
STAI-ETAT	1	0.64**	0.05	0.10	0.37**	0.17	0.12
STAI-TRAIT	0.64**	1	-0.13	0.04	0.29*	0.09	0.25
Durée du repas (en sec)	-0.22	-0.13	-0.10	-0.08	-0.04	0.15	0.16
Cuillères Refusées (%)	0.13	0.12	-0.14	0.09	0.13	0.24	0.25
Forçage	-0.01	0.03	-0.25	-0.15	-0.24	0.34**	-0.07
Domination/intrusivité	0.01	0.05	-0.12	0.26*	0.16	0.18	-0.04
Reconnaissance	-0.09	-0.25	0.68**	0.08	0.10	0.11	-0.02
Elaboration	0.04	-0.13	0.85**	0.04	0.07	0.22	0.10
Regard parental	-0.10	-0.23	0.67**	0.16	0.08	0.13	0.06
Affect positif parental	-0.04	-0.22	0.70**	0.26*	0.20	0.10	0.01
Humeur dépressive parentale	0.01	0.24	-0.43**	-0.04	0.03	-0.14	0.04
Affect parental négatif	0.16	0.11	-0.26*	-0.12	-0.08	-0.06	-0.02
Hostilité	0.18	0.10	-0.37**	-0.17	-0.18	-0.06	-0.03
Vocalisation appropriée	-0.03	-0.20	0.70**	0.14	0.05	0.15	-0.01
Anxiété parentale	-0.06	-0.01	-0.32*	0.06	-0.01	0.18	0.05
Choix approprié d'affect	-0.01	-0.14	0.74**	0.28*	0.17	0.13	0.06
Consistance du style	0.01	-0.07	0.48**	0.24	0.19	0.10	0.02
Ressources/Ingéniosité	0.03	-0.14	0.59**	0.15	0.23	0.17	0.07
On-task ressource	-0.07	-0.18	0.55**	-0.08	0.00	-0.01	0.07
Structure appropriée, pose de limites	-0.03	-0.09	0.34**	-0.03	0.03	-0.07	0.05
Eloges, compliments	0.15	0.02	0.75**	0.15	0.31*	0.15	0.06
Critiques	-0.03	-0.07	-0.11	-0.26*	-0.13	-0.08	0.01
Touchers affectueux	0.13	0.13	0.61**	0.05	0.10	0.19	0.12
Enthousiasme parental	-0.03	-0.07	0.68**	0.25	0.22	0.17	0.05
Présence soutenante	-0.06	-0.24	0.58**	0.27*	0.25	0.18	0.05
Regard de l'enfant/Attention conjointe	-0.10	0.00	0.33*	0.26	0.19	-0.02	-0.10
Affect positif de l'enfant	-0.13	-0.24	0.28*	0.27*	0.04	-0.09	-0.22
Emotion négative de l'enfant	0.05	-0.06	-0.11	-0.19	-0.19	0.26*	-0.08
Repli, retrait	0.13	0.17	-0.45**	-0.26*	-0.19	-0.10	-0.03
Affect labile	0.25	0.09	-0.20	-0.14	-0.04	-0.02	-0.08
Affection de l'enfant pour le parent	0.04	0.09	0.66**	0.34**	0.27*	0.14	0.11
Vigilance	-0.13	-0.16	0.30*	0.20	0.05	0.04	0.04
Fatigue	0.25	0.20	-0.31	-0.17	-0.10	0.03	-0.04
Vocalisation, productions verbales	0.09	-0.17	0.60**	0.23	0.22	0.18	0.00
Initiation de l'enfant	-0.04	-0.08	0.53**	0.09	0.08	-0.09	0.04
Obéissance au parent	-0.12	-0.08	0.44**	0.20	0.11	-0.22	0.07
Confiance dans l'aide du parent	-0.09	-0.13	0.54**	0.31*	0.21	-0.11	0.10
Persistance	-0.16	-0.19	0.35**	0.33*	0.23	0.10	0.08
Evitement	0.16	0.13	-0.35**	-0.38**	-0.27*	0.12	-0.09
Compétence à utiliser l'environnement	-0.12	0.02	0.42**	0.16	0.14	-0.13	0.07
Réciprocité Dyadique	-0.24	-0.16	0.39**	0.25	0.15	-0.17	-0.07
Adaptation Régulation	-0.28*	-0.15	0.38**	0.20	0.11	-0.20	-0.07
Facilité	-0.16	-0.14	0.48**	0.22	0.16	-0.11	-0.04
Frein	0.07	0.26*	-0.56**	-0.18	-0.13	-0.12	-0.09
Tension	0.15	0.14	-0.53**	-0.26*	-0.23	-0.10	-0.07
Lorsque le parent dirige	-0.09	-0.12	0.41**	0.27*	0.22	0.12	0.14
Lorsque l'enfant dirige	-0.08	-0.07	0.38**	0.08	-0.05	0.06	-0.02
Sensibilité parentale	0.05	-0.13	1	0.20	0.23	0.22	0.08
Intrusivité parentale	0.05	0.04	-0.35**	-0.14	-0.15	0.11	-0.02
Pose de limites par le parent	-0.03	-0.12	0.52**	0.08	0.10	0.02	0.05
Engagement de l'enfant	-0.05	-0.11	0.64**	0.31*	0.19	-0.01	-0.04
Repli de l'enfant	0.22	0.08	-0.31*	-0.28*	-0.19	0.11	-0.11
Obéissance de l'enfant	-0.14	-0.14	0.52**	0.31*	0.20	-0.13	0.09
Réciprocité Dyadique	-0.23	-0.16	0.43**	0.23	0.15	-0.17	-0.06
Etats négatifs dyadiques	0.12	0.20	-0.58**	-0.24	-0.20	-0.12	-0.09
Distractibilité	0.13	-0.04	0.18	-0.05	0.01	0.20	-0.09
Indépendance	-0.21	-0.13	0.00	-0.16	-0.05	-0.08	0.04
Négociation	0.25	0.17	0.04	-0.05	-0.07	0.33*	0.02
Efficacité alimentaire	-0.02	-0.02	0.33*	0.10	0.09	-0.04	0.13

ANNEXE 16 : Corrélations entre les scores d'anxiété, de sensibilité maternelles ainsi qu'au GHQ-28 avec les scores de qualité des interactions de l'échelle de Chatoor, sans le sujet « outlier »

Corrélations bivariées de Pearson

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Au repas V1

	STAI-ETAT	STAI-TRAIT	Sensibilité parentale	GHQ-symptômes somatiques	GHQ-anxiété-insomnie	GHQ-dys-fonctionnement social	GHQ-dépression sévère
Mère positionne l'enfant pour échange	0.00	0.21	-0.03	0.22	0.28*	0.09	-0.02
Mère parle à l'enfant	0.09	-0.13	0.21	-0.12	-0.04	0.34**	-0.05
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	-0.06	-0.11	-0.11	0.14	-0.09	0.18	-0.12
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	-0.01	0.06	0.08	-0.15	-0.09	0.09	0.02
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	-0.32	-0.16	0.10	-0.01	0.12	-0.27*	0.05
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	-0.11	-0.33**	0.32*	0.19	-0.09	0.16	-0.08
Mère semble joyeuse	-0.18	-0.43**	0.16	0.00	-0.13	0.12	-0.20
Mère semble triste	-0.24	-0.46**	0.33*	0.01	-0.10	0.07	-0.10
Mère semble détachée	-0.15	-0.03	0.28*	0.23	0.16	-0.04	-0.21
Mère positionne l'enfant sans support	-0.11	-0.21	0.06	0.06	0.01	-0.28*	-0.75**
Mère prend l'enfant de façon raide	-0.08	-0.09	-0.07	0.19	0.13	0.10	0.06
Enfant regarde sa mère	-0.13	-0.10	-0.02	-0.07	0.09	-0.04	0.03
Enfant sourit à sa mère	-0.24	-0.49**	0.10	0.11	0.00	-0.09	-0.07
Enfant semble joyeux	-0.09	-0.30	0.20	0.11	0.10	-0.21	-0.08
Enfant évite le regard maternel	-0.22	-0.41**	0.30*	0.17	0.12	0.08	-0.08
Enfant s'endort lors du repas							
Réciprocité Dyadique	-0.25	-0.44**	0.28*	0.10	0.03	0.06	-0.13
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	0.02	-0.09	0.06	0.00	0.02	0.22	0.00
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0.08	-0.01	0.03	0.06	-0.09	0.25	-0.05
Mère semble en détresse	0.15	0.18	-0.29	-0.06	0.08	0.05	0.22
Mère semble en colère	0.26*	0.23	-0.06	0.15	0.15	0.25	0.19
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.11	0.21	-0.06	-0.06	-0.01	0.28*	0.75**
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	0.14	0.18	-0.18	-0.06	-0.03	0.00	0.10
Enfant se détourne de la nourriture	0.17	0.12	-0.15	0.02	0.06	0.24	0.09
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.07	0.18	-0.36**	-0.11	-0.08	0.00	0.13
Enfant repousse la nourriture	0.05	-0.02	0.04	0.10	0.01	0.17	0.11
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0.02	0.06	0.09	0.29*	0.07	0.12	-0.02
Enfant semble en détresse	0.26*	0.06	0.07	-0.01	0.10	0.27*	0.15
Enfant semble en colère	0.20	0.01	-0.02	0.10	0.22	0.25	0.22
Conflit Dyadique	0.24	0.13	-0.10	0.06	0.09	0.31*	0.19
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.11	-0.03	-0.05	-0.26	0.00	-0.04	0.16
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	0.10	0.11	0.01	0.14	0.06	0.32*	0.08
Enfant facilement distrait	0.27*	0.07	0.06	-0.16	-0.03	-0.05	0.20
Enfant vocalise à sa mère	-0.12	-0.35**	0.25	-0.05	-0.09	-0.18	0.08
Paroles et distraction	0.17	-0.05	0.09	-0.15	-0.02	0.03	0.22
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.04	0.09	-0.12	0.04	0.14	-0.08	-0.04
Mère force l'enfant à manger							
Mère semble concernée par le désordre	-0.05	-0.05	-0.03	-0.22	-0.17	0.18	0.10
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.26*	0.27*	-0.12	0.21	0.24	0.01	0.09
Enfant garde la nourriture en bouche	0.09	0.11	-0.03	-0.02	0.05	0.06	0.23
Enfant recrache la nourriture	0.05	0.04	-0.16	0.15	0.17	0.13	0.11
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0.08	-0.03	-0.20	-0.08	-0.09	0.00	0.00
Lutte pour le contrôle	0.10	0.14	-0.18	-0.02	0.06	0.12	0.12
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	0.12	0.08	-0.07	-0.17	-0.21	-0.02	0.00
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire							
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0.11	0.21	-0.06	-0.06	-0.01	0.28*	0.75**
Mère rate les signes de son enfant	0.16	0.07	-0.06	0.09	0.06	0.24	0.00
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	0.16	0.09	-0.11	-0.09	0.04	-0.01	-0.03
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0.13	-0.05	-0.05	-0.14	0.08	-0.02	-0.04
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)							
Non contingence maternelle	0.18	0.08	-0.09	-0.06	0.02	0.12	0.06

ANNEXE 17 : Corrélations entre la durée du repas, le pourcentage de refus et les variables indépendantes et dépendantes au repas V1

Corrélations bivariées de Pearson

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Variables indépendantes	Durée du repas (en sec)	Cuillères Refusées (%)
Age mère	-0.38**	-0.16
Age père	-0.27*	-0.17
Allaitement	0.04	-0.12
Poids de naissance	-0.08	-0.23
Taille actuelle	-0.07	-0.06
Nombre d'enfants	-0.33**	-0.03
Place dans la fratrie	-0.33*	-0.09
Griffiths-échelle locomotrice	-0.09	0.05
Griffiths-échelle personnelle et sociale	0.00	-0.11
Griffiths-échelle langage	0.01	-0.16
Griffiths-échelle coordination œil-main	0.10	-0.06
Griffiths-échelle performance	-0.18	-0.19
Tempérament -activité	-0.22	-0.03
Tempérament-rythmicité	-0.10	0.01
Tempérament-approche-repli	0.15	0.24
Tempérament-adaptabilité	0.01	0.14
Tempérament-intensité	-0.13	0.10
Tempérament-humeur	0.23	0.12
Tempérament-persistance	-0.20	-0.04
Tempérament-distractibilité	0.07	-0.16
Tempérament-seuil de sensibilité	-0.34**	0.19
GHQ-symptômes somatiques	-0.09	0.10
GHQ-anxiété-insomnie	-0.04	0.13
GHQ-dysfonctionnement social	0.18	0.15
GHQ-dépression sévère	0.15	0.05
STAI-ETAT	-0.19	0.10
STAI-TRAIT	-0.08	0.07

Items de l'échelle CIB	Durée du repas (en sec)	Cuillères Refusées (%)
Forçage	0.10	0.23
Domination/intrusivité	0.02	0.56**
Reconnaissance	-0.05	-0.18
Elaboration	-0.04	-0.16
Regard parental	0.08	-0.15
Affect positif parental	0.01	-0.28*
Humeur dépressive parentale	0.32*	-0.12
Affect parental négatif	0.06	0.22
Hostilité	0.00	0.15
Vocalisation appropriée	-0.15	0.06
Anxiété parentale	0.34**	0.54**
Choix approprié d'affect	-0.08	-0.20
Consistance du style	-0.05	-0.32*
Ressources/Ingéniosité	-0.15	-0.28*
On-task ressource	0.07	-0.49**
Structure appropriée, pose de limites	-0.01	-0.54**
Eloges, compliments	-0.10	0.04
Critiques	0.04	0.12
Touchers affectueux	-0.08	0.01
Enthousiasme parental	-0.10	-0.20
Présence soutenante	-0.20	-0.17
Regard de l'enfant/Attention conjointe	-0.11	-0.35**
Affect positif de l'enfant	-0.21	-0.12
Emotion négative de l'enfant	0.10	0.08
Repli, retrait	0.06	0.37**
Affect labile	-0.04	0.20
Affection de l'enfant pour le parent	-0.02	-0.10
Vigilance	-0.04	-0.03
Fatigue	0.04	0.22
Vocalisation, productions verbales	-0.07	-0.33*
Initiation de l'enfant	-0.07	-0.32*
Obéissance au parent	-0.12	-0.25
Confiance dans l'aide du parent	-0.03	-0.32*
Persistance	0.09	-0.36**
Evitement	-0.09	0.22
Compétence à utiliser l'environnement	-0.11	-0.20
Réciprocité Dyadique	-0.08	-0.49**
Adaptation Régulation	-0.13	-0.45**
Facilité	-0.11	-0.41**
Frein	0.04	0.29*
Tension	0.05	0.36**
Lorsque le parent dirige	-0.09	-0.25
Lorsque l'enfant dirige	-0.18	-0.28*
Sensibilité parentale	-0.11	-0.12
Intrusivité parentale	0.15	0.39**
Pose de limites par le parent	0.00	-0.50**
Engagement de l'enfant	-0.15	-0.30*
Repli de l'enfant	0.01	0.26*
Obéissance de l'enfant	-0.05	-0.35**
Réciprocité Dyadique	-0.11	-0.46**
Etats négatifs dyadiques	0.05	0.35**
Distractibilité	0.07	-0.24
Indépendance	-0.10	-0.34**
Négociation	0.05	0.26*
Efficacité alimentaire	-0.04	-0.35**

Items de l'échelle Chatoor	Durée du repas (en sec)	Cuillères Refusées (%)
Mère positionne l'enfant pour échange	-0.27*	-0.26*
Mère parle à l'enfant	-0.08	0.24
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0.05	0.03
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0.05	-0.06
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	-0.17	-0.06
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	-0.15	-0.01
Mère semble joyeuse	-0.12	-0.17
Mère semble triste	-0.09	0.14
Mère semble détachée	-0.01	0.08
Mère positionne l'enfant sans support	0.00	0.00
Mère prend l'enfant de façon raide	0.20	-0.02
Enfant regarde sa mère	0.09	0.03
Enfant sourit à sa mère	-0.02	-0.08
Enfant semble joyeux	-0.24	-0.17
Enfant évite le regard maternel	-0.01	0.09
Enfant s'endort lors du repas		
Réciprocité Dyadique	-0.15	-0.04
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	-0.03	0.01
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	-0.05	-0.05
Mère semble en détresse	0.03	0.18
Mère semble en colère	0.03	0.07
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.10	-0.09
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	-0.10	0.46**
Enfant se détourne de la nourriture	0.00	0.48**
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.03	0.41**
Enfant repousse la nourriture	0.10	0.01
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	-0.05	-0.14
Enfant semble en détresse	0.06	0.23
Enfant semble en colère	0.18	0.31*
Conflit Dyadique	0.04	0.32*
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.36**	0.15
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	-0.06	0.28*
Enfant facilement distrait	0.20	0.11
Enfant vocalise à sa mère	0.02	0.07
Paroles et distraction	0.24	0.26*
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.02	-0.07
Mère force l'enfant à manger		
Mère semble concernée par le désordre	0.26*	0.08
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	-0.16	-0.02
Enfant garde la nourriture en bouche	0.28*	0.42**
Enfant recrache la nourriture	0.16	0.51**
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0.14	-0.04
Lutte pour le contrôle	0.16	0.21
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	-0.03	-0.14
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire		
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0.10	-0.09
Mère rate les signes de son enfant	0.17	-0.06
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	0.20	-0.04
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0.07	-0.03
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)		
Non contingence maternelle	0.17	-0.09

ANNEXE 18 : Tableaux de t-tests pour la différence entre le repas V1 et V2

Les t-tests ont été effectués à partir des différences entre les scores à V2-V1. Ainsi, des moyennes positives signifient que les scores sont supérieurs au repas V2 et les moyennes négatives signifient que les scores sont supérieurs au repas V1.

Légende des valeurs p :

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

pour les valeurs V2-V1

Variables dépendantes et échelle CIB	p-value	Moyenne	T
Durée du repas (en sec)	0.219	59.96	1.24
Cuillères Refusées (%)	0.000**	9.20	3.70
Forçage	0.230	-0.10	-1.21
Domination/intrusivité	0.528	-0.02	-0.64
Reconnaissance	0.197	-0.14	-1.30
Elaboration	0.000**	-0.62	-6.21
Regard parental	0.000**	-0.35	-3.69
Affect positif parental	0.000**	-0.45	-3.92
Humeur dépressive parentale	0.161	-0.06	-1.42
Affect parental négatif	0.755	0.05	0.31
Hostilité	0.047*	-0.09	-2.03
Vocalisation appropriée	0.004**	-0.39	-3.02
Anxiété parentale	0.001**	0.33	3.43
Choix approprié d'affect	0.002**	-0.30	-3.20
Consistance du style	0.013*	-0.24	-2.55
Ressources/Ingéniosité	0.031*	-0.20	-2.21
On-task ressource	0.057	-0.18	-1.94
Structure appropriée, pose de limites	0.002**	-0.30	-3.18
Eloges, compliments	0.000**	-1.62	-9.62
Critiques	0.050	-0.15	-2.00
Touchers affectueux	0.000**	-0.67	-4.56
Enthousiasme parental	0.000**	-0.46	-4.54
Présence soutenante	0.018*	-0.23	-2.43
Regard de l'enfant/Attention conjointe	0.002**	-0.35	-3.29
Affect positif de l'enfant	0.000**	-0.62	-4.20
Emotion négative de l'enfant	0.577	0.05	0.56
Repli, retrait	0.373	0.04	0.90
Affect labile	0.346	-0.11	-0.95
Affection de l'enfant pour le parent	0.000**	-0.65	-5.33
Vigilance	0.002**	-0.35	-3.23
Fatigue	0.057	0.16	1.94
Vocalisation, productions verbales	0.000**	-0.98	-7.26
Initiation de l'enfant	0.000**	-0.61	-5.82
Obéissance au parent	0.003**	-0.39	-3.10
Confiance dans l'aide du parent	0.005**	-0.31	-2.91
Persistance	0.021*	-0.28	-2.38
Evitement	0.139	0.13	1.50
Compétence à utiliser l'environnement	0.104	-0.19	-1.65
Réciprocité Dyadique	0.101	-0.19	-1.67
Adaptation Régulation	0.102	-0.19	-1.66
Facilité	0.011*	-0.36	-2.62
Frein	0.110	0.11	1.62
Tension	0.315	0.10	1.01
Lorsque le parent dirige	0.000**	-0.56	-4.72
Lorsque l'enfant dirige	0.973	0.00	-0.03
Sensibilité parentale	0.000**	-0.59	-6.92
Intrusivité parentale	0.933	0.00	0.08
Pose de limites par le parent	0.008**	-0.24	-2.76
Engagement de l'enfant	0.299	-0.09	-1.05
Repli de l'enfant	0.632	0.03	0.48
Obéissance de l'enfant	0.002**	-0.33	-3.24
Réciprocité Dyadique	0.034*	-0.24	-2.17
Etats négatifs dyadiques	0.160	0.11	1.42
Distractibilité	0.000**	-0.82	-6.88
Indépendance	0.889	-0.02	-0.14
Négociation	0.004**	-0.46	-3.03
Efficacité alimentaire	0.002**	-0.43	-3.24

Echelle de Chatoor	p-value	Moyenne	T
Mère positionne l'enfant pour échange	0.082	-0.13	-1.77
Mère parle à l'enfant	0.014*	-0.22	-2.55
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0.011*	0.21	2.64
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0.448	-0.07	-0.76
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	0.000**	-0.49	-5.34
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	0.009**	0.23	2.68
Mère semble joyeuse	0.001**	0.29	3.52
Mère semble triste	0.058	0.21	1.93
Mère semble détachée	0.562	0.04	0.58
Mère positionne l'enfant sans support	0.196	-0.06	-1.31
Mère prend l'enfant de façon raide	0.609	-0.02	-0.51
Enfant regarde sa mère	0.003**	0.24	3.13
Enfant sourit à sa mère	0.002**	-0.27	-3.16
Enfant semble joyeux	0.071	-0.17	-1.84
Enfant évite le regard maternel	0.047*	-0.16	-2.03
Enfant s'endort lors du repas	0.555	-0.03	-0.59
Réciprocité Dyadique	0.578	-0.40	-0.56
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	0.008**	-0.24	-2.77
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0.001**	-0.24	-3.42
Mère semble en détresse	0.001**	-0.25	-3.48
Mère semble en colère	0.002**	-0.26	-3.18
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.007**	0.10	2.77
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	0.086	0.15	1.74
Enfant se détourne de la nourriture	0.009**	-0.26	-2.71
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.743	0.02	0.33
Enfant repousse la nourriture	0.091	-0.13	-1.72
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0.776	-0.02	-0.29
Enfant semble en détresse	0.000**	-0.62	-5.32
Enfant semble en colère	0.000**	-0.36	-4.58
Conflit Dyadique	0.000**	-2.09	-4.33
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.009**	-0.28	-2.70
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	0.415	-0.09	-0.82
Enfant facilement distrait	0.019*	-0.28	-2.41
Enfant vocalise à sa mère	0.003**	-0.25	-3.13
Paroles et distraction	0.001**	-0.90	-3.39
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.009**	-0.17	-2.69
Mère force l'enfant à manger	0.253	0.02	1.16
Mère semble concernée par le désordre	0.000**	-0.52	-5.04
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.633	-0.03	-0.48
Enfant garde la nourriture en bouche	0.000**	-0.29	-8.58
Enfant recrache la nourriture	0.000**	0.32	4.09
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0.904	0.00	0.12
Lutte pour le contrôle	0.002**	-0.60	-3.17
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	0.138	-0.03	-1.50
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire			
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0.245	-0.04	-1.17
Mère rate les signes de son enfant	0.480	-0.04	-0.71
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	0.090	-0.06	-1.73
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0.087	-0.04	-1.74
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)	0.346	0.03	0.95
Non contingence maternelle	0.142	-0.18	-1.49

ANNEXE 19 : Tableaux des ANOVAs pour l'effet de l'aliment présenté à l'enfant au repas V2 puis pour la différence V2-V1

Légende des valeurs p :

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Au repas V2

Variables dépendantes et échelle CIB	p-value	carotte	pdt	viande	Moyenne
Durée du repas (en sec)	0.968	874.55	894.72	901.71	890.32
Cuillères Refusées (%)	0.138	23.53	15.61	12.88	17.34
Forçage	0.877	1.10	1.15	1.10	1.11
Domination/intrusivité	0.738	1.00	1.00	1.04	1.01
Reconnaissance	0.515	4.82	4.54	4.62	4.66
Elaboration	0.518	3.98	3.95	3.66	3.86
Regard parental	0.392	4.68	4.42	4.71	4.60
Affect positif parental	0.132	4.20	3.85	4.41	4.15
Humeur dépressive parentale	0.117	1.21	0.99	1.10	1.10
Affect parental négatif	0.394	1.18	1.53	1.02	1.25
Hostilité	0.607	1.03	1.00	1.06	1.03
Vocalisation appropriée	0.859	4.27	4.38	4.23	4.29
Anxiété parentale	0.798	1.55	1.68	1.70	1.65
Choix approprié d'affect	0.037*	4.76	4.23	4.74	4.58
Consistance du style	0.077	4.82	4.36	4.78	4.66
Ressources/Ingéniosité	0.335	4.92	4.63	4.63	4.73
On-task ressource	0.405	4.92	4.64	4.70	4.75
Structure appropriée, pose de limites	0.254	4.86	4.50	4.56	4.64
Eloges, compliments	0.734	1.62	1.42	1.62	1.55
Critiques	0.694	1.05	1.12	1.04	1.07
Touchers affectueux	0.483	4.02	3.67	3.64	3.78
Enthousiasme parental	0.238	4.23	3.79	3.97	3.99
Présence soutenante	0.475	4.78	4.54	4.77	4.70
Regard de l'enfant/Attention conjointe	0.259	4.58	4.34	4.70	4.54
Affect positif de l'enfant	0.606	3.92	3.62	3.91	3.81
Emotion négative de l'enfant	0.901	1.32	1.41	1.33	1.36
Repli, retrait	0.221	1.16	1.05	1.03	1.08
Affect labile	0.164	1.03	1.00	1.31	1.12
Affection de l'enfant pour le parent	0.076	4.43	4.11	3.78	4.11
Vigilance	0.404	4.79	4.43	4.56	4.59
Fatigue	0.463	1.17	1.14	1.39	1.23
Vocalisation, productions verbales	0.544	3.70	3.33	3.54	3.53
Initiation de l'enfant	0.254	3.84	3.52	3.87	3.74
Obéissance au parent	0.403	4.09	3.86	4.17	4.04
Confiance dans l'aide du parent	0.252	4.69	4.32	4.51	4.51
Persistance	0.552	4.77	4.47	4.55	4.60
Evitement	0.309	1.21	1.08	1.39	1.23
Compétence à utiliser l'environnement	0.030*	4.78	4.21	4.09	4.36
Réciprocité Dyadique	0.521	4.45	4.15	4.26	4.29
Adaptation Régulation	0.529	4.34	4.14	4.40	4.30
Facilité	0.716	4.21	4.04	3.94	4.06
Frein	0.291	1.17	1.41	1.17	1.25
Tension	0.418	1.17	1.41	1.38	1.32
Lorsque le parent dirige	0.154	4.20	3.83	3.67	3.90
Lorsque l'enfant dirige	0.110	4.06	3.99	4.51	4.19
Sensibilité parentale	0.568	4.12	3.89	4.00	4.00
Intrusivité parentale	0.537	1.15	1.25	1.16	1.19
Pose de limites par le parent	0.220	4.87	4.50	4.68	4.68
Engagement de l'enfant	0.259	4.29	3.94	4.06	4.10
Repli de l'enfant	0.569	1.18	1.13	1.26	1.19
Obéissance de l'enfant	0.361	4.52	4.22	4.41	4.38
Réciprocité Dyadique	0.692	4.33	4.11	4.20	4.22
Etats négatifs dyadiques	0.344	1.17	1.41	1.27	1.28
Distractibilité	0.972	1.45	1.42	1.43	1.43
Indépendance	0.351	2.74	2.29	2.62	2.55
Négociation	0.583	1.63	1.69	1.46	1.59
Efficacité alimentaire	0.187	4.42	4.03	4.60	4.35

Echelle de Chatoor	p-value	carotte	pdt	viande	Moyenne
Mère positionne l'enfant pour échange	0.000**	3.00	2.82	2.27	2.70
Mère parle à l'enfant	0.452	1.90	1.73	1.59	1.74
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0.001**	0.85	0.43	0.05	0.44
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0.556	0.52	0.34	0.52	0.46
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	0.002**	1.89	1.47	1.22	1.53
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	0.342	2.03	2.04	2.29	2.12
Mère semble joyeuse	0.450	1.82	1.76	1.99	1.86
Mère semble triste	0.438	2.63	2.74	2.88	2.75
Mère semble détachée	0.465	2.95	2.86	3.00	2.94
Mère positionne l'enfant sans support	0.335	3.01	2.86	3.00	2.96
Mère prend l'enfant de façon raide	0.335	3.01	2.86	3.00	2.96
Enfant regarde sa mère	0.147	2.06	1.70	1.83	1.86
Enfant sourit à sa mère	0.874	1.27	1.32	1.21	1.26
Enfant semble joyeux	0.456	1.66	1.49	1.73	1.63
Enfant évite le regard maternel	0.040*	2.52	2.73	3.00	2.75
Enfant s'endort lors du repas	0.650	3.01	2.91	3.00	2.97
Réciprocité Dyadique	0.481	34.12	32.04	32.58	32.91
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	0.641	0.11	0.22	0.15	0.16
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0.003**	0.01	0.03	0.33	0.12
Mère semble en détresse	0.334	0.00	0.05	0.00	0.02
Mère semble en colère	0.504	0.17	0.17	0.04	0.13
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.174	0.04	0.10	0.22	0.12
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	0.935	0.42	0.36	0.42	0.40
Enfant se détourne de la nourriture	0.796	0.42	0.38	0.51	0.44
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.191	0.00	0.13	0.22	0.12
Enfant repousse la nourriture	0.122	0.21	0.01	0.16	0.13
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0.504	0.11	0.01	0.05	0.05
Enfant semble en détresse	0.903	0.10	0.09	0.06	0.08
Enfant semble en colère	0.531	0.00	0.09	0.10	0.07
Conflit Dyadique	0.559	1.58	1.64	2.25	1.82
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.565	0.36	0.43	0.56	0.45
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	0.067	1.03	1.23	1.60	1.28
Enfant facilement distrait	0.378	0.58	0.56	0.82	0.65
Enfant vocalise à sa mère	0.438	1.52	1.28	1.37	1.39
Paroles et distraction	0.204	3.48	3.50	4.36	3.78
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.334	0.00	0.05	0.00	0.02
Mère force l'enfant à manger	0.301	0.00	0.01	0.05	0.02
Mère semble concernée par le désordre	0.017*	-0.02	0.40	0.53	0.30
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.472	0.11	0.05	0.00	0.05
Enfant garde la nourriture en bouche	0.756	-0.23	-0.20	-0.23	-0.22
Enfant recrache la nourriture	0.010*	0.31	0.25	0.73	0.43
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0.346	0.00	0.00	0.05	0.02
Lutte pour le contrôle	0.006**	0.18	0.57	1.14	0.63
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge					
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire					
Mère manipule l'enfant de façon excessive					
Mère rate les signes de son enfant	0.566	0.01	0.04	0.10	0.05
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant					
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0.334	0.00	0.05	0.00	0.02
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)	0.336	-0.01	0.09	0.00	0.03
Non contingence maternelle	0.351	0.01	0.17	0.10	0.09

Pour la différence V2-V1

Items et variables	p-value	carotte	pdT	viande	Moyenne
Durée du repas (en sec)	0.640	2.27	56.88	120.72	59.96
Cuillères Refusées (%)	0.020*	17.23	-0.27	10.63	9.20
Forçage	0.624	-0.10	-0.19	0.00	-0.10
Domination/intrusivité	0.196	0.00	-0.10	0.03	-0.02
Reconnaissance	0.967	-0.12	-0.18	-0.13	-0.14
Elaboration	0.325	-0.42	-0.62	-0.82	-0.62
Regard parental	0.541	-0.26	-0.49	-0.29	-0.35
Affect positif parental	0.478	-0.44	-0.62	-0.28	-0.45
Humeur dépressive parentale	0.572	0.00	-0.12	-0.06	-0.06
Affect parental négatif	0.830	-0.04	0.19	0.00	0.05
Hostilité	0.039*	-0.07	-0.24	0.04	-0.09
Vocalisation appropriée	0.991	-0.41	-0.37	-0.40	-0.39
Anxiété parentale	0.529	0.41	0.18	0.40	0.33
Choix approprié d'affect	0.348	-0.15	-0.48	-0.25	-0.30
Consistance du style	0.501	-0.13	-0.40	-0.20	-0.24
Ressources/Ingéniosité	0.448	-0.03	-0.26	-0.32	-0.20
On-task ressource	0.539	-0.03	-0.20	-0.30	-0.18
Structure appropriée, pose de limites	0.485	-0.15	-0.30	-0.44	-0.30
Eloges, compliments	0.485	-1.59	-1.88	-1.39	-1.62
Critiques	0.343	-0.27	-0.17	0.00	-0.15
Touchers affectueux	0.215	-0.36	-0.62	-1.03	-0.67
Enthousiasme parental	0.551	-0.30	-0.56	-0.53	-0.46
Présence soutenante	0.713	-0.17	-0.34	-0.18	-0.23
Regard de l'enfant/Attention conjointe	0.654	-0.25	-0.48	-0.30	-0.35
Affect positif de l'enfant	0.857	-0.73	-0.52	-0.62	-0.62
Emotion négative de l'enfant	0.741	0.13	0.08	-0.05	0.05
Repli, retrait	0.723	0.08	0.00	0.03	0.04
Affect labile	0.381	-0.21	-0.23	0.12	-0.11
Affection de l'enfant pour le parent	0.034*	-0.23	-0.64	-1.07	-0.65
Vigilance	0.153	-0.06	-0.57	-0.42	-0.35
Fatigue	0.172	0.01	0.08	0.39	0.16
Vocalisation, productions verbales	0.530	-0.81	-0.92	-1.19	-0.97
Initiation de l'enfant	0.507	-0.47	-0.58	-0.79	-0.61
Obéissance au parent	0.669	-0.26	-0.53	-0.37	-0.39
Confiance dans l'aide du parent	0.326	-0.07	-0.42	-0.45	-0.31
Persistance	0.312	-0.01	-0.38	-0.45	-0.28
Evitement	0.081	0.08	-0.09	0.39	0.13
Compétence à utiliser l'environnement	0.005**	0.34	-0.24	-0.66	-0.19
Réciprocité Dyadique	0.446	-0.02	-0.16	-0.39	-0.19
Adaptation Régulation	0.922	-0.21	-0.12	-0.23	-0.19
Facilité	0.280	-0.32	-0.11	-0.64	-0.36
Frein	0.903	0.09	0.15	0.09	0.11
Tension	0.293	0.02	-0.04	0.34	0.10
Lorsque le parent dirige	0.099	-0.23	-0.56	-0.90	-0.56
Lorsque l'enfant dirige	0.356	-0.12	-0.14	0.26	0.00
Sensibilité parentale	0.708	-0.49	-0.66	-0.61	-0.59
Intrusivité parentale	0.588	-0.01	-0.06	0.08	0.00
Pose de limites par le parent	0.582	-0.10	-0.30	-0.31	-0.24
Engagement de l'enfant	0.239	0.12	-0.13	-0.24	-0.09
Repli de l'enfant	0.440	0.02	-0.06	0.12	0.03
Obéissance de l'enfant	0.367	-0.12	-0.44	-0.42	-0.33
Réciprocité Dyadique	0.550	-0.18	-0.13	-0.42	-0.24
Etats négatifs dyadiques	0.629	0.05	0.06	0.22	0.11
Distractibilité	0.599	-0.98	-0.69	-0.77	-0.81
Indépendance	0.123	0.34	-0.40	0.00	-0.02
Négociation	0.878	-0.35	-0.50	-0.54	-0.46
Efficacité alimentaire	0.603	-0.28	-0.61	-0.40	-0.43

Items et variables	p-value	carotte	pdt	viande	Moyenne
Mère positionne l'enfant pour échange	0.000**	0.29	-0.01	-0.67	-0.13
Mère parle à l'enfant	0.451	-0.06	-0.31	-0.30	-0.22
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0.009**	0.51	0.28	-0.15	0.21
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0.936	-0.02	-0.10	-0.10	-0.07
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	0.007**	-0.11	-0.48	-0.89	-0.49
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	0.202	0.01	0.27	0.41	0.23
Mère semble joyeuse	0.040*	0.04	0.24	0.59	0.29
Mère semble triste	0.437	0.10	0.12	0.42	0.21
Mère semble détachée	0.706	0.00	0.00	0.12	0.04
Mère positionne l'enfant sans support	0.362	-0.01	-0.15	-0.02	-0.06
Mère prend l'enfant de façon raide	0.234	0.06	-0.13	0.00	-0.02
Enfant regarde sa mère	0.069	0.39	-0.01	0.35	0.24
Enfant sourit à sa mère	0.822	-0.32	-0.31	-0.20	-0.28
Enfant semble joyeux	0.832	-0.14	-0.25	-0.13	-0.17
Enfant évite le regard maternel	0.097	-0.33	-0.26	0.09	-0.16
Enfant s'endort lors du repas	0.650	0.01	-0.09	0.00	-0.03
Réciprocité Dyadique	0.661	0.43	-1.20	-0.45	-0.41
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	0.308	-0.38	-0.06	-0.27	-0.24
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0.080	-0.37	-0.33	0.00	-0.23
Mère semble en détresse	0.547	-0.20	-0.35	-0.18	-0.24
Mère semble en colère	0.361	-0.09	-0.37	-0.33	-0.26
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.450	0.04	0.09	0.16	0.10
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	0.795	0.12	0.10	0.23	0.15
Enfant se détourne de la nourriture	0.314	-0.43	-0.30	-0.05	-0.26
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.303	0.00	-0.10	0.16	0.02
Enfant repousse la nourriture	0.306	-0.03	-0.28	-0.07	-0.12
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0.202	0.11	0.00	-0.16	-0.02
Enfant semble en détresse	0.841	-0.55	-0.72	-0.60	-0.62
Enfant semble en colère	0.916	-0.39	-0.37	-0.31	-0.36
Conflit Dyadique	0.556	-2.17	-2.70	-1.41	-2.09
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.158	-0.55	-0.27	-0.02	-0.28
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	0.003**	-0.24	-0.44	0.43	-0.08
Enfant facilement distrait	0.825	-0.34	-0.32	-0.17	-0.28
Enfant vocalise à sa mère	0.252	-0.05	-0.35	-0.35	-0.25
Paroles et distraction	0.130	-1.19	-1.39	-0.12	-0.90
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.520	-0.26	-0.18	-0.07	-0.17
Mère force l'enfant à manger	0.301	0.00	0.01	0.05	0.02
Mère semble concernée par le désordre	0.650	-0.66	-0.43	-0.47	-0.52
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.207	0.12	-0.12	-0.07	-0.02
Enfant garde la nourriture en bouche	0.591	-0.34	-0.27	-0.25	-0.29
Enfant recrache la nourriture	0.006**	0.25	0.03	0.66	0.31
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0.191	0.00	-0.05	0.05	0.00
Lutte pour le contrôle	0.142	-0.76	-0.97	-0.07	-0.60
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	0.545	0.01	-0.05	-0.05	-0.03
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire	1.000	0	0	0	0
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0.301	0.01	0.00	-0.10	-0.03
Mère rate les signes de son enfant	0.108	-0.03	-0.20	0.11	-0.04
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	0.372	-0.07	-0.13	0.00	-0.06
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0.423	-0.06	0.00	-0.05	-0.03
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)	0.336	-0.01	0.09	0.00	0.03
Non contingence maternelle	0.821	-0.16	-0.28	-0.10	-0.18

ANNEXE 20 : Two-sample t-test pour évaluer les différences significatives entre les profils de mères aux différentes dimensions de l'échelle SCORS-G

p-value	p < 0.05
---------	----------

Echelle COM :

data: x: COM avec profil = sain , et y: COM avec profil = problématique
t = 0.7834, df = 17.4750505192395, p-value = 0.4439
moyenne x: 5.583333 moyenne y: 5.375

Echelle AFF :

data: x: AFF avec profil = sain, et y: AFF avec profil = problématique
t = 0.7523, df = 10.8213758640258, p-value = 0.4679
moyenne x: 5.666667 moyenne y: 5.25

Echelle IER :

data: x: IER avec profil = sain, et y: IER avec profil = problématique
t = 1.3846, df = 11.5517949923349, p-value = 0.1923
moyenne x: 5.75 moyenne y: 5.25

Echelle IEM :

data: x: IEM avec profil = sain, et y: IEM avec profil = problématique
t = 2.8651, df = 11.8795387761415, p-value = 0.0143
moyenne x: 5.583333 moyenne y: 4.75

Echelle CCS :

data: x: CCS avec profil = sain, et y: CCS avec profil = problématique
t = -0.7109, df = 17.9999276717937, p-value = 0.4863
moyenne x: 5.416667 moyenne y: 5.625

Echelle AG :

data: x: AG avec profil = sain, et y: AG avec profil = problématique
t = -0.2774, df = 12.9740777666999, p-value = 0.7859
moyenne x: 4.166667 moyenne y: 4.25

Echelle EDS :

data: x: EDS avec profil = sain, et y: EDS avec profil = problématique
t = 2.5823, df = 9.22762151192162, p-value = 0.029
moyenne x: 5.416667 moyenne y: 4.375

Echelle ICS :

data: x: ICS avec profil = sain, et y: ICS avec profil = problématique
t = 3.8605, df = 8.8044499970254, p-value = 0.004
moyenne x: 6.75 moyenne y: 5.25

ANNEXE 21 : Corrélations entre le profil des mères et les variables indépendantes au repas V1

Corrélations bivariées de Pearson

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Variables indépendantes	profil des mères
Age mère	-0.48*
Age père	-0.27
Poids de naissance	0.09
Poids actuel	-0.24
Taille actuelle	-0.57**
Nombre d'enfants	-0.36
Place dans la fratrie	-0.36
Griffiths-échelle locomotrice	-0.06
Griffiths-échelle personnelle et sociale	0.02
Griffiths-échelle langage	-0.03
Griffiths-échelle coordination œil-main	0.01
Griffiths-échelle performance	-0.33
Tempérament -activité	0.04
Tempérament-rythmicité	-0.21
Tempérament-approche-repli	-0.19
Tempérament-adaptabilité	-0.13
Tempérament-intensité	-0.07
Tempérament-humeur	-0.17
Tempérament-persistance	-0.14
Tempérament-distractibilité	-0.09
Tempérament-seuil de sensibilité	-0.21
GHQ-symptômes somatiques	-0.33
GHQ-anxiété-insomnie	-0.20
GHQ-dysfonctionnement social	0.07
GHQ-dépression sévère	0.38
STAI-ETAT	0.17
STAI-TRAIT	0.37

ANNEXE 22 : Corrélations entre profil des mères et variables dépendantes (qualité des interactions au deux échelles) au repas V1

Corrélations bivariées de Pearson

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Variables et items de l'échelle CIB	profil des mères
Durée du repas (en sec)	0.04
Cuillères Refusées (%)	-0.31
Forçage	-0.04
Domination/intrusivité	-0.25
Reconnaissance	0.12
Elaboration	0.05
Regard parental	0.11
Affect positif parental	-0.24
Humeur dépressive parentale	0.08
Affect parental négatif	0.36
Hostilité	0.39
Vocalisation appropriée	-0.11
Anxiété parentale	-0.23
Choix approprié d'affect	-0.13
Consistance du style	-0.04
Ressources/Ingéniosité	0.26
On-task ressource	0.26
Structure appropriée, pose de limites	0.21
Eloges, compliments	-0.09
Critiques	0.47**
Touchers affectueux	0.22
Enthousiasme parental	0.02
Présence soutenante	-0.10
Regard de l'enfant/Attention conjointe	-0.20
Affect positif de l'enfant	-0.35
Emotion négative de l'enfant	0.01
Repli, retrait	-0.17
Affect labile	0.25
Affection de l'enfant pour le parent	0.07
Vigilance	0.13
Fatigue	-0.22
Vocalisation, productions verbales	-0.13
Initiation de l'enfant	0.12
Obéissance au parent	0.09
Confiance dans l'aide du parent	0.22
Persistance	-0.08
Evitement	0.25
Compétence à utiliser l'environnement	0.08
Réciprocité Dyadique	-0.11
Adaptation Régulation	0.04
Facilité	-0.08
Frein	-0.06
Tension	0.25
Lorsque le parent dirige	-0.11
Lorsque l'enfant dirige	0.15
Sensibilité parentale	-0.01
Intrusivité parentale	0.26
Pose de limites par le parent	0.18
Engagement de l'enfant	-0.14
Repli de l'enfant	0.15
Obéissance de l'enfant	0.09
Réciprocité Dyadique	-0.05
Etats négatifs dyadiques	0.18
Distractibilité	0.04
Indépendance	0.14
Négociation	-0.09
Efficacité alimentaire	-0.05

Items de l'échelle de Chatoor	profil des mères
Mère positionne l'enfant pour échange	0.06
Mère parle à l'enfant	-0.22
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	-0.43
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	-0.45*
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	-0.18
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	-0.42
Mère semble joyeuse	-0.34
Mère semble triste	-0.66**
Mère semble détachée	-0.38
Mère positionne l'enfant sans support	0.10
Mère prend l'enfant de façon raide	-0.28
Enfant regarde sa mère	-0.13
Enfant sourit à sa mère	-0.35
Enfant semble joyeux	-0.24
Enfant évite le regard maternel	-0.31
Enfant s'endort lors du repas	
Réciprocité Dyadique	-0.65**
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	0.24
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0.10
Mère semble en détresse	0.30
Mère semble en colère	0.35
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.28
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	-0.04
Enfant se détourne de la nourriture	-0.09
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	-0.07
Enfant repousse la nourriture	0.16
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	-0.07
Enfant semble en détresse	0.09
Enfant semble en colère	-0.04
Conflit Dyadique	0.20
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	-0.07
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	-0.05
Enfant facilement distrait	-0.05
Enfant vocalise à sa mère	-0.01
Paroles et distraction	-0.08
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0.23
Mère force l'enfant à manger	
Mère semble concernée par le désordre	0.30
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.25
Enfant garde la nourriture en bouche	0.11
Enfant recrache la nourriture	-0.15
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0.25
Lutte pour le contrôle	0.37
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	0.22
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire	
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0.28
Mère rate les signes de son enfant	0.17
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	0.19
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0.17
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)	
Non contingence maternelle	0.26

ANNEXE 23 : Corrélations entre les dimensions de l'échelle SCORS-G et les variables dépendantes (qualité des interactions alimentaires aux deux échelles)

Corrélations bivariées de Pearson

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

	COM	AFF	IER	IEM	CCS	AG	EDS	ICS
Durée du repas (en sec)	0.24	0.38	-0.22	-0.23	0.40	0.02	-0.30	-0.39
Cuillères Refusées (%)	-0.35	-0.09	0.75**	0.54*	-0.35	-0.25	0.35	0.44
Forçage	0.00	0.23	0.00	0.32	0.00	-0.08	0.04	0.11
Domination/intrusivité	-0.59**	-0.16	0.56*	0.33	-0.44	-0.23	-0.11	0.23
Reconnaissance	-0.36	0.28	0.06	0.04	0.02	-0.41	-0.08	-0.08
Elaboration	-0.07	0.41	-0.09	-0.15	-0.02	-0.12	-0.12	-0.05
Regard parental	0.00	0.30	-0.18	-0.21	-0.11	0.00	-0.32	-0.07
Affect positif parental	0.23	0.39	-0.12	0.06	-0.03	-0.10	0.03	0.23
Humeur dépressive parentale	0.17	-0.29	-0.32	-0.43	0.36	0.50*	-0.17	-0.22
Affect parental négatif	-0.04	0.35	-0.29	-0.07	-0.05	-0.25	0.02	-0.32
Hostilité	-0.14	0.25	-0.30	-0.24	-0.13	-0.10	-0.11	-0.30
Vocalisation appropriée	-0.34	0.58**	0.03	-0.03	-0.08	-0.39	0.14	0.12
Anxiété parentale	-0.14	0.11	0.18	-0.05	-0.15	-0.03	-0.38	-0.12
Choix approprié d'affect	0.17	0.07	0.04	0.14	0.02	0.00	-0.02	0.15
Consistance du style	0.00	0.26	-0.16	-0.18	-0.09	0.00	-0.28	-0.06
Ressources/Ingéniosité	-0.13	0.00	0.00	-0.07	-0.27	-0.05	-0.44	-0.24
On-task ressource	0.40	0.42	-0.50	-0.37	0.32	-0.05	-0.15	-0.24
Structure appropriée, pose de limites	0.53*	0.14	-0.50	-0.29	0.40	0.21	0.10	-0.21
Eloges, compliments	-0.19	0.37	0.24	0.17	0.08	-0.52	0.13	0.13
Critiques	-0.05	0.30	-0.25	-0.18	-0.07	-0.08	-0.06	-0.31
Touchers affectueux	-0.10	0.26	0.05	0.00	0.21	-0.12	-0.07	-0.11
Enthousiasme parental	0.19	0.46*	0.18	-0.11	0.18	-0.15	-0.11	-0.25
Présence soutenante	0.19	0.08	0.04	0.16	0.03	0.00	-0.03	0.17
Regard de l'enfant/Attention conjointe	0.47*	0.27	0.16	0.00	0.09	0.00	-0.09	-0.12
Affect positif de l'enfant	-0.02	-0.19	-0.26	0.14	-0.19	0.02	0.12	0.47*
Emotion négative de l'enfant	-0.30	-0.01	-0.29	0.02	-0.30	0.08	-0.32	-0.03
Repli, retrait	-0.18	-0.43	0.00	0.30	-0.10	0.00	0.30	0.28
Affect labile	-0.13	0.23	-0.35	-0.31	-0.08	-0.09	-0.15	-0.38
Affection de l'enfant pour le parent	0.22	0.35	0.16	-0.18	0.15	0.00	-0.15	-0.24
Vigilance	0.29	0.46*	0.14	-0.32	0.24	0.00	-0.24	-0.39
Fatigue	-0.29	-0.46	-0.14	0.32	-0.25	0.00	0.24	0.40
Vocalisation, productions verbales	0.22	0.00	-0.14	-0.20	-0.03	0.14	-0.36	-0.05
Initiation de l'enfant	0.32	-0.02	0.02	-0.29	0.19	0.14	-0.26	-0.22
Obéissance au parent	0.43	0.21	-0.03	-0.24	0.42	0.03	0.24	-0.10
Confiance dans l'aide du parent	-0.16	0.13	0.03	-0.68**	0.18	0.11	-0.33	-0.41
Persistance	0.00	0.13	0.24	-0.46	0.14	0.19	-0.42	-0.16
Evitement	-0.20	0.04	-0.19	0.34	-0.03	-0.18	0.28	0.06
Compétence à utiliser l'environnement	0.09	0.00	0.22	-0.32	0.06	0.26	-0.19	-0.14
Réciprocité Dyadique	0.16	0.19	0.04	-0.41	0.25	0.00	-0.07	-0.02
Adaptation Régulation	0.29	0.17	0.17	-0.12	0.47*	-0.08	0.22	-0.01
Facilité	0.13	0.11	0.16	-0.19	0.41	-0.10	0.09	0.07
Frein	0.10	-0.08	0.00	0.27	0.05	-0.11	0.32	0.00
Tension	-0.16	0.19	-0.36	-0.10	-0.12	-0.19	0.01	-0.25
Lorsque le parent dirige	0.13	0.13	0.41	-0.11	0.11	0.04	0.09	0.18
Lorsque l'enfant dirige	-0.04	-0.02	0.17	-0.25	0.32	0.07	-0.21	-0.21
Sensibilité parentale	-0.14	0.43	0.04	0.03	0.01	-0.31	-0.03	0.05
Intrusivité parentale	-0.15	0.33	-0.13	-0.03	-0.15	-0.18	-0.13	-0.24
Pose de limites par le parent	0.38	0.35	-0.48	-0.35	0.26	0.05	-0.14	-0.21
Engagement de l'enfant	0.26	0.03	-0.02	-0.16	0.03	0.13	-0.19	0.01
Repli de l'enfant	-0.31	0.03	-0.36	0.01	-0.21	-0.05	-0.09	-0.12
Obéissance de l'enfant	0.18	0.20	0.08	-0.53	0.34	0.13	-0.14	-0.25
Réciprocité Dyadique	0.21	0.16	0.13	-0.24	0.40	-0.07	0.09	0.02
Etats négatifs dyadiques	-0.10	0.13	-0.29	0.00	-0.08	-0.19	0.11	-0.21
Distractibilité	0.16	0.22	-0.44	0.09	-0.07	-0.03	-0.22	-0.14
Indépendance	0.03	-0.30	-0.30	-0.29	-0.10	0.49*	-0.24	0.02
Négociation	-0.22	0.26	-0.07	0.03	-0.11	-0.10	-0.14	-0.02
Efficacité alimentaire	0.42	0.04	0.25	-0.35	0.50*	0.27	-0.10	-0.18

	COM	AFF	IER	IEM	CCS	AG	EDS	ICS
Mère positionne l'enfant pour échange	-0.09	-0.35	0.08	-0.15	-0.13	0.38	-0.15	0.22
Mère parle à l'enfant	-0.29	0.39	0.11	0.26	-0.08	-0.34	0.16	0.37
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0.33	-0.07	0.20	0.42	0.12	0.00	0.16	0.15
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0.08	0.26	0.23	0.13	0.21	0.03	0.41	0.24
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	0.03	-0.28	0.40	0.13	-0.04	0.03	0.12	0.08
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	-0.34	0.00	0.64**	0.32	-0.06	-0.13	0.25	0.27
Mère semble joyeuse	-0.19	0.34	0.20	0.13	-0.14	-0.03	0.24	0.23
Mère semble triste	-0.36	0.23	0.14	0.28	-0.26	-0.31	0.32	0.64**
Mère semble détachée	-0.06	0.34	0.29	0.71**	0.07	-0.64**	0.65**	0.50*
Mère positionne l'enfant sans support	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Mère prend l'enfant de façon raide	-0.21	-0.16	0.19	-0.34	0.00	0.24	-0.34	0.08
Enfant regarde sa mère	0.37	0.32	0.35	0.05	0.29	0.03	0.37	0.19
Enfant sourit à sa mère	-0.08	0.18	0.29	-0.21	-0.07	-0.03	0.17	0.22
Enfant semble joyeux	0.02	0.03	0.31	-0.03	0.06	-0.17	0.09	0.03
Enfant évite le regard maternel	-0.27	0.42	0.13	0.00	-0.07	-0.31	-0.07	0.26
Enfant s'endort lors du repas								
Réciprocité Dyadique	-0.16	0.28	0.53*	0.27	-0.02	-0.22	0.41	0.54*
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	0.25	0.34	-0.09	0.19	-0.11	-0.19	-0.03	-0.07
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	-0.20	0.16	0.22	-0.05	0.25	-0.03	-0.13	-0.02
Mère semble en détresse	0.15	-0.23	-0.21	-0.49	-0.07	0.40	-0.45	-0.34
Mère semble en colère	0.17	0.04	-0.31	-0.40	-0.24	0.24	-0.43	-0.32
Enfant se raidit quand la mère le touche	0.21	-0.49	-0.19	-0.57**	0.00	0.72**	-0.57**	-0.40
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	0.11	0.00	0.21	0.31	0.06	-0.13	0.63**	0.18
Enfant se détourne de la nourriture	-0.08	-0.26	0.09	0.58**	-0.16	-0.09	0.33	0.37
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfant repousse la nourriture	0.16	0.30	-0.11	0.11	0.00	-0.29	0.06	-0.17
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfant semble en détresse	-0.41	0.09	-0.32	-0.10	-0.35	-0.19	-0.27	-0.02
Enfant semble en colère	-0.45	-0.09	-0.29	-0.12	-0.32	-0.03	-0.22	0.17
Conflit Dyadique	-0.09	0.04	-0.21	-0.05	-0.23	-0.03	-0.19	-0.07
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0.46*	0.48*	-0.28	-0.21	0.52*	-0.39	-0.05	-0.31
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	-0.12	0.30	0.29	0.14	-0.29	-0.05	0.17	0.14
Enfant facilement distrait	0.34	0.31	0.00	-0.44	0.55*	-0.09	0.00	-0.19
Enfant vocalise à sa mère	0.19	0.00	-0.27	-0.43	0.27	0.22	-0.16	-0.19
Paroles et distraction	0.37	0.50*	-0.07	-0.37	0.45*	-0.17	0.01	-0.23
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	-0.31	0.03	-0.41	-0.36	-0.47*	0.00	-0.27	0.00
Mère force l'enfant à manger								
Mère semble concernée par le désordre	0.00	0.17	-0.32	-0.09	-0.02	0.03	-0.38	-0.28
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0.13	-0.32	-0.25	-0.52*	-0.22	0.46*	-0.45*	-0.21
Enfant garde la nourriture en bouche	0.00	0.33	0.00	0.00	0.16	-0.33	0.00	-0.22
Enfant recrache la nourriture	-0.03	0.03	0.36	0.40	-0.23	-0.28	0.02	0.17
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	-0.28	0.22	-0.26	-0.47*	-0.16	0.00	-0.31	-0.33
Lutte pour le contrôle	-0.14	0.05	-0.36	-0.27	-0.35	0.08	-0.47*	-0.18
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	-0.27	0.21	-0.25	-0.45*	-0.15	0.00	-0.30	-0.31
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire								
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0.21	-0.49*	-0.19	-0.57**	0.00	0.72**	-0.57**	-0.40
Mère rate les signes de son enfant	-0.27	0.32	-0.25	-0.44*	-0.23	0.00	-0.37	-0.26
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	-0.28	0.22	-0.26	-0.46*	-0.16	0.00	-0.31	-0.32
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	-0.26	0.21	-0.25	-0.44	-0.15	0.00	-0.29	-0.31
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement)								
Non contingence maternelle	-0.21	0.12	-0.31	-0.60**	-0.18	0.20	-0.49	-0.40

ANNEXE 24 : Données descriptives des trois études de cas

En grisé sont les données non renseignées

	Mme A	Mme B	Mme C
Age enfant	24	15	24
Sexe enfant	F	M	M
Age mère	26	30	32
Age père	42	33	35
Nombre d'enfants	2	1	5
Place dans la fratrie	2	1	5
Griffiths-total	97	99	87
Tempérament -activité	5	3.75	
Tempérament-rythmicité	2.17	1.17	
Tempérament-approche-repli	2	3.33	
Tempérament-adaptabilité	4	3	
Tempérament-intensité	2.67	4.17	
Tempérament-humeur	2.8	4.33	
Tempérament-persistance	5.33	3.6	
Tempérament-distractibilité	2.67	4.33	
Tempérament-seuil de sensibilité	3.5	2	
GHQ-symptômes somatiques	0	0	0
GHQ-anxiété-insomnie	1	3	0
GHQ-dysfonctionnement social	5	0	0
GHQ-dépression sévère	5	1	0
STAI-ETAT	45	41	20
STAI-TRAIT	59	53	24

Au repas V1	Mme A	Mme B	Mme C
Durée du repas (en sec)	933	1120	600
Cuillères Refusées (%)	0	0	0
Echelle CIB	Mme A	Mme B	Mme C
Forçage	1	1	3
Domination/intrusivité	1	1	1
Reconnaissance	4	5	5
Elaboration	4	5	3
Regard parental	5	5	5
Affect positif parental	3.5	5	5
Humeur dépressive parentale	2	1	1
Affect parental négatif	1	1	4
Hostilité	1	1	1
Vocalisation appropriée	3	5	5
Anxiété parentale	2	1	1
Choix approprié d'affect	5	5	5
Consistance du style	5	5	4
Ressources/Ingéniosité	5	5	4
On-task ressource	5	5	5
Structure appropriée, pose de limites	5	5	4
Eloges, compliments	1	5	1
Critiques	1.5	1	4
Touchers affectueux	5	5	3
Enthousiasme parental	4	5	4
Présence soutenante	5	5	4
Regard de l'enfant, Attention conjointe	5	5	4.5
Affect positif de l'enfant	4	4	2
Emotion négative de l'enfant	2	1	5
Repli, retrait	1	1	1
Affect labile	1	1	4
Affection de l'enfant pour le parent	5	5	2
Vigilance	5	5	5
Fatigue	1	1	1
Vocalisation, productions verbales	5	5	5
Initiation de l'enfant	5	5	4
Obéissance au parent	3.5	5	2
Confiance dans l'aide du parent	5	5	4
Persistance	5	5	4
Evitement	1	1	4
Compétence à utiliser l'environnement	5	5	1
Réciprocité Dyadique	4	5	4
Adaptation Régulation	4	5	2
Facilité	4	5	1
Frein	1	1	1
Tension	1	1	5
Lorsque le parent dirige	4	5	2
Lorsque l'enfant dirige	4	5	5
Sensibilité maternelle (parentale)	4.05	5	4
Intrusivité parentale	1.25	1	2.33
Pose de limites par le parent	5	5	4.33
Engagement de l'enfant	4.38	4	3.36
Repli de l'enfant	1.25	1	3.50
Obéissance de l'enfant	4.50	5	3.33
Réciprocité Dyadique	4	5	2.33
Etats négatifs dyadiques	1	1	1
Distractibilité	3	1	2
Indépendance	5	1	4
Négociation	4	1	2
Efficacité alimentaire	5	5	5

Echelle de Chatoor	Mme A	Mme B	Mme C
Mère positionne l'enfant pour échange	3	3	2
Mère parle à l'enfant	1	1	2
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0	0	1
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0	1	0
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	1	3	1
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	1	2	2
Mère semble joyeuse	0	1	2
Mère semble triste	1	2	3
Mère semble détachée	1	3	3
Mère positionne l'enfant sans support	3	3	3
Mère prend l'enfant de façon raide	3	3	3
Enfant regarde sa mère	1	2	1
Enfant sourit à sa mère	1	1	0
Enfant semble joyeux	1	2	1
Enfant évite le regard maternel	2	3	2
Enfant s'endort lors du repas	3	3	3
Réciprocité Dyadique	22	33	29
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	0	0	0
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	1	0	1
Mère semble en détresse	2	0	0
Mère semble en colère	2	0	0
Enfant se raidit quand la mère le touche	1	0	0
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	0	0	0
Enfant se détourne de la nourriture	1	0	0
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0	0	0
Enfant repousse la nourriture	0	0	0
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0	0	0
Enfant semble en détresse	1	0	0
Enfant semble en colère	1	0	0
Conflit Dyadique	9	0	1
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	1	1	0
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	1	1	2
Enfant facilement distrait	2	1	0
Enfant vocalise à sa mère	2	1	1
Paroles et distraction	6	4	3
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0	0	0
Mère force l'enfant à manger	0	0	0
Mère semble concernée par le désordre	1	0	1
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	1	0	0
Enfant garde la nourriture en bouche	0	0	0
Enfant recrache la nourriture	0	0	0
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0	0	0
Lutte pour le contrôle	2	0	1
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	0	0	0
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire	0	0	0
Mère manipule l'enfant de façon excessive	2	0	0
Mère rate les signes de son enfant	0	0	0
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	0	0	0
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0	0	0
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)	0	0	0
Non contingence maternelle	2	0	0

Aux interactions de jeu, échelle CIB	Mme A	Mme B	Mme C
Forçage	1	1	1
Domination/intrusivité	1	1	1
Reconnaissance	2	5	4
Elaboration	3	4	3
Regard parental	2.5	5	5
Affect positif parental	4	5	5
Humeur dépressive parentale	4	1	1
Affect parental négatif	1	1	1
Hostilité	1	1	1
Vocalisation appropriée	1	5	4
Anxiété parentale	3	1	1
Choix approprié d'affect	1	5	5
Consistance du style	4	5	5
Ressources/Ingéniosité	4	5	3
On-task ressource	4	5	4
Structure appropriée, pose de limites	4	5	5
Eloges, compliments	2	4	3
Critiques	1	1	1
Touchers affectueux	1	4	5
Enthousiasme parental	4.5	5	4
Présence soutenante	4.5	5	4
Regard de l'enfant, Attention conjointe	2.5	5	5
Affect positif de l'enfant	4	4	5
Emotion négative de l'enfant	1	1	1
Repli, retrait	2	1	1
Affect labile	1.5	1	1
Affection de l'enfant pour le parent	3.5	5	4
Vigilance	4	4	5
Fatigue	1	1	1
Vocalisation, productions verbales	3	4	4
Initiation de l'enfant	3	4	4
Obéissance au parent	3.5	4	3
Confiance dans l'aide du parent	3.5	5	4
Persistance	4	4	5
Evitement	1.5	1	1
Compétence à utiliser l'environnement	4	5	4
Réciprocité Dyadique	4	5	5
Adaptation Régulation	4	5	5
Facilité	3.5	5	4
Frein	1	1	1
Tension	1.5	1	1
Lorsque le parent dirige	3.5	5	4
Lorsque l'enfant dirige	4	5	5
Sensibilité maternelle (parentale)	2.5	4.7	4.1
Intrusivité parentale	1.3	1.0	1.0
Pose de limites par le parent	4.0	5.0	4.7
Engagement de l'enfant	3.1	4.0	4.0
Repli de l'enfant	1.5	1.0	1.0
Obéissance de l'enfant	3.7	4.3	4.0
Réciprocité Dyadique	3.8	5.0	4.7
Etats négatifs dyadiques	1.0	1.0	1.0

Au repas V2	Mme A	Mme B	Mme C
Durée du repas (en sec)	725	1264	363
Cuillères Refusées (%)	20	12.5	99
Echelle CIB	Mme A	Mme B	Mme C
Forçage	1	1	2
Domination/intrusivité	1	1	1
Reconnaissance	4	5	3
Elaboration	3	4	4
Regard parental	5	5	4
Affect positif parental	4	5	2
Humeur dépressive parentale	1	1	1.5
Affect parental négatif	1	1	3
Hostilité	1	1	1
Vocalisation appropriée	4	4	4
Anxiété parentale	2	1	3
Choix approprié d'affect	5	5	4
Consistance du style	5	5	3
Ressources/Ingéniosité	4	5	4
On-task ressource	5	5	3
Structure appropriée, pose de limites	4	5	3
Eloges, compliments	1	1	2
Critiques	1	1	2
Touchers affectueux	4	5	3
Enthousiasme parental	4	5	3
Présence soutenante	5	5	4
Regard de l'enfant, Attention conjointe	5	5	3.5
Affect positif de l'enfant	4	5	4
Emotion négative de l'enfant	2	1	2
Repli, retrait	1	1	2
Affect labile	1	1	2
Affection de l'enfant pour le parent	4	5	4
Vigilance	5	5	4
Fatigue	1	1	1
Vocalisation, productions verbales	5	4	4
Initiation de l'enfant	4	4	3
Obéissance au parent	4	5	2.5
Confiance dans l'aide du parent	4	5	3.5
Persistance	5	5	4
Evitement	1	1	2
Compétence à utiliser l'environnement	4	5	5
Réciprocité Dyadique	4	5	3
Adaptation Régulation	4	5	3
Facilité	4	5	3
Frein	1	1	1
Tension	1	1	2
Lorsque le parent dirige	4	4	3
Lorsque l'enfant dirige	5	4	4
Sensibilité maternelle (parentale)	3.9	4.3	3.4
Intrusivité parentale	1.2	1.0	2.0
Pose de limites par le parent	4.7	5.0	3.0
Engagement de l'enfant	4.4	4.7	3.6
Repli de l'enfant	1.1	1.0	2.0
Obéissance de l'enfant	4.3	5.0	3.3
Réciprocité Dyadique	4.0	5.0	3.0
Etats négatifs dyadiques	1.0	1.0	1.0
Distractibilité	1	2	4
Indépendance	5	1	2
Négociation	2	1	4
Efficacité alimentaire	4	5	1

Echelle de Chatoor	Mme A	Mme B	Mme C
Mère positionne l'enfant pour échange	2	3	2
Mère parle à l'enfant	2	2	3
Mère fait des remarques positives sur l'enfant	0	0	0
Mère fait des remarques positives sur l'alimentation de l'enfant	0	0	0
Mère attend que l'enfant initie l'interaction	1	2	1
Mère montre du plaisir lors de l'interaction	2	3	1
Mère semble joyeuse	2	2	0
Mère semble triste	2	3	1
Mère semble détachée	3	3	0
Mère positionne l'enfant sans support	3	3	0
Mère prend l'enfant de façon raide	3	3	1
Enfant regarde sa mère	2	2	2
Enfant sourit à sa mère	1	2	0
Enfant semble joyeux	2	2	0
Enfant évite le regard maternel	3	3	2
Enfant s'endort lors du repas	3	3	0
Réciprocité Dyadique	31	36	13
Mère fait des remarques négatives sur l'enfant	1	0	1
Mère fait des remarques négatives sur l'alimentation de l'enfant	0	0	2
Mère semble en détresse	0	0	2
Mère semble en colère	0	0	2
Enfant se raidit quand la mère le touche	1	0	1
Enfant refuse d'ouvrir la bouche ou de manger	1	0	3
Enfant se détourne de la nourriture	1	1	3
Enfant pleure quand on lui apporte la nourriture	0	0	0
Enfant repousse la nourriture	1	0	3
Enfant s'arc-boute en arrière quand on lui présente la nourriture	0	0	0
Enfant semble en détresse	0	0	1
Enfant semble en colère	0	0	1
Conflit Dyadique	5	1	19
Mère distrait ou autorise la distraction de l'enfant	0	0	0
Mère dit à l'enfant quoi faire, quoi manger etc.	2	0	2
Enfant facilement distrait	1	0	3
Enfant vocalise à sa mère	1	1	1
Paroles et distraction	4	1	6
Mère contrôle l'alimentation en dominant les signes de son enfant	0	0	0
Mère force l'enfant à manger	0	0	2
Mère semble concernée par le désordre	0	0	1
Mère touche et manipule l'enfant de façon abrupte	0	0	0
Enfant garde la nourriture en bouche	0	0	0
Enfant recrache la nourriture	0	0	3
Enfant bouge et enfonce sa langue automatiquement	0	0	0
Lutte pour le contrôle	0	0	6
Mère positionne l'enfant de façon non adaptée à son âge	0	0	0
Mère touche l'enfant pour jouer pour le distraire	0	0	0
Mère manipule l'enfant de façon excessive	0	0	0
Mère rate les signes de son enfant	0	0	0
Mère interrompt le repas, engendrant la détresse de l'enfant	0	0	0
Enfant pleure quand la nourriture est retirée	0	0	0
Enfant vomit, rumine (mâche inlassablement et indéfiniment)	0	0	0
Non contingence maternelle	0	0	0

Scores aux dimensions de la SCORS-G	Mme A	Mme B	Mme C
COM	5	6	5
AFF	3	7	5
IER	5	7	6
IEM	4	4	4
CCS	5	6	6
AG	6	4	4
EDS	4	5	4
ICS	5	4	7
profile	problématique	sain	problématique