

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche « Médecine et Techniques Médicales »

Année universitaire 2011/2012

**Mémoire pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE**

Présenté par **Elodie LE FLOCH – ROCH** (née le 16/10/1986)

Alimentation et autisme.

Élaboration d'un bilan d'alimentation pour un Foyer d'Accueil Médicalisé et réalisation d'une plaquette sur les adaptations et aménagements pour un repas facilité.

Président du Jury : Mme Christine NUEZ, Orthophoniste

Directrice du mémoire : Mme Emmanuelle PRUDHON, Orthophoniste

Membre du Jury : Mr René TUFFREAU, Pédopsychiatre

« Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

Sommaire

Remerciements.....	3
Introduction	11
Partie théorique	13
CHAPITRE 1 : L'ORALITE ALIMENTAIRE	14
1. Développement de l'oralité alimentaire	14
1.1. Oralité primaire et secondaire	14
1.1.1. Au stade fœtal	14
1.1.2. Oralité alimentaire primaire	14
1.1.2.1. Les réflexes oraux du nouveau-né	15
1.1.2.2. La déglutition.....	15
1.1.3. Oralité alimentaire secondaire	16
1.1.3.1. Double stratégie alimentaire	16
1.1.3.2. Mastication	17
1.1.3.3. Praxies alimentaires et socialisation.....	17
2. Développement des goûts et préférences alimentaires.....	17
2.1. La part d'inné	18
2.2. Les acquisitions anté-natales et post-natales	18
3. L'acte de manger.....	19
3.1. Les facteurs physiologiques et biologiques.....	19
3.1.1. La mastication	19
3.1.2. La déglutition adulte	20
3.1.2.1. Temps buccal.....	21
3.1.2.2. Le temps pharyngien	21
3.1.2.3. Temps œsophagien	21

3.1.2.4.	Les déglutitions secondaires	21
3.1.2.5.	Les fausses routes alimentaires.....	22
3.1.2.6.	Le reflux gastro-oesophagien	22
3.1.3.	Tous les sens impliqués	23
3.1.3.1.	Gustation et olfaction.....	23
3.1.3.2.	Les autres sens	24
3.2.	Les facteurs socioculturels et psychoaffectifs	25
3.2.1.	Les facteurs socioculturels	25
3.2.2.	Les facteurs psychoaffectifs.....	26
4.	Le temps du repas.....	26
4.1.	Un temps social	26
4.2.	Un temps qui rythme nos journées	27
CHAPITRE 2 : L'AUTISME	29
1.	Qu'est-ce que l'autisme ?	29
2.	Les critères de classification	30
2.1.	Altération qualitative des interactions sociales et de la communication.....	33
2.2.	Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.....	34
3.	Les particularités cognitives de la personne avec autisme	35
3.1.	Les fonctions cognitives.....	35
3.1.1.	L'attention.....	35
3.1.2.	Les fonctions exécutives	36
3.1.2.1.	La planification.....	36
3.1.2.2.	La flexibilité mentale.....	36
3.1.2.3.	L'inhibition.....	36
3.2.	Une expérience du temps particulière	37
3.3.	Le rôle des neurones miroirs	39

4.	Les particularités motrices de la personne avec autisme.....	40
4.1.	Tonus musculaire et posture.....	41
4.2.	Les troubles praxiques dans l'autisme.....	42
5.	Les particularités sensorielles de la personne avec autisme.....	43
5.1.	Au niveau olfactif.....	44
5.2.	Au niveau gustatif	44
5.3.	Au niveau tactile.....	45
5.4.	Sur le plan visuel	46
5.5.	Au niveau auditif.....	47
5.6.	Au niveau labyrinthique	50
5.7.	Malvoyance de l'E-Motion	50
CHAPITRE 3 : PARTICULARITES DE L'ALIMENTATION CHEZ LA PERSONNE AVEC AUTISME		52
1.	Quels troubles des conduites alimentaires ?.....	52
1.1.	Sélectivité, refus	53
1.2.	Un autre trouble fréquent : le syndrome pica.....	54
1.3.	Le mérycisme	55
2.	L'influence des particularités sensorielles sur l'alimentation	55
2.1.	Les afférences sensorielles inhérentes au repas	56
2.1.1.	Les afférences visuelles	56
2.1.2.	Les stimulations auditives.....	57
2.1.3.	Les stimulations gustatives et olfactives.....	57
2.1.4.	Les stimulations tactiles et proprioceptives	57
2.2.	Les défenses tactiles	58
2.3.	Le syndrome de dysoralité sensorielle	60
2.3.1.	Le réflexe nauséux	61
2.3.2.	L'hyper nauséux.....	61
2.3.3.	Le syndrome de dysoralité sensorielle.....	62

3.	Les autres difficultés inhérentes au temps du repas	62
3.1.	Les difficultés motrices	62
3.1.1.	Posture.....	62
3.1.2.	Difficultés de motricité fine	63
3.1.3.	Mastication et déglutition	63
3.2.	Difficultés d'ordre socioculturelles et psychoaffectives	64
3.3.	Difficultés liées au « temps du repas ».....	64
4.	Des soins et une hygiène bucco-dentaires difficiles.....	65
CHAPITRE 4 : REFLEXION SUR LES ADAPTATIONS ET SOINS		68
1.	Repérer les besoins.....	68
1.1.	Évaluation des habitudes alimentaires	69
1.1.1.	Le Children's Eating Behavior Inventory (CEBI)	69
1.1.2.	Les questionnaires pour les parents d'enfants avec autisme.....	70
1.1.3.	Les listes d'aliments acceptés	70
1.1.4.	Le menu de trois journées types.....	71
1.2.	Le bilan d'alimentation	71
1.2.1.	Anamnèse.....	72
1.2.2.	Bilan fonctionnel.....	72
1.2.2.1.	Evaluation de la sphère bucco-pharyngée	72
1.2.2.2.	Observation des prises alimentaires	73
1.2.2.3.	Observation de la situation de communication.....	73
2.	Adaptation et soins	74
2.1.	Pendant le repas.....	74
2.1.1.	Adaptations spécifiques au temps du repas.....	74
2.1.1.1.	Installation de la personne et de son aidant	74
2.1.1.2.	Aménagements de la table	75
2.1.1.3.	Aménagement de la nourriture	76

2.1.2.	Adaptations non spécifiques au repas	77
2.1.2.1.	Repérer le temps du repas.....	77
2.1.2.2.	Aménagement de l'environnement.....	77
2.1.2.3.	Aménagement de la situation de communication.....	78
2.2.	En dehors des repas	78
2.2.1.	L'ordonnance « miam-miam ».....	78
2.2.2.	Désensibilisation de C. SENEZ	80
2.2.3.	Offrir un moyen de communication.....	82
2.2.3.1.	Les objets référents	82
2.2.3.2.	Les supports visuels en deux dimension.....	83
2.2.3.3.	Les signes	84
2.2.3.4.	Le Makaton.....	84
2.3.	Les contraintes en institution.....	85
Partie Pratique.....		87
CHAPITRE 1 : CREATION D'UN BILAN D'ALIMENTATION A L'USAGE DU FAM DES LUCINES		88
1.	Le foyer d'accueil médicalisé « les Lucines »	88
2.	La nécessité d'un bilan d'alimentation adapté	89
3.	Méthodologie	90
3.1.1.	Le bilan d'alimentation	90
3.1.1.1.	Informations générales	90
3.1.1.2.	Evaluation de l'alimentation.....	91
3.1.1.3.	Evaluation de la sensibilité	94
3.1.1.4.	Evaluation de la sphère bucco-pharyngée	95
3.1.2.	Évaluation des comportements et habitudes alimentaires.....	97
3.1.2.1.	Questionnaire sur les comportements alimentaires	97
3.1.2.2.	Liste des aliments acceptés.....	100
3.1.2.3.	Menu des trois journées types	101

4.	Etudes de cas	101
4.1.	Cas de Mlle N.....	101
4.2.	Cas de Mlle C.....	109
4.3.	Cas de M. B.....	116
5.	Discussion	122
5.1.	Évaluation de l'alimentation	122
5.2.	Évaluation des comportements et habitudes alimentaires	124
CHAPITRE 2 : CREATION D'UNE PLAQUETTE DE CONSEILS D'AMENAGEMENTS AUTOUR DU REPAS POUR LA PERSONNE AVEC AUTISME		128
1.	Objectif de notre travail.....	128
2.	Méthodologie	129
2.1.	Description du livret d'information.....	129
2.2.	Ordre de présentation des aménagements	130
2.2.1.	Repérer le temps du repas	130
2.2.2.	Aménager l'environnement.....	130
2.2.3.	Adapter l'installation de la personne	131
2.2.4.	Adapter les outils du repas	131
2.2.5.	Adapter l'alimentation	131
2.3.	Vocabulaire utilisé.....	132
2.4.	Illustrations :	132
Conclusion		133
Bibliographie.....		134
Annexes		139

Introduction

« J'avais un gros problème avec la nourriture. J'aimais les choses simples et qui n'avaient pas de goût. Mes aliments préférés étaient les céréales - nature, sans lait -, le pain, les crêpes, les macaronis, les spaghettis, les pommes de terre et le lait. J'y trouvais un réconfort et un apaisement, parce que j'en mangeais depuis toujours. Je ne voulais goûter à rien de nouveau.

J'étais très sensible à la texture des aliments et il fallait que je les touche d'abord avec les mains avant de les mettre à la bouche. [...]. Je n'acceptais de manger que des choses que je connaissais bien ; tout le reste me faisait peur. » (BARON, S., 1992)¹

« Quand j'eus environ trois ans, je donnais quelques signes de malnutrition. » (WILLIAMS, 1992)²

L'oralité est un terme issu du vocabulaire psychanalytique qui signifie l'ensemble des fonctions attribuées à la bouche (DELAOUTRE-LONGUET, 2007)³. Pour l'être humain, les fonctions de l'oralité concernent les actes aussi divers que l'alimentation, la ventilation, l'exploration tactile et gustative, le cri et le langage, guidant sa survie et la communication (ABADIE, 2004)⁴.

Si les troubles du langage et de la communication chez la personne avec autisme sont largement étudiés, prenant part même au diagnostic, les troubles de l'oralité alimentaire sont beaucoup moins connus. Pourtant, l'alimentation est l'un des besoins fondamentaux de l'homme.

¹ BARON, J., & BARON, S. (1992). *Moi, l'enfant autiste*. Paris: J'ai lu.

² WILLIAMS, D. (1992). *Si on me touche je n'existe plus*. Paris: J'ai lu.

³ DELAOUTRE-LONGUET, C. (2007). Prématurité et succion. *Glossa*, 99, pp. 48-63.

⁴ ABADIE, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique : les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant* (22), pp. 57-70.

La partie théorique de ce mémoire amène une réflexion sur les multiples raisons qui font du repas et de l'alimentation une activité difficile pour les personnes avec autisme. En effet, les implications sont diverses : le repas est un moment social, riche en stimulations de toutes sortes, et qui requiert des capacités cognitives et motrices efficaces et coordonnées. Or, si seuls les troubles des interactions sociales sont pris en compte dans le diagnostic de l'autisme, les recherches et témoignages à ce sujet nous indiquent que les personnes avec autisme ont un fonctionnement particulier à tous ces niveaux.

Diverses adaptations peuvent être proposées aux personnes avec autisme pour leur rendre le repas plus acceptable. Pour déterminer les aménagements nécessaires de manière personnalisée, une évaluation globale des facteurs personnels et environnementaux est indispensable. C'est dans cette optique que nous avons décidé d'élaborer un bilan d'alimentation spécifique au foyer d'accueil médicalisé des Lucines, à Saint Sébastien sur Loire, où j'ai effectué mon stage de fin d'étude.

Afin de poursuivre ce travail autour des adaptations du temps du repas, nous avons également réalisé une plaquette d'information sur les aménagements possibles pour améliorer ce temps pluriquotidien. Ce livret est donc destiné aux familles et aux professionnels accompagnant des personnes avec autisme lors du repas.

Partie théorique

CHAPITRE 1 : L'ORALITE ALIMENTAIRE

1. Développement de l'oralité alimentaire

1.1. Oralité primaire et secondaire

1.1.1. Au stade fœtal

L'oralité motrice émerge chez l'embryon entre le quarantième et le cinquantième jour de vie fœtale. Les premiers mouvements de succion apparaissent vers la dixième semaine, et y succède la déglutition entre la douzième et quinzième semaine (THIBAUT, 2007)⁵. Dès le troisième mois de gestation s'ébauche le réflexe de succion à la stimulation labiale. C'est le début de l'oralité primaire.

La succion est donc un réflexe inné qui se met en place de manière très précoce. Selon THIBAUT (2007), cette activité motrice est nécessaire à la bonne croissance de la cavité buccale, et va permettre le développement de la déglutition. Le couple succion-déglutition va être entraîné tout au long de la vie fœtale, par la déglutition du liquide amniotique et la succion des doigts et des orteils, pour être totalement efficace à la naissance.

1.1.2. Oralité alimentaire primaire

Si le couple succion-déglutition est efficient à la naissance, l'activité motrice nécessaire à l'alimentation est bien différente de la déglutition du liquide amniotique. En effet, SENEZ (2002)⁶ explique que le liquide amniotique est disponible en permanence et accessible au fœtus par un simple lapement de langue. Pour déglutir le lait, le bébé doit d'abord mettre en bouche le mamelon de sa mère ou la tétine d'un biberon, pour aspirer le lait dans un mouvement de succion. Le fonctionnement de ce couple succion-déglutition va évoluer grâce aux expériences sensori-motrices répétitives et pluriquotidiennes dans les premiers mois de vie (DELAOUTRE-LONGUET, 2007).

⁵ THIBAUT, C. (2007). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant*. Paris: Masson.

⁶ SENEZ, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille: Solal.

1.1.2.1. Les réflexes oraux du nouveau-né

Nous avons vu précédemment que la succion était un réflexe inné. Néanmoins, Catherine SENEZ (2002) rappelle qu'il s'agit d'un « *acte complexe qui demande un équipement neurologique et anatomique intact* ». Elle présente les différents réflexes oraux archaïques qui le conduisent :

- **les points cardinaux** : un simple frottement sur la joue va provoquer l'orientation de la tête du bébé du côté de la stimulation et l'effleurement de la lèvre supérieure va entraîner une légère ouverture de la bouche et une propulsion des lèvres. Ces réflexes permettent à l'enfant de chercher le mamelon et de le mettre en bouche.
- **le nauséux** : lorsque le système sensoriel gustatif détecte une substance différente du lait en goût, en texture ou en température, le réflexe nauséux inverse le réflexe de déglutition afin que cette substance ne soit pas ingérée. Il s'agit donc d'un mécanisme de protection empêchant l'ingestion d'éléments non comestibles.
- **l'automatisme d'orientation de la langue** : une stimulation tactile d'un bord de la langue proche de l'apex (la pointe de la langue) déclenche l'orientation de la masse linguale vers la stimulation. Ce réflexe n'influe pas sur la succion, mais fait preuve des capacités du nourrisson à mobiliser sa langue latéralement, activité nécessaire à la mastication.
- **la pression alternative** : il s'agit de l'alternance d'ouverture-fermeture de la mandibule venant faire pression sur le mamelon ou la tétine pour faire jaillir le lait. Cet automatisme participe donc à la succion. Ce réflexe peut persister chez la personne avec un polyhandicap, entravant l'alimentation à la cuillère et l'hydratation au verre.
- **le réflexe de succion** : la simple introduction d'un doigt dans la bouche provoque sa fermeture et une forte aspiration.
- **le réflexe de toux** : seul réflexe qui persiste normalement à l'âge adulte, il protège les voies respiratoires de l'introduction de substances telles que la salive et les aliments.

1.1.2.2. La déglutition

Le réflexe de déglutition est déclenché lorsque l'aliment arrive à l'isthme du gosier. Il est entraîné par toutes les stimulations tactiles, gustatives et olfactives reçues par les lèvres et la cavité buccale (THIBAUT, 2007). Il nécessite une parfaite coordination avec la ventilation afin d'éviter les fausses routes, c'est-à-dire le passage d'aliments ou de salive dans le larynx.

Temps de préparation buccale :

Afin de remplir la cavité buccale de lait, le nouveau-né va le faire jaillir grâce à des séquences de trois ou quatre coups de pression alternative autour du mamelon ou de la tétine, associés à des mouvements antéropostérieurs de la langue qui créent une aspiration (SENEZ, 2002). Le voile du palais est alors en contact avec la base de langue, séparant la cavité buccale de l'oropharynx, laissant le lait s'accumuler dans la bouche et permettant à l'enfant de continuer à respirer pendant cette phase. La déglutition est alors inhibée automatiquement.

Déglutition proprement dite :

Lorsque la cavité buccale est pleine de lait, la langue vient en appui contre le palais, créant une hyperpression dans la bouche et entraînant le lait vers l'oropharynx et le sphincter supérieur de l'œsophage. SENEZ (2002) précise qu'à cet instant, le voile du palais se relève et la respiration s'arrête, pour reprendre dès que le lait se sera introduit dans l'œsophage.

1.1.3. Oralité alimentaire secondaire

L'oralité alimentaire secondaire correspond à la stratégie alimentaire adulte. Elle nécessite un long apprentissage de la part de l'enfant. Les schèmes de déglutition adulte sont acquis vers 2 ans, mais le geste de la mastication ne sera parfaitement intégré que vers 6 ans.

1.1.3.1. Double stratégie alimentaire

Avec la diversification alimentaire, l'enfant va devoir apprendre à manger à la cuillère. Il va devoir passer d'un schème moteur de type succion à un contrôle des aliments dans la cavité buccale. Peu à peu, il va apprendre à mobiliser la nourriture latéralement pour rassembler le bol alimentaire, et enfin il décidera de le propulser vers les zones réflexogènes de la déglutition pour l'avaler ou bien de le recracher. Ce passage à une nouvelle stratégie se fait progressivement, sans remplacer immédiatement le schème de succion.

On parle donc de double stratégie alimentaire, puisqu'elles vont coexister un certain temps. Le contrôle volontaire de la déglutition vient inhiber le couple succion-déglutition réflexe, sans pour autant le faire disparaître. Celui-ci reste opérationnel. THIBAUT (2007) ajoute que le passage à la cuillère est une « *praxie complexe nécessitant l'efficacité des afférences visuelles, l'ouverture appropriée de la bouche et la mise en œuvre des structures neurologiques de l'apprentissage* ». L'enfant va apprendre par imitation à saisir les aliments contenus dans la cuillère entre les lèvres et les dents.

1.1.3.2. Mastication

L'équipement dentaire de l'enfant va se former entre 6 mois et 3 ans. Il devient suffisamment efficient dans la deuxième année pour qu'apparaisse la stratégie de mastication. La langue va conduire les aliments sous les dents afin d'être broyés et mélangés à la salive, pour former un bol alimentaire homogène qui pourra être avalé. Catherine THIBAUT (2007) qualifie les nouveaux aliments mastiqués, détruits par les dents, de « *champs d'exploration multidimensionnels* », permettant à l'enfant de découvrir des saveurs, des odeurs, des textures et couleurs.

1.1.3.3. Praxies alimentaires et socialisation

Vers 3 ans, l'enfant va commencer à intégrer les praxies d'utilisation coordonnée des couverts. Cet apprentissage va contribuer à la propreté orale, avec la continence salivaire rendue possible grâce aux lèvres closes en mangeant. Ces praxies vont s'affiner jusqu'à 5-7 ans, où elles seront totalement efficientes. Il s'agit là d'un bon repère de socialisation, comme les praxies d'habillage, nécessitant une coordination parfaite de l'œil et de la main.

De plus, l'oralité verbale va se développer parallèlement à l'oralité alimentaire. THIBAUT (2007) nous rappelle que « *les praxies de déglutition, mastication, de ventilation buccale, de propreté orale et celles du langage naissent, se mettent en place en même temps, en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques* ».

2. Développement des goûts et préférences alimentaires

Le comportement alimentaire se développe grâce aux modalités sensorielles innées du goût et celles acquises par l'expérience de l'odorat.

Ces sens sont les plus archaïques. Ils sont intimement liés à notre mémoire et à nos affects : chaque aliment nous procure du plaisir ou du déplaisir, et cette sensation va être gardée en mémoire et réactivée à l'idée même de le manger. Juliette BORDET (2010)⁷ ajoute que « *toute sensation olfacto-gustative nous évoque irrémédiablement d'autres mets que nous*

⁷ BORDET, J. (2010). *La mère, son bébé et la nourriture : Approche exploratoire multidisciplinaire*. Thèse en psychopathologie et psychologie médicale de l'Université de Bourgogne.

avons goûtés dans le passé, dans d'autres situations ». Nos préférences alimentaires se construisent donc au gré de nos expériences olfactives et gustatives, nous poussant parfois à refuser un aliment que nous n'aimions pas il y a des années, alors que nous pourrions l'apprécier aujourd'hui.

2.1. La part d'inné

Différentes expérimentations montrent que le nouveau-né, même prématuré, est capable de reconnaître des odeurs d'aliments consommés par sa mère pendant la grossesse. Cela suppose que les récepteurs olfactifs soient matures bien avant la naissance. MARLIER (2009)⁸ précise que les structures nerveuses de l'olfaction sont mises en place vers la fin du 3^{ème} mois de gestation. Les récepteurs olfactifs vont alors être stimulés par les molécules odorantes présentes dans le liquide amniotique, à chaque inhalation ou déglutition du liquide.

2.2. Les acquisitions anté-natales et post-natales

À quelques heures de vie seulement, le bébé détient déjà des préférences en termes d'odeurs. Le lait maternel, comme le liquide amniotique, est fortement influencé par l'alimentation de la mère. Ils contiennent chacun des molécules odorantes et gustatives en fonction de ce que la mère a ingéré et le bébé y est exposé pendant la grossesse, puis pendant la tétée.

Dès 4 jours, en présence de lait maternel et de liquide amniotique, les nouveaux-nés allaités montrent une préférence marquée pour l'odeur du lait maternel, contrairement aux bébés nourris au lait artificiel qui préfèrent le liquide amniotique. Pour MARLIER (2009), « *les préférences envers les premiers lactés dépendent donc très probablement des acquisitions anténatales* ».

De même, il a été montré que l'odeur anisée n'est pas attractive pour un bébé qui n'y a pas été exposé durant la vie fœtale, tandis que les enfants dont la mère a consommé des produits anisés en fin de grossesse manifestent face à ce stimulus olfactif des mouvements de

⁸ MARLIER, L. (2009). Émergence et développement précoce des préférences olfactives et alimentaires. *Archives de Pédiatrie*, 16, pp. 532-534.

succion et de léchage. Le bébé reconnaît donc clairement cette odeur à laquelle il s'est accoutumé pendant la grossesse.

Véronique ABADIE (2002)⁹ précise que « *la maturation des organes sensoriels est importante, mais ne rend pas compte de l'infinie variété des goûts* ». Les préférences et rejets alimentaires de l'enfant sont principalement dus à l'expérience sensorielle qu'il a de l'aliment (son goût, son odeur, sa texture et son aspect visuel), et des effets métaboliques qu'il produit (rassasiement ou indigestion). Nos goûts en matière d'alimentation sont donc fortement influencés par cette mémoire des goûts et des odeurs que nous avons accumulée au gré de nos expériences alimentaires.

3. L'acte de manger

Manger, c'est consommer de la nourriture dans le but d'apaiser une tension de faim. Mais cette activité dépasse bien souvent l'objectif de satisfaction d'un besoin vital. La gourmandise nous pousse à ingérer des aliments même lorsque nous n'avons pas faim, simplement pour profiter de leurs saveurs. Ainsi, on considère que l'acte d'alimentation présente trois objectifs : nutritionnel, sensoriel et social (BORDET, 2010).

3.1. Les facteurs physiologiques et biologiques

3.1.1. La mastication

Cette étape est sans doute la plus importante de l'alimentation. En effet, une bonne mastication, en plus de participer au plaisir de manger, facilitera une déglutition efficace.

Les aliments introduits en bouche vont être conduits par la langue sous les dents, qui vont les couper, les déchirer et les broyer. Dans le même temps, ces mouvements de broyage vont permettre à la salive d'incorporer la mixture ainsi formée, jusqu'à l'obtention d'un bol alimentaire homogène et compact propre à la déglutition. Une hyposialie, qui peut être la conséquence de la prise de neuroleptiques par exemple, ne permet pas une lubrification

⁹ ABADIE, V. (2002). Développement de l'oralité. Dans M. VIDAILHET, & O. GOULET, *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique*. Paris: Doin.

correcte du bol et peut donc entraver la mastication et la déglutition (LAXER, 2001)¹⁰. SENEZ (2002) ajoute que « *la salivation intervient aussi dans la constitution du milieu physico-chimique indispensable à la gustation* ». En effet, elle permet de libérer et diffuser les molécules odorantes jusqu'à leurs récepteurs dans les fosses nasales. C'est donc grâce à cette action de mastication-salivation que nous pouvons profiter pleinement des saveurs de notre nourriture.

La mastication, en plus d'un équipement dentaire suffisant, nécessite un grand contrôle et une coordination de tous les muscles. À chaque ouverture de la mâchoire, la langue et les joues travaillent de concert pour diriger et maintenir les aliments entre les dents et éviter qu'ils ne tombent vers l'isthme du gosier avant que le bol ne soit formé. Elles doivent instantanément se retirer dès que la mâchoire se referme, pour ne pas être mordues. Les mouvements de la mâchoire doivent être vigoureux et rapides pour assurer leur rôle de broyage des aliments.

La durée de cette phase de préparation à la déglutition varie en fonction de la nature du bol alimentaire, de son volume et de sa consistance. Le nombre de mastications est déterminé par la perception de la consistance du bol alimentaire par la muqueuse de la langue (ROFIDAL, 2004)¹¹. Nous le faisons tellement automatiquement que nous n'avons pas l'impression de mastiquer très longtemps. Pourtant, ROFIDAL précise qu'il faut entre vingt et trente mouvements de mastication pour rendre une bouchée de pain propre à la déglutition. Une fois la mastication terminée, la langue doit regrouper les aliments en un bol compact avant de le propulser vers l'isthme du gosier.

3.1.2. La déglutition adulte

La déglutition mature de l'adulte se déroule en trois temps : le temps buccal de préparation du bol alimentaire, le temps pharyngien correspondant à la déglutition proprement dite, et le temps œsophagien.

¹⁰ LAXER, G. (2001). Autisme : les troubles du nourrissement. *Glossa*, 77, pp. 42-49.

¹¹ ROFIDAL, T. (2004). Les aspects médicaux de l'alimentation de la personne polyhandicapée.

3.1.2.1. *Temps buccal*

Lorsque la formation du bol alimentaire est achevée, les lèvres se ferment et l'action de la langue va jouer un double rôle de préparation à la protection des voies aériennes et de propulsion du bol dans le pharynx.

Le bol est rassemblé sur le dos de la langue, qui s'élève et vient le plaquer contre le palais, en même temps que la base de langue recule. Cette action va provoquer une élévation importante des pressions intra-pharyngées et précipiter le bol alimentaire vers le pharynx (SENEZ, 2002). Dans le même temps, l'ascension de la langue, insérée sur l'os hyoïde, va entraîner celle du larynx sous la base de langue, provoquant la bascule de l'épiglotte sur le larynx, s'opposant à l'intrusion d'aliments dans les voies aériennes. Le voile du palais va également s'élever et venir séparer le rhino-pharynx de l'oropharynx afin d'empêcher le reflux nasal des aliments.

3.1.2.2. *Le temps pharyngien*

Dès que la base de langue entre en contact avec la paroi postérieure du pharynx, les centres respiratoires s'inhibent de façon réflexe. Les cordes vocales viennent s'accoler pour former une barrière supplémentaire aux aliments.

L'élévation du larynx sous la base de langue va permettre le relâchement et l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SENEZ, 2002). Le bol alimentaire glisse dans les sinus piriformes, de chaque côté du larynx obstrué par l'épiglotte, jusqu'à l'œsophage. La langue, le larynx et l'épiglotte peuvent alors retrouver leur position initiale et la respiration peut reprendre.

3.1.2.3. *Temps œsophagien*

Le bol alimentaire s'est introduit dans l'œsophage et va être conduit vers l'estomac par une onde réflexe de type péristaltique. Ces mouvements péristaltiques de l'œsophage étant déclenchés par le temps masticatoire (LAXER, 2001), une mastication déficitaire, outre l'insuffisance de la préparation du bol, entraînera des difficultés de digestion par un défaut de conduction des aliments vers l'estomac.

3.1.2.4. *Les déglutitions secondaires*

Plusieurs déglutitions sont nécessaires afin d'avaler totalement l'aliment. En effet, une fois le bol dégluti, la langue va rassembler les résidus alimentaires qui se sont logés

notamment dans les sillons jugaux et qui n'ont pu être entraînés lors de la première déglutition. Il faudra alors quelques déglutitions supplémentaires, dites secondaires, pour les évacuer. Ces déglutitions secondaires sont automatiques, provoquées par les sensations tactiles produites sur la muqueuse de la cavité buccale par les résidus. SENEZ ajoute que « *notre sensibilité intra-buccale est extrêmement fine et nous recommandons l'opération tant que nous n'avons pas la sensation d'avoir une bouche parfaitement nettoyée* ».

3.1.2.5. Les fausses routes alimentaires

La fausse route alimentaire correspond au passage d'aliments dans les voies aériennes, soit par un défaut de déclenchement du réflexe de déglutition, soit par un défaut de protection des voies aériennes. Les fausses routes peuvent avoir lieu aux différentes étapes de la déglutition :

- **La fausse route directe ou sans déglutition** : le réflexe de déglutition ne se déclenche pas, à cause d'un trouble de la sensibilité au niveau des zones réflexes.
- **La fausse route avant déglutition** : le réflexe de déglutition se déclenche à retardement, en raison d'une sensibilité diminuée, ou simplement d'une activation ralentie de l'arc réflexe. Les aliments s'accumulent dans le pharynx et s'écoulent dans le larynx encore ouvert.
- **La fausse route pendant la déglutition** : elle est due à un défaut de protection du larynx, par une mauvaise ascension laryngée, par une fermeture incomplète des cordes vocales ou en raison d'une hyper-extension de la tête. Une partie du bol alimentaire pénètre alors dans le larynx mal fermé.
- **La fausse route après déglutition** : les stases alimentaires sont aspirées dans le larynx au moment de la reprise de la respiration. Il peut s'agir d'une vidange incomplète de la cavité buccale à cause d'une sensibilité diminuée, de stases pharyngées dues à un défaut de péristaltisme pharyngé, ou encore d'une anomalie de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage qui ne laisse pas passer la totalité du bol. La respiration reprend alors que la totalité du bol n'a pas été dégluti.

3.1.2.6. Le reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien se caractérise par une remontée de liquide gastrique le long de l'œsophage. Il peut être dû à une mauvaise fermeture du sphincter inférieur de l'œsophage, par lequel le contenu de l'estomac va refluer. L'onde péristaltique de l'œsophage

étant déclenchée par la mastication, elle est absente en dehors du repas et ne va donc pas s'opposer à la remontée des sécrétions gastriques et des aliments non digérés. Ce reflux peut mener à une régurgitation, ou à des fausses routes après déglutition, avec la pénétration de fluides gastriques dans le larynx. Une irritation de l'œsophage va aussi être engendrée par l'acidité des sucs digestifs, causant des douleurs.

3.1.3. Tous les sens impliqués

Les informations véhiculées par notre environnement nous sont transmises par l'intermédiaire de nos sens. Ce que nous appelons communément le goût est en fait la juxtaposition des stimulations gustatives et olfactives délivrées par l'aliment. De plus, lorsque nous mangeons, nous basons également notre appréciation de la nourriture sur la vision (l'aspect de l'aliment), l'audition (les bruits internes de mastication) et la somesthésie buccale.

3.1.3.1. Gustation et olfaction

La gustation et l'olfaction exercent un rôle conjoint dans notre appréciation d'un aliment. En effet, la perception du goût est un phénomène multimodal qui mêle 90% d'informations olfactives et seulement 10% d'informations gustatives (RIGAL, 2002)¹². Les cellules gustatives nous permettent de ressentir les propriétés sucrées, salées, acides et amères de l'aliment, par lesquelles nous pouvons le définir. Un cinquième goût a été découvert plus récemment, l'umami (du japonais « délicieux »), donné par l'acide glutamique que l'on retrouve par exemple dans les bouillons de viande, les fromages, certains thés et principalement dans la cuisine asiatique.

Le goût tel que chacun l'entend ne se limite pas à ces cinq qualités possibles d'un aliment, mais à ce qui distingue un aliment d'un autre, c'est-à-dire sa flaveur, son « *odeur en bouche* » associée à ses qualités gustatives (DUPRE, 2011)¹³. En effet, l'odeur de l'aliment avant même qu'il ne soit porté en bouche suffit à nous mettre en appétit. Puis, lors de la mastication, de nouvelles molécules odorantes vont être libérées et rejoindre les récepteurs olfactifs par voie interne, dans les fosses nasales (RIGAL, 2002). Ainsi, lorsque nous perdons l'odorat ou qu'il est simplement diminué par un rhume, nous ne profitons plus pleinement des

¹² RIGAL, N. (2002). *La naissance du goût*. Récupéré sur agrobiosciences: http://www.agrobiosciences.org/article.php?id_article=790

¹³ DUPRE, E. (2011). *Impact du travail thérapeutique de stimulation sensorielle chez des enfants autistes présentant des troubles de l'oralité verbale et alimentaire*. Mémoire d'orthophonie de l'Université de Nancy.

aliments et ne les apprécions plus de la même façon, puisque nous ne percevons plus que leur texture et leurs propriétés gustatives. THIBAUT (2007) ajoute que la salive joue un rôle important dans la perception du goût, permettant la diffusion des molécules sur la langue et les papilles gustatives et la libération des molécules volatiles odorantes. Une hyposialorrhée peut donc aussi nuire à la perception de la flaveur des aliments.

En plus de jouer un rôle dans le goût de l'aliment, l'odorat va nous permettre d'anticiper sur l'action de manger. L'odeur de l'aliment va nous mettre en appétit, en déclenchant les ondes péristaltiques pharyngée et œsophagienne. Mais elle peut également nous rebuter jusqu'à parfois déclencher un réflexe nauséux. C'est en effet de cette manière que l'on peut s'apercevoir qu'une denrée est avariée, car son odeur inhabituelle va nous interpeler. À l'inverse, par exemple, nous choisissons un thé à l'odeur qu'il diffuse, anticipant une sensation gustative agréable.

3.1.3.2. *Les autres sens*

La cavité buccale est tapissée d'une peau muqueuse dotée de récepteurs cutanés qui lui confèrent une sensibilité tactile remarquable (THIBAUT, 2007). Cette sensibilité va permettre d'apprécier la température de l'aliment et sa consistance, afin d'adapter la mastication à la composition alimentaire et de repérer lorsque sa consistance convient à la déglutition. De même, elle permettra de détecter les résidus alimentaires ayant échappé à la déglutition, pour les évacuer par des déglutitions secondaires.

La vision a également un rôle dans l'alimentation. Elle va s'associer à l'odorat pour nous permettre d'anticiper ce que nous allons manger. Nous allons pouvoir évaluer la qualité de l'aliment d'après son aspect, sa couleur et à partir de nos connaissances de son aspect « normal ». Nous jugeons volontiers de ce qui est bon ou non en nous fiant à ce que nous voyons. Ainsi, nombreuses sont les personnes qui refusent d'ingérer une huître prétextant qu'elles ne les aiment pas, sans y avoir jamais goûté, alors qu'un plat qui nous est inconnu mais bien présenté nous donnera très envie de le découvrir.

L'audition, si elle joue un rôle plus discret, est énormément stimulée lorsque nous mangeons, d'autant plus quand nous mangeons en groupe ou dans un milieu bruyant. En effet, il est difficile d'être tout à fait disponible à l'acte de manger lorsque nous nous trouvons dans un brouhaha. Aux stimuli extérieurs vont venir s'ajouter les bruits intérieurs de mastication de l'aliment, perçus par voie osseuse et plus ou moins présents en fonction de la texture du bol alimentaire.

3.2. Les facteurs socioculturels et psychoaffectifs

3.2.1. Les facteurs socioculturels

Les coutumes alimentaires sont une part importante de la culture de chaque pays. Les français optent majoritairement pour un petit déjeuner sucré, quand d'autres cultures préfèrent un repas complet pour entamer la journée. Les horaires des différents repas, les différents plats qu'on y propose sont guidés par notre société. Notre culture française met en avant le repas comme un moment social important, même si les contraintes de la vie active tendent à modifier nos habitudes avec l'introduction des repas « sur le pouce ».

Les goûts et dégoûts de la personne sont également très dépendants de sa culture. C'est elle qui délimite les domaines de ce qui peut être mangé et de ce qui est « dégoûtant ». Ainsi, si notre culture nous inculque que les insectes sont dégoûtants, d'autres cultures leur trouvent beaucoup de qualités nutritives. La notion de dégoût est très prégnante dans la société et ABADIE (2002) ajoute que l'enfant acquiert avant 30 mois la notion que quelque chose est dégoûtant. Un peu plus tard, vers 60 mois, l'enfant commence à intégrer qu'il y a des choses impropres à la consommation. Nous parlerons ultérieurement du syndrome pica, caractérisé par l'ingestion répétée de substances non comestibles. L'enfant va intégrer toutes ces règles avec l'influence de son entourage et de ses pairs.

De plus, une étude a montré que lorsque nous mangeons en compagnie, nous adaptons inconsciemment ce que nous mangeons à l'autre convive. Ainsi, deux personnes mangeant ensemble adoptent le même rythme de repas, surtout au début de celui-ci, et mangent en quantités similaires (GOLDMAN, 2012)¹⁴. Ce comportement pourrait être dû aux neurones miroirs, qui pourraient pousser la personne à prendre une bouchée lorsqu'elle voit son compagnon de repas le faire. Il pourrait également découler de la recherche d'un comportement approprié. La personne calquerait son alimentation sur celle de son convive pour éviter un jugement négatif de sa part. Cette étude démontre l'importance que revêt la société dans nos comportements alimentaires. Lorsque nous mangeons en société, notre alimentation est influencée par les autres convives, tout en prenant garde à respecter les critères de convenance.

¹⁴ GOLDMAN, J.-G. (2012). *Synchronized eating: social influences on eating behavior*. Récupéré sur Scientific American: blog.scientificamerican.com

3.2.2. Les facteurs psychoaffectifs

L'aliment a cette particularité que, contrairement aux autres objets, il doit être ingéré pour remplir sa fonction (CHIVA, 2002)¹⁵. Notre qualité d'omnivore nous pousse à diversifier notre alimentation. Cependant, notre instinct de conservation nous dicte la prudence car tout aliment inconnu est potentiellement dangereux. C'est ce que CHIVA appelle le « *paradoxe de l'omnivore* ». Manger suppose d'absorber les propriétés de l'aliment. Pour consommer une denrée sans crainte, il est donc préférable qu'elle soit connue et acceptée pour ses qualités nutritives et gustatives.

4. Le temps du repas

4.1. Un temps social

Le repas est une activité quotidienne ritualisée qui, outre son rôle de satisfaction du besoin vital de nutrition, est une source importante d'interactions sociales.

Dans notre culture française, le repas est un moment de rassemblement convivial. Nous avons coutume de nous installer autour d'une table en famille ou bien entre amis ou collègues, pour discuter tout en nous restaurant. Thibaut de SAINT POL (2006)¹⁶ remarque qu'il existe un synchronisme assez fort des repas en France, marquant une tradition ancrée pour les trois repas quotidiens. Pour lui, « *cette concordance entre les emplois du temps témoigne du caractère social de l'organisation du temps de repas* ». En effet, l'heure du repas ne dépend pas seulement de nos rythmes biologiques, mais aussi des contraintes temporelles et sociales de nos activités journalières. S'il est soumis aux contraintes des autres activités quotidiennes, obligeant parfois à manger seul ou faisant apparaître des pratiques de repas « sur le pouce », le repas traditionnel collectif reste privilégié dans notre société. Le dîner est ainsi moins dépendant des contraintes de notre emploi du temps, puisqu'il vient généralement marquer la fin de notre journée de travail. Il est donc le repas le plus pris au domicile et en famille.

¹⁵ CHIVA, M. (2002). Aspects psychologiques et socioculturels des pratiques alimentaires. Dans M. VIDAILHET, & O. GOULET, *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique*. Paris: Doin.

¹⁶ DE SAINT POL, T. (2006). Le dîner des français : un synchronisme qui se maintient. *Economie et statistique*, 400, pp. 45-69.

Plus qu'un moment d'échange et de partage, le repas est régi par tout un cortège de règles sociales que l'enfant apprend au fil des années. En effet, la politesse nous impose d'attendre que tous les convives soient servis avant d'entamer notre repas, de ne pas sortir de table avant la fin de celui-ci, ou encore d'utiliser de manière correcte les couverts et de se tenir convenablement. Ces règles sont plus ou moins strictes en fonction des groupes sociaux.

Les interactions sociales interviennent également dans la satisfaction de nos besoins alimentaires, puisque nous nous trouvons souvent en situation de demande pour obtenir un plat ou un condiment hors de portée ou pour avoir la permission de se resservir.

4.2. Un temps qui rythme nos journées

Les éléments qui délimitent sans confusion possible les différents moments de la journée sont les repas et les alternances veille-sommeil. En effet, dans un emploi du temps journalier, les repas sont les seules activités qui restent stables d'une journée à l'autre. On distingue ainsi trois repas principaux, qui interviennent à des moments précis de la journée.

Peu après le réveil, le petit déjeuner vient marquer le début de la journée, nous apportant l'énergie nutritionnelle nécessaire aux activités de la matinée. À midi, le déjeuner vient repérer le passage du matin à l'après midi, délimitant ainsi les deux grandes périodes quotidiennes. Enfin, le soir, le dîner vient clore la journée et fournir au corps assez de ressources énergétiques pour supporter les longues heures de jeûne de la nuit.

À ces trois repas vient s'ajouter le goûter, généralement nécessaire d'un point de vue nutritif car il arrive à distance du déjeuner, au moment où notre corps produit le plus d'insuline et a besoin de sucre. Il est aussi le marqueur pour les enfants de la fin des activités scolaires journalières.

Le repas est donc un moment important et complexe, qui fait intervenir des facteurs biologiques et sociaux à différents niveaux. Pour manger, il faut pouvoir préparer et ingérer correctement les aliments, par une mastication et une déglutition efficaces. Une difficulté à ce niveau peut engager le pronostic vital avec un risque de fausses routes important pouvant aller jusqu'à l'étouffement. Ces fonctions de l'alimentation sont guidées par la sensibilité bucco-faciale : avant même l'ingestion de l'aliment, son odeur et son aspect nous mettront en appétit si l'aliment nous semble bon ou si nous reconnaissons un mets apprécié. Une fois en bouche, le goût et l'odorat vont nous permettre d'apprécier les denrées et de déclencher les ondes péristaltiques qui les conduiront vers l'œsophage et l'estomac. Le toucher et la proprioception permettront de déterminer la consistance du bol alimentaire pour y adapter la mastication et l'insalivation et repérer lorsqu'il sera propre à la déglutition. Au-delà de ces aspects physiologiques interviennent également les préférences alimentaires de la personne, construites au gré de ses expériences culinaires. Enfin, le repas est un moment éminemment social, où les individus aiment à se rassembler pour partager la nourriture et discuter. Il répond également à des normes sociales temporelles, qui correspondent aux contraintes de la vie active, ainsi qu'aux normes de politesses admises par tous.

Chacun de ces facteurs du cadre du repas peut poser des difficultés aux personnes avec autisme.

CHAPITRE 2 : L'AUTISME

1. Qu'est-ce que l'autisme ?

Le terme « *autisme* », dérivé du grec « *autos* » qui signifie « *soi-même* », a été choisi par Eugen Bleuler en 1911 pour désigner un symptôme de repli sur soi et d'évasion de la réalité retrouvé chez des sujets schizophréniques.

En 1943, Léo KANNER publiait la présentation de onze cas cliniques qu'il qualifiait sous le terme d'autisme. Il décrivait des sujets manifestant un isolement social, un besoin d'immuabilité, des comportements répétitifs et compulsifs, un langage atypique, ainsi que des aptitudes particulières en dépit d'un développement retardé (HEROUIN & GARCIA, 2006)¹⁷. Un an plus tard, Hans ASPERGER regroupait sous le terme de « *psychopathologie autistique* » des symptômes similaires à la description offerte par KANNER, bien qu'ignorant ses travaux. Il notait cependant un meilleur développement du langage et une légère maladresse motrice. Il remarquait également des difficultés de communication non verbale et d'adaptation au milieu social, ainsi que d'importants exploits intellectuels dans des domaines restreints.

La classification américaine du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième révision) regroupe sous le label « *Troubles Envahissants du Développement* » (TED) cinq catégories : les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett, les troubles désintégratifs de l'enfance et les TED non spécifiés. La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, dixième révision) est une classification de l'Organisation Mondiale de la Santé recommandée en France par la Haute Autorité de Santé pour l'élaboration du diagnostic. Elle divise les troubles autistiques en deux catégories : l'autisme infantile, correspondant à l'autisme décrit par KANNER, et l'autisme atypique. Elle regroupe six autres catégories de TED : le syndrome de Rett, les autres troubles désintégratifs de l'enfance, l'hyperactivité associé à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, le syndrome d'Asperger, les autres TED et les TED sans précision.

¹⁷ HEROUIN, C., & GARCIA, M. (2006). *La CCC2 : grille d'évaluation de la pragmatique chez l'enfant autiste*. Mémoire d'orthophonie de l'Université Pierre et Marie Curie de Paris.

2. Les critères de classification

Classiquement, les classifications s'accordent pour regrouper les symptômes de l'autisme sous ce que l'on appelle le « trépied autistique ». Ce trépied fait référence aux « *altérations qualitatives des interactions sociales* », aux « *altérations qualitatives de la communication* » et au « *caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités* ». Ainsi, la CIM-10 (1994)¹⁸ demande pour le diagnostic d'autisme infantile la présence d'au moins six symptômes appartenant à ce trépied :

¹⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1994). Chapitre V : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement, Critères diagnostiques pour la recherche. *Classification Internationale des Maladies dixième révision*. Paris: Masson.

[...]

- (1) *Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :*
 - (a) *absence d'utilisation adéquate du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales ;*
 - (b) *incapacité à développer (de manière correspondant à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'activités et d'émotions ;*
 - (c) *manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels et communicatifs ;*
 - (d) *ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent).*
- (2) *Altérations qualitatives de la communication, manifeste dans au moins un des domaines suivants :*
 - (a) *Retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique ;*
 - (b) *Incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint) ;*
 - (c) *Usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisations idiosyncrasiques de mots ou de phrases ;*
 - (d) *Absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.*
- (3) *Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :*
 - (a) *Préoccupation marquée par un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs centres d'intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité mais non par leur contenu ou leur focalisation ;*
 - (b) *Adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels ;*
 - (c) *Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements ou torsion des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps ;*
 - (d) *Préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).*

[...]

Extrait des critères diagnostiques de l'autisme infantile par la CIM-10

Elle précise que ces anomalies ou altérations doivent se manifester avant l'âge de trois ans, sans être attribuables à un autre trouble envahissant du développement.

La CIM-10 distingue une seconde forme d'autisme qu'elle nomme « autisme atypique ». Elle est qualifiée comme telle par son âge de survenue plus tardive et/ou par sa symptomatologie, c'est-à-dire que les altérations peuvent toucher les mêmes domaines sans nécessiter la présence de chacun des critères du diagnostic d'autisme infantile.

Une cinquième édition en cours de réalisation du DSM propose une révision des critères diagnostiques et préfère le terme de troubles du spectre de l'autisme. Cette notion de spectre rend compte de la diversité d'expression des symptômes d'une personne à l'autre. Le DSM-V (2011)¹⁹, en préparation, suggère de regrouper les domaines des interactions sociales et de la communication, puisqu'ils sont fortement intriqués. De plus, le second domaine concernant le « *caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités* », fait apparaître l'implication de la résistance au changement sur la sélectivité alimentaire, ainsi que les particularités sensorielles ou les intérêts inhabituels pour certains aspects sensoriels de l'environnement :

- A. *Altération durable de la communication et des interactions sociales quelque soit le contexte, qui n'est pas dû à un retard global de développement [...]*
- B. *Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins deux des domaines suivants :*
- 1. Langage, mouvements ou utilisation d'objets répétitifs ou stéréotypés; (comme de simples stéréotypies motrices, écholalies, utilisations répétitives d'objets, ou utilisation de phrases idiosyncrasiques).*
 - 2. Adhérence excessive aux routines, caractère ritualisé des comportements verbaux et non-verbaux, ou résistance excessive au changement; (comme des rituels moteurs, **insistance pour suivre la même route ou avoir la même nourriture**, questionnements répétitifs ou réaction de détresse extrême aux petits changements).*
 - 3. Préoccupation marquée par un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormaux par leur intensité ou leur contenu; (comme un fort attachement ou une préoccupation pour des objets inhabituels, ou des intérêts extrêmement circonscrits et persévérants).*
 - 4. **Hyper ou hyposensibilité ou intérêt inhabituel pour certains aspects sensoriels de l'environnement**; (comme une apparente indifférence à la douleur/chaleur/froid, des réactions aversives à des sons ou textures spécifiques, des attitudes de flairage ou de palpation excessives des objets, une fascination pour les objets lumineux ou qui tournent).*
- [...]

Extrait des critères diagnostiques des troubles du spectre de l'autisme par le futur DSM-V

Il est également précisé que les symptômes doivent être présents dans la petite enfance, mais qu'ils peuvent ne devenir complets que lorsque les demandes sociales dépasseront les capacités de l'enfant. Le retentissement dans la vie quotidienne est aussi mis en avant dans cette classification.

¹⁹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2011). *A 05 Autism Spectrum Disorder*. Récupéré sur American Psychiatric Association DSM-V Development: www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94

Nous avons choisi de suivre ce modèle du DSM-V pour illustrer ce que peuvent être les altérations des interactions sociales et de la communication présentes chez les personnes avec autisme, ainsi que les manifestations et implications des comportements restreints et stéréotypés au moment du repas.

2.1. Altération qualitative des interactions sociales et de la communication

Malgré la diversité des manifestations, les gens ont souvent en tête une image stéréotypée de la personne avec autisme. Ainsi, PEETERS (2008)²⁰ remarque que dans l'opinion publique, l'autisme est associé à un repli sur soi, un « *syndrome d'introversion* ». Il faut rappeler que, si le terme même « *autisme* » signifie effectivement un repli sur soi, il s'agit-là d'une caractéristique possible de l'autisme mais non nécessaire au diagnostic. Une altération des interactions sociales ne signifie pas un évitement de l'autre. Notre propre expérience nous a montré que certaines personnes avec autisme, même à l'âge adulte, peuvent avoir une difficulté dans le respect des distances interpersonnelles, et venir de manière inappropriée au contact d'autrui, agrippant des bras et posant leur tête sur l'épaule, ou encore chatouillant des professionnels.

Les personnes porteuses d'autisme éprouvent des difficultés à engager ou à maintenir un échange, en raison d'un manque d'initiative ou bien d'un partage réduit de leurs intérêts et affects. La communication non-verbale étant également déficitaire, la pragmatique des situations d'interactions sociales leur est difficilement compréhensible. Elles se retrouvent donc en difficulté dans les moments conviviaux comme celui du repas, pendant lequel il leur est généralement impossible de tenir une conversation appropriée. Ainsi, le film « *Asperger, un autre visage de l'autisme* » (MARCHESSE & TUFFREAU, 2011)²¹ nous montre des témoignages de personnes ayant un syndrome d'Asperger :

« Ce que je préfère, c'est être seule pour manger. Si je suis avec des gens, il ne faut pas que l'on soit à table car être à table me stresse à un point inimaginable. C'est un supplice pour moi. » (Hélène)

²⁰ PEETERS, T. (2008). *L'autisme : de la compréhension à l'intervention*. Paris: Dunod.

²¹ MARCHESSE, S., & TUFFREAU, R. (2011). *Asperger, un autre visage de l'autisme*. Film réservé à un usage de formation: Là où le film court.

« À quoi cela va servir de manger avec cette personne ? »

(Elisabeth)

Il sera aussi laborieux pour elles d'exprimer ce qu'elles veulent boire ou manger, et de dire si elles n'ont plus faim ou si elles n'aiment pas le plat proposé, autant d'éléments indispensables au bon déroulement du repas.

L'ajustement du comportement en fonction des contextes sociaux est également difficile pour les personnes avec autisme. Or, nous avons vu que le repas répond à des règles sociales strictes, qui nécessitent de prendre en compte notre positionnement à l'intérieur du groupe des convives pour adapter notre posture et notre comportement à ce qu'en attendent les autres.

2.2. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités

Les intérêts restreints peuvent se manifester très tôt. L'enfant va se montrer fasciné par des parties d'objets, comme les roues des petites voitures ou les interrupteurs, ou par une catégorie d'objets dont il va faire la collection (ATTWOOD, 2006)²², au point qu'il peut ne pas supporter d'en être séparé. Il peut ainsi montrer une préférence marquée pour certaines formes, couleurs ou textures.

Les intérêts pour des sujets précis peuvent monopoliser le discours, donnant lieu à de véritables stéréotypies verbales. Ils vont donc retentir sur la qualité des interactions sociales. Notre expérience personnelle nous a montré que des éléments peuvent venir interférer dans chaque prise de contact avec la personne, comme des intérêts pour les voitures, les lunettes ou encore un répertoire restreint de connaissances liées à des expériences vécues (la vie en institution ou une certaine expérience de la religion). Cela va donc altérer les relations au cours des repas, puisque l'individu peut envahir les personnes qu'il côtoie avec des stéréotypies verbales de ce type.

La classification du DSM-V fait intervenir dans ce domaine les comportements d'adhérence excessive aux routines et la résistance au changement. Elle en précise l'impact sur l'alimentation notamment chez des enfants qui n'acceptent d'ingérer qu'un seul aliment.

²² ATTWOOD, T. (2006). *Le syndrome d'Asperger : guide complet*. Bruxelles: De boeck.

La nouveauté de cette classification est aussi sa prise en compte, dans la restriction des intérêts, de l'hypo ou de l'hypersensibilité pour certains aspects sensoriels de l'environnement. Ces particularités sensorielles vont évidemment jouer un rôle important dans l'alimentation des personnes avec autisme, puisque tous les sens y sont impliqués. La perception perturbée de la texture des aliments et de leur température va entraver la formation du bol en bouche. Mais au-delà du bol alimentaire, la personne peut refuser d'ingérer un aliment parce qu'elle éprouve une aversion pour son odeur, sa couleur ou sa texture.

3. Les particularités cognitives de la personne avec autisme

3.1. Les fonctions cognitives

3.1.1. L'attention

Les personnes avec autisme peuvent montrer d'importantes difficultés à se mobiliser sur une tâche et à maintenir leur attention sur la consigne (LENFANT & LEROY, 2011)²³. Il peut même être difficile d'obtenir d'eux de rester assis à une table pour jouer ou travailler pendant un quart d'heure. Il en est donc de même pour les temps de repas, durant lesquels chacun doit être correctement installé à table et être disponible à l'action de manger.

Il est également ardu pour eux de sélectionner les éléments pertinents dans une situation sans se laisser distraire par l'environnement ou d'autres éléments moins importants. Or, lorsque nous mangeons, nous sommes en permanence assaillis par divers stimuli provenant de l'environnement, et ce, d'autant plus que nous mangeons en communauté. Les mouvements dans la pièce, les bruits des ustensiles et de conversations sont autant de distractions qui peuvent empêcher la personne d'être totalement disponible pour l'alimentation.

²³ LENFANT, A.-Y., & LEROY, C. (2011). *Autisme : l'accès aux apprentissages*. Paris: Dunod.

3.1.2. Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives regroupent l'ensemble des processus cognitifs qui permettent la réalisation d'une action dirigée vers un but, parmi lesquels la planification, l'inhibition et la flexibilité mentale.

3.1.2.1. *La planification*

La planification d'une activité suppose des capacités d'anticipation et de représentation des actions à effectuer. Généralement, la personne avec autisme éprouve des difficultés à initier l'action et à anticiper ses effets (LENFANT & LEROY, 2011). La réalisation d'une tâche aussi complexe que l'acte de s'alimenter nécessite de respecter un plan d'action rigoureux : saisir une portion adéquate d'aliments avec les couverts, la porter à la bouche, la mastiquer jusqu'à ce que sa consistance soit propre à la déglutition, puis l'avaler. Il peut être difficile pour une personne avec autisme d'initier et de réaliser chacune de ces étapes.

3.1.2.2. *La flexibilité mentale*

La flexibilité mentale est la capacité à changer de tâche ou de stratégie au cours d'une activité, pour s'adapter aux circonstances particulières. Elle entre notamment en jeu dans la gestion des imprévus. Les personnes avec autisme montrent généralement une incapacité à se décentrer de la tâche en cours et à passer d'un concept à un autre, ce qui entraîne une rigidité de fonctionnement et une intolérance au changement (LENFANT & LEROY, 2011). Ces difficultés interfèrent dans tous les domaines du quotidien et le moment du repas n'y échappe pas. Ainsi, la personne peut refuser de manger si la nourriture n'est pas présentée comme elle le voulait, ou si un convive montre un comportement imprévu lors du repas.

3.1.2.3. *L'inhibition*

Cette fonction permet au sujet d'inhiber une réponse non pertinente pour la tâche en cours. Les personnes avec autisme montrent d'importantes difficultés d'inhibition, que l'on retrouve dans leurs stéréotypies verbales et motrices. Elles se trouvent en incapacité d'enrayer les productions qui ne seraient pas adaptées à une situation, ce qui interfère également dans tous les actes du quotidien, et principalement dans les situations d'échange.

Lors du repas, par exemple, la personne peut passer la majeure partie du temps à poser des questions incessantes et redondantes aux autres convives. Cela va donc interférer sur sa propre prise alimentaire, mais aussi sur celle des autres, qui seront ennuyés par ses

interventions. En dehors de ces stéréotypes, on peut observer un défaut d'inhibition en lien avec une difficulté d'apprentissage des règles sociales. Par exemple, la personne peut boire dans tous les verres à sa disposition, sans se soucier de leur propriétaire. Et même lorsqu'on le lui refuse, il peut être difficile pour elle d'inhiber ce comportement et elle peut tenter l'opération plusieurs fois. Ces attitudes peuvent donc générer des conflits sur le moment du repas.

3.2. Une expérience du temps particulière

Le temps est une notion vaste qui peut être abordée sous des aspects bien différents. On peut distinguer les temps individuels (biologique et psychologique) et les temps collectifs (religieux, politique). Comme le suggère Valérie TARTAS (2009)²⁴, nous pouvons également distinguer les temps objectifs, « *socialement et/ou scientifiquement définis, vérifiables indépendamment de l'expérience individuelle* », et les temps subjectifs, c'est-à-dire la perception intuitive des expériences temporelles par l'individu.

D'après Simonetta TABBONI (2006)²⁵, la perception du temps serait le résultat d'un processus déclenché par la perception du changement, concernant le cadre social, l'environnement naturel et l'individu lui-même, par exemple à travers les rythmes biologiques. Cette expérience du changement est en effet fondatrice de notre capacité à penser temporellement. Elle ajoute que la continuité/discontinuité est la forme principale d'expérience du temps. Cet aspect du temps fait référence à un changement manifeste, un événement qui nous permet de distinguer un avant et un après dans notre histoire individuelle ou collective.

Un second aspect fondamental de l'expérience du temps est son aspect cyclique, « *le retour quasi identique des mêmes phénomènes : le jour et la nuit, les Noël et les Pâques qui se répètent selon des rituels qui semblent immuables* » (TABBONI, 2006). C'est cet aspect cyclique qui nous a permis de créer des outils pour se repérer dans le temps, comme le calendrier annuel, ou les agendas semainiers. A ce propos, TARTAS (2009) ajoute que « *les différents découpages du temps peuvent fonctionner comme des outils de repérage temporel.* » Ces découpages du temps nous permettent de localiser des événements et sont propres à chaque culture. Elle distingue deux types d'outils : les outils spécialisés dans la mesure du

²⁴ TARTAS, V. (2009). *La construction du temps social par l'enfant*. Berne: Peter Lang.

²⁵ TABBONI, S. (2006). *Les temps sociaux*. Paris: Armand Colin.

temps et le langage. Le langage permet en effet de relier les événements entre eux et de leur donner un sens.

Les personnes avec autisme éprouvent de grandes difficultés à comprendre les aspects abstraits des interactions sociales et de la communication. Il n'est donc pas étonnant que le temps, notion abstraite par excellence, leur échappe. Les outils de mesure du temps nécessitent un apprentissage : il nous a fallu des années pour apprendre à lire l'heure, même si nous n'en avons plus conscience. De même, la notion de durée est acquise assez tard par l'enfant. En effet, si le jeune enfant a une représentation de la notion de durée, qui transparaît dans leur langage, il faut attendre 8-9 ans pour que l'enfant ne confonde plus l'ordre de succession des événements et leur durée. Lorsque deux événements se terminent simultanément, l'enfant de moins de 8 ans en déduit qu'ils ont duré le même temps. Pour lui, l'événement le plus long est celui qui se termine en dernier, quel que soit la position de son début (PIAGET, 1946)²⁶.

Lorsque la compréhension du langage est altérée, sur quels éléments pouvons-nous nous appuyer pour saisir ces notions temporelles ? Ainsi, PEETERS (2008) précise que pour aider la personne à intégrer une notion aussi abstraite que la durée, nous pouvons la rendre visible, concrète. C'est alors qu'interviennent des outils tels que les time-timer, qui permettent de visualiser la durée et de poser une fin à l'activité en cours, mais aussi les emplois du temps qui vont préciser ce que l'on fait pendant cette durée et ce qui viendra après. Rappelons-nous que nous-mêmes utilisons constamment des agendas et des calendriers, pour planifier notre journée de travail, noter des rendez-vous ou des événements importants. En rendant le temps visible, nous pouvons davantage le maîtriser.

Donna WILLIAMS (1992) écrit à ce sujet :

« Le changement perpétuel qu'il fallait affronter partout ne me donnait jamais le temps de me préparer... La tension qu'exigeait la nécessité d'attraper les choses au vol pour les assimiler fut le plus souvent trop forte pour moi. »

L'utilisation de tels outils visuels peut donc permettre à la personne avec autisme d'anticiper les activités de la journée et ainsi comprendre les différents passages d'un lieu à

²⁶ PIAGET, J. (1946). *Le développement de la notion du temps chez l'enfant*. Paris : PUF.

l'autre, comprendre le déroulement d'une activité en listant les étapes de celle-ci. Cela lui permet également de savoir combien de temps elle doit attendre à l'aide d'un timer, en sachant donc que cette attente prendra fin, et quelle activité la suivra. Les outils de visualisation sont bien sûr à adapter au niveau de compréhension de la personne et à ses besoins, afin qu'elle s'en saisisse efficacement.

L'instauration de rituels peut aussi permettre de repérer des temps réguliers, comme le temps du repas. Ce temps est inscrit sur l'emploi du temps visualisé, et peut être renforcé par le fait de mettre la table et d'aller chercher sa serviette, puis de débarrasser et ranger les serviettes, ou encore le lavage des mains. Ces rituels, à mettre en place en fonction des capacités des convives, vont poser des bornes concrètes à l'activité que la personne va pouvoir expérimenter. De plus, leur aspect routinier va sécuriser la personne en structurant ce temps du repas toujours de la même façon.

3.3. Le rôle des neurones miroirs

L'existence des neurones miroirs a d'abord été mise en évidence chez le singe, puis chez l'homme grâce aux techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle. Lorsque nous observons une action, on observe une forte activation de certaines régions du cortex cérébral (notamment au niveau du cortex pariétal inférieur et autour de l'aire de Broca). En réalité, cette activation a lieu à la fois lorsque nous produisons une action et quand nous observons quelqu'un exécuter une action similaire. La représentation de l'action jouerait donc un rôle essentiel dans la réalisation de nos comportements moteurs, mais aussi dans la perception et la compréhension de ceux d'autrui (RIZZOLATTI et ARBIB, 1998)²⁷. De plus, le mécanisme de préparation motrice de l'action que nous allons effectuer est similaire à celui de prédiction de l'action qu'une autre personne va réaliser. Le mécanisme miroir, en plus de la compréhension de l'action d'autrui, est donc impliqué dans son anticipation, ce qui suppose une compréhension de l'intention sous-jacente à l'action.

Selon HADJIKHANI (2011)²⁸, ces neurones miroirs seraient nécessaires à l'apprentissage par imitation, qui nécessite une intériorisation des actions d'autrui, mais aussi

²⁷ RIZZOLATTI, G., & ARBIB, M.-A. (1998). Language within our grasp. *Trend in Neurosciences*, 21, pp. 188-194.

²⁸ HADJIKHANI, N. (2011). Mécanisme miroir et autisme : l'œuf, la poule, ou les effets collatéraux ? *Bulletin de la société des neurosciences*, 41, pp. 17-18.

à la capacité à percevoir et reconnaître les émotions des autres, c'est-à-dire l'empathie. Ainsi, les difficultés d'imitation de la personne avec autisme, l'absence de contagion émotionnelle et plus généralement les difficultés à comprendre les émotions d'autrui pourraient être liées à un dysfonctionnement de ces mécanismes miroirs. En effet, des études en imagerie fonctionnelle ont montré que si ces aires corticales s'activent correctement lors de la réalisation de mouvements, elles ne présentent pas de réponse adéquate lors de l'observation d'une action réalisée par une autre personne (OBERMAN & RAMACHANDRAN, 2008, cités par MABIRE, 2010)²⁹.

Les personnes avec autisme présentent des difficultés en lien avec chacun des domaines régis par les mécanismes miroirs. Leur incapacité à imiter, à comprendre les intentions d'autrui et à anticiper ses actions vont retentir dans les relations sociales avec les individus, mais aussi dans tous les apprentissages. En effet, bon nombre d'apprentissages se font par imitation et par la compréhension des bénéfices à agir de telle ou telle manière. Prenons pour exemple le repas : l'enfant apprend à tenir et utiliser les couverts en imitant les personnes avec qui il mange quotidiennement. Il intègre les schèmes moteurs nécessaires à la préhension des aliments avec la fourchette, puis entre les lèvres, et à la mastication par l'apport pluriquotidien de modèles de la part de l'entourage. Il apprendra également implicitement les règles sociales qui incombent au moment du repas, même si un rappel oral est parfois nécessaire, et comprendra qu'il n'agit pas bien en voyant l'expression des adultes mécontents envers lui. Les personnes avec autisme ne peuvent pas ajuster de cette manière leur comportement aux réactions des autres. Tout doit leur être explicite.

4. Les particularités motrices de la personne avec autisme

Les premières descriptions de l'autisme faisaient déjà état de caractéristiques motrices particulières. En effet les personnes avec autisme peuvent présenter une certaine maladresse, des mouvements stéréotypés, un tonus musculaire anormal, une posture ou une démarche singulière. Différentes études réalisées entre 1997 et 2001 suggèrent des déficits de motricité

²⁹ MABIRE, M.-L. (2010). *L'action et l'intention en mots : étude de l'influence des émotions sur le lexique des personnes avec autisme*. Mémoire d'orthophonie de l'Université de Nantes.

globale spécifiques de l'autisme, et une hypotonie et des difficultés praxiques communes aux enfants ayant des troubles du spectre autistique (ROGERS & BENETTO, 2002)³⁰. Certaines personnes gardent une motricité relativement efficace mais peu diversifiée et de qualité réduite, ce qui appauvrit leurs capacités motrices (CAUCAL & BRUNOD, 2010)³¹.

4.1. Tonus musculaire et posture

Selon CAUCAL et BRUNOD (2010), certains enfants avec autisme se montrent apathiques et peuvent adopter des positions de repos particulières. D'autres sont hyperkinétiques et sont capables de maintenir un niveau élevé d'activité motrice pendant des durées très longues et sans fatigue apparente.

Les enfants ayant des troubles du spectre autistique présentent souvent une hypotonie modérée. Il faut être vigilant au retentissement orthopédique de celle-ci, principalement au niveau des membres inférieurs et de l'axe rachidien. L'hypotonie peut aussi se manifester sur le plan de la motricité fine, entraînant des difficultés de préhension des petits outils comme les couverts, le crayon ou les ciseaux.

Les personnes avec autisme peuvent prendre des postures étonnantes qui ne leur semblent pourtant pas inconfortables. Elles peuvent ainsi préférer s'installer sur une chaise en position accroupie, ou en position du lotus. Il n'est pas rare non plus qu'elles préfèrent le sol à une chaise, toujours en position accroupie ou faisant revenir leurs pieds de chaque côté du bassin. Ces positions peuvent avoir des répercussions importantes au niveau des genoux et de la hanche. Les tenues particulières des membres supérieurs, en ailes d'oiseau par exemple, ont moins de conséquences articulaires. Elles vont néanmoins entraver les activités manuelles, ainsi que les relations sociales en provoquant des préjugés chez les personnes neurotypiques.

Ces troubles du tonus musculaire et posturaux vont avoir un impact sur l'alimentation, puisqu'une déglutition efficace nécessite une installation correcte à table, le dos droit, les pieds aux sols. Cette position est importante afin qu'il n'existe pas de tension au niveau du ventre qui vienne interférer avec la digestion, mais surtout pour éviter les tensions cervicales qui viendraient placer la tête en extension. En effet, la tête doit être légèrement fléchie en avant pour permettre l'ascension du larynx sous la base de langue et protéger les voies

³⁰ ROGERS, S., & BENETTO, L. (2002). Le fonctionnement moteur dans le cas de l'autisme. *Enfance*, 54, pp. 63-73.

³¹ CAUCAL, D., & BRUNOD, R. (2010). *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*. Mouans Sartoux: AFD Ed.

aériennes des fausses routes alimentaires. Or, il peut être difficile de faire adopter à une personne avec autisme cette position. De plus, lorsque les troubles posturaux concernent les membres supérieurs, ils peuvent entraver l'utilisation des couverts et le portage des aliments jusqu'à la bouche.

4.2. Les troubles praxiques dans l'autisme

Si nous avons vu que le déficit d'imitation chez les personnes avec autisme est en lien avec un dysfonctionnement du mécanisme miroir, des troubles praxiques semblent également impliqués dans ces difficultés.

Le trouble praxique est un déficit de planification, de programmation et de coordination des gestes complexes intentionnels et orientés vers un but. Le programme moteur qui sous-tend le geste est difficile à élaborer, et la personne ne prend pas en compte les feedbacks internes et externes pour modifier le mouvement et l'adapter à la situation (au poids de l'objet à prendre par exemple). Les gestes complexes nécessitant un apprentissage ne seront jamais automatisés et nécessiteront un contrôle permanent pour la personne (INSERM, 2011)³². Les troubles praxiques peuvent donc avoir un retentissement sur les activités quotidiennes telles que l'alimentation et notamment la mastication, l'habillage, les soins personnels, les loisirs, la parole et les relations aux autres.

La plupart des études sur les jeunes enfants avec autisme utilisent des tâches d'imitation issues de batteries de dépistage de l'apraxie chez des patients neurologiques et se focalisant sur trois aptitudes : les actions sur les objets, les mouvements manuels et posturaux et les praxies bucco-faciales. Si ces trois habiletés sont atteintes chez les enfants avec autisme, l'imitation orale est la plus déficitaire. L'imitation des gestes de la main est plus touchée que celle d'actions sur des objets (ROGERS & BENETTO, 2002).

ROGERS (1996)³³ a également étudié un groupe de 17 adolescents atteints d'autisme de haut niveau, comparés à 15 adolescents présentant une hyperactivité ou une dyslexie et appariés sur l'âge chronologique et le niveau verbal. Les tâches concernaient des mouvements simples et séquentiels, des mouvements faciaux et manuels, et des mouvements symboliques et non symboliques. Les résultats mettent en évidence des déficits étendus aux tâches

³² HURON, C. (2011). *Dyspraxia*. Récupéré sur INSERM-CEA Cognitive Neuroimaging Unit: www.unicog.org/pm/pmwiki.php/Main/Dyspraxia

³³ ROGERS, S. (1996). Déficiences imitatives : le cas de l'autisme. *Enfance*, 49, pp. 38-40.

classiques de praxies, en l'absence de déficit mnésique ou moteur pouvant expliquer ces difficultés. L'auteur conforte l'existence d'un trouble praxique chez les personnes avec autisme.

Ainsi, les gestes quotidiens tels que la toilette, l'habillage, le boutonnage et le laçage sont difficiles à acquérir et resteront lents à effectuer (CAUCAL & BRUNOD, 2010). Le retentissement sur l'alimentation n'est pas négligeable puisque l'utilisation des couverts nécessite des praxies manuelles très complexes. Il faut ensuite une bonne coordination œil-main pour apporter les aliments à la bouche, et des praxies bucco-faciales efficaces pour préparer le bol alimentaire par la mastication et ensuite l'avaler. Or, les personnes avec autisme peuvent éprouver des difficultés à chacune de ces étapes.

5. Les particularités sensorielles de la personne avec autisme

« Un contact léger, des sensations tactiles, provoquent la douleur. [...] Le pire, ce sont les sensations auditives : les voitures, le lave-vaisselle... Je connais plusieurs personnes Asperger qui ont des problèmes d'odorat, des odeurs de nourriture qui leur font mal, l'odeur d'autres personnes... on dit que les autistes perçoivent les détails – c'est peut-être lié avec ces douleurs. Je percevais les sons avec beaucoup de détails et non comme un ensemble cohérent, cela m'était douloureux. » (GERLAND, 2000)³⁴.

Les personnes avec autisme perçoivent notre monde de façon différente. Selon GUERIN (2008)³⁵, les comportements de retrait, de crises ou les stéréotypies et l'intolérance au changement seraient en fait des réactions de défense ou d'adaptation à ces perceptions singulières. Face à trop de stimuli, la personne cherche à contrôler ou isoler un seul stimulus.

³⁴ GERLAND, G. (2000). Mon histoire. *Bulletin de l'arapi*, 5, pp. 7-10.

³⁵ GUERIN, M. (2008). Une autre façon de percevoir. *Le messenger*, 25 (3), pp. 8-11.

Les mouvements de groupe, les stimuli trop forts ou la rupture des routines provoquent de l'anxiété et déclenchent des comportements défensifs (GUERIN, 2008-2)³⁶.

5.1. Au niveau olfactif

Le profil olfactif des personnes avec autisme est très disparate. Certaines sont attirées par des odeurs généralement répulsives ou au moins jugées désagréables, tandis que d'autres se montrent hypersensibles à des odeurs discrètes que nous ne relèverions même pas, ou que nous pouvons trouver agréables (CAUCAL & BRUNOD, 2010).

Une hypersensibilité olfactive peut amener la personne à refuser d'entrer dans une pièce alors que nous-mêmes ne pouvons en déterminer la cause. Elle peut aussi éviter des personnes à cause de leur parfum ou de l'odeur de leur crème de jour ou de leur lessive. Cette modalité sensorielle peut également être à l'origine du refus de la personne de prendre un bain ou de mettre un vêtement propre sentant la lessive, ou encore de goûter à un aliment dont l'odeur lui répugne.

À l'inverse, on peut observer des conduites de flairage envers des objets ou personnes dont l'odeur est perçue comme agréable.

Le moment du repas est donc un environnement particulièrement riche d'un point de vue olfactif, puisque s'y mêlent les odeurs des convives et de leurs produits cosmétiques, celles des produits d'entretien qui ont servi à nettoyer la salle, et bien sûr les odeurs de cuisine. Autant d'éléments qui peuvent perturber le repas de la personne avec autisme.

5.2. Au niveau gustatif

Le goût se limite aux qualités sucrées, salées, amer, acide et umami de l'aliment. Il intervient de manière prégnante dans les restrictions alimentaires des personnes avec autisme, avec des préférences et des rejets marqués pour tel ou tel goût.

Nous l'avons vu, le système olfactif tient une grande place dans notre perception du goût tel que nous le concevons. Les particularités olfactives décrites ci-dessus vont donc largement influencer l'acceptation de l'aliment en bouche.

³⁶ GUERIN, M. (2008-2). Le spectre de l'autisme. *Le messenger*, 25 (3), pp. 12-15.

Comme pour chacun des autres sens, on peut observer une hyposensibilité orientant la personne vers des aliments forts en goût ou très épicés, ou une hypersensibilité menant la personne à préférer les aliments neutres ou même à manger des aliments gelés pour éviter leur goût.

5.3. Au niveau tactile

L'exploration tactile de l'environnement est souvent restreinte chez l'enfant avec autisme. Il peut marcher sur la pointe des pieds, explorer les objets avec le dos de la main plutôt que la paume (GUERIN, 2008). Il choisit souvent un jouet davantage pour sa texture, préférant généralement les surfaces dures et lisses, faciles à manipuler, que pour sa fonction ou ce qu'il représente. Certains enfants peuvent néanmoins montrer une hyposensibilité et préférer les textures particulières et les surfaces rugueuses.

Paradoxalement, on peut observer de vives réactions de douleur face à des stimuli doux ou bénins, et n'avoir aucune manifestation en cas de douleur avérée comme une fracture ou une carie. On peut d'ailleurs constater des comportements d'autostimulation menant à de réelles blessures.

Certaines personnes avec autisme peuvent ne supporter qu'un nombre restreint de vêtements à cause de leur texture, certains textiles pouvant provoquer d'importantes douleurs ou des sensations de brûlure (DUPRE, 2011). Il faut alors être vigilant à la lessive utilisée afin qu'elle ne les rende pas trop rêches et n'y ajoute pas une odeur désagréable pour la personne. Des actes du quotidien comme le lavage et coiffage des cheveux peuvent être un calvaire, sans parler de se les faire couper, d'autant que ces actions produisent en prime des bruits qui peuvent être agressants. On voit donc bien ici comme tous les sens peuvent être impliqués dans une action qui nous semble banale, et il faut donc déterminer ce qui gêne la personne.

Une hypersensibilité tactile peut aussi retentir sur les interactions sociales. Tony ATTWOOD (2006) explique que « *l'enfant avec le syndrome d'Asperger peut redouter la proximité immédiate des autres enfants à cause du risque d'un contact accidentel ou inattendu* ». De même, il appréhende les rencontres familiales, où les étreintes affectueuses sont de mise. Le temps du repas peut donc être un moment redouté par la personne, de par la proximité avec les autres convives.

Au sujet du repas, GUERIN (2008) précise que le refus de nourriture peut aussi être lié aux sensations tactiles. En effet, lorsque nous mangeons, nous recevons bien plus que des stimuli gustatifs et olfactifs. Notre acceptation de l'aliment dépend aussi de sa texture et des sensations tactiles et proprioceptives qu'il transmet. L'acceptation ou le refus de l'aliment peut donc être lié aux sensations en bouche qui en résultent.

5.4. Sur le plan visuel

Le canal visuel est généralement privilégié chez les personnes avec autisme. Cependant, il existe des dysharmonies importantes.

Nous entendons fréquemment que le contact visuel est difficile à établir avec un enfant présentant un autisme. Cet aspect nous interpelle car il entrave la relation interpersonnelle, mais il faut rappeler que cela ne concerne pas uniquement les personnes, mais aussi les objets (GUERIN, 2008). Les personnes avec autisme ont effectivement tendance à regarder de manière périphérique, au détriment du regard focal. Cette particularité nous amène parfois à penser qu'elles regardent ailleurs, fixant « le vide » plutôt que l'objet ou la personne. Pour BULLINGER (2007)³⁷, le système visuel focal serait alors utilisé pour améliorer le traitement de la périphérie. En effet, l'inhibition des saccades d'orientation du regard vers les stimuli périphériques, permettrait à la personne de porter son attention sur la périphérie du champ visuel. Cette utilisation privilégiée du système visuel périphérique pourra entraver la coordination œil-main nécessaire pour bon nombre de praxies, notamment celle de l'alimentation.

De plus, nous remarquons souvent l'attachement des personnes avec autisme à des détails d'un objet ou de l'environnement, leur attention pouvant se porter sur une entaille dans un meuble ou un simple grain de poussière. D'ordinaire, nous avons l'habitude de voir les objets dans leur ensemble et d'interpréter les stimuli de manière globale, en tenant compte du contexte. C'est ce qu'on appelle la cohérence centrale. Elle ferait défaut chez les personnes avec autisme. En effet, elles ont tendance à percevoir les stimuli de façon fragmentée, ne s'attachant pas à la forme globale de l'objet. Elles le regardent sous un certain angle, fixant un

³⁷ BULLINGER, A. (2007). Approche instrumentale de l'autisme infantile. Dans A. BULLINGER, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (pp. 174-190). Toulouse: ERES.

élément particulier. Pour COMTE-GERVAIS (2009)³⁸, les personnes avec autisme « *auraient une grande propension à faire abstraction du contexte perceptif au sein d'un ensemble formel structuré pour [...] ne s'attacher à repérer que des formes partielles* ». Ainsi, elles peuvent être fascinées par les reflets, comme la photographe *Luna the moon girl* (STANDIFER, 2011)³⁹, qui met sa fascination au profit de son art. Des récits de personnes ayant un syndrome d'Asperger montrent aussi un attachement particulier aux couleurs, avec des préférences et des révolutions catégoriques pour certaines d'entre elles. Ainsi, les stimuli visuels en provenance de l'environnement du repas peuvent constituer autant de distracteurs détournant la personne de l'activité en cours. La luminosité de la pièce, les surfaces réfléchissantes ou irrégulières peuvent alors retenir toute son attention. Sans oublier que les détails des aliments tels que leur couleur ou leur aspect textural peuvent également freiner la personne dans son alimentation.

5.5. Au niveau auditif

« Je dus aussi passer des tests auditifs parce que, malgré ma propension à tout imiter, j'avais l'air d'être sourde. » (D. WILLIAMS, 1992).

Il n'est pas rare qu'un enfant avec autisme ait dans un premier temps posé la question d'une surdité. En effet, il arrive que l'enfant ne réponde ni aux bruits, ni à son prénom. Mais on observe souvent des réactions paradoxales : il ne réagira pas à un bruit fort, tandis qu'un bruit à peine perceptible peut provoquer une crise ou un isolement (DUPRE, 2011). Selon GUERIN (2008), « *tout se passe comme si l'enfant entendait parfois trop, parfois pas du tout, même si son acuité auditive est excellente* ».

Temple GRANDIN (1986)⁴⁰ décrit ces réactions paradoxales en ces termes :

« Intensément occupée par le mouvement de la pièce ou du couvercle qui tournait, je ne voyais ni n'entendais rien. Les gens autour de moi étaient transparents. Aucun son ne me détournait de ma fixation. C'était comme si

³⁸ COMTE-GERVAIS, I. (2009). Recherches actuelles sur l'intelligence sociale et les troubles envahissants du développement. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, pp. 550-562.

³⁹ STANDIFER, S. (2011) *Autistic Fixation Shapes Photographer's Unique Images*. Récupéré sur Thinking Person's Guide to Autism : <http://thinkingautismguide.blogspot.fr/2011/02/autistic-fixation-shapes-photographers.html>

⁴⁰ GRANDIN, T. (1986). *Ma vie d'autiste*. Paris: Odile Jacob.

j'étais sourde : même un bruit fort et soudain ne me faisait pas tressaillir hors de mon monde. En revanche, lorsque j'étais dans le monde des autres, j'étais hypersensible aux bruits. »

Les récits de Temple GRANDIN (1986 ; 2000⁴¹) permettent aisément d'apprécier l'étendue des troubles de la perception auditive dont peuvent souffrir les personnes avec autisme (LENOIR, 1994⁴² ; ATTWOOD, 2006). Ainsi, Pascal LENOIR repère :

- Les troubles de la modulation sonore.

« J'ai un système auditif qui fonctionne comme un amplificateur au maximum de sa puissance. Mes oreilles se comportent comme un microphone qui ramasse et amplifie le son. »

- Les sensations nociceptives.

En effet, les bruits soudains et inattendus, qu'ils soient forts comme un aboiement, une sonnerie de téléphone, le « *bip* » d'un four à micro-ondes ou faibles comme le bruit d'un stylo poussoir, sont souvent décrits comme « *tranchants* » (ATWOOD, 2006).

« Les bruits forts et soudains me blessent les oreilles comme la foreuse d'une dentiste qui frappe un nerf. »

« Un tel bruit ne fait pas qu'effrayer les enfants autistes, il provoque chez eux un malaise intense.

Les goûters d'anniversaire étaient une autre torture pour moi. La confusion créée par les mirlitons qui partaient tout à coup m'effrayait. »

Les sons aigus et continus qui sont produits notamment par les appareils électroménagers sont également source de désagréments.

« Des bruits aigus et continus tels les sèche-cheveux et autres petits moteurs sont très gênants. »

⁴¹ GRANDIN, T. (2000). *My Experiences with Visual Thinking Sensory Problems and Communication Difficulties*. Récupéré sur Autism Research Institute: <http://legacy.autism.com/families/therapy/visual.htm>

⁴² LENOIR, P. (1994). *L'audition chez l'enfant autiste: Etude clinique et électrophysiologique des fonctions de perception et d'association transmodale*. Thèse en psychopathologie et neurologie des comportements de l'Université Paris 6.

- Le défaut de filtration et de sélectivité des sons.

Cela concerne particulièrement les bruits perturbants et multiples des lieux fréquentés comme les centres commerciaux, une cantine ou simplement la rue. Autant de stimuli qui sont très présents dans l'environnement quotidien.

« Parfois, j'entendais et comprenais et parfois les sons ou les paroles atteignaient mon cerveau comme le bruit insupportable d'un train de marchandises lancé à toute allure. Les bruits et la confusion dans une réunion où nous étions nombreux m'accablaient »

« Les personnes autistiques ont beaucoup de difficultés à filtrer les bruits de fond. [...]. Quand j'essaye de filtrer et éliminer les bruits de fond, j'élimine aussi la voix de la personne avec qui je parle »

- Les conséquences de ces troubles perceptifs en termes de troubles du comportement

« Il en est ainsi de tous les enfants autistes. [...] ils sont débordés par beaucoup de stimuli simultanés et réagissent par des colères, des hurlements ou d'autres comportements inacceptables. »

« La confusion créée par les mirlitons qui partaient tout à coup m'effrayait. Je réagissais inmanquablement en frappant un autre enfant ou en ramassant un cendrier ou un objet quelconque à ma portée pour le lancer à travers la pièce. »

- Les activités motrices régulatrices de cette hypersensibilité :

« Pour filtrer les stimuli extérieurs, ils doivent choisir entre l'autostimulation (par exemple, tourner, s'automutiler) ou l'évasion dans leur monde intérieur, faute de quoi ils sont débordés par beaucoup de simultanés [...]. Les comportements d'autostimulation aident à calmer un système nerveux trop éveillé. »

« J'ai découvert que je pouvais me fermer à ces sons douloureux en inventant un comportement autistique, rythmique et stéréotypé. »

Tony ATTWOOD précise que s'il est difficile pour nous de comprendre leur réaction à ces bruits, nous pouvons les comparer à la révulsion que certaines personnes neurotypiques montrent face à un bruit d'ongles raclant un tableau d'école, ou encore une fourchette crissant

au fond d'une assiette. Tous ces bruits peuvent nous agresser à différents niveaux, alors pensez un instant à ce que peuvent vivre les personnes hypersensibles.

5.6. Au niveau labyrinthique

Certaines personnes avec autisme vont se montrer hypersensibles et se mettre en retrait s'il y a trop de mouvement autour d'eux. À l'inverse, d'autres personnes hyposensibles ne vont pas recevoir suffisamment d'informations de leur environnement et vont avoir besoin de repères visuels pour se situer (DUPRE, 2011).

On fait souvent référence dans l'opinion publique aux comportements d'autostimulation labyrinthique tels que les balancements et les tournoiements. GUERIN (2008-2) fait l'hypothèse d'une libération d'endorphines à force de mouvements forts et répétés. L'auteur fait le lien avec cette libération effective chez le marathonien et qui engendre une certaine satisfaction. Ces comportements peuvent être en lien avec une réaction de défense, privilégiant la stimulation vestibulaire pour faire abstraction de toutes les autres.

Le repas est un moment riche en stimulations de toutes sortes et ce d'autant plus s'il a lieu en collectivité. L'excès de stimulations liées à l'environnement physique et social du repas peut pousser la personne à une autostimulation de type labyrinthique dans le but de se soustraire à cet environnement.

5.7. Malvoyance de l'E-Motion

Selon GEPNER (2008)⁴³, les enfants avec autisme pourraient souffrir de perturbations de la perception visuelle des mouvements rapides et complexes. Ces désordres toucheraient aussi bien les mouvements physiques environnementaux que les mouvements biologiques humains, notamment ceux du visage évoquant les émotions. Il nomme ce désordre « *Malvoyance de l'E-Motion* ».

Les altérations de la perception visuelle et de l'intégration visuo-motrice du mouvement de l'environnement pourraient expliquer les anomalies de développement de l'ajustement postural. Les difficultés d'intégration perceptive et visuo-motrice des

⁴³ GEPNER, B. (2008). Une nouvelle approche de l'autisme: des désordres de la communication neuronale aux désordres de la communication humaine. *Interactions*, 1, pp. 1-25.

mouvements corporels, gestuels et faciaux expliqueraient quant à elles les problèmes d'anticipation du mouvement, de compréhension des expressions faciales, d'imitation et d'interactions socio-affectives.

GEPNER ajoute que le facteur « vitesse du mouvement » semble déterminant pour la perception de la personne avec autisme. Pour certaines, qui montrent une hypersensibilité au mouvement, il devient aversif à trop grande vitesse, alors que pour d'autres il n'est plus perçu.

Lors d'une situation collective comme celle du repas, l'environnement est rempli du mouvement des personnes qui entrent et se déplacent dans la pièce, des convives qui se placent à table et font aller et venir la fourchette de l'assiette à leur bouche, des mouvements gestuels de la communication non verbale et des mouvements faciaux de chacune des personnes. Ces mimiques faciales peuvent traduire un état d'esprit, ou plus simplement constituer des mouvements physiologiques comme les clignements des yeux ou les mouvements de mâchoire de la mastication. S'ajoutent les multiples mouvements des lèvres liés aux conversations. Les difficultés d'intégration perceptives du mouvement peuvent donc rendre l'environnement du repas difficile à supporter pour une personne présentant une hypersensibilité. De plus, les personnes avec autisme ne pourront pas profiter des modèles sociaux et d'alimentation offerts par les autres, puisqu'ils n'intégreront pas le contexte associé à chaque mouvement.

Pour conclure, chaque activité que nous entreprenons comporte une intrication de stimuli impliquant nos divers sens. Lors du repas par exemple, la situation collective va apporter du mouvement, des bruits de voix ou de déplacements, des odeurs et des situations de contact entre les convives. L'environnement-même de la cuisine va regorger de bruits d'appareils électroménagers et de couverts qui s'entrechoquent, de couleurs et de lumière. Et enfin l'acte même de manger sera régi par l'odeur et le goût de l'aliment, sa texture, le bruit qu'il fera en bouche. Lorsqu'on connaît les particularités sensorielles de la personne avec autisme, on imagine facilement à quel point le repas peut être un moment difficile auquel il faut être vigilant. De même, s'alimenter requiert des capacités cognitives et praxiques qui peuvent être atteintes chez les personnes ayant des troubles du spectre autistique. Enfin, le caractère restreint et stéréotypé des intérêts et des activités peut influencer sur l'acceptation des aliments et interférer dans les échanges avec les autres convives, de même que l'altération qualitative des interactions sociales et de la communication vont également retentir sur le temps du repas.

CHAPITRE 3 : PARTICULARITES DE L'ALIMENTATION

CHEZ LA PERSONNE AVEC AUTISME

Les troubles du spectre autistique ont tous une implication, à différents niveaux, dans l'acceptation du repas. En effet, les troubles de la communication et des interactions sociales peuvent entraver le bon déroulement de ce temps éminemment social. Les intérêts restreints et stéréotypés peuvent réduire le nombre d'aliments acceptés, privilégiant un emballage particulier, ou bien une couleur, ou encore un seul type d'aliment (PRUDHON, 2012)⁴⁴. Nous avons également recensé les particularités sensorielles des personnes avec autisme. Elles vont jouer un rôle important dans les conduites alimentaires et le déroulement du temps du repas.

Nous verrons tout d'abord quels sont les troubles alimentaires que nous pouvons retrouver chez les personnes avec autisme, puis l'influence des particularités sensorielles sur l'alimentation. Nous aborderons ensuite les difficultés liées au repas mais ne relevant pas de la sensorialité, et enfin la question de l'hygiène dentaire.

1. Quels troubles des conduites alimentaires ?

Si les troubles du comportement alimentaire ne sont pas propres aux personnes avec autisme, 80% des enfants avec autisme présentent des troubles alimentaires, quand seulement 25% des enfants neurotypiques en souffrent (SENEZ, 2008)⁴⁵. Face à la fréquence élevée de ces problèmes d'alimentation, des auteurs ont même considéré qu'ils pourraient être symptomatiques d'un trouble envahissant du développement (RITVO & FREEMAN, 1978, cités par PRUDHON, 2012). De plus, Tony ATTWOOD (2006) rappelle qu'une consultation pédiatrique pour des troubles de l'alimentation peut conduire à un diagnostic du syndrome d'Asperger. Ces troubles peuvent se manifester par un refus de certains aliments ayant une

⁴⁴ PRUDHON, E. (2012). Repas et autisme : une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables. *Rééducation orthophonique : Autisme et communication*, 249, pp. 91-104.

⁴⁵ SENEZ, C. (2008). Le toucher thérapeutique en orthophonie : les massages de désensibilisation dans les troubles de l'alimentation et de l'oralité de l'enfant et de la personne polyhandicapée. *Rééducation orthophonique : Le toucher thérapeutique en orthophonie*, 236.

texture, une odeur ou un goût particuliers, lié à une hypersensibilité sensorielle. Nous pouvons également observer des manifestations physiques telles que des vomissements, un mérycisme ou l'ingestion de substances non comestibles (DANSART, 2000)⁴⁶.

1.1. Sélectivité, refus

Il est fréquent que les enfants présentent un refus de tout nouvel aliment. On appelle cela la néophobie alimentaire. Cependant, la sélectivité alimentaire présentée par les personnes avec autisme est bien plus intense et persistante que cette néophobie passagère.

Geneviève NADON (2011)⁴⁷ a regroupé les types de problèmes alimentaires rapportés par des parents d'enfants avec autisme dans différentes études, et recense plusieurs difficultés récurrentes :

- Sélectivité par type d'aliments, par texture ou par odeur
- Sélectivité en fonction de l'emballage, la couleur ou la présentation
- Intolérance face à la présence d'aliments non aimés dans l'assiette
- Refus des nouveaux aliments
- Haut-le-cœur
- Immaturité oro-motrice (difficultés de mastication des aliments, perte de salive anormale compte tenu de l'âge développemental)

La sélectivité par texture, couleur ou odeur, le refus alimentaire et le refus de la nouveauté sont les problèmes les plus souvent mentionnés dans ces études. Ces particularités évoquent grandement une aversion alimentaire d'origine sensorielle. Malgré une sélectivité importante des aliments ingérés, les personnes manifestant ce type de comportement mangent en bonne quantité lorsqu'on leur propose des denrées acceptées. Le refus ne provient donc pas d'un manque d'appétit mais bien d'une non-acceptation des propriétés de l'aliment. Le choix des aliments est réalisé en fonction de leur texture, de leur goût ou de leur température et dépend alors des sensations qu'ils procurent en bouche. Il peut aussi reposer sur des aspects sensoriels plus divers comme la présentation des aliments dans l'assiette ou même leur emballage.

⁴⁶ DANSART, P. (2000). Les comportements alimentaires chez l'enfant autiste : décrire, comprendre, rééduquer. *Bulletin scientifique de l'arapi*, 6, pp. 31-36.

⁴⁷ NADON, G. (2011). Problèmes alimentaires et troubles du spectre autistique. *Bulletin scientifique de l'arapi*, 27, pp. 6-14.

Le refus alimentaire peut provoquer diverses réactions d'aversion, qui peuvent se généraliser à tous les aliments semblables ou même à tout nouvel aliment. Certaines personnes peuvent refuser de goûter toute nourriture qui entre en contact avec un aliment aversif ou même de manger quoi que ce soit lorsqu'un aliment aversif est en vue.

« J'étais inquiète à cause de la façon dont il se nourrissait. Depuis sa naissance, pratiquement, il consommait le même type d'aliment. Son appétit pour les hydrates de carbone était de plus en plus vif et je n'arrivais pas à lui faire goûter des fruits ou des légumes. Il ne voulait même pas essayer. Il les palpait avec ses mains, les reniflait et c'était terminé. Presque tous les mets lui inspiraient une véritable répulsion, surtout s'ils comportaient un mélange d'ingrédients. » (BARON, J. 1992)

« En fait, je mangeais avant tout les choses que j'aimais regarder et toucher, ou bien qui suscitaient en moi des associations agréables ».
(WILLIAMS, 1992)

1.2. Un autre trouble fréquent : le syndrome pica

Le terme « pica » vient du nom latin de la pie, connue pour emporter dans son bec toutes sortes d'objets. Il s'agit de la consommation répétée de substances non nutritives telles que du tissu, des cheveux, du papier, du sable, ou encore des objets métalliques. Ces conduites peuvent être observables dans le développement ordinaire des jeunes enfants, qui découvrent leur environnement en portant les objets à la bouche. Mais, passé 18 mois, ce comportement est considéré comme pathologique (VIDAILHET, 2002)⁴⁸, à condition qu'il ne puisse être attribué à une pratique culturelle observable dans l'environnement de la personne. En effet, avec l'apparition du langage, l'enfant va peu à peu intégrer les interdits. Ainsi, si on lui défend de consommer une substance, il comprend rapidement qu'il ne doit pas le faire et ne répétera pas son ingestion.

⁴⁸ VIDAILHET, C. (2002). Troubles du comportement alimentaire. Dans C. VIDAILHET, & O. GOULET, *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique*. Paris: Doin.

« Comme tous les autres enfants, je mangeais des saletés en tout genre, des fleurs et de l'herbe, et des morceaux de plastique. À la différence des autres enfants, je mangeais encore des fleurs, de l'herbe, des bouts d'écorce et du plastique à l'âge de treize ans. » (Donna WILLIAMS, 1992)

Le pica peut donc être lié à des difficultés sensorielles, ou bien à un déficit cognitif important. Ce trouble du comportement alimentaire survient généralement chez des enfants, et parfois chez des adultes, avec autisme ou présentant une déficience mentale (LEONARD, FOULON & GUELF, 2005)⁴⁹.

1.3. Le mérycisme

Le mérycisme est une conduite de rumination qui n'est pas adaptée à notre organisme. Il peut être provoqué par un reflux gastro-œsophagien, c'est-à-dire la régurgitation des aliments avant qu'ils ne soient digérés et en l'absence de nausée. Le bol est alors une nouvelle fois mastiqué et avalé. Selon LEONARD, FOULON & GUELF (2005), ce va-et-vient des aliments peut durer de plusieurs minutes à deux heures.

2. L'influence des particularités sensorielles sur l'alimentation

La bouche est au carrefour de sensibilités très diverses qui entrent en synergie lorsque nous mangeons. En effet, au-delà de la perception des informations gustatives, la langue va recevoir les informations tactiles, proprioceptives et thermiques véhiculées par les aliments (CAUCAL & BRUNOD, 2010). Sans oublier que les stimuli ne vont pas se cantonner à la cavité buccale : les molécules olfactives vont diffuser jusqu'à leurs cellules réceptrices et ainsi participer à la saveur perçue du bol alimentaire et le bruit de la mastication va diffuser par voie osseuse jusqu'à l'oreille interne. Ainsi, le simple fait de manger nous baigne dans un flot

⁴⁹ LEONARD, T., FOULON, C., & GUELF, J.-D. (2005). Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatrie*, 2, pp. 96-127.

de stimuli très variés. De plus, à ces stimulations internes vont venir s'ajouter les afférences provenant de l'environnement.

On imagine donc aisément à quel point les particularités sensorielles des personnes avec autisme vont venir interférer dans cette activité.

2.1. Les afférences sensorielles inhérentes au repas

Voyons plus en détail les différents stimuli auxquels nous sommes soumis au cours d'un repas, et leur implication dans son déroulement pour les personnes avec autisme :

2.1.1. Les afférences visuelles

La vision va intervenir à différents niveaux. Tout d'abord, elle nous permet d'anticiper les sensations que va nous procurer la nourriture que nous sommes sur le point d'ingérer. L'aspect de l'aliment va en effet nous renseigner sur sa texture, et éventuellement sur sa nocivité s'il nous apparaît comme anormal. On peut alors imaginer que la perception exacerbée des détails puisse être un frein à l'envie de mettre en bouche le contenu de notre fourchette.

De plus, il faut rappeler que la sélectivité alimentaire peut être fondée sur des critères visuels (PRUDHON, 2010)⁵⁰, tels que l'apparence de l'aliment, sa couleur, son positionnement dans l'assiette ou même son conditionnement. CAUCAL et BRUNOD (2010) précisent qu'il ne faut pas compter sur la sensation de faim pour que la personne accepte de manger si elle ne peut pas supporter un élément de cet ordre dans l'environnement de son repas. Ils ajoutent que certains enfants avec autisme « *sont prêts à se laisser mourir de faim plutôt que de déroger aux règles qu'ils se sont fixés* ».

Il ne faut pas non plus négliger les afférences visuelles provenant de l'environnement du repas tels que la luminosité de la pièce, la couleur des murs et des meubles, la présence de surfaces réfléchissantes, et les mouvements des autres personnes présentes. Tant de stimulations qui peuvent gêner la personne avec autisme ou au contraire l'attirer, ne la rendant plus disponible à l'acte de manger.

⁵⁰ PRUDHON, E. (2010). Les troubles sensoriels: impact sur les troubles alimentaires. *L'orthophoniste*, 304, pp. 16-19.

2.1.2. Les stimulations auditives

Si l'audition participe à l'appréciation de la nourriture en bouche, par exemple d'un aliment croquant, elle peut venir interférer dans le bon déroulement du repas en cas de nuisances sonores (DANSART, 2000). En effet, la situation collective du repas est riche en stimulations auditives. La personne peut se trouver noyée dans le bruit des conversations, des mouvements des autres personnes avec le déplacement de chaises, les bruits de pas, ou encore les bruits des couverts dans les assiettes (PRUDHON, 2010). Sans oublier que, si la cuisine est ouverte sur le lieu de repas, les personnes vont également entendre les bruits de cuisson ou des appareils électroménagers. Tous ces stimuli peuvent agresser la personne avec autisme qui souffre d'hypersensibilité, et donner lieu à des comportements problématiques ou un refus de s'alimenter dans cet environnement perçu comme hostile.

2.1.3. Les stimulations gustatives et olfactives

Plus encore que les stimulations visuelles, l'odeur des aliments nous permet d'anticiper les sensations gustatives qu'ils produiront en bouche (PRUDHON, 2010). Ainsi, une perception trop importante ou trop faible de l'odeur de la nourriture va influencer sur notre envie de l'ingérer.

De même que pour les stimulations visuelles, l'odeur des aliments ne constitue pas la seule stimulation olfactive présente dans l'environnement du repas. La personne ayant une hypersensibilité olfactive va alors sentir les odeurs des autres personnes, qu'il s'agisse de leur odeur corporelle ou de leur parfum, de leur shampoing ou tout autre produit cosmétique. Elle sentira également les produits d'entretien qui ont été utilisés dans la salle, chaque odeur pouvant venir couvrir celle des aliments. Il ne faut pas négliger une fois encore les aversions que peuvent avoir certaines personnes et qui peuvent les empêcher de manger parce qu'une odeur les dérange dans la pièce.

2.1.4. Les stimulations tactiles et proprioceptives

Les perceptions tactiles et proprioceptives vont impliquer la cavité buccale, mais aussi tout le corps.

En effet, lors de la phase de préparation du bol alimentaire, la personne peut mal supporter le contact de l'aliment, à cause de sa texture ou de sa température. Elle recevra également des informations tactiles au niveau de la main et de tout le corps avec la matière

des couverts, du verre, de la table, le contact de la chaise ou encore de la nourriture sur les doigts, les mains, et même le visage (PRUDHON, 2010).

Les informations proprioceptives vont concerner la taille et la consistance de l'aliment en bouche, mais aussi le poids des couverts et du verre dans la main.

Toutes ces stimulations peuvent donc être insupportables pour les personnes ayant une hypersensibilité tactile. Il y a un risque que la personne réduise la mobilisation des aliments en bouche et donc la mastication, ce qui peut avoir des effets néfastes sur l'état bucco-dentaire. De plus, nous avons vu que le péristaltisme œsophagien était déclenché par la mastication. Cet évitement peut donc entraîner des troubles gastriques importants. La sélectivité alimentaire peut également résulter de ces défenses tactiles, avec un refus catégorique de porter l'aliment à la bouche.

2.2. Les défenses tactiles

LEBLANC et RUFFIER-BOURDET (2009)⁵¹ déclinent l'hypersensibilité tactile en stades, du stade 5 qui correspond à une aversion totale pour toutes les matières, au stade 0 correspondant à l'absence d'hypersensibilité :

- **stade 5** : aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matière. Évitement ou refus du toucher corporel, peu ou absence d'exploration des jouets. Aversion pour le toucher des matières franches (bois, plastique, tissus...) et pour les matières/textures molles (pâte à modeler, pâtes et riz cuits...), aériennes (plumes, coton ...). Le toucher de ces matières et textures peut entraîner une nausée ;

- **stade 4** : le toucher du corps est possible ainsi que celui des matières franches. Le toucher des matières/textures sèches (pâtes et riz crus, semoule, légumes et fruits crus non épluchés), molles et aériennes reste difficile ;

- **stade 3** : le toucher du corps est possible ainsi que celui des matières/textures franches et sèches. Toucher des matières molles, non collantes aux doigts et des matières gélatineuses (pâtes et riz cuit al dente) reste difficile. Aversion pour les matières et textures aériennes ;

⁵¹ LEBLANC, V., & RUFFIER-BOURDET, M. (2009). Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Spirale*, 51, pp. 47-54.

- **stade 2** : le toucher du corps, des matières et textures franches, sèches, molles non collantes est possible. Les matières/ textures collantes aux doigts (peinture, compote, purée, yaourts) et aériennes restent aversives ;

- **stade 1** : le toucher est possible jusqu'aux matières et textures molles collantes ;

- **stade 0** : aucune appréhension tactile.

Les défenses orales sont en lien avec ces défenses tactiles. Il faut prendre le corps dans son ensemble pour aborder l'hypersensibilité tactile des personnes avec autisme. L'hypersensibilité orale concerne les zones exo-buccales (lèvres, joues, menton) et endo-buccales (gencives langue, palais, intérieur des joues). Des réactions peuvent être observées lors du toucher de cette zone ou du contact avec une texture alimentaire ou non, ou bien à la perception d'une sensation thermique ou gustative. LEBLANC et RUFFIER-BOURDET (2009) relèvent diverses manifestations d'aversion face à ces stimuli : « *détournement de tête, pleurs, fermeture de bouche, ouverture des lèvres avec barrière des dents, ouverture des lèvres avec la langue en « pont-levis », ouverture de la bouche avec hypertonie de la langue et de l'intérieur des joues, nausées, vomissements* ». Là encore, les défenses orales peuvent se décliner en 5 stades :

- **stade 5** : l'accès au visage est impossible. Augmentation des défenses au fur et à mesure des tentatives ;

- **stade 4** : le menton et les joues peuvent être touchés mais les autres zones sont inaccessibles ;

- **au stade 3** : il est possible de toucher les zones exo-buccales mais l'accès aux zones endo-buccales est encore impossible ;

- **au stade 2** : de petits touchers thérapeutiques sont réalisables sur les gencives et les joues, en restant à l'avant de la cavité intra-buccale ;

- **stade 1** : les touchers thérapeutiques sont appréciés sur les gencives, les joues, la partie antérieure du palais et la pointe de la langue ;

- **stade 0** : toutes les zones endo- et exo-buccales sont sollicitables, y compris les parties postérieures des gencives, de la langue et du palais.

Ces défenses orales sont à relier avec ce que Catherine SENEZ appelle le syndrome de dysoralité sensorielle, que nous allons aborder.

Pour conclure, il est toujours difficile de rester alerte lorsque des stimuli extérieurs nous parasitent. Ainsi, les capacités de compréhension chutent d'environ 21% dans un environnement bruyant pour des élèves de primaire, et de 14% pour des adultes (DE TREVAREZ, 2012)⁵². Les stimulations reçues lors du repas sont multiples et peuvent constituer autant de sources de désagrément pour les personnes avec autisme. En résulte une réduction des capacités cognitives pendant ce temps du repas, « *comme si la plus grande partie de l'énergie psychique était absorbée par cette stimulation, entre autres dans les essais de maîtrise [...] des réponses émotionnelles déclenchées par cette excitation* » (CAUCAL & BRUNOD, 2010). Il est pourtant nécessaire d'être totalement disponible à l'acte de manger pour que chaque étape de l'alimentation se déroule correctement et pour que la digestion soit efficace.

2.3. Le syndrome de dysoralité sensorielle

Il a longtemps été supposé que les troubles du comportement alimentaire de la personne avec autisme étaient liés à une relation mère/enfant pathogène, nous savons aujourd'hui qu'ils résultent d'une hypersensibilité des récepteurs impliqués dans l'alimentation (SENEZ, 2010)⁵³.

Le temps du repas est un moment d'intenses stimulations sensorielles, qui peuvent heurter les personnes avec autisme à différents niveaux et à différents degrés en fonction de leur profil sensoriel. Nous allons nous intéresser aux implications d'une hypersensibilité orale dans l'aptitude de la personne à ingérer des aliments. Catherine SENEZ (2010) propose le terme de « *syndrome de dysoralité sensorielle pour désigner les troubles affectant le temps buccal de l'alimentation, qui résultent d'une activité sensorielle exacerbée et non d'une incapacité motrice* ».

⁵² DE TREVAREZ, E. (2012). *Discipline, pédagogie et capacité cognitive : Une relation sous-estimée*. Récupéré sur Agoravox: www.agoravox.fr/tribune-libre/article/discipline-pedagogie-et-capacite-114196.

⁵³ SENEZ, C. (2010). *Autour de la Personne Autiste, Aversions Orales et Troubles du Comportement Alimentaire : Le Syndrome de Dysoralité Sensorielle. Ateliers Nutrition*. Lille: Institut Pasteur.

2.3.1. Le réflexe nauséeux

Il s'agit du seul réflexe archaïque qui persiste à l'âge adulte de manière ordinaire. Son rôle est de protéger l'organisme de l'ingestion d'une substance nocive ou perçue comme telle par les récepteurs gustatifs et olfactifs. Le réflexe de déglutition est alors brusquement inversé pour l'éjecter. Il peut donc entrer en action au moment de l'ingestion d'un aliment trop amer ou acide, ayant une odeur putride, ou simplement d'un aliment nouveau qui nous surprend. Il peut également être déclenché à la simple vue de quelque chose qui nous répugne (SENEZ & SCHAAL, 2009⁵⁴ ; SENEZ, 2010).

2.3.2. L'hyper nauséeux

Certaines personnes présentent un réflexe nauséeux exagéré et vont manifester un rejet excessif et très fréquent face à des stimuli gustatifs ou olfactifs apportés par des aliments normalement comestibles (SENEZ, 2010). Cet « *hyper nauséeux* » est généralement accompagné de symptômes qui peuvent entraîner un état de dénutrition. On peut ainsi observer :

- un appétit réduit et irrégulier,
- une lenteur d'alimentation,
- une sélectivité sur la température, les goûts ou les textures des aliments,
- un refus des aliments nouveaux,
- un refus des morceaux et une mastication limitée, avec éventuellement une stagnation des aliments en bouche dans les sillons jugaux,
- des vomissements si la personne mange malgré son aversion,
- des nausées au brossage des dents ou au rasage pour certains hommes.

SENEZ (2002) précise qu'il « *existe une relation entre l'intensité de l'hyper-réactivité nauséuse et celle des refus alimentaires* ».

⁵⁴ SENEZ, C., & SCHAAL, B. (2009). Réactivité chimiosensorielle et alimentation de l'enfant atteint de handicap. *Médecine et enfance*, hors-série, 30.

2.3.3. Le syndrome de dysoralité sensorielle

Pour aller plus loin dans la notion d'hypersensibilité orale, Catherine SENEZ propose d'appeler « Syndrome de Dysoralité Sensorielle » (SDS) l'association des divers signes d'hyper nauséux. Ces troubles surviennent dans la première année de vie, lors de la diversification alimentaire. Elle précise qu'ils peuvent être aggravés par une allergie alimentaire, des reflux gastro-œsophagiens ou des problèmes digestifs.

Les symptômes sont identiques chez les personnes au développement typique ou avec autisme, mais il est important de rappeler que ce SDS concerne seulement 25% des personnes neurotypiques contre 80% des personnes ayant des troubles envahissants du développement.

Nous l'avons vu, le moment du repas soumet la personne à tout un cortège de stimuli qui peuvent venir entraver son bon déroulement. Il est probable que la personne avec autisme qui présente des hypersensibilités sur divers canaux sensoriels ait également une hypersensibilité intra-buccale, se traduisant par un réflexe nauséux exacerbé. Une rééducation orthophonique sera nécessaire afin d'inhiber ce réflexe nauséux.

3. Les autres difficultés inhérentes au temps du repas

3.1. Les difficultés motrices

3.1.1. Posture

Nous l'avons vu, les personnes avec autisme peuvent prendre des postures particulières qui vont entraver le bon déroulement du repas. Il peut être difficile de leur faire adopter la posture adéquate à l'alimentation, à savoir une position assise, le dos droit en appui sur un dossier, les pieds au sol, les genoux formant un angle droit. Même lorsque nous arrivons à leur faire quitter leur position favorite, les dommages orthopédiques causés par celle-ci peuvent réduire les possibilités de prendre une posture correcte. En effet, les articulations des membres inférieurs peuvent être atteintes, empêchant la personne de garder

les deux jambes jointes et de former un angle droit avec les genoux. La colonne vertébrale peut également être touchée, la personne se trouvant alors dans l'impossibilité de se redresser contre le dossier.

Ces difficultés posturales peuvent également être liées à une hypotonie, qui peut aussi retentir sur la tenue de la tête. Pour prévenir les fausses routes alimentaires, la tête doit être bien droite, suivant l'axe rachidien, et le menton très légèrement rentré vers la poitrine. Une mauvaise tenue de la tête peut entraîner des difficultés de mastication et de déglutition.

3.1.2. Difficultés de motricité fine

L'alimentation demande l'utilisation de praxies très complexes. Or, les troubles praxiques sont très fréquents chez les personnes avec autisme. Pour manger, il faut d'abord pouvoir tenir correctement les couverts. Il faut prendre les aliments à l'aide d'une fourchette ou d'une cuillère et, d'un mouvement ample et directionnel, les apporter jusqu'à la bouche. La préhension du couvert a ici une importance capitale puisque la nourriture ne doit pas tomber avant d'être parvenue à la bouche. Les praxies manuelles vont alors passer le relai aux praxies bucco-faciales, puisque la personne va devoir prendre les aliments entre ses lèvres, puis les mobiliser avec sa langue tout au long de la mastication et pour propulser le bol alimentaire vers les voies digestives.

3.1.3. Mastication et déglutition

Les difficultés sensorielles et motrices se rejoignant dans ce temps masticatoire, il n'est pas rare que les personnes avec autisme gardent un grand volume d'aliments en bouche, ce que Catherine SENEZ appelle le signe du hamster, avant de l'avaler sans même mastiquer. Selon LAXER (2001), plus de la moitié des personnes avec autisme présentent une déglutition primaire, avalant l'aliment sans préparation buccale préalable.

Les personnes dont la mastication est inefficace peuvent manger des plats mixés, mais il faut avoir en tête que toute perturbation du temps masticatoire aura des répercussions sur la déglutition et la digestion. En effet, nous avons vu que ce temps de préparation du bol alimentaire déclenchait les péristaltismes pharyngé et œsophagien, qui vont permettre de conduire les aliments jusqu'à l'estomac pour être digérés. Sans oublier que la phase d'insalivation du bol, permise par la mastication, contribue déjà à la digestion de la nourriture. L'absence de temps masticatoire aura donc des conséquences sur la digestion.

De plus, une mauvaise préparation du bol associée à des difficultés sensorielles et donc des réflexes appauvris peuvent augmenter le risque de fausses routes. D'autant qu'une insalivation insuffisante va augmenter les risques de résidus alimentaires par un défaut de lubrification, augmentant également le risque de fausses routes après déglutition.

3.2. Difficultés d'ordre socioculturelles et psychoaffectives

L'enfant intègre les règles culinaires de sa culture par un bain social. Or, nous savons que les troubles des interactions sociales sont très prégnants dans l'autisme. Ces difficultés vont jouer un rôle dans la persistance des sélectivités alimentaire. L'enfant qui présente une néophobie alimentaire va être rassuré par son entourage, voyant que l'aliment est accepté par les autres et qu'il ne constitue pas un danger. Par imitation, il va se mettre à goûter des aliments nouveaux. La personne avec autisme ne pourra pas s'appuyer sur de tels étayages pour décider de l'acceptation ou non d'un aliment. Rien ne pourra lui faire accepter un aliment aversif.

De plus, le repas est un acte éminemment social. Outre les aversions alimentaires, la personne avec autisme peut exprimer une aversion pour les situations collectives. Elle peut être gênée par les relations sociales, mais aussi par le bruit, les mouvements générés par la situation de groupe.

Le repas est également régi par de nombreuses règles que la personne aura du mal à intégrer. Si certaines personnes ont une aversion pour la proximité avec autrui, d'autres vont avoir du mal à respecter les distances interpersonnelles et à comprendre qu'on ne doit pas toucher à l'assiette de son voisin par exemple. Cela peut engendrer des conflits importants qui viennent se surajouter aux difficultés d'alimentation.

3.3. Difficultés liées au « temps du repas »

Bien que le repas constitue une activité obligatoire de la journée, il n'aura pas forcément lieu à heure fixe. Les personnes avec autisme peuvent éprouver des difficultés à repérer ce temps, qui ne correspond pas toujours au moment où elles ont effectivement faim. Nous savons que les personnes ayant des troubles du spectre autistique ont du mal à comprendre et anticiper le déroulement des activités journalières. Si le temps du repas n'est

pas spécifié sur un support fixe tel que leur emploi du temps, ou si elles ne sont pas prévenues de son approche, elles ne pourront pas anticiper ce moment.

De même, le temps du repas, surtout en collectivité, suppose une durée à respecter. Les règles sociales obligent la personne à attendre régulièrement au cours de ce repas : attendre que tout le monde soit servi pour commencer à manger, attendre entre chaque plat que le prochain soit servi, et enfin attendre que tout le monde ait terminé de manger pour quitter la table. Ces temps d'attente peuvent paraître insurmontables à la personne avec autisme qui n'y voit pas de fin. Elle sait qu'elle doit attendre, mais pour combien de temps ? Ce manque de repère peut créer une agitation, voire des crises, qui peuvent ne pas être comprises par l'entourage. Pourtant, personne n'apprécie attendre pour une durée indéterminée.

Enfin, le repas implique une séquentialité des actions. En effet, les différents plats vont s'enchaîner dans un ordre précis, qui n'est pas forcément intégré par la personne avec autisme. Ainsi, quand elle a fini de manger un plat, il est important qu'elle sache qu'elle attend pour le plat suivant, qui doit lui être spécifié. De même, s'il s'agit d'un self-service, il est important de préciser à la personne les actions qu'elle doit faire, les choix qui lui sont proposés, pour la guider dans la réalisation de chaque étape.

Afin d'aider la personne à repérer et anticiper le temps du repas et les différentes séquences à respecter pour son bon déroulement, nous verrons que différentes aides visuelles peuvent lui être proposées.

4. Des soins et une hygiène bucco-dentaires difficiles

Il est difficile d'entretenir une hygiène buccale satisfaisante chez les personnes avec autisme, pour diverses raisons. En effet, nombreux sont les facteurs aggravants de l'hygiène bucco-dentaire (DROZ, 2006⁵⁵ ; CAUCAL & BRUNOD, 2010).

⁵⁵ DROZ, D. (2006). Polyhandicap : une sphère oro-faciale particulière.

Tout d'abord, les troubles de la mastication et de la déglutition vont empêcher un nettoyage physiologique efficace de la cavité buccale : les déglutitions secondaires nécessaires à la vidange de la bouche n'auront pas lieu, favorisant la stagnation de résidus alimentaires. De plus, le défaut de mastication va généralement entraîner un passage à une alimentation mixée, qui va limiter la stimulation des gencives. Cette sous-stimulation va entraîner une diminution de la salivation. Or la salive permet de lubrifier le bol alimentaire et ses résidus, favorisant leur évacuation. Elle participe également, grâce à son pH, à la prévention du tartre et des caries. Cette hyposialie va être majorée par une respiration buccale très fréquente, laissant s'évacuer la salive entre les lèvres et asséchant la muqueuse intra-buccale. Elle pourra également être favorisée par la prise éventuelle de certains médicaments comme les neuroleptiques.

Le défaut de mastication va avoir un impact sur la digestion des aliments. En effet, nous avons vu que les péristaltismes pharyngé et œsophagien qui conduisent les aliments jusqu'à l'estomac sont déclenchés par les perceptions olfactives lors du temps masticatoire. Une mastication insuffisante associée à une mauvaise insalivation du bol, et par conséquent à une diminution des stimulations olfactives, va donc ralentir le transit des aliments. Sans oublier que la salive participe à la digestion des denrées, grâce à des enzymes spécifiques. Les troubles gastriques engendrés vont favoriser l'apparition de reflux gastro-œsophagiens, dont l'acidité va venir aggraver l'état bucco-dentaire. Il s'agit donc là d'un cercle vicieux, qui peut être amélioré par le traitement des reflux.

Pour finir, les défenses orales présentées par la personne avec autisme vont rendre très difficiles les soins bucco-dentaires. En effet, la personne peut présenter un réflexe nauséux au brossage des dents ou aux soins pratiqués par le dentiste, jusqu'à refuser toute inspection de la cavité buccale. Un mauvais état dentaire va alors engendrer des douleurs qui augmenteront l'évitement de la mastication. La désensibilisation de l'hyper nauséux va donc, en plus d'améliorer le comportement alimentaire, favoriser l'acceptation du brossage des dents et des examens intra-buccaux. Les soins dentaires apportés pourront alors réduire les douleurs et l'évitement de la mastication associé. De plus, ce travail de désensibilisation peut améliorer les capacités de mastication en favorisant l'acceptation de textures jusqu'alors aversives.

S'il est établi que les personnes avec autisme présentent des particularités sensorielles importantes, leur expression varie énormément d'un sujet à l'autre, en fonction du degré de handicap et de la prédominance d'un canal sensoriel particulier. Cependant, quel que soit le profil sensoriel de la personne, le repas est un moment d'intenses stimulations (SENEZ, 2010). Les difficultés pourront également se situer au niveau de la déglutition et/ou de la motricité. Il est important de noter que des douleurs peuvent être à l'origine de désordres alimentaires. En cas de difficultés d'alimentation, il est donc indispensable d'en repérer la cause afin de proposer une prise en charge et des adaptations adéquates.

CHAPITRE 4 : REFLEXION SUR LES ADAPTATIONS

ET SOINS

Le bilan orthophonique va permettre de spécifier la nature des troubles alimentaires et leurs conséquences. Sur la base de cette évaluation, l'orthophoniste pourra mener une rééducation spécifique et accompagner l'entourage de l'enfant ou de l'adulte. Elle pourra déterminer les adaptations nécessaires au quotidien dans l'environnement et l'alimentation de la personne (DANSART, 2000).

1. Repérer les besoins

À l'aide de l'entourage, l'orthophoniste va reconstituer l'histoire des troubles alimentaires de la personne et ses manifestations actuelles. Le contexte alimentaire devra être interrogé : organisation et ambiance des repas, mode d'alimentation, les goûts spécifiques de la personne au regard des habitudes alimentaires familiales ou institutionnelles, son comportement lors de situations alimentaires inhabituelles, ainsi que l'adaptation et le degré de tolérance de l'entourage à ses difficultés (DANSART, 2000). Ces informations peuvent être recueillies à l'aide des questionnaires renseignés par les parents et/ou les accompagnateurs.

Ensuite, un bilan de déglutition sera effectué pour apprécier la neuromotricité alimentaire. Nous évaluerons l'autonomie d'alimentation de la personne, sa respiration, ses capacités de phonation, ainsi que les différentes phases de la déglutition. Il faudra observer les structures impliquées dans la déglutition au repos et en fonction, la motricité bucco-faciale, le tonus et la force musculaire. Les réflexes oraux seront également à tester, ainsi que la sensibilité tactile, thermique et gustative.

Enfin, les modes de communication utilisés par la personne seront observés : nous apprécierons sa compréhension des sollicitations, sa capacité à effectuer une demande, un choix entre deux aliments, à exprimer un refus ou un état de satiété.

Les observations devront être réalisées en situation familière d'alimentation, dans différents contextes (repas, collation), afin d'apprécier le comportement de la personne et les

facteurs environnementaux. Les interactions spontanées et les activités sensorielles permettront d'enrichir ces observations.

Le bilan d'alimentation sera généralement associé à un bilan des fonctions de la parole, du langage et de la communication.

1.1. Évaluation des habitudes alimentaires

En ce qui concerne l'évaluation des habitudes alimentaires, nous nous appuyerons sur la revue des méthodes utilisées pour évaluer l'alimentation des enfants présentant un trouble envahissant du développement, de NADON et coll. (2008)⁵⁶.

1.1.1. Le Children's Eating Behavior Inventory (CEBI)

L'objectif du CEBI est d'évaluer les problèmes d'alimentation et de comportement lors des repas. Il n'a pas été spécifiquement créé pour les personnes avec autisme. Les items concernent quelques facteurs personnels à la personne et environnementaux, et leur interaction avec l'alimentation. L'autonomie d'alimentation est également abordée, ainsi que le degré de tolérance de l'entourage. Le questionnaire comporte deux échelles de mesure : une échelle de LIKERT à 5 niveaux allant de « jamais » à « toujours », et une seconde dichotomique permettant à la personne qui remplit le questionnaire d'exprimer si elle juge ce comportement problématique ou non. Nadon et coll. relèvent tout de même que certains aspects très importants ne sont pas pris en compte dans ce questionnaire. Ainsi, l'intégrité des systèmes organiques n'est pas abordée, ni les facteurs de risque tels que l'âge, la médication, les allergies alimentaires ou les facteurs socio-économiques. De même, certains facteurs personnels à la personne tels que le niveau d'éveil ou de compréhension de la situation ont été omis. Il ne présente pas non plus d'item concernant les difficultés éventuelles d'intégration sensorielle. Ce questionnaire fournit donc des pistes sur l'implication des facteurs personnels et environnementaux dans l'alimentation, mais ne constitue pas un outil complet pour l'évaluation des troubles alimentaires des personnes avec autisme.

⁵⁶ NADON, G., EHRMANN-FELDMAN, D., & GISEL, E. (2008). Recension des méthodes utilisées pour évaluer l'alimentation des enfants présentant un trouble envahissant du développement. *Archive de Pédiatrie*, 15, pp. 1332-1348.

1.1.2. Les questionnaires pour les parents d'enfants avec autisme

Le *Parent survey on eating habits of children with autism*, de WILLIAMS et coll. aborde les facteurs de risque (âge, médication, facteurs socio-économiques, hérédité, croyances...), les facteurs personnels (état des systèmes organiques, niveau d'éveil, communication, les goûts...), les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Cependant, certains facteurs personnels font défaut, comme les habiletés motrices ou le profil sensoriel. Il s'agit pourtant de facteurs importants pour l'alimentation. Si sa valeur psychométrique n'est pas certaine, il permet d'établir un état des lieux intéressant pour comprendre les difficultés alimentaires de la personne.

KERWIN et coll. ont construit un questionnaire afin d'étudier les relations entre les problèmes d'alimentation perçus par les parents, les symptômes gastro-intestinaux et les problèmes de comportement des enfants ayant un trouble envahissant du développement. Ce questionnaire semble constituer un outil relativement complet. Il présente des items s'intéressant aux habitudes alimentaires de l'enfant, aux symptômes gastro-intestinaux, aux comportements d'automutilation et de pica, aux étapes clés du développement, au fonctionnement du système immunitaire et aux habitudes de sommeil. Des facteurs importants tels que les troubles de la modulation sensorielle ou les allergies alimentaires ne sont néanmoins pas mentionnés.

Les questionnaires apportent donc des indications intéressantes pour comprendre les difficultés alimentaires des personnes avec autisme dans leur quotidien. Il faut cependant avoir à l'esprit qu'aucun questionnaire ne fait l'inventaire exhaustif des facteurs pouvant influencer l'alimentation. De plus, il faut également prendre en compte que les résultats sont le reflet des problèmes perçus par les parents et qu'ils ne constituent pas une évaluation objective.

1.1.3. Les listes d'aliments acceptés

Il existe également différentes listes permettant de recenser les aliments acceptés ou refusés par la personne. Ainsi, NADON et coll. citent le *Food frequency checklist*, le *Food preference inventory* et le *Food frequency questionnaire*. Il s'agit donc de listes d'aliments sur lesquelles le parent doit indiquer les aliments acceptés par son enfant.

Le *Food frequency questionnaire* recense précisément les portions présentées à la personne et à quelle fréquence hebdomadaire, afin d'évaluer les habitudes alimentaires de la personne et la valeur nutritionnelle de son alimentation.

Pour le *Food frequency checklist* et le *Food preference inventory*, le parent répond selon une échelle de fréquence des ingestions allant de « *jamais* » à « *plusieurs fois par jour* ». Le *food preference inventory* a l'avantage de prendre en compte la consommation familiale des aliments en ajoutant la question « *cet aliment est-il mangé par la famille* ». Cette question est importante car on ne peut pas juger du refus d'un aliment par une personne lorsqu'il n'appartient pas à ses habitudes culturelles ou familiales.

Ces listes, remplies régulièrement, peuvent permettre d'objectiver une évolution des habitudes alimentaires. Elles peuvent donc servir de base intéressante à l'appréciation de l'efficacité des prises en charge dans l'alimentation au quotidien.

1.1.4. Le menu de trois journées types

Il s'agit d'un journal de bord permettant d'inscrire la consommation journalière de la personne, sur une période de trois jours. Le parent ou l'accompagnateur devra y inscrire les aliments consommés ainsi que leur quantité. Pour avoir une représentativité relative de l'alimentation de la personne, il est préférable que ce journal comprenne le relevé des deux jours de la semaine, et un du week-end. En effet, les habitudes alimentaires peuvent différer le week-end et il est important de prendre en compte cet aspect. Cet outil permet donc d'apprécier les habitudes alimentaires de la personne, mais aussi de mesurer sa consommation nutritionnelle. Il peut venir compléter les informations recueillies par les questionnaires.

Ce journal de bord ne permet pas d'établir un plan de prise en charge, mais peut permettre de déterminer certains objectifs, et d'apprécier une évolution des habitudes alimentaires.

1.2. Le bilan d'alimentation

Ce bilan a pour objectif de mettre en évidence les mécanismes physiopathologiques sous-jacents aux problèmes d'alimentation, de permettre une évaluation du risque face à l'alimentation afin de mettre en place les adaptations nécessaires, et enfin d'élaborer un projet thérapeutique cohérent face aux difficultés et aux capacités de la personne (CRUNELLE,

2006)⁵⁷. Il n'est donc pas spécifique de la personne avec autisme et devra être réalisé pour toute personne ayant des difficultés d'alimentation.

Le bilan devra comporter un entretien avec le patient et son entourage, une observation de la qualité tonique musculaire, des attitudes spontanées adoptées par la personne pour l'alimentation, de sa respiration et de son degré d'autonomie durant le repas. Nous procéderont ensuite à un examen, de la motricité bucco-pharyngée, des sensibilités olfactive, tactile, thermique et gustative. Et enfin seront observées la déglutition salivaire et l'alimentation. Il faudra également être attentif aux capacités d'expression de la personne.

1.2.1. Anamnèse

L'orthophoniste devra recueillir les antécédents et l'état général de la personne. Elle relèvera également les traitements en cours, afin de déterminer si leurs effets secondaires peuvent retentir sur l'alimentation, et les examens réalisés. Ensuite, elle devra interroger l'histoire alimentaire de la personne et son mode alimentaire actuel.

1.2.2. Bilan fonctionnel

1.2.2.1. *Evaluation de la sphère bucco-pharyngée*

Les structures physiologiques de la déglutition seront examinées, d'abord au repos. Ainsi, nous observerons la position et la tonicité des lèvres, des joues, des maxillaires et de la langue. Nous examinerons également la constitution du palais et du voile du palais.

Si cela est possible, nous étudierons ensuite la réalisation des praxies bucco-pharyngées, comprenant l'examen des mêmes structures, mais aussi les capacités de mobilisation pharyngée et d'ascension laryngée.

Nous procéderons ensuite à l'examen des sensibilités olfactive, tactile, thermique et gustative, afin de repérer un éventuel trouble sensoriel qui pourrait intervenir dans l'alimentation.

Les réflexes nauséux et de morsure seront également testés.

⁵⁷ CRUNELLE, D., & CRUNELLE, J.-P. (2006). *Les troubles de l'alimentation et de la déglutition : évaluation et rééducation*. DVD-rom: OrthoEdition.

1.2.2.2. *Observation des prises alimentaires*

En situation de repas, nous observerons la posture spontanée adoptée par la personne pour s'alimenter. Ainsi, nous noterons la position du tronc, de la tête par rapport au tronc et celle des membres supérieurs. Nous préciserons le type de siège employé.

En fonction du mode actuel d'alimentation et selon l'avis médical, nous étudierons la déglutition de la salive, des liquides, des semi-liquides et des solides. Nous évaluerons alors les différents temps de la déglutition :

- Préparation et préhension des aliments
- Temps buccal : qualité de la préhension labiale en fonction des ustensiles, bavage, reflux nasal, qualité de la mastication
- Temps pharyngé : élévation laryngée, présence de fausses routes, réflexe de toux et capacités d'expectoration

Il sera important d'observer les éventuelles manifestations de gêne ou de douleur de la part de la personne, ainsi que les sensations d'étouffement.

Enfin, nous observerons l'autonomie de la personne dans l'activité d'alimentation. Si la personne n'est pas totalement autonome, nous essaierons de déterminer si les difficultés sont liées au contrôle postural ou à la motricité globale, à un trouble de la sensibilité, à un défaut de coordination visuo-manuelle ou bucco-manuelle, à un problème d'ordre comportemental ou encore à un trouble cognitif.

1.2.2.3. *Observation de la situation de communication*

Le bilan d'alimentation doit également prendre en compte la capacité de la personne à se positionner en tant que sujet sur le moment du repas. Il faudra donc observer si elle répond de manière adaptée aux sollicitations de l'entourage et si elle est compréhensible par les autres pour effectuer une demande, exprimer un choix entre deux aliments, un refus ou un état de satiété.

Les conclusions apportées par l'évaluation des habitudes et des capacités alimentaires de la personne permettront de mettre en place une prise en charge adaptée, et des aménagements spécifiques au temps du repas pour faciliter celui-ci. Afin d'adapter de manière optimale la prise en charge, l'évaluation devra comporter des bilans complémentaires afin de déterminer par exemple le profil sensoriel de la personne. L'évaluation et la prise en charge de la personne avec autisme ayant des difficultés d'alimentation doit donc être pluridisciplinaire, afin de toucher les différents aspects qui posent des problèmes au moment du repas.

2. Adaptation et soins

2.1. Pendant le repas

2.1.1. Adaptations spécifiques au temps du repas

Il est important de signaler que ces aménagements ne sont pas spécifiques à la personne avec autisme. Toute personne ayant des difficultés pour s'alimenter peut profiter de ces adaptations.

2.1.1.1. *Installation de la personne et de son aidant*

Installation de la personne (PRUDHON, 2011⁵⁸, 2012) : afin de protéger efficacement les voies respiratoires et éviter que les aliments ne s'introduisent dans les poumons, la tête doit se trouver légèrement fléchie vers l'avant. Pour cela, il est important d'éviter les tensions des muscles du dos, qui viendraient placer la tête en extension. La personne doit donc être appuyée à un dossier, les pieds au sol. Si l'appui dorsal est difficile, il est possible d'insérer un coussin derrière son dos pour le faciliter. De même, si l'appui podal est incomplet, il est impératif de lui fournir un marchepied. En cas d'hypotonie, l'appui des bras peut-être nécessaire. Nous pouvons alors placer la personne à une table échancrée, ou bien l'installer dans un fauteuil à accoudoirs.

⁵⁸ PRUDHON, E. (2011). Le repas: une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables. *Bulletin scientifique de l'arapi*, 27, pp. 15-18.

Il peut également être préférable d'installer la personne le dos contre un mur, voire dans le coin d'une pièce. D'un point de vue psychomoteur, le mur va apporter à la personne une contenance et une verticalité qui **vont** participer à l'intégration de son enveloppe corporelle, permettant la constitution d'un « *axe corporel* » et fournissant « *un équilibre sensori-tonique susceptible de servir de point d'appui dans la relation à l'autre* » (BATARD & TRINQUIER, 2008)⁵⁹. Cet emplacement aura également l'avantage de limiter les stimulations sonores émises dans le dos de la personne et dont elle ne pourrait pas localiser la source, ou l'arrivée de mouvements dans son champ visuel de manière impromptue. Cela permettra également, en particulier l'installation dans le coin de la pièce, de limiter les déplacements de la personne si elle a du mal à rester à table.

Installation de l'aidant (ROFIDAL, 2004) : lorsque la personne est nourrie par un aidant, il est indispensable que celui-ci adapte sa position et sa manière de donner à manger afin d'éviter toute extension de la tête. Il doit donc placer son visage à la même hauteur que celui de la personne, pour qu'elle n'ait pas à lever la tête pour le regarder. De même, il est important que la cuillère soit amenée en-dessous du regard.

2.1.1.2. Aménagements de la table

L'utilisation de couverts adaptés va faciliter leur préhension pour les personnes qui en ont besoin (PRUDHON, 2011, 2012). On peut dans un premier temps proposer des couverts à manche rond, puis à manche plus volumineux. Ils peuvent également être coudés, permettant une orientation du couvert vers la bouche sans flexion du poignet, ou alors lestés pour en améliorer la perception dans la main.

Le verre échancré permet d'éviter l'extension de la tête lorsque la personne boit. En effet, le nez va prendre place dans l'échancrure au fur et à mesure que le verre va s'incliner. La tête va ainsi pouvoir garder une position droite, voire légèrement fléchie, pour éviter les fausses routes de liquides. Le verre à bec est donc à bannir puisqu'il force l'extension de la tête. Il est pourtant souvent utilisé pour éviter une incontinence du liquide. Cependant, l'utilisation du verre échancré peut également favoriser l'application des lèvres sur le bord du verre. Si la continence labiale est insuffisante, il est préférable de proposer une paille.

L'utilisation d'une assiette unie va permettre à la personne de bien distinguer les aliments dans son assiette.

⁵⁹ BATARD, N. & TRINQUIER, A. (2008). *Adultes avec autisme : particularités de l'approche psychomotrice et du bilan*. Diplôme Universitaire « Autisme et troubles apparentés » de l'Université de Tours.

Un tour d'assiette peut être clipsé afin d'éviter les débordements. En effet, les personnes qui ont déjà du mal à tenir leur fourchette auront également du mal à pousser les aliments dedans. Ce tour d'assiette peut être remplacé par une assiette creuse.

Surélever l'assiette permet de réduire la distance à parcourir jusqu'à la bouche et ainsi d'éviter la chute des aliments, sans induire de mauvaise posture de la part de la personne. Cela permet aussi de placer l'assiette dans le champ visuel de la personne. Il est possible d'utiliser une table à hauteur réglable, ou bien d'insérer un rehausseur antidérapant sous l'assiette. Il faut veiller à ce que l'ensemble soit solidaire et bien stable.

L'utilisation de sets de tables va délimiter l'espace de chaque personne et fournir un repère aux distances interpersonnelles et à la propriété de chacun. Ainsi, les personnes vont pouvoir visualiser l'interdit de se servir du verre d'un autre convive par exemple. Ils doivent être unis, pour ne pas fournir de distracteur et détourner l'attention des personnes du contenu de leur assiette. Pour visualiser le propriétaire d'un verre, il est possible d'y fixer sa photo avec un élastique. Le set de table est également utile si le repas a lieu sur une table polyvalente, pour marquer visuellement le temps du repas.

2.1.1.3. *Aménagement de la nourriture*

En cas de difficultés de mastication, la texture des aliments doit être adaptée. ROFIDAL (2004) précise qu'une alimentation mastiquée (à l'aide d'un appareil masticateur) doit être présentée pour les personnes ne pouvant pas enchaîner suffisamment de mouvements de mastication mais dont la mobilité linguale permet une malaxation et l'insalivation du bol alimentaire. Lorsque ce travail de lubrification du bol est impossible, une alimentation mixée sera proposée pour favoriser sa déglutition. Il faut alors être vigilant à ne pas suralimenter la personne dont l'appétit est amélioré par ces aliments car ils perdent en volume et sont déglutis plus rapidement. Ces adaptations texturales sont réalisées sur prescription médicale. PRUDHON (2012) rappelle que la perte de saveur générée par cette adaptation doit être compensée en proposant des plats plus relevés ou plus épicés.

En cas de fausses routes, on peut dans un premier temps en augmenter la perception des liquides en proposant de l'eau froide, ou chaude, ou aromatisée, afin de favoriser le déclenchement du réflexe de déglutition. L'eau gazeuse sera également mieux perçue. Si cela ne suffit pas, les liquides pourront être épaissis ou gélifiés, afin de ralentir leur progression et

éviter qu'ils ne coulent dans le larynx. Nous éviterons également les aliments trop liquides ou les aliments tièdes qui sont moins bien perçus.

2.1.2. Adaptations non spécifiques au repas

Ces adaptations auxquelles il faut être vigilant dans toutes les activités de la journée sont davantage spécifiques aux personnes avec autisme. Il faudra prendre en compte leur sensibilité particulière, les difficultés de communication qui les empêchent d'exprimer leurs choix et leurs demandes, mais aussi de comprendre ce qu'elles vont faire.

2.1.2.1. *Repérer le temps du repas*

Nous savons que le temps est une notion difficile à appréhender pour la personne avec autisme.

Le repérage du repas sur un emploi du temps va permettre à la personne d'anticiper ce moment ainsi que l'activité qui vient ensuite (PRUDHON, 2011, 2012). Le repas sera donc marqué comme un temps ayant un début et une fin bien définis, inscrit dans la journée.

L'implantation d'une routine permet de fournir des bornes naturelles à toute activité. Le fait de mettre la table ou d'aller chercher sa serviette, par exemple, marquera ainsi le début du repas. Celui-ci prendra fin lorsque tout le monde rangera sa serviette, débarrassera et nettoiera la table.

L'utilisation d'un minuteur visuel, de type time-timer ou sablier, peut permettre à la personne de visualiser la durée pendant laquelle elle devra rester à table. Ce type d'adaptation peut être utile si la personne éprouve des difficultés à attendre la fin du repas ou au contraire si la durée de celui-ci est trop longue.

L'élaboration d'un menu visuel, à l'aide de pictogrammes et/ou de photos, va permettre à la personne de savoir ce qui va se trouver dans son assiette.

2.1.2.2. *Aménagement de l'environnement*

L'acte de se nourrir demande une disponibilité totale de la personne. Toute stimulation imprévue peut déclencher chez la personne avec autisme une réaction de défense sous la forme d'une crise ou d'un repli sur soi. Il faudra donc contrôler les afférences sensorielles de l'environnement qui peuvent gêner les personnes avec autisme (PRUDHON, 2011, 2012).

Les stimulations visuelles devront donc être contrôlées : il faudra être vigilant à la qualité de la lumière et réduire les déplacements des personnes dans la pièce. Un pare-vue peut être utilisé pour protéger les personnes trop sensibles. Il est préférable également d'éviter de manger sur une surface réfléchissante.

Les stimulations auditives sont également à réguler : il est important de limiter le nombre de convives en préférant plusieurs petites salles à une grande salle à manger. Les chaises munies de patins feront moins de bruit en cas de déplacement et le niveau sonore de la conversation peut être visualisé à l'aide d'une lampe prévue à cet effet. De plus, les accompagnants ont tendance à parler plus fort lorsqu'ils veulent être mieux compris. Il faut donc leur rappeler que cette conduite peut nuire aux personnes avec autisme et qu'elle ne les aidera pas à mieux comprendre. Il peut également être proposé de porter un casque anti-bruit pour que la personne puisse se concentrer sur l'acte de se nourrir.

2.1.2.3. *Aménagement de la situation de communication*

Il est nécessaire, sur le temps du repas comme en dehors de celui-ci, que la personne puisse être en mesure d'exprimer un choix et de réaliser des demandes. Pour cela, elle doit avoir un moyen de communication adapté à ses capacités et à ses besoins. Emmanuelle PRUDHON (2012) précise qu'il peut s'agir d'objets référents, de photos ou de pictogrammes, de mots écrits ou encore d'un langage signé.

2.2. En dehors des repas

La prise en charge des troubles alimentaires ne se limite pas aux adaptations lors du repas. Il est indispensable de solliciter régulièrement la personne sur le plan sensoriel, notamment au niveau tactile en commençant par une stimulation corporelle vers une stimulation des zones oro-faciales. La mise en place d'un moyen de communication propre à la personne est également primordiale.

2.2.1. L'ordonnance « miam-miam »

L'ordonnance miam-miam suggère différentes stimulations à proposer à la personne en fonction du stade de défenses tactiles auquel elle se trouve (LEBLANC & RUFFIER-BOURDET, 2009). Ces activités peuvent être menées de façon pluridisciplinaire.

- **Au stade 5**, nous pouvons masser le corps, favoriser la mise au sol en y disposant des objets de différentes matières. Il est aussi intéressant d'inciter la personne à marcher pieds-nus sur différentes textures.

- **Au stade 4**, nous pouvons entraîner le toucher des matières sèches grâce à des paillettes de bois, du riz, des fruits et légumes non épluchés. On peut cacher parmi ces textures un objet recherché par la personne afin de la motiver à toucher. Il est intéressant de manier la cuillère vide afin que la personne s'y habitue et qu'elle devienne une alliée.

- **Au stade 3**, on peut aborder le toucher des matières molles non collantes aux doigts (pâtes et riz cuits *al dente*, pâte à modeler, balle en mousse, matières gélatineuses).

- **Au stade 2** peuvent intervenir les textures aériennes telles que les plumes, le coton, la farine et le sucre.

- **Au stade 1**, on va proposer à la personne des matières collantes comme la compote, la purée, ou encore lors d'une activité de pâte à sel ou de peinture à l'éponge ou avec les doigts.

Nous remarquons que ces recommandations font intervenir des denrées alimentaires, ce qui est très intéressant pour familiariser la personne à ces aliments en dehors du repas.

Lorsque les défenses tactiles ont disparu au niveau corporel, nous pouvons solliciter la personne au niveau oro-facial. Les stimulations dépendront également du stade de défenses orales atteint :

- **Au stade 5**, procéder par pressions au niveau du front, du nez, des joues ou du menton. Pour cela, nous pouvons utiliser les doigts ou le dos d'une cuillère. Inciter la personne à explorer oralement les objets.

- **Au stade 4**, nous pouvons effectuer des pressions sur les lèvres. Nous allons impliquer la bouche grâce à des bruits de bouche, des jeux de souffles...

- **Au stade 3**, nous réalisons une ouverture des lèvres grâce à une pression partant de l'oreille jusqu'à la bouche. Une fois l'ouverture obtenue, de petites pressions ou de petites frictions sur la partie antérieure des gencives sont recommandées. Nous pouvons également tapoter les lèvres avec le dos d'une cuillère et placer un goût apprécié par la personne sur les lèvres.

- **Au stade 2**, l'accès à l'intérieur de la bouche est acquis. Nous pouvons alors mettre en place des mouvements de friction appuyés sur les gencives, la langue et la partie antérieure du palais, plusieurs fois par jour, en partant de la fréquence acceptée par la personne. À ce niveau il est intéressant de jouer à faire semblant de manger.

- **Au stade 1**, la fréquence des touchers thérapeutiques peut augmenter. Chez les enfants, ces manœuvres doivent être présentées de manière ludique pour rester agréables. La personne peut introduire la cuillère vide en bouche et apposer sur ses lèvres une cuillère parfumée d'un goût apprécié.

- **Au stade 0**, la personne accepte de mettre en bouche une cuillère avec des aliments mais on ne va pas tout de suite aborder la notion de quantité.

Cette rééducation peut être menée à travers des temps plus ou moins formels comme un atelier sensoriel. Il est alors possible d'apporter des stimulations tactiles rugueuses, de type vibratoire, ou encore thermique, en partant du corps pour se recentrer sur le visage et les zones endo-buccales. Il est intéressant d'associer à ces stimulations la découverte des odeurs, et pourquoi pas des goûts.

Des temps moins formels peuvent également être utilisés pour favoriser ce type d'approche. Ainsi, un atelier pâtisserie fournira l'occasion de toucher les ingrédients et de goûter des saveurs différentes, et des activités de peinture ou de pâte à modeler vont inciter la personne à toucher différentes matières.

2.2.2. Désensibilisation de C. SENEZ

Lorsqu'un enfant ou un adulte présente un syndrome de dysoralité sensorielle, Catherine SENEZ (2002, 2010) préconise un programme de désensibilisation. Il s'agit de touchers thérapeutiques intra-buccaux réalisés par des orthophonistes formés.

Le programme consiste à appliquer des frictions rapides et appuyées destinées à inhiber l'hyper-réactivité du réflexe nauséux. Ces stimulations doivent être pratiquées de manière répétée et pluriquotidienne, sans dépasser le seuil de déclenchement du réflexe et en respectant une progression au fur et à mesure que l'acceptation de la part de la personne augmente.

Nous pratiquerons donc trois frictions aller-retour en suivant un ordre précis (SENEZ, 2002) et enchaînées rapidement :

- **Sur la gencive supérieure :** vers la droite, puis la gauche, en partant toujours du centre, entre les deux incisives.
- **Sur la gencive inférieure** en procédant de la même manière.
- **Sur le palais :** en partant de la région apicale, juste derrière les incisives supérieures. Les frictions suivent d'abord l'axe médian, puis le côté droit juste derrière les dents, et enfin le côté gauche.
- **Sur la langue :** pratiquer un appui énergique et rapide sur la pointe de langue, assez fort pour la plaquer sur le plancher buccal. Cet appui pourra être reculé quand cela sera accepté par la personne. Au fur et à mesure de l'avancée de la désensibilisation, on appliquera plusieurs appuis sur la langue de manière très rapide.

Il est impératif d'observer cet ordre car les stimulations vont être appliquées à partir des zones les moins sensibles vers les plus sensibles. De même, les mouvements de frictions ne doivent être donnés qu'avec peu d'amplitude au départ, pour ne pas dépasser le seuil du réflexe nauséux. L'amplitude augmentera progressivement, en s'adaptant aux réactions de la personne. Il est également très important de respecter le caractère appuyé, énergique et rapide du geste, pour ne pas créer de sensation désagréable de chatouillement qui risquerait de déclencher le nauséux.

Ces frictions seront réalisées huit fois par jour, pendant sept mois. Cette période peut paraître longue au regard de la rapidité des progrès, mais ce temps est nécessaire afin que l'inhibition du réflexe nauséux soit définitive et intégrée au niveau cortical. Devant l'importance de la fréquence du programme, les orthophonistes doivent indiquer la marche à suivre à la famille ou aux professionnels, afin qu'il soit effectivement réalisé de façon pluriquotidienne.

Ce programme, basé sur la répétition, va entraîner une désensibilisation par habitude, qui va d'abord se manifester par une diminution des défenses aux touchers buccaux. La désensibilisation va mener à un élargissement des choix alimentaires par l'acceptation d'un plus grand nombre de textures. Elle va aussi permettre une meilleure acceptation des soins buccaux-dentaires, augmentant la tolérance à la brosse à dent et aux soins du dentiste.

2.2.3. Offrir un moyen de communication

Nous savons que l'autisme est caractérisé par une altération qualitative de la communication, qui peut se manifester par un retard ou une absence totale de langage oral (CIM-10, 1994).

Lors du repas comme à tout moment de la journée, il est donc indispensable que la personne ait à disposition des moyens pour exprimer un besoin, une envie, un choix, mais aussi lui permettant de mieux comprendre son environnement et les personnes de son entourage. Pour la personne avec autisme, le canal visuel est généralement privilégié. Nous pouvons donc utiliser une communication visualisée pour remplacer ou accompagner le langage oral déficient.

La communication visualisée peut se faire par le biais de divers outils. Nous pouvons utiliser des objets référents, des gestes, des signes, des dessins, des photos, des pictogrammes, des mots écrits, et même les mouvements des lèvres (même s'il n'y a pas de lecture labiale, on peut faire comprendre que lorsque les lèvres bougent, un message est transmis). Le moyen de communication choisi doit être propre à la personne, adapté à ses besoins et à ces capacités. Il est important de tenir compte également de l'entourage pour créer un outil qui puisse être utilisé de manière écologique, c'est-à-dire qui soit compris et utilisable par les accompagnants.

Pour déterminer le support visuel le plus adapté à la personne, nous pouvons utiliser le COMFOR de VERPOORTEN (PRUDHON, 2012-02)⁶⁰. Il permet d'apprécier la compréhension des objets ou des informations visuelles en deux dimensions (photos, dessins, pictogrammes et lettres).

2.2.3.1. *Les objets référents*

Lorsque les supports visuels en deux dimensions ne sont pas suffisamment compris par la personne, il est possible de les remplacer par un objet. Celui-ci est davantage manipulable et concret et peut donc être mieux intégré par le sujet. Il pourra, après un long apprentissage, servir à la personne à exprimer une demande ou un choix, en le donnant à un interlocuteur. L'entourage l'utilisera également pour prévenir la personne de l'activité qu'elle va faire, ou de l'endroit où elle est conduite.

⁶⁰ PRUDHON, E. (2012-02). Formation communication visualisée. F.A.M. Les Lucines.

La difficulté, comme pour les pictogrammes et photos, se trouvera dans l'apprentissage du concept. En effet, la personne doit comprendre que l'objet ne se réfère pas qu'à lui-même, mais aussi à tout objet similaire. Il va falloir un entraînement long et répétitif pour que la personne puisse se saisir de ce moyen de communication. Il est donc important de définir des objectifs motivants pour elle.

Prenons l'exemple de C. : à 26 ans, elle a un niveau de développement de 9 mois environ. Un travail actuellement mené par l'orthophoniste du foyer d'accueil médicalisé porte sur la demande. Le but est particulièrement de permettre à C. de demander de l'eau lorsqu'elle a soif. L'orthophoniste utilise pour cela la boisson préférée de la jeune femme : le coca cola. Il est en effet très important de s'adapter aux préférences de nos patients pour favoriser leur motivation. Pour obtenir du soda, C. ne doit pas se contenter de tendre les bras vers la bouteille ou de l'attraper : elle doit donner un verre vide, pour voir le sien se remplir. On peut s'offusquer du refus de la servir tant qu'elle n'a pas donné son verre, alors qu'elle essaye de toutes ses forces d'attraper la bouteille. Effectivement, il s'agit d'une demande. Mais par cet entraînement, l'orthophoniste apprend à C. à demander en l'absence d'une bouteille. Son verre, qui sert d'objet transitoire, sera toujours dans son casier et le but à terme est qu'elle puisse s'en saisir et de le tendre à un accompagnant pour demander à boire.

Le choix des objets référents est primordial. Ils ne doivent pas pouvoir être confondus les uns aux autres. Il faut trouver des objets faciles à manipuler, et qui peuvent être remplacés en cas de détérioration ou simplement de perte.

Lorsque l'utilisation de l'objet référent est bien maîtrisée, nous allons l'associer à une photo ou à un pictogramme afin d'amener la personne vers l'utilisation de supports en deux dimensions.

2.2.3.2. Les supports visuels en deux dimension

L'avantage de ces supports est que, comme les objets, ils sont stables et maintenus devant la personne autant de temps qu'il le faut. Ils vont donc également pouvoir servir de moyen de communication entre la personne et son entourage par échange ou pointage. Plus faciles à manipuler que les objets, ils vont permettre la mise à disposition d'un grand nombre de concepts.

Outre le moyen de communication interactive, les pictogrammes et les photos permettent de structurer l'environnement par la création de supports adaptés. En effet, ce format est idéal pour repérer les différents espaces d'une institution par exemple par la

création d'une signalétique. Cette présentation en deux dimensions est également parfaite pour créer des emplois du temps, des déroulements d'activités, autant de supports qui vont permettre à la personne de se repérer dans le temps et d'anticiper sur l'activité à venir ou la séquence suivante pour poursuivre l'activité en cours. C'est de cette manière que nous pourrions repérer le temps du repas, dérouler un menu, mais aussi marquer la place de chacun à l'aide d'un plan de table, ou encore distribuer des rôles à l'aide d'un tableau de responsabilité.

Ces supports seront bien sûr adaptés à la personne : le choix du pictogramme ou de la photographie se fera en fonction du niveau de compréhension et d'appropriation de la personne. Il faudra veiller à ce que les personnes qui s'expriment par ce biais aient toujours à disposition leur outil de communication.

La conception des supports collectifs tels que la signalétique des différents espaces ou les emplois du temps de groupe doit prendre en compte le niveau de chacun. Ainsi, certaines personnes se saisissent mieux du pictogramme alors que d'autres préfèrent les photos, il faudra associer les deux présentations.

2.2.3.3. *Les signes*

L'utilisation des signes peut venir remplacer le langage oral chez une personne qui se trouve en impossibilité d'oraliser. Ils peuvent également être associés à la parole pour venir appuyer le langage oral en offrant un canal supplémentaire d'expression et de réception du message.

2.2.3.4. *Le Makaton*

Créé en 1972 par l'orthophoniste britannique Margaret Walker, le Programme Makaton est un programme complet qui utilise la combinaison de la parole, des signes et des pictogrammes. Il peut être utilisé comme approche multimodale pour l'enseignement de la communication, du langage ou de l'alphabétisation, ou comme source de vocabulaire fonctionnel pour les personnes ayant des difficultés de communication et pour leurs interlocuteurs.

Les signes utilisés sont empruntés, pour la majorité, à la langue des signes du pays. Ils vont venir souligner les mots-clés de la phrase pour renforcer la compréhension du message. Cependant, certains signes ont été modifiés pour lever les ambiguïtés entre deux signes trop proches, ou pour simplifier la réalisation de signes trop complexes.

Les pictogrammes Makaton sont permanents et aident la rétention en mémoire, comme le fait l'écriture. Ils ont l'avantage d'être concrets et faciles à discriminer. Ils sont classés par niveaux en suivant la logique de communication. Ils permettent une représentation iconique du langage afin de faciliter la compréhension, et sont relativement simples afin de pouvoir être dessinés à la main en cas de besoin. Il est cependant important de noter que ces pictogrammes ont été créés par des personnes ne présentant pas de difficultés de compréhension et d'abstraction, et à partir de nos propres représentations des concepts. S'ils nous semblent iconiques, ils ne le sont pas forcément pour la personne avec autisme.

2.3. Les contraintes en institution

Dans la pratique institutionnelle, certains aménagements peuvent être difficiles à mettre en place, pour diverses raisons.

Premièrement, le repas en institution induit généralement un repas en collectivité. S'il est possible de constituer des petits groupes, cela reste contraint par les espaces utilisables et le nombre de professionnels présents. Ainsi, si une personne demande à manger seule dans sa chambre, cela ne peut lui être accordé que si elle n'a pas besoin d'une supervision ou une aide pour manger de la part d'un professionnel. En effet, leur nombre étant limité, ils doivent pouvoir être en mesure d'être présents pour les autres résidents.

De même, l'heure et la durée des repas sont dépendants des horaires de travail des professionnels.

Enfin, pour des raisons budgétaires, les plats sont généralement préparés par des sociétés de restauration extérieures et livrées en liaison froide. Les aliments sont donc les mêmes pour tous les résidents, en dehors des régimes spéciaux, sans prise en compte des préférences alimentaires et des éventuels refus. Au-delà de ce problème qui laisse peu de place au choix de chacun, les plats livrés ne sont pas toujours en adéquation avec les adaptations de texture préconisées. En effet, lorsque le dessert livré est constitué de raisin alors que la majeure partie des personnes doit recevoir une alimentation mastiquée, le personnel encadrant doit alors trouver un autre dessert à leur présenter.

Il est également à noter que, pour s'adapter au maximum aux besoins des personnes, les professionnels doivent abandonner leurs représentations personnelles du repas en collectivité, comme moment de plaisir et d'échange. Ces représentations ajoutées aux

contraintes quotidiennes autour du temps du repas peuvent faire de ce moment, en institution comme au domicile, un moment à risque de maltraitance important. Il faut donc veiller à la compréhension des besoins de la personne avec autisme par l'entourage familial et professionnel, afin d'assurer la mise en place des adaptations nécessaires et limiter ainsi les sources de conflits.

Pour conclure, des adaptations simples et variées sont possibles pour améliorer le temps du repas de la personne avec autisme. Grâce au bilan, l'orthophoniste pourra déterminer les sources de difficultés pour la personne sur le temps du repas. En dehors de ce temps, une rééducation permettra d'offrir à la personne un moyen de communication, dont elle devra disposer à tout moment pour exprimer ses choix, ses envies et ses besoins. Elle permettra également de traiter, selon le besoins de la personne, le syndrome de dysoralité sensorielle, mais aussi de travailler la découverte des odeurs, des textures, des goûts, pour élargir son champ d'acceptation des aliments. Une rééducation des fonctions de la déglutition pourra être menée, le cas échéant. L'orthophoniste pourra proposer aux aidants des aménagements à mettre en place autour du repas, pour délimiter ce temps et le repérer dans la journée, pour limiter les afférences sensorielles de l'environnement et pour installer correctement la personne et faciliter l'utilisation des outils du repas. Néanmoins, il faut être conscient que les contraintes inhérentes à l'institution ne permettent pas toujours une adaptation totale du repas à la personne. Il faudra donc veiller à rester au plus près de ses besoins, dans la limite des possibilités.

Partie Pratique

CHAPITRE 1 : CREATION D'UN BILAN D'ALIMENTATION

A L'USAGE DU FAM DES LUCINES

1. Le foyer d'accueil médicalisé « les Lucines »

Conformément au décret n°2009-232 du 20 mars 2009, les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) accueillent des adultes ayant une déficience intellectuelle ou atteints de handicaps associés. Le niveau de dépendance des personnes accueillies en FAM les rend inaptes à une activité professionnelle et implique l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Il s'agit donc à la fois de structures occupationnelles et de structures de soin. L'orientation vers un FAM est proposée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Le FAM des Lucines est géré par l'ADAPEI 44, Association Départementale des Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales de Loire-Atlantique. Cette association a pour but d'aider les familles et proposer un accompagnement adéquat pour les personnes avec un handicap mental, y compris avec des troubles associés et quel que soit leur âge. Situé en périphérie nantaise, le FAM des Lucines a ouvert ses portes le 1^{er} janvier 2008 et accueille aujourd'hui vingt-trois personnes. Il a obtenu une reconnaissance autisme en décembre 2009, lui permettant de disposer de neuf places pour des personnes avec autisme, dont une en accueil de jour. En effet, suite au constat d'un grand nombre de résidents présentant un autisme, cette reconnaissance a été demandée afin d'adapter la formation des professionnels de l'institution et apporter un accompagnement pertinent aux personnes ayant des troubles envahissants du développement.

En accord avec les recommandations de l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux), la démarche bienveillance est placée au cœur du projet d'établissement. Cette démarche concerne :

- le respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité ;
- une posture professionnelle soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes et respectueuse de ses choix et de ses refus ;
- une valorisation de l'expression des usagers ;
- une culture du questionnement permanent : « *la bienveillance ne peut se passer d'une intention positive (sans quoi elle est une action arbitraire), ni d'un acte concret (sans quoi elle se limite à une bonne intention).* » (ANESM, 2008)⁶¹ ;
- une démarche continue de réflexion et de collaboration à la recherche de la meilleure réponse possible à une situation donnée.

Les professionnels des Lucines se placent donc en permanence dans une réflexion éthique sur les pratiques quotidiennes, afin de faire cet aller-retour entre les actes et le respect des résidents et de leurs besoins.

2. La nécessité d'un bilan d'alimentation adapté

Nadon et coll. (2009) rappellent que « *l'alimentation résulte de facteurs personnels de la personne (cognitifs, émotifs, physiques), de facteurs environnementaux (humains et non-humains) et des composantes de l'activité* ». Cette pluralité des facteurs impliqués rend difficile la création d'un bilan exhaustif. C'est pourquoi la plupart des chercheurs choisissent de construire leur propre instrument pour étudier les aspects recherchés.

La population du FAM des Lucines présente des pathologies très variées, avec un nombre important de personnes avec autisme, et une majorité de personnes ayant un retard mental moyen à profond. Ces particularités sont à prendre en compte pour élaborer un bilan d'alimentation adapté aux Lucinois. Un simple bilan de déglutition ne saurait rendre compte des besoins des personnes avec autisme au moment du repas, qui vont bien au-delà d'une

⁶¹ ANESM. (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre.* Récupéré sur ANESM : www.anesm.sante.gouv.fr

adaptation des aliments et liquides présentés. Afin d'offrir des aménagements pertinents pour rendre le temps du repas plus acceptable pour la personne et son entourage familial ou institutionnel, un bilan des fonctions de la déglutition, mais aussi des comportements alimentaires et des facteurs environnementaux est indispensable.

3. Méthodologie

3.1.1. Le bilan d'alimentation

Le bilan d'alimentation a été réalisé à partir du bilan de Dominique et Jean-Paul CRUNELLE. Le choix des items a été effectué en fonction de leur importance pour le repérage des troubles, en tenant compte des capacités des Lucinois. Ainsi, les items jugés irréalisables ont été supprimés. De même, la cotation de certains items a été enrichie de manière à présenter l'ensemble des adaptations possibles, ou à relever au maximum les réactions de la personne.

Il comprend une évaluation de l'alimentation, une évaluation de la sensibilité et une évaluation de la sphère bucco-pharyngée.

3.1.1.1. Informations générales

L'évaluation de l'alimentation nécessite tout d'abord de relever les informations générales relatives à la personne. Nous relèverons ses antécédents et son état général au moment du bilan, ainsi que les traitements en cours et leurs effets secondaires. Nous noterons si la personne suit un régime particulier, puis son mode alimentaire actuel, c'est-à-dire les adaptations éventuelles de texture des aliments et liquides. Nous indiquerons également si la personne utilise des couverts, et si elle peut manger avec les doigts.

Nous noterons si nous observons ou non :

- un déficit du contrôle postural, qui amènerait une difficulté à s'installer confortablement et conformément aux recommandations posturales pour une bonne déglutition. Le contrôle postural est régi par l'équilibre, qui dépend lui-même de la masse et de la géométrie corporelles, de la stabilité des appuis sur un support et des perceptions visuelles, vestibulaires et proprioceptives. Il permet la régulation du tonus musculaire et la stabilisation de la posture ;

- une réduction des amplitudes articulaires, qui rendrait difficile l'utilisation des couverts et leurs aller-retour de l'assiette à la bouche. Cela pourrait également toucher l'ouverture buccale ;

- un trouble de la sensibilité, qui influencerait de diverses manières sur le repas car les afférences sensorielles en provenance de l'environnement et de l'aliment sont multiples. Au niveau de la zone orale, un trouble de la sensibilité peut engendrer une sélectivité alimentaire importante, ou un évitement de la mastication ;

- un défaut de coordination visuo-manuelle, qui rendrait difficile l'utilisation des couverts ;

- un défaut de coordination bucco-manuelle, qui entraverait l'apport du couvert à la bouche ;

- et une fatigabilité, qui rendrait l'acte d'alimentation coûteux cognitivement.

3.1.1.2. *Evaluation de l'alimentation*

Cet examen se fait en situation d'alimentation. Il peut avoir lieu lors du repas ou sur un temps de collation.

Installation et position spontanée de la personne :

Nous indiquerons si la personne possède un siège adapté et si elle est installée à une table échancree ou non. Nous observerons également la qualité de l'appui podal, de l'appui dorsal et de la position de la tête et préciserons si un aménagement est mis en place (marchepied, coussin derrière le dos, flexion de la tête renforcée). Ces observations permettront de déterminer si une adaptation est nécessaire pour favoriser le positionnement adéquat de la personne.

Matériel utilisé :

Nous préciserons le type de couverts utilisé, si le verre est normal ou échancree ou bien si la personne boit à la paille, et si l'assiette est adaptée et de quelle façon. Nous relèverons également l'utilisation d'un set de table, d'un minuteur visuel et/ou d'un tapis antidérapant, et nous pourrions le cas échéant préciser les autres types d'aides employés. Ces observations permettront de déterminer les aménagements qui ont déjà été mis en place pour la personne et les conditions dans lesquelles l'évaluation de l'alimentation sera réalisée.

Autonomie :

Nous noterons si la personne mange seule ou si elle a besoin d'une incitation, physique ou verbale, ou même d'un aidant pour la faire manger. Cela permettra de savoir où en est la personne au moment du bilan, si elle est en capacité de manger seule ou si les adaptations éventuellement mises en place le lui permettent.

Respiration :

Nous relèverons le type de respiration, c'est-à-dire si elle est buccale ou nasale, thoracique ou abdominale. Nous porterons notre attention sur un éventuel encombrement et préciserons si la personne est sujette aux pneumopathies et, si oui, à quelle fréquence. Les pneumopathies à répétitions peuvent notamment être un signe de reflux gastro-œsophagiens ou de fausses routes silencieuses à répétition.

Mastication :

Nous noterons si la mastication est normale, c'est-à-dire si la personne peut mordre puis relâcher la pression des masticateurs, si la langue amène correctement les aliments sous les molaires, si les mouvements de mastication se font sur plusieurs plans et des deux côtés afin de broyer efficacement les aliments, et si un bol alimentaire homogène est formé.

Nous noterons le nombre de mastication nécessaire pour une bouchée de pain, qui doit normalement se situer entre vingt et trente mouvements.

Enfin, si nous observons des difficultés de mastication, nous noterons si elles sont liées à la motricité linguale, à une hyper ou une hyposensibilité, à une ouverture limitée des mâchoires, à un réflexe de morsure qui entrave la bonne mise en bouche des aliments, ou à une suspicion de douleurs articulaires. Nous pourrions préciser toute autre raison observable.

Déglutition de liquides au verre :

Nous noterons la qualité de la déglutition au verre, c'est-à-dire si elle est normale, difficile ou impossible. Il faudra préciser si la difficulté ou l'impossibilité est liée à une mauvaise préhension du verre, une difficulté d'approche du verre à la bouche, à un déficit d'aspiration du liquide (qui peut être dû à un problème de fermeture labiale, un problème de propulsion linguale, des fuites labiales et/ou un problème de sensibilité), et/ou un trouble de la coordination entre l'aspiration, la déglutition et la respiration.

Nous noterons également si l'aspiration à la paille est possible et avec quelle longueur de paille, et nous ferons de même avec le scoubidou, régulièrement utilisé aux Lucines pour favoriser la musculature de la sphère oro-faciale.

Observations du stade pharyngé :

Nous relèverons un éventuel reflux nasal, une toux, une fausse route, un encombrement ou un problème d'ascension laryngée. Nous préciserons si ces manifestations apparaissent avec les aliments mastiqués, les aliments mixés ou les liquides épaissis.

Observations complémentaires :

Nous estimerons le plaisir à s'alimenter de la personne et son désir d'autonomie. Nous indiquerons également la durée du repas.

Influence de l'environnement :

Cet item est particulièrement intéressant dans le cadre de l'autisme, puisqu'il peut permettre de déterminer un élément gênant de l'environnement du repas qu'il faudra contrôler par la suite grâce à des aménagements.

Nous noterons si la réaction aux stimuli de l'environnement nous semble excessive, en précisant ce qui déclenche ces réactions et quelles en sont les manifestations.

Nous relèverons également l'importance accordée à la personne qui donne le repas. Y a-t-il une préférence marquée pour un aidant en particulier, ou au contraire un refus. Il faudra nommer le professionnel en question et préciser les manifestations de la personne face à cet aidant.

Observation de la situation de communication :

Nous estimerons le niveau de compréhension des sollicitations (normal, faible, nul).

Nous noterons si la personne est capable d'effectuer un choix entre deux aliments, et si oui, de quelle manière : est-ce qu'elle prend l'aliment, le pointe, formule verbalement son choix ou avec un outil de communication augmentée ou alternative. Nous préciserons si cette capacité est instable, c'est-à-dire que le choix est possible mais qu'il n'est pas toujours exprimé.

La capacité à exprimer un refus sera également observée. Nous préciserons les manifestations de ce refus : la personne jette l'aliment, le repousse, se détourne. Elle peut

aussi exprimer son refus par une mimique faciale, verbalement ou avec un outil de communication augmentée ou alternative. Nous noterons si aucun refus n'est exprimé, en gardant à l'esprit que cela ne signifie pas forcément que le refus est impossible, mais seulement qu'il n'a pas pu être observé.

Conclusions :

Un espace a été prévu pour indiquer les conclusions de l'orthophoniste suite à ces différentes observations.

3.1.1.3. *Évaluation de la sensibilité*

L'évaluation de la sensibilité est toujours importante face à un problème d'alimentation, et particulièrement pour la personne avec autisme qui, on le sait, peut présenter diverses particularités sensorielles.

Observation des réflexes archaïques :

Nous observerons tout d'abord le réflexe nauséux, estimant s'il est vif, normal ou faible. Nous préciserons sur le schéma le lieu de déclenchement de ce réflexe. Cela nous donnera une indication sur son importance, et nous permettra d'adapter la prise en charge de désensibilisation.

Nous relèverons la présence éventuelle d'un réflexe de morsure et s'il est occasionnel ou fréquent. Nous préciserons dans quelles conditions il apparaît. En effet, ce réflexe peut entraver la mise en bouche des aliments. Sa présence peut également nécessiter l'utilisation de couverts en plastique pour ne pas blesser la personne.

Sensibilité olfactive :

Nous observerons les réactions de la personne à certains parfums courants (café, vanille, poivre, citron, banane, savon, pomme, fraise). Nous indiquerons si la personne a identifié le parfum.

Sensibilité tactile :

Nous toucherons la personne à l'extérieur des joues, à l'intérieur des joues, sur les lèvres, le palais et la langue. Nous préciserons si la perception de la personne est normale, faible, excessive, ou bien si le toucher est impossible. Les réactions de la personne pourront également être indiquées.

Sensibilité thermique :

À l'aide d'un guide langue ou simplement en utilisant de l'eau, nous allons estimer la perception du chaud et du froid. Nous préciserons si elle est normale, faible ou excessive, et si la personne a identifié le stimulus. Nous pourrons aussi noter ses réactions.

Sensibilité gustative :

Nous utiliserons ici de l'eau sucrée, salée, citronnée (acide) et du thé (amer), afin d'estimer la perception des stimuli gustatifs. Comme pour les stimuli thermiques, nous préciserons si elle est normale, faible ou excessive, et si la personne a identifié le stimulus, et nous pourrons noter les réactions de la personne.

Conclusions :

Un espace pourra recueillir les conclusions de l'orthophoniste suite à cette évaluation des sensibilités.

3.1.1.4. *Évaluation de la sphère bucco-pharyngée*

Cette évaluation comprend un examen des structures de la déglutition au repos, puis des praxies bucco-pharyngées.

Examen au repos :

La mastication et la déglutition nécessitent une intégrité des structures impliquées.

Nous observerons la position des lèvres (jointes, ouvertes, symétriques, asymétriques), leur tonicité (immobiles, tremblements, hypotoniques, lèvre supérieure rétractée).

Nous relèverons le tonus des joues (saillantes ou flasques).

Les maxillaires seront également observés : sont-ils symétriques ou non ? Y a-t-il un prognathisme ? Un rétrognathisme ?

Nous observerons également la taille et la position de la langue. La taille de la langue : est-elle normale ou observe-t-on une macro- ou une microglossie ? Est-elle étalée au plancher, en protrusion, rétractée au fond de la bouche, ou l'apex est-il correctement placé en appui au palais derrière les incisives ? Cette position au repos de la langue sera importante pour la propulsion correcte du bol alimentaire.

Examen des praxies :

Cet examen se fera sur imitation et parfois devant un miroir (l'examineur étant à côté de la personne). Pour chaque praxie, on notera si elle s'effectue facilement, difficilement ou si elle n'est pas possible. Connaissant les difficultés d'imitation des personnes avec autisme, nous avons ajouté pour chaque item une cotation indiquant l'absence d'imitation.

Nous observerons tout d'abord les praxies labiales : fermeture, ouverture, rentrer les deux lèvres dans la bouche, recouvrir la lèvre supérieure par la lèvre inférieure, avancer les lèvres serrées, faire « i », faire « o », souffler, faire le bruit du baiser, préhension labiale (maintien d'un bouton tiré par un fil). Nous avons ajouté dans ces praxies la capacité d'utilisation du *facial flex*, qui est un outil initialement prévu pour la réduction des rides autour de la bouche et qui peut être utilisé pour entraîner la musculature des lèvres. Il s'agit d'un petit piston qui se place entre les lèvres ouvertes, en appui sur chaque commissure, et que la personne actionne par une alternance d'arrondissement / étirement des lèvres. Son utilisation sera cotée de la même façon (facile, difficile, impossible), et on précisera le nombre de fois que la personne peut l'actionner.

Pour les praxies jugales, il s'agira pour la personne de gonfler les joues, de les rentrer, de faire passer l'air de l'une à l'autre, et de mimer une mastication bouche fermée.

Au niveau des maxillaires, la personne devra claquer des dents une fois, faire une alternance d'ouverture / fermeture de la bouche, déplacer la mandibule à droite, puis à gauche, puis en propulsion et en rétropropulsion.

L'examen des praxies linguales consistera à tirer la langue, faire des mouvements alternatifs de tirer / rentrer, la placer à droite, puis à gauche, puis les deux en alternance, placer la langue en haut, puis en bas, puis les deux en alternance également. Enfin la personne devra suivre le contour des lèvres avec sa langue, émettre un clic de réprobation, puis un claquement de galop.

Pour le voile du palais, on examinera la capacité d'élévation de tenue avec l'émission d'un /a/ tenu. Nous apprécierons ensuite les mouvements alternatifs d'élévation / abaissement par des productions alternatives /a/an/. Nous testerons le rétrécissement de l'isthme oropharyngé par l'émission d'une transition vocalique /i/o/, puis la perméabilité de la fermeture vélaire grâce à un miroir placé sous le nez en produisant « papapapa ».

La mobilité pharyngée sera également testée en faisant de la buée.

On vérifiera enfin l'ascension laryngée en la contrôlant avec un contact digital sur le larynx lors d'une déglutition salivaire.

Conclusions :

Là encore, l'orthophoniste pourra noter ses conclusions au sujet de la sphère oro-pharyngée.

3.1.2. Évaluation des comportements et habitudes alimentaires

Les troubles alimentaires que l'on peut retrouver chez la personne avec autisme peuvent avoir des causes multiples et revêtir différentes formes. Afin de déterminer les comportements alimentaires de la personne et leur retentissement sur le temps du repas, nous avons complété le bilan de l'alimentation par une évaluation des comportements et habitudes alimentaires de la personne au quotidien. Cette évaluation sera constituée d'un questionnaire sur les habitudes alimentaires, d'une recension des aliments acceptés par la personne et du menu type des repas pris par la personne pendant trois jours. Ces questionnaires seront à remplir par les parents et/ou la structure.

3.1.2.1. Questionnaire sur les comportements alimentaires

Ce questionnaire comprend la traduction des items du *Eating Habits of Children with Autism* (EHCA) de WILLIAM et coll. (2000). Nous y avons ajoutés quelques items de l'*Evaluation Fonctionnelle des Comportements* (EFC) de BARTHELEMY et coll. (1995) et du *Children Eating Behavior Inventory* (CEBI) de ARCHER et coll. (1991). Ces items ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence pour la population du FAM des Lucines, afin de compléter les items de l'EHCA. Devant l'importante variabilité des comportements alimentaires des personnes avec autisme et pour une analyse plus précise des comportements de la personne, une colonne prévue pour recueillir les commentaires a été ajoutée à droite du questionnaire.

La personne remplissant le questionnaire précisera son statut (mère, père, structure ou autre).

Le questionnaire est composé principalement de questions à choix multiples interrogeant :

- Le niveau d'activité de la personne (de très actif à apathique, ou tour à tour calme et surexcité) ;

- Son appétit ;
- La présence ou non d'une sélectivité alimentaire ;
- Les facteurs pouvant influencer cette sélectivité (le goût, la texture, la température, l'odeur, l'apparence ou autre) ;
- La durée du repas (la personne mange vite, normalement ou prend plus d'une demi-heure pour manger son repas) ;
- Le maintien de l'attention pendant les repas : il sera précisé si la personne peut maintenir son attention jusqu'à la fin du repas, jusqu'à ce qu'elle ait terminé son assiette, ou si elle ne tient pas à table ou semble trop fatiguée pour manger. On pourra préciser si l'attention est variable d'un repas à l'autre ;
- Une relation possible entre l'alimentation de la personne et son comportement. La réponse sera à préciser dans la colonne de commentaires ;
- Les éventuelles douleurs en lien avec le repas (douleurs gastriques, intestinales, gingivales, autre ou aucune douleur). Cet item ne provient d'aucune des trois échelles que nous avons utilisées pour créer ce questionnaire. Nous l'avons ajouté car la notion de douleur nous semblait importante à prendre en compte ;
- La présence ou non d'allergies alimentaires ;
- La facilité à comprendre les besoins de la personne (facile, pas toujours, difficile).

D'autres questions comportent une échelle de réponse concernant la fréquence du comportement (souvent, parfois, non). Elles interrogent :

- Les éventuelles difficultés de mastication ;
- La stagnation des aliments en bouche ou dans les joues ;
- Le recrachage des aliments ;
- La présence éventuelle de haut-le-cœur ;
- La présence de vomissements ;
- Des manifestations d'étouffement en mangeant ;
- Les demandes de nourriture entre les repas.

Pour certains items, nous avons ajouté « toujours » à l'échelle de réponse :

- La personne regarde-t-elle la télévision à table ?
- Apporte-t-elle des objets à table ?
- Autorisez-vous la personne à grignoter entre les repas ? Pour cette question, la réponse « uniquement si elle n'a pas mangé à table » a également été ajoutée.

Trois items comportent une échelle de réponse en « oui, parfois, non » :

- La personne aide-t-elle pour mettre la table ?
- Pour nettoyer la table ?
- Diriez-vous que le repas est stressant ?

Une dernière échelle concerne la présence de comportements particuliers que l'on peut observer au moment du repas. Elle permet d'objectiver une éventuelle évolution, la réponse « oui » signifiant la présence du comportement, « plus maintenant » sa disparition et « non » son absence. Ces items proviennent de l'EHCA, qui ne propose comme réponse que « est un problème maintenant » et « était un problème ». Nous avons estimé que les comportements pouvaient n'avoir jamais été présents chez la personne et avons ajouté la réponse « non ».

Voici les comportements en question :

- Insiste sur les rituels ;
- Joue avec la nourriture ;
- Mange des aliments trop volumineux ;
- Mange des substances non comestibles ;
- Porte des objets à la bouche ;
- Flaire la nourriture ;
- Flaire les objets ;
- Ne mange que dans certains endroits ;
- Refuse les aliments nouveaux ;
- Demande que la nourriture soit préparée d'une certaine façon.

La personne remplissant le questionnaire pourra préciser si elle a remarqué d'autres comportements de ce type.

3.1.2.2. *Liste des aliments acceptés*

La liste des aliments acceptés a été réalisée par Geneviève NADON et adaptée au contexte français par Emmanuelle PRUDHON. Elle permet de préciser les aliments acceptés par la personne au regard des aliments consommés dans sa famille ou son lieu de vie. En effet, une simple recension des aliments consommés par la personne donne peu d'indices sur une éventuelle sélectivité alimentaire. Pour savoir si la personne refuse des aliments, il faut savoir lesquels lui sont proposés au quotidien. Il ne s'agit donc pas d'une analyse nutritionnelle, mais bien d'une évaluation des préférences alimentaires de la personne.

Pour cela, une liste d'aliments est proposée, regroupés selon leur catégorie : fruits, légumes, viandes, poissons, produits laitiers, céréales, boissons, friandises, plats et condiments. L'ensemble des variétés d'aliments est donc balayé, en proposant un grand nombre de denrées. Cette liste sera complétée par un parent ou un professionnel, qui devra indiquer en cochant la case « personne » les aliments acceptés par celle-ci, et la case « famille » ou « structure » les aliments qui font partie des aliments consommés dans la famille ou la structure. Pour chaque catégorie, une ligne « autres » permet d'ajouter des aliments consommés qui n'apparaîtraient pas dans la liste.

Cet outil permettra à l'orthophoniste d'estimer l'importance de la sélectivité alimentaire et de repérer les goûts et textures acceptés par la personne, et ceux qu'elle refuse. Ainsi, on pourra adapter la thérapie et objectiver une amélioration en remplissant une nouvelle fois le questionnaire à distance.

Quelques questions viennent compléter cette liste, auxquelles il faudra répondre par oui ou non, et ajouter des précisions :

- Est-ce que la personne présente des allergies alimentaires ?
- Est-ce que la personne suit un régime particulier ? Cette question, comme la précédente, permet de savoir s'il est normal que la personne ne consomme pas certains types d'aliments.
- Est-ce que la personne est difficile quant à la marque des aliments ou exige que vos recettes ne soient pas modifiées ? L'intolérance au changement est abordée ici. Elle peut effectivement influencer sur la capacité à accepter des aliments nouveaux.

- Est-ce que la personne a déjà eu des analyses sanguines afin de vérifier une éventuelle carence ? Cette question permet d'évaluer si la sélectivité alimentaire a un retentissement sur l'état de santé de la personne.

3.1.2.3. *Menu des trois journées types*

Il s'agit d'un journal de bord à remplir par un parent ou le lieu de vie, afin de relever les aliments consommés par la personne lors de trois journées types. Les menus précis de chaque repas et collations seront indiqués, ainsi qu'une estimation de la portion ingérée pour chaque aliment. L'heure et le lieu du repas ou de la collation seront également renseignés. Il est demandé à la personne remplissant le journal de bord de choisir deux journées durant la semaine et une pendant le week-end, pour favoriser une représentativité.

Ce menu des trois journées types donne donc des indices sur la qualité nutritionnelle de l'alimentation de la personne, et sur les aliments ingérés en fonction du repas. Il permettra, comme le questionnaire sur les comportements alimentaires, d'apprécier une évolution des habitudes alimentaires.

4. Études de cas

4.1. Cas de Mlle N.

Mlle N. est une jeune femme de 33 ans présentant une déficience intellectuelle avec des troubles autistiques et un retard psychomoteur, suite à une complication de rougeole survenue à 16 mois et ayant entraîné une encéphalite. Elle souffre également d'épilepsie depuis l'âge de 23 ans.

Selon le projet personnalisé datant du mois de mars 2012, Mlle N. communique principalement de manière non verbale, même si elle peut exprimer quelques mots, comme « maman » et « je veux pas ». Elle comprend les consignes liées à la collectivité et les mots simples.

4.1.1. Évaluation de l'alimentation

4.1.1.1. Informations générales

Mlle N. dispose d'un traitement médicamenteux comprenant :

- du Keppra, un antiépileptique qui peut provoquer notamment et fréquemment une somnolence, une fatigue, une perte d'appétit, une prise de poids, des douleurs abdominales, une digestion difficile, des nausées et vomissements, une anxiété, des troubles du comportement et des tremblements ;
- de la Micropakine, également antiépileptique, qui peut provoquer des maux d'estomac et des nausées en début de traitement, des tremblements et une somnolence ;
- de l'Urbanyl, un anxiolytique qui peut occasionner des maux de tête, une somnolence, une fatigue, une sensation de faiblesse musculaire et une vision double ;
- du Lubentil, un laxatif lubrifiant utilisé comme traitement de la constipation.

Elle n'a aucune adaptation au niveau de la consistance des liquides. La nourriture est coupée en petits morceaux, et parfois mastiquée lorsqu'elle n'est pas lubrifiée par de la sauce. Elle mange régulièrement avec les doigts. L'utilisation de la fourchette à manche rond et volumineux est possible, bien que rendue difficile par un tremblement des mains.

La respiration est nasale et elle n'est pas sujette aux pneumopathies.

Certains signes évoquent un trouble de la sensibilité, comme le fait de ne pas être gênée par la présence d'aliments en abondance sur son menton, ou le fait de se frotter vigoureusement la pulpe des doigts après avoir fait des boulettes de pain.

4.1.1.2. Évaluation de l'alimentation en situation de repas

Mlle N. mange dans une petite salle, avec seulement un autre résident placé face à elle sur une grande table, et une professionnelle.

Mlle N. ne bénéficie pas d'adaptation au niveau de son installation pour le repas. Spontanément, elle se place légèrement en biais par rapport à la table. L'appui podal est possible au vu de la longueur de ses jambes, mais elle les enroule autour des pieds de chaise. Elle s'appuie correctement au dossier, et la tête est en très légère rotation vers la table, à gauche, avec une flexion convenable.

Les couverts utilisés sont en métal, avec un manche rond et volumineux. Elle boit dans un verre échancré.

L'introduction des aliments dans la bouche est assez laborieuse, puisque la fourchette n'arrive pas dans l'axe mais largement en biais. Cela entraîne un débordement des aliments sur le menton. Cette souillure ne semble pas la gêner, puisqu'elle n'essuie sa bouche que sur sollicitation orale. Cette observation évoque un défaut de sensibilité de la sphère bucco-faciale. La prise en bouche des aliments est améliorée par l'utilisation d'une petite cuillère, même sans manche adapté.

Mlle N. a régulièrement besoin d'une incitation verbale pour manger. Parfois, il faut même que l'aidant place la nourriture dans la fourchette pour qu'elle initie l'action. Cependant, les incitations semblent moins nécessaires lorsque l'observateur ne la regarde pas. Sa présence doit donc la perturber.

Au niveau de la mastication, Mlle N. a des capacités mais mastique peu avant d'avaler. Pendant le repas, elle ne mange que la mie du pain, après en avoir formé de petites boulettes, et elle refuse d'en manger une bouchée lorsque nous voulons observer le nombre de mastication pour une bouchée de pain. Nous tentons avec du fromage, sans grand succès, puisqu'elle fini par offrir sa tartine à son compagnon de repas. Le nombre de mastication qui sert de repère n'a donc pas pu être obtenu, mais nous remarquons qu'elle mastique peu la nourriture. Comme dit précédemment, elle semble présenter une hyposensibilité au niveau des lèvres et du menton puisqu'elle ne s'essuie pas la bouche malgré la présence assez abondante d'aliments le long de son menton. Elle a aussi tendance à laisser stagner les aliments en bouche, ce qui va également dans ce sens. Les difficultés masticatoires pourraient donc être en lien avec un défaut de sensibilité. L'ouverture buccale est également assez limitée.

La déglutition au verre se fait correctement, le verre maintenu à deux mains. Elle peut également boire à la paille de taille standard (21 cm). Nous ne pouvons pas tester l'aspiration au scoubidou puisqu'elle refuse toute boisson supplémentaire et se détourne à chaque nouvel essai. Il est possible qu'elle n'ait tout simplement plus soif.

Selon l'aidante présente lors du bilan, un plaisir à s'alimenter est observable sur les aliments appréciés. L'autonomie d'alimentation ne semble pas particulièrement recherchée par la jeune femme, mais elle est favorisée par l'aidante, qui privilégie une incitation verbale à l'incitation physique. Celle-ci m'informe que dans sa famille, Mlle N. a l'habitude qu'on lui donne à manger.

Le repas a duré trente-cinq minutes, bien que Mlle N. n'ait pas mangé la totalité du plat de résistance. Ce plat a nécessité de nombreuses incitations, tandis que l'entrée et le dessert ont été mangés correctement.

La réaction aux stimuli de l'environnement est modérée. La jeune femme semble un peu perturbée par les mouvements de la personne qui apporte le repas ou par le fait d'être observée. Elle s'arrête alors de manger pour regarder la personne.

Au niveau de la communication, Mlle N. se montre en capacité de solliciter l'aidante : dans l'attente de voir ses aliments coupés pendant que l'aidante s'occupe de l'autre résident présent, elle lui tend son couteau et pousse son assiette vers elle. Elle semble bien comprendre les sollicitations, notamment lorsque la professionnelle lui demande de s'essuyer sa bouche. Aucun choix entre deux aliments n'a été proposé, ne permettant donc pas d'observer la capacité à exprimer sa volonté, mais le refus est clairement exprimé en repoussant calmement l'assiette ou l'aliment. Lorsqu'elle refuse de manger une tartine de fromage, elle l'offre même au résident placé en face d'elle, se levant pour la placer le plus proche de lui possible. Lorsqu'elle ne veut plus manger, elle repousse l'assiette et place les couverts à côté.

4.1.1.3. *Évaluation de la sensibilité*

Le lieu de déclenchement du réflexe nauséeux est impossible à déterminer, puisque l'accès à l'intérieur de la bouche est impossible. Mlle N. garde la bouche fermée et se détourne si on essaye d'y faire passer un doigt.

Au niveau de la sensibilité olfactive, les seules fragrances qui entraînent une réaction sont le savon, qu'elle semble apprécier puisqu'elle le sent longuement et y revient plusieurs fois, le poivre et le citron qui entraînent une réaction négative de détournement. Elle ne montre pas de réaction face aux autres odeurs.

Sur le plan tactile, la réaction au toucher des joues et des lèvres paraît normale : elle semble réticente mais accepte tout de même. Le toucher de l'intérieur des joues, du palais et de la langue est impossible, puisqu'elle refuse d'ouvrir la bouche.

De la même façon, la réaction au froid n'a pas pu être testée (à l'aide d'un bâtonnet de glaçon), et la perception du chaud non plus puisqu'elle n'a pas voulu boire le thé destiné à tester cette sensibilité et celle du goût amer.

Au niveau gustatif, l'eau sucrée a semblé être appréciée, puisqu'elle l'a bue entièrement. Cependant elle n'a pas clairement exprimé un contentement. Mlle N. a refusé

l'eau salée, citronnée et le thé. Il est possible qu'elle ait suffisamment bu avec l'eau sucrée et n'ait plus eu envie de boire.

4.1.1.4. *Évaluation de la sphère bucco-pharyngée*

Au repos, les lèvres sont jointes, immobiles et relativement symétriques, très légèrement gonflées à gauche. Les maxillaires sont asymétriques, plus importants du même côté. La langue n'est pas observable puisque la bouche reste hermétiquement fermée. Les diverses incitations à ouvrir la bouche ou tirer la langue sont infructueuses.

Aucune praxie n'a pu être testée devant une absence totale d'imitation, et ce avec ou sans miroir. Même l'utilisation d'un produit à bulles n'a pas permis d'obtenir un souffle. L'étirement des lèvres est possible puisqu'elle sourit régulièrement. Devant l'impossibilité d'obtenir une ouverture des lèvres, la préhension labiale et l'utilisation du facial flex n'ont pas été proposés. L'ascension laryngée est observable pendant la déglutition au verre.

4.1.2. *Évaluation des comportements et habitudes alimentaires*

4.1.2.1. *Questionnaire sur les habitudes alimentaires*

Le questionnaire sur les habitudes alimentaires a été rempli par une professionnelle du centre.

Mlle N. est considérée comme ayant un niveau d'activité très variable, pouvant être tour à tour trop calme et surexcitée.

Son appétit est variable et difficile à déterminer car il n'a pas été observé de lien particulier entre les variations et les aliments présentés. Il est donc difficile de dire si son appétit est meilleur pour les mets appréciés ou s'il varie plutôt en fonction d'un état général ou d'un élément de l'environnement.

La professionnelle estime que Mlle N. présente une sélectivité alimentaire, précisant qu'elle préfère « les aliments relevés, forts en goûts, épicés ». Elle ne peut pas déterminer si un autre facteur sensoriel entre en jeu dans ses préférences.

Le questionnaire indique que la jeune femme a souvent des difficultés pour mastiquer, qu'il lui arrive de garder les aliments en bouche ou dans les joues et qu'elle peut s'étouffer en mangeant lorsqu'elle mange trop vite, qu'elle « engouffre ».

Concernant la durée du repas, Mlle N. peut enchaîner les bouchées très rapidement, mais elle peut aussi arrêter de manger pendant un moment, ce qui allonge considérablement la durée du repas.

À l'institution, elle ne regarde pas la télévision et n'apporte pas d'objet à table.

Elle peut maintenir son attention jusqu'à la fin du repas.

Elle ne demande pas à manger entre les repas.

Il est difficile d'exprimer une éventuelle relation entre son alimentation et son comportement car il n'y a pas été prêté attention. Il ne semble pas y avoir de douleur en lien avec l'alimentation, et la jeune femme ne présente pas d'allergie alimentaire.

Il n'est pas toujours facile de comprendre ses besoins, bien qu'elle commence à mettre en place des moyens de communications plus clairs.

Elle peut parfois aider à mettre la table et à la nettoyer, avec une sollicitation. Cela peut encore être difficile.

Le repas n'est pas vécu comme stressant par l'entourage et ne semble pas l'être pour elle non plus.

Elle n'insiste pas sur les rituels, ne mange pas de substances non comestibles, ne porte pas les objets à la bouche et accepte de manger dans des pièces différentes et même sur d'autres unités. Elle ne flaire pas la nourriture mais peut flairer les personnes.

Il lui arrive de manger des aliments trop volumineux, ou du moins de prendre une trop grosse bouchée.

Elle fait régulièrement des boulettes de pain qu'elle fait tourner dans ses doigts sans les manger.

La professionnelle ne peut pas dire si elle refuse les aliments nouveaux.

À l'item « demande que la nourriture soit préparée d'une certaine façon », il est répondu qu'elle peut demander un ajout d'épices, de la moutarde...

4.1.2.2. *Liste des aliments acceptés*

La liste des aliments, renseignée par une professionnelle, révèle qu'un grand nombre d'aliments sont proposés au sein de la structure, et que Mlle N. les accepte presque tous. En effet, sur 168 aliments proposés, seulement 3 ne sont pas mangés par la jeune femme. Elle ne

mange pas le raisin vert et le raisin rouge, davantage à cause de ses difficultés de mastication que par refus de sa part. Elle ne boit pas de thé, préférant le café.

Mlle N. accepte donc de manger un grand nombre d'aliments, même si cette liste ne permet pas de déterminer si elle les accepte tous dans des proportions équivalentes ou si certains sont peu mangés.

4.1.2.3. *Menu des trois journées types*

Le premier jour, le dimanche, a été renseigné par sa maman. Les relevés des deux autres journées du lundi et mardi ont été réalisés par des professionnels des Lucines.

Le premier jour, dans sa famille, le petit déjeuner s'est composé d'un grand bol de café au lait bio et de quelques céréales sucrées.

Au déjeuner, Mlle N. a mangé quelques petits toasts de rillettes de saumon et des petites saucisses de Strasbourg.

Au dîner, elle a bu deux bols de soupe de légumes et mangé quelques bouchées de filet de bœuf, avec un peu de salade.

Aucune collation n'a été prise dans la journée.

Le deuxième jour, le petit déjeuner a été pris dans sa famille. Elle a consommé un croissant au beurre avec du chocolat noir et un grand bol de café au lait bio.

Pour le déjeuner, de retour aux Lucines, elle a mangé trois cuillères à soupes de macédoines en entrée. Elle a mangé trois bouchées du plat de résistance, après ajout de moutarde, composé d'escalope de dinde à la coriandre et de pâtes. Elle a également consommé une tartine de pain, un pot de crème au chocolat, deux fraises et une fine tranche de gâteau au chocolat. Après le repas, elle a pris une tasse de café au lait.

En milieu d'après-midi, pour la collation, elle a pris une nouvelle tasse de café au lait.

Au dîner, elle a mangé une portion de fromage, deux compotes et bu deux verres d'eau.

Le troisième jour, elle a bu deux bols de café au lait et mangé deux tartines de pain beurré pour le petit déjeuner.

Au déjeuner, elle a mangé une assiette de salade de pommes de terre, une assiette de jambon braisé accompagné de carottes et de salsifis. Elle a refusé le riz au lait pour le dessert.

La collation de l'après-midi et le dîner n'ont pas été renseignés.

4.1.2.4. *En conclusion*

L'alimentation de Mlle N. se passe relativement bien lorsque les aliments sont appréciés. Néanmoins, le repas peut demander du temps et une incitation importante. Les capacités masticatoires restent limitées mais présentes, il faudra donc veiller à les entretenir en privilégiant les aliments coupés en petits morceaux plutôt que des aliments mastiqués, quand cela est possible.

Au niveau de l'installation, l'utilisation d'un marchepied pourrait éviter l'enroulement des pieds autour des pieds de chaise.

L'apport de la fourchette à la bouche est difficile, car la jeune femme ne parvient pas à la présenter dans l'axe de la bouche. L'utilisation d'une fourchette coudée pourrait pallier cette difficulté. La cuillère est mieux utilisée, plus facile à prendre en bouche.

La sensibilité de Mlle N. est difficile à évaluer. Les indices relevés lors de l'évaluation de l'alimentation vont dans le sens d'un désordre sensoriel, mais il est difficile à spécifier au regard des réactions pauvres et du petit nombre d'items réalisable. Plusieurs réponses au questionnaire sur les habitudes alimentaires évoquent une hyposensibilité buccale, confortant l'hypothèse émise lors de l'observation d'un repas, devant l'absence de gêne au contact des aliments sur le menton. En effet, la préférence pour les aliments forts et épicés mentionnée deux fois dans ce questionnaire va dans ce sens, ainsi que la stagnation des aliments en bouche et la tendance à « engouffrer » une grande quantité d'aliments. De même, le flairage des personnes et le fait de faire rouler longuement de petites boulettes de pain dans ses doigts peuvent correspondre à des recherches de stimulations sensorielles.

Au niveau de la communication en situation de repas, Mlle N. peut exprimer très explicitement une demande d'aide ou un refus de manière non verbale, en prenant en compte les autres personnes en présence. Cependant, le questionnaire sur les habitudes alimentaires rapporte qu'elle n'est pas toujours compréhensible. Sa compréhension des sollicitations de l'aidant semble bonne.

4.2. Cas de Mlle C.

Mlle C. est une jeune femme de 26 ans, porteuse d'une trisomie 21 avec un retard mental moyen et des troubles sévères du comportement. Elle présente notamment des comportements d'hétéro- et d'auto- agressivité, ainsi qu'un pica.

D'après son projet personnalisé datant de 2011, elle semble comprendre des consignes simples ou moyennement élaborées. Elle se montre généralement mutique et s'exprime principalement par des cris, bien que capable d'utiliser quelques mots, voire des phrases simples. Elle peut exprimer des demandes et des choix, au moyen de pictogrammes, de gestes, d'expressions du visage et parfois oralement. Elle peut également s'exprimer sur un mode tactile, en prenant la main d'un professionnel par exemple. Elle s'adapte difficilement au changement, et se montre hypersensible aux bruits de l'environnement qui peuvent provoquer des sursauts ou des cris. Elle a fait plusieurs séjours au CEAA (Centre d'Expertise pour Adultes avec Autisme) à Niort, dont un très récent.

4.2.1. Évaluation de l'alimentation

4.2.1.1. Informations générales

Mlle C. est sujette aux gastrites et à la constipation. Elle dispose d'un traitement médicamenteux comprenant :

- du Forlax, un laxatif osmotique pour lutter contre la constipation ;
- du Lévothyrox, une hormone thyroïdienne
- du Provames, un estrogène destiné à soulager les symptômes de la ménopause et pouvant entraîner des nausées ;
- du Norgestrel, un contraceptif qui peut parfois entraîner des troubles digestifs.

Ses traitements contre les troubles du comportement ont été arrêtés.

Il est à noter que depuis son dernier séjour au CEAA, il est recommandé qu'elle reste constamment sous la surveillance d'un professionnel.

Au niveau de l'alimentation, Mlle C. ne dispose pas d'adaptation des liquides et utilise un verre ordinaire, malgré un risque de fausses routes indiqué dans son dossier. Aucune fausse route n'a été remarquée pendant le bilan, mise à part une petite toux sur une absorption de liquide un peu rapide. La nourriture lui est présentée mastiquée grossièrement.

Elle utilise convenablement les couverts. L'utilisation des doigts pour manger n'a pas été observée, hormis pour le pain, et la professionnelle présente n'a pas été en mesure de dire si la jeune femme mangeait parfois avec les mains.

Sa respiration peut être nasale ou buccale, dépendant probablement d'un encombrement narinaire.

4.2.1.2. *Évaluation de l'alimentation en situation de repas*

Mlle C. ne bénéficie pas d'adaptation, malgré les recommandations de l'orthophoniste et de la psychomotricienne, au niveau de son installation pour le repas. Pourtant, ses jambes n'atteignent pas le sol, ses pieds pendant dans le vide, et le dos n'est pas en appui, probablement en raison de sa petite taille. Malgré l'absence d'appui dorsal, elle se tient relativement droite lorsqu'elle ne mange pas. Cependant, pour manger, elle se rapproche beaucoup de son assiette, ce qui l'empêche de se tenir droite. La flexion de la tête est correcte.

Elle mange seule, utilisant une fourchette en métal, un verre ordinaire, et une assiette creuse. L'utilisation de la fourchette est correcte, alternant efficacement une stratégie de récupération comme dans une cuillère ou de piquage, en fonction de l'aliment.

Les capacités de mastication sont présentes, mais inconstantes. On peut observer 21 mouvements de mastications pour une grande bouchée de mie de pain, ce qui suggère de bonnes capacités (normal entre 20 et 30 mouvements, pour une bouchée de pain avec de la croute). Cependant, elle peut parfois avaler la nourriture en l'ayant peu mastiquée.

Des haut-le-cœur ont été observés suite à l'ingestion d'un morceau de poisson. Nous avons fait l'hypothèse qu'il était trop gros, ou bien qu'elle n'aime pas ce poisson. Elle refuse par la suite de manger son assiette mais accepte une nouvelle assiette contenant uniquement des légumes, à savoir du chou-fleur. Cette réaction peut être en faveur d'une hypersensibilité, tactile ou gustative, à moins que le morceau soit allé au contact des piliers du voile. Il est cependant à noter qu'elle a ensuite mangé sans difficulté de l'orange coupée en morceau pour le dessert.

Mlle C. sent parfaitement les aliments autour de sa bouche, puisqu'elle les enlève minutieusement avec sa fourchette.

La déglutition au verre est normale, et elle peut aspirer dans une paille de taille standard (21 cm), et dans un scoubidou de 45 cm. Elle parvient à aspirer dans un scoubidou de 75 cm, mais ne peut pas boire.

On peut néanmoins observer une toux lorsqu'elle boit trop vite au verre.

Elle semble prendre plaisir à s'alimenter et à le faire seule.

Le repas a duré 40 min, mais Mlle C. a eu des temps d'attente entre chaque plat. La vitesse d'alimentation semble tout à fait correcte.

La jeune femme n'a pas montré de réaction particulière à l'environnement pendant le repas, ni aux personnes en présence.

Au niveau de la communication, la compréhension des sollicitations semble bonne. Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de choix, ni de demande de sa part. Les refus ont été exprimés en repoussant l'assiette, de même qu'elle a repoussé son assiette vide une fois le plat terminé.

4.2.1.3. *Évaluation de la sensibilité*

Le réflexe nauséux est modéré, puisqu'une réaction est observée dans la zone 1 au niveau du palais et de la langue. Les lèvres s'arrondissent alors et Mlle C. a un mouvement de recul.

Aucun réflexe de morsure n'est observé.

Au niveau olfactif, la jeune femme montre une réaction positive à la vanille, à la banane et à la fraise, les sentant très longuement. Aucune réaction n'est observable aux autres senteurs. Les odeurs sucrées semblent donc être davantage perceptibles ou appréciées.

Sur le plan tactile, la sensibilité de la sphère bucco-faciale semble normale. Elle se montre volontaire, s'avancant et ouvrant sa bouche lorsqu'on la prévient de la stimulation.

Au niveau thermique, elle ne réagit pas spécialement au thé chaud (qu'elle boit entièrement), ni au bâtonnet de glace. Il est difficile sur ce test et en l'absence de verbalisation de savoir s'il s'agit d'une réaction normale ou d'une absence de perception. Une réaction à la chaleur a néanmoins été observable lors du repas : le plat étant trop chaud, elle a eu un mouvement de recul lorsqu'elle l'a goûté. On peut donc affirmer que Mlle C. perçoit correctement la chaleur au niveau buccal.

Au niveau gustatif, ses mimiques semblent montrer qu'elle apprécie l'eau sucrée, l'eau citronnée et le thé. Elle ne montre aucune réaction à l'eau salée et boit tout.

4.2.1.4. *Évaluation de la sphère bucco-pharyngée*

Au repos, les lèvres sont jointes, immobiles et symétriques. Les maxillaires sont également symétriques. La langue est en position basse, étalée au plancher.

L'examen des praxies se fait sans miroir.

Au niveau des lèvres, la fermeture, l'ouverture, l'avancée des lèvres serrées et le bruit du baiser s'obtiennent facilement. Le souffle n'est pas possible sur imitation mais obtenu facilement grâce à un jeu de souffle de type girouette. L'étirement et l'arrondissement des lèvres sont obtenus plus difficilement. Par contre, rentrer les deux lèvres dans la bouche et recouvrir la lèvre supérieure par la lèvre inférieure est impossible, malgré des essais manifestes. De même, elle n'accepte pas le facial flex (il est mis en place mais elle le retire immédiatement). La préhension labiale n'a pas pu être testée car le bouton n'a pas pu être mis en place derrière les lèvres.

Au niveau des praxies jugales, Mlle C. parvient difficilement à gonfler et rentrer les joues. Elle ne parvient pas à imiter le passage d'air d'une joue à l'autre, ni la mastication à vide bouche fermée, malgré des essais manifestes.

Au niveau des maxillaires, le claquage des dents et le déplacement à droite sont obtenus facilement. Le déplacement à gauche est plus difficile. L'alternance d'ouverture/fermeture de la bouche n'est pas possible plus d'une fois, et la propulsion et rétropulsion mandibulaires sont impossibles.

Sur le plan des praxies linguales, Mlle C. peut facilement tirer la langue, la placer en haut et émettre des clics de galop. Le placement de la langue à droite et à gauche, sont difficiles, ainsi que les mouvements alternatifs droite/gauche et haut/bas (on observe plus une alternance haut/milieu). Elle ne parvient pas à placer sa langue en bas, à suivre le contour des lèvres, à faire plusieurs mouvements d'alternance tirer/rentre (elle le fait une seule fois), et à émettre un clic de réprobation (elle émet toujours un clic de galop).

Les mobilisations du voile du palais, impliquant une émission vocale, ne sont pas imitées.

La mobilisation pharyngée n'est pas correctement imitée, Mlle C. produisant un souffle normal ou même un bruit de baiser, au lieu d'un souffle « en buée ».

La déglutition salivaire n'est pas imitée, mais l'ascension laryngée a pu être observée sur la déglutition de liquide au verre.

4.2.2. Évaluation des comportements et habitudes alimentaires

4.2.2.1. Questionnaire sur les habitudes alimentaires

Le questionnaire est rempli par une professionnelle des Lucines.

Le niveau d'activité de Mlle C. est jugé calme depuis son retour de séjour en hôpital psychiatrique. Elle peut montrer des moments de crises mais sans être dans un état de surexcitation.

Son appétit est jugé bon pour la plupart des aliments, et elle ne présente pas de sélectivité alimentaire. Elle semble néanmoins apprécier particulièrement les yaourts et laitages onctueux, montrant alors des mimiques particulières et une certaine « façon de manger » qui évoquent pour la professionnelle un plaisir de dégustation. Elle attribue ces réactions à la texture onctueuse de ces aliments plus qu'à leur goût.

Il est noté que Mlle C. a souvent des difficultés pour mastiquer. C'est pourquoi il a été décidé récemment de lui présenter les aliments mastiqués. Elle garde également souvent les aliments en bouche ou dans les joues. Elle peut parfois recracher les aliments, avoir des haut-le-cœur et des régurgitations à table, mais ne s'étouffe pas en mangeant.

La durée du repas est variable, la jeune femme pouvant alterner des repas lents et d'autres très rapides. Dans l'ensemble, il est noté qu'elle mange normalement.

Elle ne regarde pas la télévision lors de ses repas aux Lucines, et n'apporte pas non plus d'objet à table. Elle peut maintenir son attention jusqu'à la fin du repas.

Une relation est jugée possible entre l'alimentation de la jeune femme et son comportement, plutôt dans le sens d'une alimentation plus compulsive lorsqu'elle ne va pas bien. Elle ne semble pas présenter de douleur en lien avec l'alimentation. Il est tout de même précisé qu'elle a récemment reçu un traitement pour un muguet. Elle ne présente pas d'allergie alimentaire.

La compréhension de ses besoins n'est pas toujours facile.

Elle peut parfois aider à mettre et nettoyer la table, avec sollicitations.

Le repas ne semble pas vécu comme stressant pour elle, ni pour l'entourage.

Il est noté que Mlle C. joue parfois avec la nourriture, dans le sens où elle fait des boulettes de pain, qu'elle peut manger des substances non comestibles et porter les objets à la bouche, comme les gants en latex qu'elle garde en bouche. Elle ne mange plus d'aliments trop

volumineux. Elle ne présente pas de comportement de flairage de la nourriture ou des objets, ne refuse pas les aliments nouveaux, et n'insiste pas sur les rituels, le lieu du repas ou la façon de préparer la nourriture.

4.2.2.2. *Liste des aliments acceptés*

Comme pour Mlle N., la liste des aliments est renseignée par une professionnelle et reprend donc les aliments proposés au sein de la structure. Sur les 168 aliments proposés, les anchois sont les seuls aliments à ne pas être consommés par la jeune femme. Elle accepte donc une alimentation très variée.

4.2.2.3. *Menu des trois journées types*

Le menu des trois journées a été rempli sur les deux jours du week-end et le lundi, par les professionnels des Lucines.

Le premier jour, Mlle C. a consommé pour le petit déjeuner un verre de jus d'orange, un bol de thé au lait, un yaourt et une demi-tranche de pain beurré.

Au déjeuner, elle a bu un verre de cola et mangé une saucisse, une merguez, un boudin et deux portions de légumes, suivis d'une glace pour le dessert.

Pour le dîner, elle a mangé deux parts de tarte à la tomate, une crêpe, 100g de mousse au chocolat et 100g de fromage blanc aux fruits.

Le deuxième jour, au petit déjeuner, elle a bu un bol de chocolat et un verre de jus d'orange, et mangé deux tranches de pain de mie et une compote.

Au déjeuner, elle a consommé 6 toasts, une paupiette, une portion de pâtes, une part de tarte aux fraises et un verre de cola.

Le goûter a été pris à la ferme, où elle a bu deux verres de chocolat au lait.

Au dîner, elle a mangé une petite quantité de julienne de légumes, une portion de fromage, une banane et refuse le poisson.

Le troisième jour, pour le petit déjeuner, elle prend un bol et demi de chocolat au lait, un verre de jus d'orange, deux tartines de pain de mie sans croûte avec de la confiture et une tartine de pain de mie sans croûte beurrée.

Au déjeuner, elle mange une petite barquette de macédoine, une escalope de dinde avec une portion de pâtes, une portion de crème au chocolat et deux fraises. Elle a bu deux verres d'eau.

Au goûter, elle a pris une tasse de café au lait.

Au dîner, elle a consommé une assiette de poisson accompagné d'émincés de poireau, une portion de fromage, une compote et deux verres d'eau.

4.2.2.4. *En conclusion*

L'alimentation de Mlle C. semble correcte compte tenu des adaptations de la texture des aliments dont elle bénéficie. Les praxies d'utilisation des couverts et de mastication sont efficaces. Les capacités de mastication sont à encourager, en ne mastiquant pas trop les aliments.

Les praxies bucco-faciales simples sont facilement obtenues. La difficulté augmente avec la complexité des praxies à réaliser, et peuvent être limitées par les capacités d'imitation.

Au niveau de son installation, un marchepied devrait lui être proposé, ses pieds se trouvant bien trop loin du sol. Cela pourrait également lui permettre de s'installer plus au fond de sa chaise, le dos en appui. Si cela ne suffit pas à assurer un appui dorsal, il pourrait lui être proposé un coussin derrière le dos. De plus, la surélévation de son assiette raccourcirait la distance entre celle-ci et sa bouche, lui évitant de se pencher comme elle le fait actuellement.

Sur le plan sensoriel, la situation de repas a montré une bonne sensibilité du contour des lèvres, sans provoquer de réaction excessive. Quelques signes sont néanmoins en faveur d'un syndrome de dysoralité sensorielle. En effet, elle peut garder la nourriture en bouche, la recracher ou présenter des nausées et des régurgitations pendant le repas. Le test du réflexe nauséux indique une réactivité légèrement exacerbée.

Au niveau de la communication en situation de repas, Mlle C. peut exprimer le refus de quelque chose en le repoussant.

4.3. Cas de M. B.

M. B. est un jeune homme de 26 ans qui souffre de troubles de la communication et des interactions sociales et de malformations diverses, dans le cadre d'une maladie génétique. Au niveau de la communication, il se place souvent dans un mimétisme des personnes de son entourage, mais est capable d'exprimer ses choix et des demandes. Il a constitué un stock de petites phrases stéréotypées qu'il peut utiliser à bon escient.

4.3.1. Évaluation de l'alimentation

4.3.1.1. Informations générales

M.B. ne suit aucun traitement et n'a pas de régime particulier.

Il ne bénéficie pas d'adaptation de l'alimentation qui lui est tout de même coupée car l'utilisation du couteau est trop difficile. Il utilise très bien la fourchette et peut manger avec les doigts.

Sa respiration est nasale, et parfois buccale. Il n'est pas sujet aux pneumopathies.

4.3.1.2. Évaluation de l'alimentation en situation de repas

M. B. ne dispose pas d'adaptation au niveau de son installation à table. Spontanément, l'appui podal est complet et l'appui dorsal est correct. Son dos est voûté. La flexion de la tête est correcte.

Le jeune homme mange seul et utilise une fourchette ordinaire en métal, un verre ordinaire et une assiette creuse. Il peut se servir de l'eau au pichet.

Sa mastication est bonne. On peut observer 31 mouvements de mastication pour une très grosse bouchée de pain.

La déglutition au verre est normale et il peut aspirer les liquides dans une paille de taille standard (21 cm) et un scoubidou de 75 cm.

Aucun signe de fausse route n'est observé.

Il semble prendre plaisir à s'alimenter et à le faire seul.

Contrairement aux deux jeunes femmes, la durée du repas n'a pas été prise en compte dans sa globalité mais chaque plat a été chronométré, pour plus de précision. En effet, la situation collective de repas peut impliquer de longs temps d'attente. M. B. a donc mis 4

minutes pour manger son entrée, 5 minutes pour le plat de résistance et 3 minutes pour le dessert. Il a donc mis 12 minutes pour ingérer son repas, ce qui est, d'après Catherine SENEZ (2012)⁶², un temps normal.

Lorsqu'il mange, il ne semble pas perturbé par l'environnement du repas. Les temps d'attente sont moins bien vécus, mais de façon modérée compte-tenu de l'agitation importante de l'un des résidents : M. B. se bouche parfois les oreilles, mais reste très calme.

Au niveau de la communication, M. B. comprend bien les sollicitations des professionnels. Il peut exprimer une demande et un refus de manière verbale stéréotypée, ou gestuelle, en apportant son assiette pour la faire remplir par exemple. Aucune situation de choix ne s'est présentée.

4.3.1.3. *Évaluation de la sensibilité*

M. B. présente un réflexe nauséux modéré : il se recule au toucher entre les zones 1 et 2 en référence au schéma de C. Senez, sur le palais et sur la langue.

Au niveau olfactif, le jeune homme montre une réaction positive aux senteurs de vanille, citron, banane, savon, pomme et fraise, verbalisant son contentement avec des phrases du types « hum, ça sent bon ! ». Il semble particulièrement apprécier le savon, le sentant plusieurs fois et verbalisant « hum, ça sent bon du parfum ! ». Il se détourne devant le poivre et le café, qu'il identifie en verbalisant « c'est bon du café ». Il semble donc ne pas apprécier l'odeur du café mais sa verbalisation vient contredire son expression corporelle. Nous nous sommes renseignées et savons qu'il boit parfois du café, mais sucré et avec du lait, ce qui modifie considérablement l'odeur et le goût du café. Ainsi, il est possible que cette verbalisation soit une écholalie, car il s'agit d'une phrase qu'il peut entendre régulièrement sur le temps collectif du café. Il est donc nécessaire de garder à l'esprit qu'il peut y avoir un décalage important entre la verbalisation et l'expression d'une émotion. Il identifie également la banane : « Hum, ça sent bon des bananes ». Les verbalisations de M. B. sont très stéréotypées et il est parfois difficile de savoir s'il s'agit de réponses au geste de sentir quelque chose ou à une réelle perception des fragrances. L'identification de certaines odeurs permet néanmoins d'affirmer qu'il a une perception olfactive correcte.

La sensibilité tactile de la sphère bucco-faciale semble normale, ainsi que la sensibilité thermique.

⁶² SENEZ, C. (2008). Formation Déglutition – Oralité – Alimentation chez l'enfant. AOD : Nantes.

Sur le plan gustatif, aucune réaction n'est observable devant l'eau sucrée et salée. En buvant l'eau citronnée, il verbalise « c'est bon », ce qui évoque une bonne perception, tout comme pour le thé qu'il identifie immédiatement. Cependant il est possible qu'il ait identifié ce dernier grâce à la couleur.

4.3.1.4. *Évaluation de la sphère bucco-pharyngée*

Au repos, les lèvres sont jointes, symétriques et immobiles. Les maxillaires sont un peu plus développés à gauche. La langue est normale compte tenu de la taille importante de la bouche. Elle est étalée au plancher, légèrement rétractée.

Les praxies sont testées à l'aide d'un miroir et l'imitation est assez difficile à obtenir. Il faut quitter le miroir et y revenir pour avoir une imitation, car après quelques instants il est absorbé par son image et se parle.

Les praxies labiales simples sont facilement obtenues, mais il n'y a pas d'imitation pour le pincement des lèvres dans la bouche et le fait de recouvrir la lèvre supérieure par la lèvre inférieure. La préhension labiale n'est pas testée car le bouton ne peut être placé derrière les lèvres. Même en offrant un modèle avec un autre bouton, il joue avec. L'utilisation du facial flex est possible (il verbalise « o/i » en même temps, peut-être par imitation), mais il ne réalise que 5 mouvements en situation de bilan. D'après l'orthophoniste, il peut réaliser jusqu'à 60 mouvements. Ce décalage montre bien que le bilan ne doit pas être pris comme représentatif des capacités de la personne, mais bien comme une évaluation à un instant T. Cette différence peut être due à plusieurs facteurs, et notamment à la personne qui formule la consigne. Nous savons également que les routines sont importantes pour M. B., ce qui explique que ses performances puissent être meilleures en situation de rééducation hebdomadaire qu'au moment du bilan où la tâche n'est pas insérée dans un contexte connu.

Les praxies jugales sont plus difficiles à obtenir : seule la mastication à vide bouche fermée est réalisée facilement. Il tente de gonfler les joues mais n'y arrive pas, et l'imitation n'est pas obtenue pour rentrer les joues ou le passage d'air d'une joue à l'autre.

Au niveau des maxillaires, seule l'alternance d'ouverture/fermeture est réalisée, assez facilement. Les autres praxies ne sont pas imitées.

Certaines praxies linguales sont facilement réalisées (tirer la langue, la placer à droite et à gauche, et le clic de galop). Les mouvements alternatifs de tirer/rentre et droite/gauche sont plus difficile. Il ne parvient pas à mettre la langue vers le haut et vers le bas, ni à émettre

un clic de réprobation. Les mouvements alternatifs haut/bas et la poursuite du contour des lèvres ne sont pas imités.

La tenue et la perméabilité du voile du palais ont pu être vérifiées. Les mouvements alternatifs « a/an » ne sont pas obtenus, et le rétrécissement de l'isthme vélo-pharyngé par la transition vocalique « i→o » n'est pas imité.

La mobilisation pharyngée et la déglutition à vide ne sont pas imitées. De plus, il refuse le toucher de son cou.

4.3.2. Évaluation des comportements et habitudes alimentaires

4.3.2.1. Questionnaire sur les habitudes alimentaires

Le niveau d'activité de M. B. est jugé calme.

Il ne présente pas de sélectivité alimentaire et montre un bon appétit pour la plupart des aliments.

Lors du repas, il ne présente pas de difficulté pour mastiquer les aliments et ne présente pas de signe de syndrome de dysoralité sensorielle (garder les aliments en bouche, nausées et vomissements...)

Il est indiqué qu'il met plus d'une demi-heure à manger son repas, bien qu'il soit en progrès actuellement suite à un travail d'accompagnement. Cette lenteur pour manger n'a pas été observée lors du bilan d'alimentation.

Il ne regarde pas la télévision lorsqu'il mange aux Lucines, ni n'apporte d'objet à table.

Il peut maintenir son attention jusqu'à la fin du repas.

Il ne demande pas à manger entre les repas.

M. B. ne présente pas d'allergie alimentaire et ne semble pas avoir de douleur en lien avec l'alimentation.

Il est indiqué que ses besoins ne sont pas toujours faciles à comprendre. Le jeune homme peut néanmoins demander ce qu'il souhaite à table lorsqu'un encadrant est présent.

M. B. aide régulièrement à mettre la table mais a besoin de sollicitations importantes.

Le repas n'est pas vécu comme stressant pour lui, ni pour son entourage.

D'une façon générale, M. B. insiste sur les rituels. Il peut manger des aliments trop volumineux et a parfois besoin d'un rappel pour prendre de plus petites bouchées. Il est cependant à noter qu'il a un volume buccal important. Il ne joue pas avec la nourriture, ne mange pas de substances non comestibles et ne porte pas les objets à la bouche. Il peut flairer certaines personnes (au niveau des mains), mais ne flaire pas la nourriture. Il accepte les aliments nouveaux et ne porte pas d'importance à l'endroit où il mange ou à la manière dont est préparée la nourriture.

4.3.2.2. *Liste des aliments acceptés*

M. B. accepte de manger tous les aliments qui sont proposés au sein de la structure. Il a donc une alimentation très variée.

4.3.2.3. *Menu des trois journées types*

Le menu des trois journées a été renseigné sur les trois journées du dimanche, lundi et mardi.

Le premier jour, dans sa famille, M.B. a mangé pour le petit déjeuner quatre galettes de maïs beurrées, avec un verre de jus de fruit et un bol de Ricoré au lait et sucré (une cuillère à soupe de sucre en poudre).

Pour le déjeuner, il a consommé quatre cuillères à soupe de cœurs de palmier, deux tranches de langues de bœuf, cinq cuillères à soupe de riz et une coupe de fruits.

Au goûter, il a mangé une banane et bu un verre de jus de fruit.

Le dîner a été pris en cafétéria. Il a mangé un œuf mimosa au thon, une tranche de jambon grillé accompagnée de haricots verts et de carottes, puis une salade de fruit. Il a bu un thé glacé.

Le deuxième jour, de retour aux Lucines, le jeune homme a consommé pour le petit déjeuner un bol de Ricoré, un verre de jus d'orange, quatre biscottes avec de la confiture et une tartine de pain.

Au déjeuner, il a mangé une assiette de macédoine, une assiette d'escalope de dinde avec des pâtes, une tartine de pain et un ramequin de crème au chocolat. Il a bu deux verres d'eau.

Au dîner, il a consommé une assiette de poisson accompagné d'émincés de poireau, une portion de fromage, une compote, deux tranches de pain et deux verres d'eau.

Le troisième jour, M. B. a pris un bol de thé à la menthe avec du lait pour le petit déjeuner, et deux tartines de pain de mie avec de la confiture de fraise.

Au déjeuner, il a mangé une assiette de salade de pommes de terre, une assiette de jambon braisé accompagné de carottes et de salsifis.

Le dîner n'a pas été renseigné.

4.3.2.4. *En conclusion*

M. B. accepte une alimentation très variée. Il a de bonnes capacités de mastication et utilise correctement les couverts, ce qui lui donne une autonomie totale une fois les plats servis. Ces capacités sont à encourager afin de maintenir leur niveau d'efficacité.

Les praxies bucco-faciales sont correctes pour la plupart, et celle qui ne le sont pas sont généralement dues à un défaut d'imitation. Il est en effet difficile d'obtenir son attention dans une tâche d'imitation, puisqu'il regarde peu les autres personnes directement. Le miroir peut être aidant pour capter son attention, mais il est vite absorbé par son propre reflet.

Son installation lors du repas est correcte et il ne nécessite aucune adaptation.

M. B. présente une hypersensibilité auditive qu'il parvient à réguler en se bouchant les oreilles. Les lieux trop bruyants seront tout de même à éviter. Il est intéressant de noter que l'un des repas renseignés dans le menu des trois journées type a été pris en cafétéria, sans retentissement sur son alimentation.

Au niveau de la communication en situation de repas, M. B. peut exprimer ses demandes et refus, parfois même de façon verbale.

5. Discussion

Suite aux trois bilans d'alimentations réalisés, il nous a semblé intéressant de remanier certains items afin qu'ils soient plus pertinents et mieux compréhensibles.

5.1. Évaluation de l'alimentation

5.1.1. Informations générales

Dans les informations générales, au sujet de l'utilisation des couverts, nous avons décidé d'ajouter une réponse « oui, mais difficile », et de permettre de spécifier la nature des difficultés éventuelles :

- préhension du couvert ;
- préhension des aliments avec le couvert ;
- trajet jusqu'à la bouche ;
- préhension labiale du couvert.

Les items concernant la respiration ont été déplacés dans cette partie. Pour l'item « respiration », nous avons enlevé les réponses « thoracique / abdominale » car cet aspect était très difficile à observer, la respiration des trois sujets observés étant peu ample. La distinction buccale / nasale a été conservée, et nous y avons ajouté la réponse « mixte ».

Dans les observations générales, au sujet de la fatigabilité, nous avons ajouté une réponse « modérée ». En effet, Mlle N. ne semblait pas trop fatiguée pendant le repas mais est allée se coucher à peine celui-ci terminé. Cela nous a permis de remarquer qu'il fallait une réponse intermédiaire à « normale » et « excessive ».

5.1.2. Évaluation de l'alimentation en situation de repas

Dans l'observation de la déglutition des liquides au verre, pour les items concernant les capacités d'aspiration à la paille et au scoubidou, nous avons ajouté la réponse « refus ». En effet, devant le refus de Mlle N. de boire au scoubidou, nous nous sommes aperçues que cette capacité n'était pas toujours observable, sans pouvoir en conclure qu'elle n'est pas présente.

Pour l'observation du stade pharyngé, nous avons ajouté une colonne « liquides normaux », car ils sont en fait les premiers concernés par les fausses routes.

Dans les observations complémentaires, nous avons ajouté la réponse « seulement pour les aliments appréciés » pour évaluer le plaisir à s'alimenter.

En ce qui concerne l'influence de l'environnement, nous avons ajouté la réponse « modérée », afin de fournir une réponse intermédiaire entre « normale » et « excessive ».

Pour l'observation de la situation de communication, nous avons tout d'abord ajouté un item concernant la capacité à faire des demandes, qui nous semblait primordiale et avait été omis dans la première version. On peut ainsi répondre par « geste », « verbal », « communication augmentée » « pas observé ». Nous avons également ajouté une réponse « sollicitations non compréhensibles », afin de pouvoir noter des tentatives de demandes infructueuses.

En ce qui concerne la compréhension des sollicitations, nous avons remplacé la réponse « normale » par « bonne », car aucun des résidents n'a une compréhension parfaite.

Pour la capacité à effectuer un choix, la réponse « non observé » a été ajoutée au cas où l'occasion ne se présenterait pas. En effet, aucun choix n'a pu être observé durant ces trois repas, puisqu'il s'agit d'un menu unique. Pour observer cette capacité, il aurait fallu assister au petit déjeuner, où le choix des boissons et des aliments est laissé aux résidents.

Afin de préciser davantage la capacité à exprimer un refus, la réponse « autre » a été ajoutée. Le fait que Mlle N. ait donné à son compagnon de repas la tartine dont elle ne voulait pas a motivé ce choix.

5.1.3. Évaluation de la sensibilité

Concernant l'évaluation du réflexe nauséux, la réponse « modéré » a été ajoutée afin de pouvoir nuancer l'importance du réflexe.

Pour les sensibilités tactile, thermique et gustative, la réponse « faible » a été remplacée par « absence de réaction ». En effet, devant une absence de réaction, nous ne pouvons pas savoir si la stimulation n'a pas été perçue ou si la personne n'y réagit simplement pas. Nous avons donc fait cette modification pour éviter une interprétation abusive. Il a également été décidé d'ajouter une réponse « refus ».

5.1.4. Évaluation de la sphère bucco-pharyngée

Concernant l'examen de la langue au repos, nous avons ajouté la réponse « observation impossible » devant l'impossibilité d'obtenir une ouverture de la bouche de Mlle N.

Pour l'examen des praxies, nous avons décidé de préciser s'il a lieu avec ou sans miroir. Nous nous sommes longuement posé la question de l'utilisation du miroir car nous savons qu'il renvoie une image erronée de la personne (EYOUM, 2012)⁶³. Nous avons donc décidé de ne l'utiliser qu'en cas d'absence d'imitation sans miroir. Ainsi, avec M. B., la quasi-totalité de l'examen des praxies a pu être réalisé grâce à cet outil.

5.2. Évaluation des comportements et habitudes alimentaires

5.2.1. Questionnaire sur les habitudes alimentaires

Le questionnaire a été rempli en notre présence, afin que nous puissions repérer si certains items posaient problème. Nous avons ainsi pu le compléter ou modifier certaines formulations qui portaient à confusion.

Concernant l'appétit de la personne, nous avons ajouté la réponse suivante « variable sans lien observable avec les aliments ». En effet, d'autres aspects peuvent entrer en jeu dans l'appétit de la personne, comme son état général.

Pour l'item « Diriez-vous qu'il est facile de comprendre ses besoins ? », Nous avons ajouté « lors des repas », afin d'explicitier le contexte. En effet, bien qu'il s'agisse d'un questionnaire sur les comportements alimentaires, nous avons pu observer que cet item était compris dans un sens plus général.

Pour l'item « Diriez-vous que le repas est stressant ? », nous avons souhaité interroger le point de vue de la personne et des autres convives. En effet, il nous a été demandé de quel point de vue il fallait se placer pour répondre à cette question. Lors de la conception du questionnaire, cet item avait été pensé du point de vue des autres convives. Effectivement, devant l'ambiguïté de la question, ceci était à préciser. Il nous est finalement apparu que les deux points de vue avaient leur importance : la personne est-elle stressée par l'activité du repas, et est-elle stressante pour les autres convives ?

⁶³ EYOUM, I. (2012). Les paralysies faciales. Formation en vidéo, Ortho formation.

Enfin, concernant l'ensemble d'items regroupés sous la question « La personne présente-t-elle certaines de ces particularité ? », nous avons ajouté l'item « a des nausées au brossage des dents ». En effet, il s'agit d'un signe important de syndrome de dysoralité sensorielle qui n'avait pas été abordé dans le bilan. De plus, nous avons ajouté la réponse « ne sait pas », car cette réponse nous a été donnée lors de la passation.

Enfin, pour déterminer le stade où se situe la personne au niveau des refus alimentaires, nous avons ajouté un tableau représentant les stades de la classification des aversions orales et des refus alimentaires (SENEZ, 2002), avec la possibilité de cocher les signes observés :

Stade 0 :

- Acceptation des morceaux
- Pas de sélectivité alimentaire
- Plaisir à s'alimenter
- Bon appétit

Stade 1 :

- Refus des morceaux durs ou fibreux
- Stocke les aliments fibreux dans les joues
- Peut recracher ces aliments à distance du repas
- Pas de sélectivité
- Plaisir à s'alimenter
- Bon appétit

Stade 2 :

- Refus de tout morceau
- Accepte les aliments mastiqués avec du liant
- Préférence pour le sucré
- Réaction négative au froid
- Plaisir à s'alimenter avec les aliments sélectionnés
- Appétit correct

Stade 3 :

- Refus des morceaux ou grains
- Accepte les aliments mixés lisses (consistance de type pommade)
- Nette préférence pour le sucré
- Aversion aux aliments froids
- Pas de plaisir à s'alimenter
- Peu d'appétit
- Lenteur

Cette classification comporte en réalité 5 stades, mais les stades 4 et 5 concernent des personnes qui n'acceptent pas l'alimentation à la cuillère (biberon ou nutrition entérale ou parentérale). Le bilan étant spécifique au FAM des Lucines, nous n'avons pas jugé utile de mettre ces derniers stades puisque les résidents ne sont pas concernés par ce type de nutrition.

5.2.2. Liste des aliments acceptés

La liste des aliments acceptés a été peu modifiée après les passassions. Seuls les items redondants ont été enlevés. Elle fournit une indication intéressante sur le niveau d'acceptation de la personne, mais ne prend pas en compte les différences entre les différents aliments. Pour les trois personnes observées, le nombre d'aliments refusés est très faible. Cependant, la professionnelle qui a renseigné cette liste nous a précisé qu'on les incitait fortement à manger de tout. Ces résultats peuvent donc être biaisés car on ne sait pas si l'aliment a été largement mangé ou si, à chaque fois qu'il est servi, la personne n'en mange que quelques cuillères.

Le cas de Mlle C. peut illustrer cela : il est indiqué dans la liste qu'elle mange tout type de poissons. Pourtant, en l'espace d'une semaine, elle a montré des réticences à en manger à deux reprises. Elle a d'abord été prise de haut-le-cœur en mangeant du poisson lors du bilan d'alimentation en situation de repas. Elle n'en a plus voulu ensuite mais a accepté une nouvelle assiette contenant uniquement des légumes. Nous ne pouvons pas en conclure qu'elle n'aime pas le poisson, car peut-être le morceau était-il trop gros, ou trop chaud. Cependant, il est à noter que le menu des trois journées types rapporte un refus de manger le poisson au menu du dîner du deuxième jour. Il serait donc intéressant de vérifier si elle

consomme réellement du poisson ou si elle prend quelques bouchées avant de refuser son assiette à chaque fois qu'il lui en est servi.

Cet exemple montre la subjectivité impliquée dans un tel questionnaire. Un professionnel qui a vu la personne commencer son assiette va pouvoir dire qu'elle consomme les aliments qu'elle contient, tandis qu'un autre professionnel pourra avoir remarqué qu'elle n'a mangé qu'une partie de son assiette en laissant un aliment, ou même qu'elle a arrêté de manger après quelques bouchées.

5.2.3. Menu des trois journées type

Le menu des trois journées types peut venir compléter les renseignements indiqués dans la liste des aliments observés, en donnant une information sur les quantités ingérées. Il ne permet pas d'interpréter l'alimentation de la personne à lui seul, à moins d'observer que rien n'est mangé pendant les trois jours, mais, rempli régulièrement, il peut tout de même permettre d'apprécier l'appétit de la personne et d'observer des évolutions.

CHAPITRE 2 : CREATION D'UNE PLAQUETTE DE CONSEILS D'AMENAGEMENTS AUTOUR DU REPAS POUR LA PERSONNE AVEC AUTISME

1. Objectif de notre travail

Les particularités des comportements alimentaires des personnes avec autisme sont souvent méconnues et peuvent amener à une incompréhension de la part des familles et des professionnels. Cette incompréhension face à des comportements déroutants, venant heurter nos représentations du repas, peuvent engendrer des formes de maltraitance envers la personne présentant des troubles du spectre autistique.

Nous savons que le temps du repas revêt de multiples aspects, tous susceptibles de poser des difficultés pour les personnes avec autisme. Or, des aménagements sont possibles pour réduire au maximum les contraintes inhérentes à l'alimentation, mais aussi à l'environnement du repas. Dans une démarche de bientraitance, il est indispensable de mettre en œuvre les adaptations dont la personne a besoin afin de rendre le temps du repas plus acceptable pour la personne et son entourage.

Ce livret a pour objectif d'informer l'entourage familial et professionnel des difficultés que les personnes avec autisme peuvent rencontrer au moment du repas, qu'elles soient propres à leur pathologie ou non. Pour chaque type de difficulté, des aménagements sont illustrés afin d'encourager les familles et les professionnels à les mettre en place.

Dans un premier temps, ce livret devait être destiné aux professionnels en institution, pour leur faire prendre conscience de l'importance de ces adaptations et les aider à les mettre en pratique. Il nous a semblé important d'informer également les familles, pour une continuité des aménagements lorsque la personne rentre chez elle pour le week-end ou les vacances. Finalement, ces aménagements pouvant tout à fait être mis en place pour des personnes qui ne sont pas reçues en institution, il nous a semblé pertinent d'adresser cette plaquette d'information à toutes les familles de personnes avec autisme ainsi qu'aux professionnels qui les accompagnent.

2. Méthodologie

2.1. Description du livret d'information

Le livret d'adaptation a été créé avec le logiciel Microsoft Word 2007, puis transféré au format PDF pour être confié à un imprimeur.

La plaquette a été conçue au format A5, pour faciliter sa prise en main et sa manipulation. Elle comprend 12 pages plus les couvertures. Nous avons choisi comme fil conducteur la couleur orange, couleur chaude et douce, qui nous paraissait appropriée au support que nous voulions créer.

La couverture a été réalisée à partir d'un modèle type de page de garde fourni par le logiciel. Nous avons inséré une image en arrière-plan représentant une empreinte de main en aquarelle. Notre choix s'est porté sur cette image tout d'abord pour des raisons esthétiques, et parce que la main nous évoquait la personne et le fait d'agir. La main était une image libre de droit dont nous avons modifié la couleur grâce au logiciel Adobe Photoshop pour respecter notre charte graphique. Sur cette couverture apparaît également une tâche d'aquarelle, colorisée avec le même logiciel. La quatrième de couverture reprend la main en aquarelle, de manière symétrique à la première.

La première page comprend le sommaire du livret. Les deuxièmes et troisièmes pages sont consacrées à une présentation du livret et des difficultés que peuvent rencontrer les personnes avec autisme sur le temps du repas.

Chaque page est ensuite consacrée à un type d'aménagement, à savoir le repérage du temps du repas, les aménagements de l'environnement, l'installation de la personne, l'adaptation des outils du repas (ces aménagements sont présentés sur deux pages) et l'adaptation de l'alimentation.

La dixième et dernière page conclut la plaquette d'information et présente les références bibliographiques.

Une fiche personnelle d'adaptations pour l'alimentation sera glissée dans le livret donné aux familles, et dans le dossier de la personne en institution. Cette fiche récapitulative et personnalisée reprend les adaptations décrites dans la plaquette d'information. On pourra y cocher les adaptations nécessaires pour la personne.

2.2. Ordre de présentation des aménagements

L'ordre de présentation des adaptations possibles a été défini en fonction de leur ordre chronologique de préparation. Il s'avère également que les deux premiers types d'adaptions proposés sont les plus spécifiques aux troubles du spectre autistiques.

Tous les aménagements présentés ont déjà été abordés dans la partie théorique concernant la réflexion sur les soins et adaptations. Le travail de rédaction a principalement consisté à rendre les explications compréhensibles par tous et sans avoir besoin de lire le mémoire.

2.2.1. Repérer le temps du repas

Nous savons que les personnes avec autisme éprouvent de grandes difficultés à se repérer dans le temps et à anticiper sur les événements. Nous présentons donc l'utilité d'utiliser un emploi du temps pour repérer ce temps du repas dans la journée et anticiper l'activité suivante, et de l'implantation d'une routine afin de fournir des bornes naturelles et internalisées au repas. Nous abordons également le minuteur visuel, qui peut permettre à la personne de savoir combien de temps elle va devoir rester à table, et le menu visuel pour permettre à la personne d'anticiper les aliments qui vont constituer son repas.

2.2.2. Aménager l'environnement

L'environnement du repas est riche en stimuli de toutes natures. Pour les personnes ayant des troubles de la modulation sensorielle, comme c'est le cas dans l'autisme, il va falloir limiter au maximum ces stimuli afin de permettre à la personne de se concentrer sur l'alimentation. Les stimulations visuelles et auditives en particulier peuvent être contrôlées. Il est donc préconisé d'éviter les pièces trop lumineuses et les surfaces réfléchissantes, de limiter les déplacements dans la pièce qui sont une source de bruit mais aussi de mouvements trop importants et de limiter le nombre de convives pour les mêmes raisons. On pourra placer des patins sous les chaises pour limiter le bruit, et il faudra veiller à ne pas parler trop fort. Pour contrôler le niveau sonore de la conversation, il existe des lampes visualisant le niveau sonore ambiant.

Pour les personnes hypersensibles pour lesquelles ces aménagements ne seraient pas suffisants, il est également possible de proposer un casque anti-bruit ou un pare-vue.

2.2.3. Adapter l'installation de la personne

L'alimentation requiert une posture adéquate. Ces aménagements sont donc valables pour toute personne ayant des difficultés de déglutition dues à une mauvaise position.

Ainsi, l'appui podal pourra être assuré par l'utilisation d'un marchepied. De même, si l'appui dorsal est incomplet et la flexion de la tête difficile, des coussins pourront être insérés derrière ces zones pour fournir une position correcte.

Si la personne est nourrie par un aidant, il devra prendre garde à favoriser la flexion de la tête en se plaçant au même niveau que la personne et en apportant les couverts toujours en dessous de la bouche.

2.2.4. Adapter les outils du repas

Toute personne ayant des difficultés de motricité fine peut éprouver des problèmes à utiliser les outils du repas. Nous présentons donc les différents couverts adaptés, le verre échancré et le tour d'assiette. Il est aussi conseillé d'utiliser une assiette opaque et unie pour permettre une bonne distinction des aliments dans l'assiette. Nous préconisons également, si nécessaire, de surélever l'assiette afin de réduire sa distance à la bouche et pour la placer dans le champ visuel de la personne, évitant ainsi d'induire une mauvaise posture pour se rapprocher de l'assiette.

Les personnes avec autisme pouvant avoir des difficultés à comprendre les règles sociales telles que l'espace personnel, nous montrons qu'il peut être utile d'utiliser des sets de tables pour repérer les distances interpersonnelles ou d'identifier le verre de chacun par des photos.

2.2.5. Adapter l'alimentation

Nous terminons par les adaptations des textures alimentaires et des liquides, qui sont nécessaires pour toute personne présentant des troubles de la déglutition. Ainsi, nous expliquons que les aliments peuvent être coupés en morceaux, pré-mâchés ou écrasés, ou encore mixés. L'attention est portée sur les conséquences de telles adaptations sur le volume des aliments, mais aussi sur leur saveur. En effet, toujours dans une optique de bienveillance, il faut veiller à ne pas suralimenter la personne et à compenser la perte de saveur des aliments afin de garder du plaisir dans l'alimentation. Nous présentons également les préconisations d'adaptation des liquides qui peuvent être émises face à un risque de fausse route.

Il est précisé que ces adaptations de l'alimentation se font sous prescription médicale.

2.3. Vocabulaire utilisé

La plaquette étant destinée à un large public, il était indispensable qu'elle soit compréhensible par tous. Un vocabulaire simple a donc été privilégié, et les termes moins connus, comme la « fausse route », ont été explicités dans le texte. Le terme « praxie » a quant à lui été défini en note de bas de page, pour en assurer la compréhension, bien que le contexte soit déjà clair. La position adéquate pour la déglutition ainsi que les différents outils d'adaptation ont été illustrés afin d'offrir une représentation concrète au lecteur.

2.4. Illustrations :

Chaque image a été dessinée par nos soins et par un dessinateur expérimenté, Willy BAHUAUD⁶⁴, pour les dessins les plus complexes (installation de la personne et position lorsqu'on boit au verre échancré). Chaque dessin a ensuite été traité grâce au logiciel Adobe Photoshop pour apporter un effet postérisé. Un fond orangé a été ajouté afin de respecter la charte graphique que nous avons définie. Enfin, dans un souci d'esthétique, les images ont été modifiées une dernière fois grâce au logiciel en ligne Photofunia, avec le filtre « Warm spring », pour ajouter un effet d'aquarelle aux images.

⁶⁴ Willy BAHUAUD, web designer et développeur web, <http://wabeo.fr/>

Conclusion

L'oralité alimentaire est un domaine complexe qui dépend de nombreux facteurs physiologiques et psycho-sociaux. Chacun de ces facteurs peut être altéré chez les personnes avec autisme, rendant l'alimentation et le temps du repas difficiles pour elles et leur entourage.

Le temps du repas est un moment à fort risque de maltraitance envers la personne avec autisme. En effet, un refus alimentaire peut être perçu comme de la mauvaise volonté, et les troubles du comportement ne seront pas tout de suite mis en lien avec un élément déclencheur et seront mal vécus par les autres convives. Ainsi, il est primordial d'être à l'écoute des besoins et demandes de la personne et d'observer attentivement les aménagements qui pourraient être apportés pour faciliter ce moment du repas.

Notre objectif a été de réaliser un bilan d'alimentation adapté à la population du FAM des Lucines, afin de prendre en compte les difficultés d'alimentation et de déglutition, mais également les comportements alimentaires retrouvés fréquemment chez les personnes avec autisme. Ce bilan permettra de proposer des aménagements personnalisés à chaque résident.

Afin d'informer les professionnels et les familles de personne avec autisme des adaptations et aménagements réalisables, nous avons élaboré une plaquette d'information simple et illustrée. Nous espérons que ce livret permettra une meilleure connaissance des facteurs pouvant influencer le repas et une sensibilisation à l'importance d'effectuer des aménagements personnalisés, pour améliorer le quotidien en rendant le moment du repas acceptable pour tous.

Bibliographie

Ouvrages :

- ABADIE, V. (2002). Développement de l'oralité. Dans M. VIDAILHET, & O. GOULET, *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique*. Paris: Doin.
- ATTWOOD, T. (2006). *Le syndrome d'Asperger : guide complet*. Bruxelles: De boeck.
- BARON, J., & BARON, S. (1992). *Moi, l'enfant autiste*. Paris: J'ai lu.
- BULLINGER, A. (2007). Approche instrumentale de l'autisme infantile. Dans A. BULLINGER, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (pp. 174-190). Toulouse: ERES.
- CAUCAL, D., & BRUNOD, R. (2010). *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*. Mouans Sartoux: AFD Ed.
- CHIVA, M. (2002). Aspects psychologiques et socioculturels des pratiques alimentaires. Dans M. VIDAILHET, & O. GOULET, *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique*. Paris: Doin.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1994). Chapitre V : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement, Critères diagnostiques pour la recherche. *Classification Internationale des Maladies dixième révision*. Paris: Masson.
- GRANDIN, T. (1986). *Ma vie d'autiste*. Paris: Odile Jacob.
- LENFANT, A.-Y., & LEROY, C. (2011). *Autisme : l'accès aux apprentissages*. Paris: Dunod.
- PEETERS, T. (2008). *L'autisme : de la compréhension à l'intervention*. Paris: Dunod.
- PIAGET, J. (1946). *Le développement de la notion du temps chez l'enfant*. Paris: PUF.
- SENEZ, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille: Solal.
- TABBONI, S. (2006). *Les temps sociaux*. Paris: Armand Colin.
- TARTAS, V. (2009). *La construction du temps social par l'enfant*. Berne: Peter Lang.
- THIBAUT, C. (2007). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant*. Paris: Masson.
- VIDAILHET, C. (2002). Troubles du comportement alimentaire. Dans C. VIDAILHET, & O. GOULET, *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique*. Paris: Doin.
- WILLIAMS, D. (1992). *Si on me touche je n'existe plus*. Paris: J'ai lu.

Articles :

- ABADIE, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique : les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant* (22), pp. 57-70.
- COMTE-GERVAIS, I. (2009). Recherches actuelles sur l'intelligence sociale et les troubles envahissants du développement. *Annales Médico-Psychologiques* , 167, pp. 550-562.
- DANSART, P. (2000). Les comportements alimentaires chez l'enfant autiste : décrire, comprendre, rééduquer. *Bulletin scientifique de l'arapi* , 6, pp. 31-36.
- DE SAINT POL, T. (2006). Le dîner des français : un synchronisme qui se maintient. *Economie et statistique* , 400, pp. 45-69.
- DELAOUTRE-LONGUET, C. (2007). Prématurité et succion. *Glossa* , 99, pp. 48-63.
- DROZ, D. (2006). Polyhandicap : une sphère oro-faciale particulière.
- GEPNER, B. (2008). Une nouvelle approche de l'autisme: des désordres de la communication neuronale aux désordres de la communication humaine. *Interactions* , 1, pp. 1-25.
- GERLAND, G. (2000). Mon histoire. *Bulletin de l'arapi* , 5, pp. 7-10.
- GUERIN, M. (2008). Une autre façon de percevoir. *Le messenger* , 25 (3), pp. 8-11.
- GUERIN, M. (2008-2). Le spectre de l'autisme. *Le messenger* , 25 (3), pp. 12-15.
- HADJIKHANI, N. (2011). Mécanisme miroir et autisme : l'œuf, la poule, ou les effets collatéraux ? *Bulletin de la société des neurosciences* , 41, pp. 17-18.
- LAXER, G. (2001). Autisme : les troubles du nourrissement. *Glossa* , 77, pp. 42-49.
- LEBLANC, V., & RUFFIER-BOURDET, M. (2009). Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Spirale* , 51, pp. 47-54.
- LEONARD, T., FOULON, C., & GUELFY, J.-D. (2005). Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatrie* , 2, pp. 96-127.
- MARLIER, L. (2009). Émergence et développement précoce des préférences olfactives et alimentaires. *Archives de Pédiatrie* , 16, pp. 532-534.
- NADON, G. (2011). Problèmes alimentaires et troubles du spectre autistique. *Bulletin scientifique de l'arapi* , 27, pp. 6-14.
- NADON, G., EHRMANN-FELDMAN, D., & GISEL, E. (2008). Recension des méthodes utilisées pour évaluer l'alimentation des enfants présentant un trouble envahissant du développement. *Archive de Pédiatrie* , 15, pp. 1332-1348.
- PRUDHON, E. (2011). Le repas: une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables. *Bulletin scientifique de l'arapi* , 27, pp. 15-18.
- PRUDHON, E. (2010). Les troubles sensoriels: impact sur les troubles alimentaires. *L'orthophoniste* , 304, pp. 16-19.

- PRUDHON, E. (2012). Repas et autisme : une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables. *Rééducation orthophonique : Autisme et communication* , 249, pp. 91-104.
- RIZZOLATTI, G., & ARBIB, M.-A. (1998). Language within our grasp. *Trend in Neurosciences* , 21, pp. 188-194.
- ROFIDAL, T. (2004). Les aspects médicaux de l'alimentation de la personne polyhandicapée.
- ROGERS, S. (1996). Déficits imitatifs : le cas de l'autisme. *Enfance* , 49, pp. 38-40.
- ROGERS, S., & BENETTO, L. (2002). Le fonctionnement moteur dans le cas de l'autisme. *Enfance* , 54, pp. 63-73.
- SENEZ, C. (2008). Le toucher thérapeutique en orthophonie : les massages de désensibilisation dans les troubles de l'alimentation et de l'oralité de l'enfant et de la personne polyhandicapée. *Rééducation orthophonique : Le toucher thérapeutique en orthophonie* , 236.
- SENEZ, C., & SCHAAL, B. (2009). Réactivité chimiosensorielle et alimentation de l'enfant atteint de handicap. *Médecine et enfance* , hors-série, 30.

Articles en ligne :

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2011). *A 05 Autism Spectrum Disorder*. Récupéré sur American Psychiatric Association DSM-V Development: www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94
- ANESM. (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Récupéré sur ANESM : www.anesm.sante.gouv.fr
- DE TREVAREZ, E. (2012). *Discipline, pédagogie et capacité cognitive : Une relation sous-estimée*. Récupéré sur Agoravox: www.agoravox.fr/tribune-libre/article/discipline-pedagogie-et-capacite-114196.
- HURON, C. (2011). *Dyspraxia*. Récupéré sur INSERM-CEA Cognitive Neuroimaging Unit: www.unicog.org/pm/pmwiki.php/Main/Dyspraxia
- GOLDMAN, J.-G. (2012). *Synchronized eating: social influences on eating behavior*. Récupéré sur Scientific American: blog.scientificamerican.com
- GRANDIN, T. (2000). *My Experiences with Visual Thinking Sensory Problems and Communication Difficulties*. Récupéré sur Autism Research Institute: <http://legacy.autism.com/families/therapy/visual.htm>

- STANDIFER, S. (2011) *Autistic Fixation Shapes Photographer's Unique Images*. Récupéré sur Thinking Person's Guide to Autism : <http://thinkingautismguide.blogspot.fr/2011/02/autistic-fixation-shapes-photographers.html>
- RIGAL, N. (2002). *La naissance du goût*. Récupéré sur agrobiosciences: http://www.agrobiosciences.org/article.php3?id_article=790

Thèses et mémoires

- BATARD, N. & TRINQUIER, A. (2008). *Adultes avec autisme : particularités de l'approche psychomotrice et du bilan*. Diplôme Universitaire « Autisme et troubles apparentés » de l'Université de Tours.
- BORDET, J. (2010). *La mère, son bébé et la nourriture : Approche exploratoire multidisciplinaire*. Thèse en psychopathologie et psychologie médicale de l'Université de Bourgogne.
- DUPRE, E. (2011). *Impact du travail thérapeutique de stimulation sensorielle chez des enfants autistes présentant des troubles de l'oralité verbale et alimentaire*. Mémoire d'orthophonie de l'Université de Nancy.
- HEROUIN, C., & GARCIA, M. (2006). *La CCC2 : grille d'évaluation de la pragmatique chez l'enfant autiste*. Mémoire d'orthophonie de l'Université Pierre et Marie Curie de Paris.
- LENOIR, P. (1994). *L'audition chez l'enfant autiste: Etude clinique et électrophysiologique des fonctions de perception et d'association transmodale*. Thèse en psychopathologie et neurologie des comportements de l'Université Paris 6.
- MABIRE, M.-L. (2010). *L'action et l'intention en mots : étude de l'influence des émotions sur le lexique des personnes avec autisme*. Mémoire d'orthophonie de l'Université de Nantes.

Autre sources :

- CRUNELLE, D., & CRUNELLE, J.-P. (2006). *Les troubles de l'alimentation et de la déglutition : évaluation et rééducation*. DVD-rom: OrthoEdition.
- EYOU, I. (2012). Les paralysies faciales. Formation en vidéo, Ortho formation.
- MARCHESSE, S., & TUFFREAU, R. (2011). *Asperger, un autre visage de l'autisme*. Film réservé à un usage de formation: Là où le film court.
- PRUDHON, E. (2012-02). Formation communication visualisée. F.A.M. Les Lucines.
- SENEZ, C. (2008). Formation Déglutition – Oralité – Alimentation chez l'enfant. AOD : Nantes.

SENEZ, C. (2010). Autour de la Personne Autiste, Aversions Orales et Troubles du Comportement Alimentaire : Le Syndrome de Dysoralité Sensorielle. *Ateliers Nutrition*. Lille: Institut Pasteur.

Annexes

ANNEXE 1 :

BILAN D'ALIMENTATION AVANT LES PASSATIONS

EVALUATION DES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Nom :

Prénom :

Age :

Evaluation de la déglutition (Adaptée du bilan de D. et J.P. Crunelle)

Informations générales :

- Antécédents et état général :

- Traitement en cours :

TRAITEMENT

EFFETS SECONDAIRES

- Régime particulier :

- Mode alimentaire actuel :

Alimentation : normale morceaux mastiquée mixée
Liquides : normaux aromatisés gazeux épaissis gélifiés

- Utilisation des couverts : oui non parfois

- Mange avec les doigts : oui non parfois

Observation générales :

Déficit du contrôle postural Oui Non
Réduction des amplitudes articulaires Oui Non
Troubles de la sensibilité Oui Non
Défaut de coordination visuo-manuelle Oui Non
Défaut de coordination bucco-manuelle Oui Non
Fatigabilité Normale Excessive

Evaluation de l'alimentation :

- Installation :

- Siège adapté oui non
Table échançrée oui non

- Position spontanée de la personne :

- Appui podal au sol marchepied non
Appui dorsal oui coussin non
Flexion de la tête correcte excessive renforcée absente
Autre position de la tête extension rotation (entourer : G / D)
 Inclinaison (entourer : G / D)

Autre remarque :

- Matériel utilisé :

- Couverts : cuillère fourchette couteau
 en métal en plastique
 manche rond manche épais coudé lesté
Verre : normal paille verre échançré
Assiette : normale creuse tour d'assiette assiette surélevée
Set de table
Timer
tapis anti-dérapant
Autre :

- Autonomie : mange seule
 nécessite une supervision : incitation physique incitation verbale
 nécessite une assistance partielle (préciser)
 nécessite une assistance totale

Respiration :

- Respiration buccale nasale
 thoracique abdominale
- Encombrement oui non
- Pneumopathies oui non
Si oui, préciser la fréquence :

Mastication :

- Normale
- La personne peut mordre puis relâcher la pression des masticateurs (mouvement vertical)
 - La langue amène les aliments sous les molaires
 - La mastication est de bonne qualité (mouvement dans plusieurs plans)
 - Un bol homogène est formé et propulsé correctement
 - Des deux côtés.

Difficultés liées à :

- La motricité linguale
- La sensibilité hyposensibilité hypersensibilité
- Une ouverture limitée
- Un réflexe de morsure
- Suspicion douleurs articulaires
- Autres :

Nombre de coups de dents pour une bouchée de pain (Normal entre 20 et 30):

Déglutition de liquides au verre :

- Normale Difficile Impossible

Difficulté ou impossibilité liée à :

- Mauvaise préhension du verre
- Approche du verre à la bouche
- Un déficit d'aspiration du liquide
 - Problème de fermeture labiale
 - Problème de protrusion linguale
 - Fuites labiales
 - Problème de sensibilité : hyposensibilité hypersensibilité
- Un trouble de la coordination aspiration – déglutition- respiration

- Capacité d'aspiration à la paille : Oui Non
Si oui, de quelle longueur :
- Capacité d'aspiration au scoubidou : Oui Non
Si oui, de quelle longueur :

Observation du stade pharyngé :

	Aliments Mastiqués	Aliments mixés	Liquides épaissis
- Reflux nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Problème d'ascension laryngée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations complémentaires :

- Plaisir à s'alimenter : Normal Excessif Inexistant Opposition
- Désir d'autonomie : Normal Excessif Inexistant Opposition
- Durée du repas :

Influence de l'environnement :

- Réaction aux stimuli de l'environnement : Normale Excessive
Préciser :

- Importance de la personne qui donne le repas : Normale Excessive
Préciser :

Observation de la situation de communication :

- Compréhension des sollicitations normale faible nulle
- Capacité à effectuer un choix entre deux aliments :
 - choix direct : prend pointe verbal communication augmentée
 - non
 - instable
- Capacité à exprimer un refus :
 - jette repousse se détourne mimique verbal
 - communication augmentée pas de refus exprimé

Conclusions :

Evaluation de la sensibilité :

- Réflexe nauséux : Vif Normal Faible

Préciser le lieu de déclenchement du réflexe :

- Impossible à déterminer

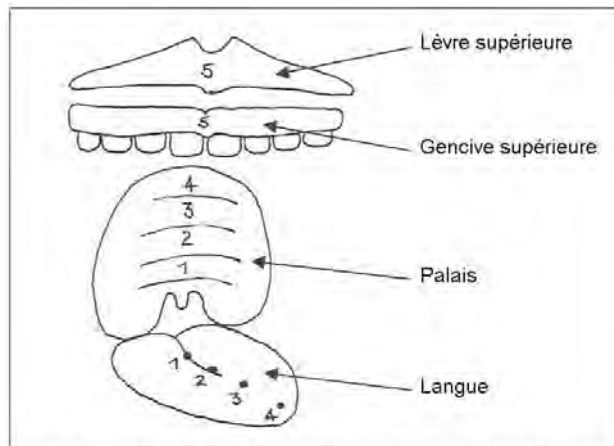


Figure 1 : Schéma des stades de l'hyper-nauséux.

- Réflexe de morsure Absent occasionnel Fréquent

Préciser :

Sensibilité olfactive :

Reconnaissance de senteurs :

Réaction

	Positive	Négative	Neutre	Identification
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sensibilité tactile :

- Toucher la personne

Perception :	Normale	Faible	Excessive	Toucher impossible	Réaction
Extérieur des joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intérieur des joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sensibilité thermique :

Utiliser de l'eau ou un guide langue.

Perception :	Normale	Faible	Excessive	Identification	Réaction
Chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sensibilité gustative :

Perception :	Normale	Faible	Excessive	Identification	Réaction
Eau sucrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eau salée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eau citronnée (acide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thé (amer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Conclusions :

Evaluation de la sphère bucco-pharyngée :

Examen au repos :

- Lèvres : jointes ouvertes symétriques asymétriques
 immobiles tremblements hypotoniques
- lèvre supérieure rétractée
- Joues : hypertoniques (saillantes) hypotoniques (flasques)
- Maxillaires : symétriques asymétriques prognathisme rétrognathisme
- Langue : macroglossie microglossie normale
 étalée au plancher en protrusion rétractée au fond de la bouche
 apex en pointe au palais

Examen des praxies :

Lèvres :	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Fermeture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentrer les 2 lèvres dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recouvrir la lèvre supérieure par la lèvre inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avancer les lèvres serrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Faire « i »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire « o »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit du baiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension labiale – maintien d'un objet (bouton maintenu par un fil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation du facial flex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nombre de fois :				

<u>Joues :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Gonfler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentrer les joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer l'air d'une joue à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastication à vide bouche fermée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Maxillaires :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Claquer des dents une fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrir – fermer la bouche plusieurs fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propulsion mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétropulsion mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Langue :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs tirer - rentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue à droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue à gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs droite - gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue en haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue en bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs haut - bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre le contour externe des lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clic de réprobation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clic de galop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Voile du palais :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Elévation et tenue /a/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs orale/nasale /a/an/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétrécissement de l'isthme oro-pharyngé :				
transition vocalique /i/o/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perméabilité de la fermeture vélaire (« papapapa » avec miroir sous le nez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilisation pharyngée : faire de la buée facile difficile impossible pas d'imitation

Ascension laryngée : déglutition salivaire facile difficile impossible pas d'imitation
(contrôle par les doigts posés sur le larynx)

Conclusions :

Questionnaire sur les habitudes alimentaires

adapté du Eating habits of children with autism (Williams et coll., 2000) et de quelques items de l'Evaluation fonctionnelle des comportements (Barthélémy et coll., 1995) et du Children's eating behavior inventory (Archer et coll., 1991)

Nom :

Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Commentaires

Décrivez le niveau d'activité de la personne:

- Extrêmement actif
- Très actif
- Actif
- Calme
- Apathique
- Peut être tour à tour trop calme et surexcitée

Actuellement, comment est l'appétit de la personne ?

- Pauvre pour presque tous les types de nourriture
- Bon pour les aliments qu'elle aime
- Bon pour la plupart des aliments

La personne présente-t-elle une sélectivité alimentaire ?

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) facteur(s) influence(nt) le plus cette sélectivité, selon vous ?

- Le goût
- La texture
- La température
- L'odeur
- L'apparence
- Autre (préciser)

Lors du repas, remarquez-vous que la personne :

- A des difficultés pour mastiquer :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- Garde les aliments en bouche ou dans les joues :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- Recrache les aliments :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- A des haut-le-cœur :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- A des vomissements :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- S'étouffe en mangeant :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non

Concernant la durée du repas, la personne :

- Mange vite
- Mange normalement
- Prend plus d'une demi-heure pour manger son repas

La personne regarde-t-elle la télévision pendant le repas :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non

La personne apporte-t-elle des objets à table :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non

La personne peut-elle maintenir son attention pendant le repas ?

- Oui, jusqu'à la fin du repas
- Oui, jusqu'à ce qu'elle ait terminé son assiette
- Non, elle ne tient pas à table
- Non, elle est trop fatiguée
- C'est très variable

La personne demande-t-elle à manger entre les repas ?

- Souvent
- Parfois
- Non

Autorisez-vous la personne à grignoter entre les repas ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non
- Uniquement si elle n'a pas mangé à table

Pensez-vous qu'il y ait une relation entre l'alimentation de la personne et son comportement ?

- Oui (précisez à droite)
- Non

Pensez-vous que la personne ait des douleurs en lien avec l'alimentation ?

- non
- douleurs gastriques
- douleurs intestinales
- douleurs gingivales
- Autre (préciser)

La personne présente-t-elle des allergies alimentaires ?

- Oui (précisez à droite)
- Non

Diriez-vous qu'il est facile de comprendre ses besoins ?

- Oui
- Pas toujours
- Non

La personne aide-t-elle pour :

- mettre la table : Oui Parfois Non
- nettoyer la table : Oui Parfois Non

Diriez-vous que le repas est stressant ?

- Oui
- Parfois
- Non

La personne présente-t-elle certaines de ces particularités ?

	Oui	Plus maintenant	Non
- Insiste sur les rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Joue avec la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mange des aliments trop volumineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mange des substances non comestibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Porte des objets à la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Flaire la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Flaire les objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ne mange que dans certains endroits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Refuse les aliments nouveaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Demande que la nourriture soit préparée d'une certaine façon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre :			

Liste des aliments acceptés

Outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED. Adaptation française par Emmanuelle Prudhon, orthophoniste

Nom :

Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Ce questionnaire est un complément à notre évaluation et a pour but de nous informer sur les préférences alimentaires de la personne et sur la façon dont cela se traduit dans son quotidien. Ces informations nous aideront à mieux personnaliser nos interventions mais ne remplacent en aucune façon une évaluation faite par un/une spécialiste en nutrition.

Nous vous prions de cocher dans la case personne tous les aliments que celle-ci accepte de manger et de cocher dans la case famille ou structure tous les aliments qui font partie du menu de votre famille ou de la structure. N'hésitez pas à ajouter des précisions que vous jugez pertinentes ou à ajouter des aliments qui ne figurent pas sur la liste. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter.

Intervenant :

Téléphone :

FRUITS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	FRUITS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Pommes				Pamplemousse			
Litchis				Noisettes			
Noix				Tomates			
Citrons				Mûres			
Clémentines				Citrons verts			
Compote de pommes				Raisins verts			
Autres compotes de fruits (préciser)				Raisins rouges			
Bananes				Jus de raisin			
Cerises				Raisins secs			
Groseilles				Kiwis			
Myrtilles				Noix de coco			
Mangues				Pistache			
Fraises				Framboises			
Avocats				Grenade			
Nectarines				Abricot			
Oranges				Melon			
Jus d'orange				Melon d'eau			
Pêches				Salade de fruits			
Poires				Rhubarbe			
Ananas				Fruits séchés			
Ananas au sirop				Dattes			
Prunes				Figues fraîches			
Pruneaux				Figues séchées			
Olives				Mandarines			
Autres :							

LEGUMES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	LEGUMES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Asperges				Aubergine			
Betteraves				Brocolis			
Concombre				Chou vert			
Chou de Bruxelles				Chou-fleur			
Carottes				Chou rouge			
Céleri				Céleri-rave			
Champignons				Choucroute			
Cornichons				Courgette			
Epinards en branches				Epinards hachés			
Salade				Fèves			
Maïs				Navets			
Oignons				Poivron rouge			
Poivron vert				Poivron jaune			
Piments forts				Poireau			
Petits pois				Frites			
Lentilles				Radis			
Aubergines				Purée			
Betteraves				Ail			
Blettes				Crosnes			
Endives				Fenouil			
Flageolets				Haricots blancs			
Salsifis				Soja			
Pois chiches				Oseille			
Moquettes				Artichaut			
Potiron				Autres :			
Pomme de terre							

VIANDES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	VIANDES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Poulet rôti/frit				Foie			
Poulet cuit				Steak			
Agneau				Steak haché			
Nuggets				Veau			
Saucisses				Porc			
Porc				Pâté			
Rillettes				Œuf			
Gibier				Viande froide			
Canard				Mouton			
Volaille				Lapin			
Bœuf				Autre :			

POISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	POISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Palourdes				Crevettes			
Eperlan				Huitres			
Moules				Anchois			
Cabillaud				Espadon			
Lotte				Sole			
Flétan				Tilapia			
Colin				Hareng			
Croquettes de poisson				Crabe			
Thon en conserve				Sardines			
Sardines en conserve				Morue			
Saumon fumé				Saumon en conserve			
Maquereau				Maquereau en conserve			
Saumon				Truite			
Autres :							

PRODUITS LAITIERS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	PRODUITS LAITIERS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Yaourt nature				Yaourt aux fruits (lisse)			
Yaourt aux fruits (morceaux)				Beurre			
Lait				Margarine			
Camembert				Roquefort			
Crème fraîche				Crème de soja			
Lait de soja				Vache Kiri			
Gruyère				Gouda			
Feta				Brie			
Fromage blanc				Petits suisses (natures)			
Petits suisses aux fruits				Lait Ribot			
Autres :							

CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Riz blanc				Riz complet			
Gaufres				Pain (baguette)			
Pain de mie				Pain complet			
Crêpes				Céréales			
Pain pita				Barres de céréales			

CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Ravioli				Muffin			
Spaghettis				Pâtes			
Galettes				Semoule			
Polenta				Maïs			
Quinoa				Blé			
Autres :							

BOISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	BOISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Thé				Café			
Eau plate				Eau pétillante			
Jus de fruit				Jus de pommes			
Jus de pruneaux				Limonade			
Coca				Tisane			
Thé glacé				Jus de légumes			
chocolat				Autres :			

FRIANDISES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	FRIANDISES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Biscuits				Gâteaux			
Bonbons (mous)				Chocolat			
Tartes				Chewing-gum			
Sucettes				Pâtes de fruits			
Marrons glacés				Truffes			
Nougats				Marshmallows			
Carambar				Caramel			
Bonbons (durs)				Bonbons (style Haribo)			
Autres :							

PLATS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	PLATS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Soupe (lisse)				Soupe (avec morceaux)			
Ragoûts				Lasagnes			
Hamburger				Pizza			
Hot dog				Omelette			
Sushi				Tacos			
Sandwichs				Raclette			
Chili				Fondue bourguignonne			
Fondue savoyarde				Salade composée			
Autres :							

CONDIMENTS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CONDIMENTS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Ketchup				Vinaigre			
Moutarde				Vinaigrette			
Mayonnaise				Confiture			
Sauce tomate				Gelée			
Nutella				Miel			
Sauce blanche				Sauce au poivre			
Sel				Poivre			
Sucre				Piments forts			
Tabasco				Ail			
Cannelle				Gingembre			
Curry				Autre :			

Est-ce que la personne présente des allergies ou intolérances alimentaires ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne suit une diète particulière ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne est difficile quant à la marque des aliments ou exige que vos recettes ne soient pas modifiées ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne a déjà eu des analyses sanguines afin de vérifier s'il manque quelque chose ?

Non Oui Précisez :

Menu des trois journées types

Adapté de l'outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED.

Nom :

Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Voici un journal de bord dans lequel vous indiquerez ce que la personne a mangé pendant trois journées typiques. Nous vous demandons de choisir deux journées durant la semaine et une journée durant le week-end, pour une meilleure représentativité. Pendant ces trois jours, nous vous demandons de noter, au fur et à mesure, les prises alimentaires de la personne.

Pour chaque aliment, estimez grossièrement la portion mangée (pour référence, 1 portion = environ à grosseur d'une pomme). Indiquez également l'heure et le lieu du repas ou de la collation.

JOUR 1		DATE :
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		
Déjeuner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		
Dîner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		

JOUR 2		DATE :	
Repas	Aliment/liquide	Portion	
Petit Déjeuner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			
Déjeuner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			
Dîner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			

JOUR 3		DATE :	
Repas	Aliment/liquide	Portion	
Petit Déjeuner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			
Déjeuner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			
Dîner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			

ANNEXE 2 :

ÉTUDES DE CAS

MILLE N.

p. 1

MILLE C.

p. 17

M. B.

p. 33

EVALUATION DES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Nom : Mlle N.

Prénom :

Age : 33 ans

Evaluation de la déglutition (Adaptée du bilan de D. et J.P. Crunelle)

Informations générales :

- Antécédents et état général :

- Traitement en cours :

TRAITEMENT

- ① Keppra (antiépileptique)
- ② Micropakine (antiépileptique)
- ③ Urbanyl (anxiolytique)
- Lubentyl (laxatif lubrifiant, traitement de la constipation)

EFFETS SECONDAIRES

- ① Somnolence, fatigue, perte d'appétit, prise de poids, vertiges du crâne, tremblements, douleurs abdominales, diarrhées, digestion difficile, nausée, vomissements, anxiété.
- ② Nausées d'estomac, et nausées en début de traitement, tremblements, somnolence.
- ③ Somnolence, fatigue, sensat° de faiblesse musculaire, vision double, maux de tête.
- ④ .

- Régime particulier : Non

- Mode alimentaire actuel :

Alimentation : normale morceaux mastiquée mixée
 Liquides : normaux aromatisés gazeux épaissis gélifiés

- Utilisation des couverts : oui non parfois oui ms difficile.

- Mange avec les doigts : oui non parfois

difficultés dues à : préhens° du couvert
 préhens° des aliments avec le couvert
 trajet \rightarrow la bouche
 préhens° labiale

Observation générales :

Déficit du contrôle postural Oui Non
 Réduction des amplitudes articulaires Oui Non
 Troubles de la sensibilité Oui Non
 Défaut de coordination visuo-manuelle Oui Non
 Défaut de coordination bucco-manuelle Oui Non
 Fatigabilité Normale Excessive Notée

(se couche juste après le repas)

Tremblements + préhens° labiale difficile car la fourchette arrive de côté.

Mieux avec une cuillère (préhens° labiale)

Evaluation de l'alimentation :

- Installation :

- Siège adapté oui non
 Table échantée oui non

- Position spontanée de la personne :

- Appui podal au sol marchepied non
 Appui dorsal oui coussin non
 Flexion de la tête correcte excessive renforcée absente
 Autre position de la tête extension rotation (entourer : G/D)
 Inclinaison (entourer : G/D)

Pieds enroulés autour des pieds de chaise.

Autre remarque : *Se place un peu en biais par rapport à la table.*

- Matériel utilisé :

- Couverts : cuillère fourchette couteau
 en métal en plastique
 manche rond manche épais coudé lesté
 Verre : normal paille verre échanté
 Assiette : normale creuse tour d'assiette assiette surélevée
 Set de table
 Timer
 tapis anti-dérapant
 Autre :

Puis abandon de la fourchette par une petite cuillère normale. => mieux.

- Autonomie : mange seule

- nécessite une supervision : incitation physique incitation verbale
 nécessite une assistance partielle (préciser)
 nécessite une assistance totale

il faut qu'il puisse mettre la nourriture de la fourchette par le bec (en posant la fourchette de l'assiette)

Déplacer des info générales

Respiration :

- Respiration buccale nasale
 ~~thoracique abdominale~~
 - Encombrement oui non
 - Pneumopathies oui non

Si oui, préciser la fréquence :

Mastication :

Normale

- La personne peut mordre puis relâcher la pression des masticateurs (mouvement vertical)
- La langue amène les aliments sous les molaires
- La mastication est de bonne qualité (mouvement dans plusieurs plans)
- Un bol homogène est formé et propulsé correctement
- Des deux côtés.

*Capacités masticatoires mais mastique peu.
 Un peu de stagnation.*

Difficultés liées à :

- La motricité linguale
- La sensibilité hyposensibilité hypersensibilité
- Une ouverture limitée a bcp d'aliments et de menton
- Un réflexe de morsure et cela ne semble pas la gêner
- Suspicion douleurs articulaires
- Autres :

Nombre de coups de dents pour une bouchée de pain (Normal entre 20 et 30):

Refus de manger une bouchée de pain, m avec du fromage.
Rit le repas, ne mange que de très petites boulettes de mie
unées ds les doigts.

Déglutition de liquides au verre :

- Normale Difficile Impossible

Difficulté ou impossibilité liée à :

- Mauvaise préhension du verre
- Approche du verre à la bouche
- Un déficit d'aspiration du liquide
 - Problème de fermeture labiale
 - Problème de protrusion linguale
 - Fuites labiales
 - Problème de sensibilité : hyposensibilité hypersensibilité
- Un trouble de la coordination aspiration - déglutition - respiration

Capacité d'aspiration à la paille :

- Si oui, de quelle longueur : Oui Non

Refus

Capacité d'aspiration au scoubidou :

- Si oui, de quelle longueur : Oui Non

pas observable (refus)

Observation du stade pharyngé :

RAS

	Aliments Mastiqués	Aliments mixés	Liquides épaissis	Liquides normaux
- Reflux nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Problème d'ascension laryngée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations complémentaires :

- Plaisir à s'alimenter : Normal Excessif Inexistant Opposition Seulement pr les aliments appréciés.
- Désir d'autonomie : Normal Excessif Inexistant Opposition
- Durée du repas : 35 min, ss avoir mangé et se plat de résistance.
Entrée + dessert mangés correctement voire vite.

Influence de l'environnement :

Réaction aux stimuli de l'environnement :

- Normale Excessive Modérée

Préciser : réagit aux mots et aux regards et elle s'arrête de manger. Oct je fais semblant de ne pas la regarder, elle mange mieux.

Importance de la personne qui donne le repas : Normale Excessive

Préciser :

Observation de la situation de communication :

- Capacité à gérer de l'aide : se montre impatiente de manger, sollicite l'aide de son voisin
- Compréhension des sollicitations Bonne normale faible nulle
- Capacité à effectuer un choix entre deux aliments :
 - choix direct : prend pointe verbal communication augmentée
 - non
 - instable pas observé
- Capacité à exprimer un refus :
 - jette repousse se détourne mimique verbal Autre : donne à son voisin.
 - communication augmentée pas de refus exprimé

Elle donne sa routine de fromage à son voisin.

Conclusions :

Evaluation de la sensibilité :

- Réflexe nauséux : Vif Normal Faible

Préciser le lieu de déclenchement du réflexe :

Impossible à déterminer

Pas d'accès à l'intérieur de la bouche

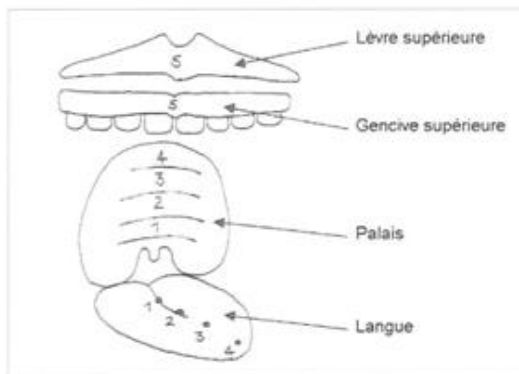


Figure 1 : Schéma des stades de l'hyper-nauséux.

- Réflexe de morsure Absent occasionnel Fréquent

Préciser : aucune ouverture de la bouche

Sensibilité olfactive :

Reconnaissance de senteurs :

Réaction

	Positive	Négative	Neutre	Identification
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poivre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citron	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

} se détournent
Sent avec insistance

Sensibilité tactile :

- Toucher la personne

Perception :	Normale	Absence de réact ² Faible	Excessive	Toucher impossible	Réaction
Extérieur des joues	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↖ réticence ms se laisse faire. ↖ Ne laisse pas pénétrer l'intérieur de sa bouche.
Intérieur des joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Lèvres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Sensibilité thermique :

Utiliser de l'eau ou un guide langue.

Perception :	Normale	Faible	Excessive	Identification	Réaction
Chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impossible à tester, refus de tenir le bâtonnet glacé.
Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sensibilité gustative :

Perception :	Normale	Absence de réact ² Faible	Excessive	Identification	Réaction
Eau sucrée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boit et ms is réact ² refus de boire se détournent, repousse de la main
Eau salée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eau citronnée (acide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thé (amer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Conclusions :

⇒ Ajouter colonne "refus"

Evaluation de la sphère bucco-pharyngée :

Examen au repos :

- Lèvres : jointes ouvertes symétriques asymétriques
 immobiles tremblements hypotoniques
- Joues : lèvre supérieure rétractée hypotoniques (flasques)
- Maxillaires : hypertoniques (saillantes) asymétriques prognathisme rétrognathisme
- Langue : macroglossie microglossie normale
 étalée au plancher en protrusion rétractée au fond de la bouche
 apex en pointe au palais impossibilité (n'ouvre pas la bouche)

Examen des praxies :

Lèvres :	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Fermeture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rentrer les 2 lèvres dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Recouvrir la lèvre supérieure par la lèvre inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avancer les lèvres serrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Faire « i » <i>Se bouche de sève ms à d'autres moments aussi de pas imiter => étirement possible.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Faire « o »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Souffler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bruit du baiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Préhension labiale – maintien d'un objet (bouton maintenu par un fil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Utilisation du facial flex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nombre de fois :				
<u>Joues :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Gonfler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rentrer les joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Passer l'air d'une joue à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mastication à vide bouche fermée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Maxillaires :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Claquer des dents une fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ouvrir – fermer la bouche plusieurs fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Déplacement à droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Déplacement à gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Propulsion mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rétropulsion mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Langue :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs tirer - rentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Placer la langue à droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Placer la langue à gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs droite - gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Placer la langue en haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Placer la langue en bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs haut - bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Suivre le contour externe des lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Clic de réprobation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Clic de galop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Voile du palais :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Élévation et tenue /a/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs orale/nasale /a/an/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rétrécissement de l'isthme oro-pharyngé :				
transition vocalique /i/o/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Perméabilité de la fermeture vélaire (« papapapa » avec miroir sous le nez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Mobilisation pharyngée : faire de la buée</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Ascension laryngée : déglutition salivaire</u> (contrôle par les doigts posés sur le larynx) <i>Observable et boisson</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Conclusions :

*Aucune imitation, avec ou sans miroir.
Capacité d'étirement des lèvres puisqu'elle saute.*

Questionnaire sur les habitudes alimentaires

adapté du Eating habits of children with autism (Williams et coll., 2000) et de quelques items de l'Evaluation fonctionnelle des comportements (Barthélémy et coll., 1995) et du Children's eating behavior inventory (Archer et coll., 1991)

Nom : Mlle N. Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Décrivez le niveau d'activité de la personne:

- Extrêmement actif
- Très actif
- Actif
- Calme
- Apathique
- Peut être tour à tour trop calme et surexcitée

Actuellement, comment est l'appétit de la personne ?

- Pauvre pour presque tous les types de nourriture
- Bon pour les aliments qu'elle aime
- Bon pour la plupart des aliments

La personne présente-t-elle une sélectivité alimentaire ?

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) facteur(s) influence(nt) le plus cette sélectivité, selon vous ?

- Le goût
- La texture
- La température
- L'odeur
- L'apparence
- Autre (préciser)

Lors du repas, remarquez-vous que la personne :

- A des difficultés pour mastiquer :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- Garde les aliments en bouche ou dans les joues :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- Recrache les aliments :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- A des haut-le-cœur :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- A des vomissements :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- S'étouffe en mangeant :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non

Concernant la durée du repas, la personne :

- Mange vite
- Mange normalement
- Prend plus d'une demi-heure pour manger son repas

La personne regarde-t-elle la télévision pendant le repas :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non

La personne apporte-t-elle des objets à table :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non

Commentaires

Encore difficile à déterminer,
pas de vrais liens observés
entre ses refus, les textures,
odeurs

Encore mal déterminé -
Mais aime particulièrement
les aliments relevés, forts
en goût, épicés -

Quand elle "engouffre", cela
peut arriver.

Entre coupé - C'est une
fois qu'elle est partie à
manger, qu'elle arrive cela
pour elle, très très vite.

La personne peut-elle maintenir son attention pendant le repas ?

- Oui, jusqu'à la fin du repas
- Oui, jusqu'à ce qu'elle ait terminé son assiette
- Non, elle ne tient pas à table
- Non, elle est trop fatiguée
- C'est très variable

La personne demande-t-elle à manger entre les repas ?

- Souvent
- Parfois
- Non

Autorisez-vous la personne à grignoter entre les repas ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non
- Uniquement si elle n'a pas mangé à table

Pensez-vous qu'il y ait une relation entre l'alimentation de la personne et son comportement ?

- Oui (précisez à droite)
- Non

Pensez-vous que la personne ait des douleurs en lien avec l'alimentation ?

- Non
- douleurs gastriques
- douleurs intestinales
- douleurs gingivales
- Autre (préciser)

La personne présente-t-elle des allergies alimentaires ?

- Oui (précisez à droite)
- Non

Diriez-vous qu'il est facile de comprendre ses besoins ?

- Oui
- Pas toujours
- Non

La personne aide-t-elle pour :

- mettre la table : Oui Parfois Non
- nettoyer la table : Oui Parfois Non

Diriez-vous que le repas est stressant ?

- Oui
- Parfois
- Non

La personne présente-t-elle certaines de ces particularités ?

	Oui	Plus maintenant	Non
- Insiste sur les rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Joue avec la nourriture	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mange des aliments trop volumineux → rare mais déjà vu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mange des substances non comestibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Porte des objets à la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Flaire la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Flaire les objets et personnes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Ne mange que dans certains endroits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Refuse les aliments nouveaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Demande que la nourriture soit préparée d'une certaine façon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre : ↳ aliments froids, ajoutés d'épices			

Pas observé encore avec attention.

Elle a mis en place des moyens de communication + clairs.

Avec sollicitation. Cela peut être difficile encore.

Liste des aliments acceptés

Outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED. Adaptation française par Emmanuelle Prudhon, orthophoniste

Nom : *Mlle N.* Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Ce questionnaire est un complément à notre évaluation et a pour but de nous informer sur les préférences alimentaires de la personne et sur la façon dont cela se traduit dans son quotidien. Ces informations nous aideront à mieux personnaliser nos interventions mais ne remplacent en aucune façon une évaluation faite par un/une spécialiste en nutrition.

Nous vous prions de cocher dans la case personne tous les aliments que celle-ci accepte de manger et de cocher dans la case famille ou structure tous les aliments qui font partie du menu de votre famille ou de la structure. N'hésitez pas à ajouter des précisions que vous jugez pertinentes ou à ajouter des aliments qui ne figurent pas sur la liste. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter.

Intervenant :

Téléphone :

FRUITS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	FRUITS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Pommes	<i>cuites</i>		<i>cuites</i>	Pamplemousse	<i>X</i>		<i>X</i>
Litchis				Noisettes			
Noix				Tomates	<i>X</i>		<i>X</i>
Citrons				Mûres			
Clémentines	<i>X</i>		<i>X</i>	Citrons verts			
Compote de pommes	<i>X</i>		<i>X</i>	Raisins verts			<i>X</i>
Autres compotes de fruits (préciser)	<i>X</i>		<i>cocktail de fruits pêche poire pruneau</i>	Raisins rouges			<i>X</i>
Bananes	<i>X</i>		<i>X</i>	Jus de raisin	<i>X</i>		<i>X</i>
Cerises				Raisins secs			
Groseilles				Kiwis	<i>X</i>		<i>X</i>
Myrtilles				Noix de coco			
Mangues				Pistache			
Fraises	<i>X</i>		<i>X</i>	Framboises			
Avocats				Grenade			
Nectarines	<i>X</i>		<i>X</i>	Abricot	<i>X</i>		<i>X</i>
Oranges	<i>X</i>		<i>X</i>	Melon	<i>X</i>		<i>X</i>
Jus d'orange	<i>X</i>		<i>X</i>	Melon d'eau			
Pêches	<i>X</i>		<i>X</i>	Salade de fruits	<i>X</i>		<i>X</i>
Poires	<i>X</i>		<i>X</i>	Rhubarbe	<i>X</i>		<i>X</i>
Ananas				Fruits séchés			
Ananas au sirop	<i>X</i>		<i>X</i>	Dattes			
Prunes				Figues fraîches			
Pruneaux				Figues séchées			
Olives				Mandarines	<i>X</i>		<i>X</i>
Autres :							

LEGUMES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	LEGUMES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Asperges				Aubergine			
Betteraves	✗		✗	Brocolis	✗		✗
Concombre	✗		✗	Chou vert			
Chou de Bruxelles	✗		✗	Chou-fleur	✗		✗
Carottes	✗		✗	Chou rouge	✗		✗
Céleri	✗		✗	Céleri-rave	✗		✗
Champignons	✗		✗	Choucroute	✗		✗
Cornichons	✗		✗	Courgette	✗		✗
Epinards en branches	✗		✗	Epinards hachés	✗		✗
Salade	✗		✗	Fèves	✗		✗
Maïs	✗		✗	Navets	✗		✗
Oignons	✗		✗	Poivron rouge	✗		✗
Poivron vert				Poivron jaune	✗		✗
Piments forts				Poireau	✗		✗
Petits pois	✗		✗	Frites	✗		✗
Lentilles	✗		✗	Radis	✗		✗
Aubergines				Purée	✗		✗
Betteraves				Ail			
Blettes	✗		✗	Crosnes			
Endives	✗		✗	Fenouil			
Flageolets	✗		✗	Haricots blancs	✗		✗
Salsifis	✗		✗	Soja			
Pois chiches				Oseille			
Mogettes	✗		✗	Artichaut	✗		✗
Potiron	✗		✗	Autres :			
Pomme de terre	✗		✗				

VIANDES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	VIANDES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Poulet rôti/frit	✗		✗	Foie	✗		✗
Poulet cuit	✗		✗	Steak			
Agneau	✗		✗	Steak haché	✗		✗
Nuggets	✗		✗	Veau	✗		✗
Saucisses	✗		✗	Porc			
Porc	✗		✗	Pâté	✗		✗
Rillettes	✗		✗	Œuf	✗		✗
Gibier	✗		✗	Viande froide	✗		✗
Canard	✗		✗	Mouton			
Volaille	✗		✗	Lapin			
Bœuf	✗		✗	Autre :			

POISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	POISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Palourdes				Crevettes			
Eperlan				Huitres	X		X
Moules	X		X	Anchois	X		X
Cabillaud	X		X	Espadon			
Lotte				Sole			
Flétan	X		X	Tilapia			
Colin	X		X	Hareng	X		X
Croquettes de poisson	X		X	Crabe			
Thon en conserve	X		X	Sardines			
Sardines en conserve	X		X	Morue			
Saumon fumé	X		X	Saumon en conserve			
Maquereau	X		X	Maquereau en conserve	X		X
Saumon	X		X	Truite			
Autres :							

PRODUITS LAITIERS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	PRODUITS LAITIERS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Yaourt nature	X		X	Yaourt aux fruits (lisse)	X		X
Yaourt aux fruits (morceaux)	X		X	Beurre	X		X
Lait	X		X	Margarine			
Camembert	X		X	Roquefort	X		X
Crème fraîche	X		X	Crème de soja			
Lait de soja				Vache Kiri	X		X
Gruyère	X		X	Gouda	X		X
Feta	X		X	Brie	X		X
Fromage blanc	X		X	Petits suisses (natures)	X		X
Petits suisses aux fruits	X		X	Lait Ribot			
Autres :							

CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Riz blanc	X		X	Riz complet	X		X
Gaufres	X		X	Pain (baguette)	X		X
Pain de mie	X		X	Pain complet	X		X
Crêpes	X		X	Céréales	X		X
Pain pita				Barres de céréales	X		X

CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Ravioli	X		X	Muffin	X		X
Spaghettis	X		X	Pâtes	X		X
Galettes	X		X	Semoule	X		X
Polenta				Maïs	X		X
Quinoa	X		X	Blé	X		X
Autres :							

BOISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	BOISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Thé			X	Café	X		X
Eau plate	X		X	Eau pétillante	X		X
Jus de fruit	X		X	Jus de pommes	X		X
Jus de pruneaux	X		X	Limonade	X		X
Coca	X		X	Tisane	X		X
Thé glacé	X		X	Jus de légumes			
chocolat	X		X	Autres :			

FRIANDISES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	FRIANDISES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Biscuits	X		X	Gâteaux	X		X
Bonbons (mous)				Chocolat	X		X
Tartes	X		X	Chewing-gum			
Sucettes				Pâtes de fruits			
Marrons glacés				Truffes			
Nougats				Marshmallows	X		X
Carambar				Caramel			
Bonbons (durs)				Bonbons (style Haribo)			
Autres :							

PLATS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	PLATS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Soupe (lisse)	X		X	Soupe (avec morceaux)	X		X
Ragoûts	X		X	Lasagnes	X		X
Hamburger				Pizza	X		X
Hot dog				Omelette	X		X
Sushi				Tacos			
Sandwichs				Raclette	X		X
Chili	X		X	Fondue bourguignonne			
Fondue savoyarde				Salade composée	X		X
Autres :							

CONDIMENTS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CONDIMENTS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Ketchup				Vinaigre	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Moutarde	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Vinaigrette	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Mayonnaise	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Confiture	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Sauce tomate	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Gelée	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Nutella				Miel	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Sauce blanche	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Sauce au poivre			
Sel	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Poivre	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Sucre	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Piments forts	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Tabasco				Ail	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Cannelle	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Gingembre	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Curry	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Autre :			

Est-ce que la personne présente des allergies ou intolérances alimentaires ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne suit une diète particulière ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne est difficile quant à la marque des aliments ou exige que vos recettes ne soient pas modifiées ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne a déjà eu des analyses sanguines afin de vérifier s'il manque quelque chose ?

Non Oui Précisez :

Menu des trois journées types

Adapté de l'outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED.

Nom : Mlle N. Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Voici un journal de bord dans lequel vous indiquerez ce que la personne a mangé pendant trois journées typiques. Nous vous demandons de choisir deux journées durant la semaine et une journée durant le week-end, pour une meilleure représentativité. Pendant ces trois jours, nous vous demandons de noter, au fur et à mesure, les prises alimentaires de la personne.

Pour chaque aliment, estimez grossièrement la portion mangée (pour référence, 1 portion = environ à grosseur d'une pomme). Indiquez également l'heure et le lieu du repas ou de la collation.

JOUR 1 <u>Dimanche</u> DATE: <u>20/05/2012</u>		
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure : <u>9h30</u> Lieu : <u>dans sa famille</u>	<u>1 grand bol de café au lait bio.</u>	<u>quelques céréales muesli</u>
Collation Heure : <u>/</u> Lieu : <u>/</u>		
Déjeuner Heure : <u>13h00</u> Lieu : <u>dans sa famille</u>	<u>quelques petits toasts à la pillette de saumon, + petits saucisses de Strasbourg.</u>	
Collation Heure : <u>/</u> Lieu : <u>/</u>		
Dîner Heure : Lieu :	<u>2 bols de soupe aux légumes + quelques boulettes de filet de bœuf avec un peu de salade</u>	
Collation Heure : Lieu :		

JOUR 2 <i>Lundi</i>		DATE: <i>21/05/2012</i>
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure: <i>9h00</i> Lieu: <i>Domicile</i>	<i>1 croissant au beurre avec</i> <i>- chocolat noir</i> <i>1 grand bol de café</i> <i>au lait bio.</i>	
Collation Heure: Lieu:		
Déjeuner <i>au foyer</i> Heure: <i>12H15</i> Lieu: <i>Foyer</i> <i>Petite SAM</i> <i>(2 résidents + 1 encadreur)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Macédoine</i> - <i>Escalope dinde (coriandre+++)</i> - <i>Pâtes</i> - <i>Pain</i> - <i>Crème au chocolat</i> - <i>Praises</i> - <i>gâteau au chocolat</i> 	<ul style="list-style-type: none"> → <i>1 portion (équivalent de 3 cuill. à soupe pleines)</i> → <i>3 bouchées (après ajout moutarde)</i> → <i>1 tartinade</i> → <i>1 pot</i> → <i>2 fraises</i> → <i>1 tranche fine</i>
Collation Heure: <i>16h30</i> Lieu: <i>S.A.M</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>un café + eau + lait</i> 	<i>une tarte</i>
Dîner Heure: <i>19</i> Lieu: <i>SDR</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>fromage</i> - <i>deux compotes</i> - <i>eau</i> 	<i>1 portion</i> <i>2</i> <i>2</i>
Collation Heure: Lieu:		

*Pour les résidents
Repas + eau à
table -
1 tasse pleine
café + lait
ensuite.*

JOUR 3 <i>Mardi</i>		DATE: <i>22/05/2012</i>
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure: <i>9h15</i> Lieu: <i>Salle à manger</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Café au lait</i> • <i>Tartines de pain avec du beurre</i> 	<i>1 bol + 1 deuxième</i> <i>2 tartines</i>
Collation Heure: Lieu:		
Déjeuner Heure: <i>12h15</i> Lieu: <i>Petite salle à manger</i>	<i>Salade de pomme de terre</i> <i>Poussin braisé, carottes, salsifis</i> <i>Riz au lait</i>	<i>1 assiette</i> <i>1 assiette</i> <i>Bien</i>
Collation Heure: Lieu:		
Dîner Heure: Lieu:		
Collation Heure: Lieu:		

EVALUATION DES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Nom : *Mlle C.*

Prénom :

Age : *26 ans*

Evaluation de la déglutition (Adaptée du bilan de D. et J.P. Crunelle)

Informations générales :

- Antécédents et état général : *ATCD : gastriques, tendance à la constipation*

- Traitement en cours :

TRAITEMENT	EFFETS SECONDAIRES
<i>• Forlax (laxatif osmotique)</i>	<i>① Nausées</i>
<i>• Lévothyrox (H Thyroïdienne)</i>	<i>② Peut entraîner des troubles digestifs.</i>
<i>① • Proovames (estrogènes, pr soulager les symptômes de la ménopause)</i>	
<i>② • Norgestimate (contraceptif)</i>	

- Régime particulier : *régime hypocalcique*

- Mode alimentaire actuel :

Alimentation : normale morceaux mastiquée mixée *(grossièrement)*
 Liquides : normaux aromatisés gazeux épaissis gélifiés

- Utilisation des couverts : oui non parfois

- Mange avec les doigts : oui non parfois

Observation générales :

Déficit du contrôle postural	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	
Réduction des amplitudes articulaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	
Troubles de la sensibilité	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<i>haut-le-cœur suite au poisson</i>
Défaut de coordination visuo-manuelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	
Défaut de coordination bucco-manuelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	
Fatigabilité	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Excessive	

Evaluation de l'alimentation :

- Installation :

- Siège adapté oui non
Table échançrée oui non

- Position spontanée de la personne :

- Appui podal au sol marchepied non (besoin du sol)
Appui dorsal oui coussin non (trop avancée)
Flexion de la tête correcte excessive renforcée absente
Autre position de la tête extension rotation (entourer : G/D)
 Inclinaison (entourer : G/D)

Autre remarque : Pas d'appui dorsal ms se tient relativement droite. Les pieds pendent ds le vide.
Se rapproche bcp de son assiette au début de la prise.

- Matériel utilisé :

- Couverts : cuillère fourchette couteau
 en métal en plastique
 manche rond manche épais coudé lesté
Verre : normal paille verre échançré
Assiette : normale creuse tour d'assiette assiette surélevée
Set de table
Timer
tapis anti-dérapant
Autre :

- Autonomie : mange seule

- nécessite une supervision : incitation physique incitation verbale
 nécessite une assistance partielle (préciser)
 nécessite une assistance totale

Respiration :

- Respiration buccale nasale mixte
 ~~thoracique abdominale~~

- Encombrement oui non

- Pneumopathies oui non

Si oui, préciser la fréquence :

Mastication :

- Normale *Bonne*
Compte tenu des aliments pré-mâchés.
- La personne peut mordre puis relâcher la pression des masticateurs (mouvement vertical)
- La langue amène les aliments sous les molaires
- La mastication est de bonne qualité (mouvement dans plusieurs plans)
- Un bol homogène est formé et propulsé correctement
- Des deux côtés.

Bonnes capacités mais peu enchaînée et rapidement les bouchées.

Difficultés liées à :

- La motricité linguale
- La sensibilité
- Une ouverture limitée
- Un réflexe de morsure
- Suspicion douleurs articulaires
- Autres :

hyposensibilité hypersensibilité ?
recrache le poisson avec et haut-le-cœur (gros morceau) suivi de deux haut-le-cœur.

Nombre de coups de dents pour une bouchée de pain (Normal entre 20 et 30): *21 mords pour une très grosse bouchée de mie de pain.*

Rq: bonne sensibilité des aliments autour de la bouche, les enlève avec sa fourchette.

Déglutition de liquides au verre :

- Normale Difficile Impossible

Difficulté ou impossibilité liée à :

- Mauvaise préhension du verre
- Approche du verre à la bouche
- Un déficit d'aspiration du liquide
 - Problème de fermeture labiale
 - Problème de protrusion linguale
 - Fuites labiales
 - Problème de sensibilité : hyposensibilité hypersensibilité
- Un trouble de la coordination aspiration - déglutition - respiration

Capacité d'aspiration à la paille : Oui Non

Si oui, de quelle longueur : *21 cm*

Capacité d'aspiration au scoubidou : Oui Non

Si oui, de quelle longueur : *45 cm*

Aspire ds celle de 75 cm ms ne peut pas boire (laisse tomber le scoubidou)

Observation du stade pharyngé :

	Aliments Mastiqués	Aliments mixés	Liquides épaissis	Liquides normaux
- Reflux nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Problème d'ascension laryngée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ql boit JP vite.

Observations complémentaires :

- Plaisir à s'alimenter : Normal Excessif Inexistant Opposition
- Désir d'autonomie : Normal Excessif Inexistant Opposition
- Durée du repas : *16 min ± , avec de nbles attentes entre les plats.*

Influence de l'environnement :

Réaction aux stimuli de l'environnement : Normale Excessive

Préciser :

Importance de la personne qui donne le repas : Normale Excessive

Préciser :

Observation de la situation de communication :

- capacité de dialogue : *non observable*
- Compréhension des sollicitations normale faible nulle
- Capacité à effectuer un choix entre deux aliments :
 - choix direct : prend pointe verbal communication augmentée
 - non
 - instable *Non observable*
- Capacité à exprimer un refus :
 - jette repousse se détourne mimique verbal
 - communication augmentée pas de refus exprimé

Conclusions :

Evaluation de la sensibilité :

- Réflexe nauséux : Vif Normal Faible *modéré*

Préciser le lieu de déclenchement du réflexe :

- Impossible à déterminer

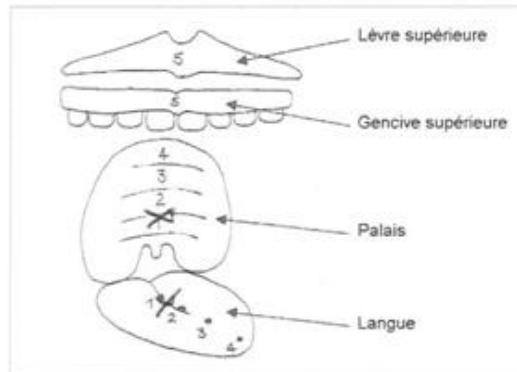


Figure 1 : Schéma des stades de l'hyper-nauséux.

- Réflexe de morsure Absent occasionnel Fréquent

Préciser :

Sensibilité olfactive :

Reconnaissance de senteurs :

	Réaction			Identification
	Positive	Négative	Neutre	
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>légers surplis, recule puis respire longuement</i> <input type="checkbox"/> <i>plonge son nez dans le flacon, sent longuement.</i> <input type="checkbox"/> <i>le respire mieux</i> ⊗
Vanille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Citron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Banane	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Fraise	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sensibilité tactile :

- Toucher la personne

Perception :	Normale	Faible	Excessive	Toucher impossible	Réaction
Extérieur des joues	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Elle anticipe, s'avance qd je la pince.</i>
Intérieur des joues	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lèvres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palais	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sensibilité thermique :

Utiliser de l'eau ou un guide langue.

Perception :	Normale	Faible <i>Absence de réact</i>	Excessive	Identification	Réaction
Chaud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Pas de réact spécifique au thé ms pour le repas elle a un mt de recul face au plat trop chaud.</i>
Froid	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sensibilité gustative :

Perception :	Normale	Faible <i>Aucune réact</i>	Excessive	Identification	Réaction
Eau sucrée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>réactive</i>
Eau salée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>) Semble aimer.</i>
Eau citronnée (acide)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thé (amer)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Conclusions :

Evaluation de la sphère bucco-pharyngée :

Examen au repos :

- Lèvres : jointes ouvertes symétriques asymétriques
 immobiles tremblements hypotoniques
- Joues : lèvre supérieure rétractée hypotoniques (flasques)
- Maxillaires : hypertoniques (saillantes) hypotoniques (flasques)
- Langue : symétriques asymétriques prognathisme rétrognathisme
 macroglossie microglossie normale
 étalée au plancher en protrusion rétractée au fond de la bouche
 apex en pointe au palais

Examen des praxies :

Lèvres :

	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Fermeture	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouverture	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentrer les 2 lèvres dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recouvrir la lèvre supérieure par la lèvre inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avancer les lèvres serrées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sans miroir

essaye

	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Faire « i »	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire « o »	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffler <i>avec cofil type girouette</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit du baiser	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension labiale – maintien d'un objet (bouton maintenu par un fil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Utilisation du facial flex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>le retire de sa bouche</i>	
Nombre de fois :				
Joues :				
Gonfler	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentrer les joues	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer l'air d'une joue à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastication à vide bouche fermée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maxillaires :				
Claquer des dents une fois	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrir – fermer la bouche plusieurs fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>1 ⊗</i>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à droite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à gauche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propulsion mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétropulsion mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langue :				
Tirer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs tirer - rentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>1 ⊗</i>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue à droite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue à gauche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs droite - gauche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue en haut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue en bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs haut - bas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>mais ms pas</i>	<input type="checkbox"/>
Suivre le contour externe des lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>mais pas</i>	<input type="checkbox"/>
Clic de réprobation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clic de galop	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voile du palais :				
Élévation et tenue /a/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs orale/nasale /a/an/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rétrécissement de l'isthme oro-pharyngé : transition vocalique /i/o/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Perméabilité de la fermeture vélaire (« papapapa » avec miroir sous le nez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mobilisation pharyngée : faire de la buée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>soufflé baiser</i>	<input type="checkbox"/>
Ascension laryngée : déglutition salivaire (contrôle par les doigts posés sur le larynx) <i>observable à l'alimentation.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Conclusions :

Questionnaire sur les habitudes alimentaires

adapté du Eating habits of children with autism (Williams et coll., 2000) et de quelques items de l'Evaluation fonctionnelle des comportements (Barthélémy et coll., 1995) et du Children's eating behavior inventory (Archer et coll., 1991)

Nom : Mlle C.

Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Décrivez le niveau d'activité de la personne :

- Extrêmement actif
- Très actif
- Actif
- Calme
- Apathique
- Peut être tour à tour trop calme et surexcitée

Actuellement, comment est l'appétit de la personne ?

- Pauvre pour presque tous les types de nourriture
- Bon pour les aliments qu'elle aime
- Bon pour la plupart des aliments

La personne présente-t-elle une sélectivité alimentaire ?

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) facteur(s) influence(nt) le plus cette sélectivité, selon vous ?

- Le goût
- La texture
- La température
- L'odeur
- L'apparence
- Autre (préciser)

Lors du repas, remarquez-vous que la personne :

- A des difficultés pour mastiquer : Souvent Parfois Non
- Garde les aliments en bouche ou dans les joues : Souvent Parfois Non
- Recrache les aliments : Souvent Parfois Non
- A des haut-le-cœur : Souvent Parfois Non
- A des vomissements : Souvent Parfois Non
- S'étouffe en mangeant : Souvent Parfois Non

Concernant la durée du repas, la personne :

- Mange vite
- Mange normalement
- Prend plus d'une demi-heure pour manger son repas

La personne regarde-t-elle la télévision pendant le repas :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non

La personne apporte-t-elle des objets à table :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non

Commentaires

Moments de crises sans surexcitation (pas actuelle)

→ C. semble présenter des mimiques particulières et une façon différente de manger les produits (et autres pâtisseries sucrées) - Elle semble les apprécier (textures?) en dégustant et profitant.

→ (névrosité)

→ C. peut atteindre des repas en mangeant très lentement, et surtout si les repas sont rapides.

La personne peut-elle maintenir son attention pendant le repas ?

- Oui, jusqu'à la fin du repas
- Oui, jusqu'à ce qu'elle ait terminé son assiette
- Non, elle ne tient pas à table
- Non, elle est trop fatiguée
- C'est très variable

La personne demande-t-elle à manger entre les repas ?

- Souvent
- Parfois
- Non

Autorisez-vous la personne à grignoter entre les repas ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non
- Uniquement si elle n'a pas mangé à table

Pensez-vous qu'il y ait une relation entre l'alimentation de la personne et son comportement ?

- Oui (précisez à droite)
- Non

Pensez-vous que la personne ait des douleurs en lien avec l'alimentation ?

- non
- douleurs gastriques
- douleurs intestinales
- douleurs gingivales
- Autre (préciser)

La personne présente-t-elle des allergies alimentaires ?

- Oui (précisez à droite)
- Non

Diriez-vous qu'il est facile de comprendre ses besoins ?

- Oui
- Pas toujours
- Non

La personne aide-t-elle pour :

- mettre la table : Oui Parfois Non
- nettoyer la table : Oui Parfois Non

Diriez-vous que le repas est stressant ?

- Oui
- Parfois
- Non

La personne présente-t-elle certaines de ces particularités ?

- Insiste sur les rituels
- Joue avec la nourriture
- Mange des aliments trop volumineux
- Mange des substances non comestibles
- Porte des objets à la bouche
- Flaire la nourriture
- Flaire les objets
- Ne mange que dans certains endroits
- Refuse les aliments nouveaux
- Demande que la nourriture soit préparée d'une certaine façon
- Autre :

Oui	Plus maintenant	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(traitée récom + pain + muguet)

avec sollicitat° et aide..

Liste des aliments acceptés

Outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED. Adaptation française par Emmanuelle Prudhon, orthophoniste

Nom : *Mlle C.* Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Ce questionnaire est un complément à notre évaluation et a pour but de nous informer sur les préférences alimentaires de la personne et sur la façon dont cela se traduit dans son quotidien. Ces informations nous aideront à mieux personnaliser nos interventions mais ne remplacent en aucune façon une évaluation faite par un/une spécialiste en nutrition.

Nous vous prions de cocher dans la case personne tous les aliments que celle-ci accepte de manger et de cocher dans la case famille ou structure tous les aliments qui font partie du menu de votre famille ou de la structure. N'hésitez pas à ajouter des précisions que vous jugez pertinentes ou à ajouter des aliments qui ne figurent pas sur la liste. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter.

Intervenant :

Téléphone :

FRUITS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	FRUITS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Pommes	X		X	Pamplemousse	X		X
Litchis				Noisettes			
Noix				Tomates	X		X
Citrons				Mûres			
Clémentines	X		X	Citrons verts			
Compote de pommes	X		X	Raisins verts	X		X
Autres compotes de fruits (préciser)	X		Cocktail de fruits pêche poires pruneaux	Raisins rouges	X		X
Bananes	X		X	Jus de raisin	X		X
Cerises				Raisins secs			
Groseilles				Kiwis	X		X
Myrtilles				Noix de coco			
Mangues				Pistache			
Fraises	X		X	Framboises			
Avocats				Grenade			
Nectarines	X		X	Abricot	X		X
Oranges	X		X	Melon	X		X
Jus d'orange	X		X	Melon d'eau			
Pêches	X		X	Salade de fruits	X		X
Poires	X		X	Rhubarbe	X		X
Ananas				Fruits séchés			
Ananas au sirop	X		X	Dattes			
Prunes				Figues fraîches			
Pruneaux				Figues séchées			
Olives				Mandarines	X		X
Autres :							

LEGUMES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	LEGUMES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Asperges				Aubergine			
Betteraves	2		X	Brocolis	2		2
Concombre	2		X	Chou vert			
Chou de Bruxelles	2		2	Chou-fleur	2		2
Carottes	2		X	Chou rouge	2		2
Céleri	2		X	Céleri-rave	2		2
Champignons	2		X	Choucroute	2		2
Cornichons	2		X	Courgette	2		2
Epinards en branches	2		X	Epinards hachés	2		2
Salade	2		X	Fèves	2		2
Maïs	2		X	Navets	2		2
Oignons	2		X	Poivron rouge	2		2
Poivron vert				Poivron jaune	2		2
Piments forts				Poireau	2		2
Petits pois	2		2	Frites	2		2
Lentilles	2		X	Radis	2		2
Aubergines				Purée	2		2
Betteraves				Ail			
Blettes	2		2	Crosnes			
Endives	2		2	Fenouil			
Flageolets	2		2	Haricots blancs	2		2
Salsifis	2		X	Soja			
Pois chiches				Oseille			
Mogettes	2		2	Artichaut	2		2
Potiron	2		2	Autres :			
Pomme de terre	2		2				

VIANDES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	VIANDES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Poulet rôti/frit	2		2	Foie	2		2
Poulet cuit	2		2	Steak			
Agneau	2		2	Steak haché	2		2
Nuggets	2		2	Veau	2		2
Saucisses	2		2	Porc			
Porc	2		2	Pâté	2		2
Rillettes	2		2	Œuf	2		2
Gibier	2		2	Viande froide	2		2
Canard	2		2	Mouton			
Volaille	2		2	Lapin			
Bœuf	2		2	Autre :			

POISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	POISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Palourdes				Crevettes			
Eperlan				Huitres	✗		✗
Moules	✗		✗	Anchois			✗
Cabillaud	✗		✗	Espadon			
Lotte				Sole			
Flétan	✗		✗	Tilapia			
Colin	✗		✗	Hareng	✗		✗
Croquettes de poisson	✗		✗	Crabe			
Thon en conserve	✗		✗	Sardines			
Sardines en conserve	✗		✗	Morue			
Saumon fumé	✗		✗	Saumon en conserve			
Maquereau	✗		✗	Maquereau en conserve	✗		✗
Saumon	✗		✗	Truite			
Autres :							

PRODUITS LAITIERS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	PRODUITS LAITIERS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Yaourt nature	✗		✗	Yaourt aux fruits (lisse)	✗		✗
Yaourt aux fruits (morceaux)	✗		✗	Beurre	✗		✗
Lait	✗		✗	Margarine			
Camembert	✗		✗	Roquefort	✗		✗
Crème fraîche	✗		✗	Crème de soja			
Lait de soja				Vache Kiri	✗		✗
Gruyère	✗		✗	Gouda	✗		✗
Feta	✗		✗	Brie	✗		✗
Fromage blanc	✗		✗	Petits suisses (natures)	✗		✗
Petits suisses aux fruits	✗		✗	Lait Ribot			
Autres :							

CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Riz blanc	✗		✗	Riz complet	✗		✗
Gaufres	✗		✗	Pain (baguette)	✗		✗
Pain de mie	✗		✗	Pain complet	✗		✗
Crêpes	✗		✗	Céréales	✗		✗
Pain pita				Barres de céréales	✗		✗

CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Ravioli	✓		✓	Muffin	✓		✓
Spaghettis	✓		✓	Pâtes	✓		✓
Galettes	✓		✓	Semoule	✓		✓
Polenta				Maïs	✓		✓
Quinoa	✓		✓	Blé	✓		✓
Autres :							

BOISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	BOISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Thé	✓		✓	Café	✓		✓
Eau plate	✓		✓	Eau pétillante	✓		✓
Jus de fruit	✓		✓	Jus de pommes	✓		✓
Jus de pruneaux	✓		✓	Limonade	✓		✓
Coca	✓		✓	Tisane	✓		✓
Thé glacé	✓		✓	Jus de légumes			
chocolat	✓		✓	Autres :			

FRIANDISES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	FRIANDISES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Biscuits	✓		✓	Gâteaux	✓		✓
Bonbons (mous)				Chocolat	✓		✓
Tartes	✓		✓	Chewing-gum			
Sucettes				Pâtes de fruits			
Marrons glacés				Truffes			
Nougats				Marshmallows	✓		✓
Carambar				Caramel			
Bonbons (durs)				Bonbons (style Haribo)			
Autres :							

PLATS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	PLATS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Soupe (lisse)	✓		✓	Soupe (avec morceaux)	✓		✓
Ragoûts	✓		✓	Lasagnes	✓		✓
Hamburger				Pizza	✓		✓
Hot dog				Omelette	✓		✓
Sushi				Tacos			
Sandwichs				Raclette	✓		✓
Chili	✓		✓	Fondue bourguignonne			
Fondue savoyarde				Salade composée	✓		✓
Autres :							

CONDIMENTS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CONDIMENTS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Ketchup				Vinaigre	X		XX
Moutarde	X		X	Vinaigrette	X		XX
Mayonnaise	X		X	Confiture	X		X
Sauce tomate	X		X	Gelée	X		X
Nutella				Miel	X		X
Sauce blanche	X		X	Sauce au poivre			
Sel	X		X	Poivre	X		XX
Sucre	X		X	Piments forts	X		XX
Tabasco				Ail	X		XX
Cannelle	X		X	Gingembre	X		X
Curry	X		X	Autre :			

Est-ce que la personne présente des allergies ou intolérances alimentaires ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne suit une diète particulière ?

Non Oui Précisez : Hypocalorique

Est-ce que la personne est difficile quant à la marque des aliments ou exige que vos recettes ne soient pas modifiées ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne a déjà eu des analyses sanguines afin de vérifier s'il manque quelque chose ?

Non Oui Précisez : Ne sait pas.

Menu des trois journées types

Adapté de l'outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED.

Nom : Mlle C. Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Voici un journal de bord dans lequel vous indiquerez ce que la personne a mangé pendant trois journées typiques. Nous vous demandons de choisir deux journées durant la semaine et une journée durant le week-end, pour une meilleure représentativité. Pendant ces trois jours, nous vous demandons de noter, au fur et à mesure, les prises alimentaires de la personne.

Pour chaque aliment, estimez grossièrement la portion mangée (pour référence, 1 portion = environ à grosseur d'une pomme). Indiquez également l'heure et le lieu du repas ou de la collation.

JOUR 1	DATE :	Aliment/liquide	Portion
Samedi Dimanche Repas Petit Déjeuner Heure : <u>11h00</u> Lieu :	18 / 05 / 2012	<ul style="list-style-type: none"> - 1 jus d'orange → ok - 1 bol de thé (+ lait) → ok - 1 yaourt → ok - 2 tranches de pain de mie → 1/2 tranche - 1 beurre → ok 	
Collation Heure : Lieu :			
Déjeuner Heure : <u>13h15</u> Lieu :		<ul style="list-style-type: none"> - 1 verre de coca - 1 saucisse + glace - 1 marguoz - 1 boudin - 2 portions de légume 	
Collation Heure : Lieu :			
Dîner Heure : <u>19h15</u> Lieu :		<ul style="list-style-type: none"> - tarte à la tomate - dessert - 1 crêpe 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 parts ≈ 100g mousse choco ≈ 100g de fromage blanc avec fruits
Collation Heure : Lieu :			

Dimanche

JOUR 2 Lundi		DATE: 20/05/2012
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure: 10h30 Lieu: Grande Salle à manger	<ul style="list-style-type: none"> - 1 bol de chocolat - 1 verre de jus d'orange - 2 tranches de pain de mie - 1 compote 	
Collation Heure: Lieu:		
Déjeuner Heure: 12h30 Lieu: hall l'entrée	<ul style="list-style-type: none"> - 6 toasts - 1 paupiette - 1 portion de pâte - 1 tarte aux fraises - 1 verre de coca-cola. 	
Collation Heure: 16h30 Lieu: à la ferme	<ul style="list-style-type: none"> - 2 verres de chocolat au lait. 	
Dîner Heure: 19h Lieu: SAM	<ul style="list-style-type: none"> - julienne de légume - 1 morceau de fromage - une banane - refuse le poisson 	→ petite quantité
Collation Heure: Lieu:		

JOUR 3 <i>Lundi</i>		DATE: <i>21/05/2012</i>
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure: <i>9h15</i> Lieu: <i>S. à. d.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Chocolait lait - Jus d'Orange - Tartine Pain de mie (no sucre) + confiture - Tartine Pain de mie (no sucre) + beurre 	<ul style="list-style-type: none"> 1 + 1/2 Bol 1 verre 2 1
Collation Heure: <i>/</i> Lieu: <i>/</i>		
Déjeuner Heure: <i>12h15</i> Lieu: <i>Salle à Manger</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Macédoine - 1 Escalope de dinde Jusquieu - pâtes - crème chocolat - 2 fraises - 2 verres d'eau 	<ul style="list-style-type: none"> 1 petite banquette 1 banquette 1 2 2
Collation Heure: <i>16h30</i> Lieu: <i>S.A.M.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 café, eau + lait 	<ul style="list-style-type: none"> une tasse
Dîner Heure: <i>/</i> Lieu: <i>/</i>	<ul style="list-style-type: none"> - poisson + emmental de poisson - fromage - compote - eau 	<ul style="list-style-type: none"> 1 assiette 1 1 2
Collation Heure: <i>/</i> Lieu: <i>/</i>		

EVALUATION DES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Nom : M. B.

Prénom :

Age :

Evaluation de la déglutition (Adaptée du bilan de D. et J.P. Crunelle)

Informations générales :

- Antécédents et état général :

- Traitement en cours :

TRAITEMENT

EFFETS SECONDAIRES

- Régime particulier : \emptyset

- Mode alimentaire actuel :

Alimentation : normale morceaux mastiquée mixée
Liquides : normaux aromatisés gazeux épaissis gélifiés

- Utilisation des couverts : oui non parfois

- Mange avec les doigts : oui non parfois

Observation générales :

Déficit du contrôle postural Oui Non
Réduction des amplitudes articulaires Oui Non
Troubles de la sensibilité Oui Non
Défaut de coordination visuo-manuelle Oui Non
Défaut de coordination bucco-manuelle Oui Non
Fatigabilité Normale Excessive

Evaluation de l'alimentation :

- Installation :

- Siège adapté oui non
Table échançrée oui non

- Position spontanée de la personne :

- Appui podal au sol marchepied non
Appui dorsal oui coussin non
Flexion de la tête correcte excessive renforcée absente
Autre position de la tête extension rotation (entourer : G / D)
 Inclinaison (entourer : G / D)

Autre remarque : *Dos voûté*

- Matériel utilisé :

- Couverts : cuillère fourchette couteau
 en métal en plastique
 manche rond manche épais coudé lesté
Verre : normal paille verre échançré
Assiette : normale creuse tour d'assiette assiette surélevée
Set de table
Timer
tapis anti-dérapant

Autre : *Il peut se servir de l'eau au pichet seul.*

- Autonomie : mange seule

- nécessite une supervision : incitation physique incitation verbale
 nécessite une assistance partielle (préciser)
 nécessite une assistance totale

Respiration :

- Respiration buccale nasale mixte
 ~~thoracique abdominale~~

- Encombrement oui non

- Pneumopathies oui non

Si oui, préciser la fréquence :

Mastication :

Normale (*bonne*)

- La personne peut mordre puis relâcher la pression des masticateurs (mouvement vertical)
- La langue amène les aliments sous les molaires
- La mastication est de bonne qualité (mouvement dans plusieurs plans)
- Un bol homogène est formé et propulsé correctement
- Des deux côtés.

Difficultés liées à :

- La motricité linguale
- La sensibilité hyposensibilité hypersensibilité
- Une ouverture limitée
- Un réflexe de morsure
- Suspicion douleurs articulaires
- Autres :

Nombre de coups de dents pour une bouchée de pain (Normal entre 20 et 30):

30 mvts par une très grosse bouchée.

Déglutition de liquides au verre :

- Normale Difficile Impossible

Difficulté ou impossibilité liée à :

- Mauvaise préhension du verre
- Approche du verre à la bouche
- Un déficit d'aspiration du liquide
 - Problème de fermeture labiale
 - Problème de protrusion linguale
 - Fuites labiales
 - Problème de sensibilité : hyposensibilité hypersensibilité
- Un trouble de la coordination aspiration - déglutition - respiration

Capacité d'aspiration à la paille : Oui Non

Si oui, de quelle longueur : 24 cm (standard)

Capacité d'aspiration au scoubidou : Oui Non

Si oui, de quelle longueur : 45 cm.

Observation du stade pharyngé :

RNS

	Aliments Mastiqués	Aliments mixés	Liquides épaissis
- Reflux nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Problème d'ascension laryngée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations complémentaires :

- Plaisir à s'alimenter : Normal Excessif Inexistant Opposition
- Désir d'autonomie : Normal Excessif Inexistant Opposition
- Durée du repas : Entrée 4 min
Plat 5 min
Dessert 3 min

Influence de l'environnement :

Réaction aux stimuli de l'environnement : Normale Excessive
Préciser :

Importance de la personne qui donne le repas : Normale Excessive
Préciser :

Observation de la situation de communication :

- Date : oui (verbale au prend son assiette)
- Compréhension des sollicitations Bonne normale faible nulle
- Capacité à effectuer un choix entre deux aliments :
 - choix direct : prend pointe verbal communication augmentée
 - non
 - instable Pas observable
- Capacité à exprimer un refus :
 - jette repousse se détourne mimique verbal
 - communication augmentée pas de refus exprimé

Conclusions :

Evaluation de la sensibilité :

- Modéré
- Réflexe nauséux : Vif Normal Faible

Préciser le lieu de déclenchement du réflexe :

- Impossible à déterminer

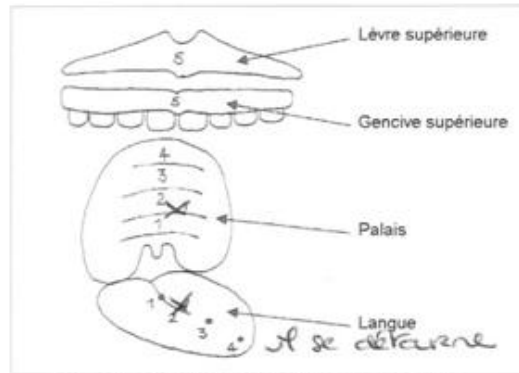


Figure 1 : Schéma des stades de l'hyper-nauséux.

- Réflexe de morsure Absent occasionnel Fréquent

Préciser :

Sensibilité olfactive :

Reconnaissance de senteurs :

Réaction

Positive Négative Neutre

Café	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poivre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citron	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banane	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraise	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identification

- se détourne ms dit "c'est bon du café"
- "hum c'est bon de sucre"
- se détourne
- "hum, ça c'est très bon!"
- "hum, ça sent bon des bonbons!"
- @neus @ "ça sent bon des bonbons!"
- "hum parfum!"
- "hum, c'est bon ça, c'est très bon!"
- sent @neus @.

Sensibilité tactile :

- Toucher la personne

Perception :	Normale	Faible	Excessive	Toucher impossible	Réaction
Extérieur des joues	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intérieur des joues	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lèvres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palais	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sensibilité thermique :

Utiliser de l'eau ou un guide langue.

Perception :	Normale	Faible	Excessive	Identification	Réaction
Chaud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Froid	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sensibilité gustative :

Perception :	Normale	Absence de réact ^o -Faible	Excessive	Identification	Réaction
Eau sucrée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eau salée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eau citronnée (acide)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« c'est bon ! »
Thé (amer)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Conclusions :

Evaluation de la sphère bucco-pharyngée :

Examen au repos :

- Lèvres : jointes ouvertes symétriques asymétriques
 immobiles tremblements hypotoniques
- Joues : lèvre supérieure rétractée
 hypertoniques (saillantes) hypotoniques (flasques)
- Maxillaires : symétriques asymétriques *légèrement à G* prognathisme rétrognathisme
- Langue : macroglossie microglossie normale
 étalée au plancher en protrusion rétractée au fond de la bouche *légèrement*
 apex en pointe au palais

Examen des praxies : Avec miroir Sans miroir

Lèvres :	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Fermeture	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouverture	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentrer les 2 lèvres dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Recouvrir la lèvre supérieure par la lèvre inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avancer les lèvres serrées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Faire « i »	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire « o »	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit du baiser	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension labiale – maintien d'un objet (bouton maintenu par un fil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Utilisation du facial flex	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nombre de fois : 50. Y arrive en faisant "o/i".				
Joues :				
Gonfler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> essai	<input type="checkbox"/>
Rentrer les joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Passer l'air d'une joue à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mastication à vide bouche fermée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maxillaires :				
Claquer des dents une fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ouvrir – fermer la bouche plusieurs fois	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Déplacement à gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Propulsion mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rétropulsion mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Langue :				
Tirer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs tirer - rentrer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue à droite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue à gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs droite - gauche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue en haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue en bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs haut - bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Suivre le contour externe des lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Clic de réprobation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clic de galop	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voile du palais :				
Élévation et tenue /a/	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs orale/nasale /a/an/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétrécissement de l'isthme oro-pharyngé : transition vocalique /i/o/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Perméabilité de la fermeture vélaire (« papapapa » avec miroir sous le nez)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilisation pharyngée : faire de la buée				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ascension laryngée : déglutition salivaire (contrôle par les doigts posés sur le larynx)				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Conclusions :				
				et ne me laisse pas toucher son cou

Questionnaire sur les habitudes alimentaires

adapté du Eating habits of children with autism (Williams et coll., 2000) et de quelques items de l'Evaluation fonctionnelle des comportements (Barthélémy et coll., 1995) et du Children's eating behavior inventory (Archer et coll., 1991)

Nom : M. B. Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Commentaires

Décrivez le niveau d'activité de la personne:

- Extrêmement actif
- Très actif
- Actif
- Calme
- Apathique
- Peut être tour à tour trop calme et surexcitée

Actuellement, comment est l'appétit de la personne ?

- Pauvre pour presque tous les types de nourriture
- Bon pour les aliments qu'elle aime
- Bon pour la plupart des aliments

La personne présente-t-elle une sélectivité alimentaire ?

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) facteur(s) influence(nt) le plus cette sélectivité, selon vous ?

- Le goût
- La texture
- La température
- L'odeur
- L'apparence
- Autre (préciser)

Lors du repas, remarquez-vous que la personne :

- A des difficultés pour mastiquer : Souvent Parfois Non
- Garde les aliments en bouche ou dans les joues : Souvent Parfois Non
- Recrache les aliments : Souvent Parfois Non
- A des haut-le-cœur : Souvent Parfois Non
- A des vomissements : Souvent Parfois Non
- S'étouffe en mangeant : Souvent Parfois Non

Concernant la durée du repas, la personne :

- Mange vite
- Mange normalement
- Prend plus d'une demi-heure pour manger son repas

La personne regarde-t-elle la télévision pendant le repas :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non

La personne apporte-t-elle des objets à table :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non

En progrès actuellement pour le travail accompagné.

La personne peut-elle maintenir son attention pendant le repas ?

- Oui, jusqu'à la fin du repas
 Oui, jusqu'à ce qu'elle ait terminé son assiette
 Non, elle ne tient pas à table
 Non, elle est trop fatiguée
 C'est très variable

La personne demande-t-elle à manger entre les repas ?

- Souvent Parfois Non

Autorisez-vous la personne à grignoter entre les repas ?

- Toujours Souvent Parfois Non
 Uniquement si elle n'a pas mangé à table

Pensez-vous qu'il y ait une relation entre l'alimentation de la personne et son comportement ?

- Oui (précisez à droite) Non

Pensez-vous que la personne ait des douleurs en lien avec l'alimentation ?

- Non
 douleurs gastriques
 douleurs intestinales
 douleurs gingivales
 Autre (préciser)

La personne présente-t-elle des allergies alimentaires ?

- Oui (précisez à droite) Non

Diriez-vous qu'il est facile de comprendre ses besoins ?

- Oui
 Pas toujours
 Non

La personne aide-t-elle pour :

- mettre la table : Oui Parfois Non
- nettoyer la table : Oui Parfois Non

Diriez-vous que le repas est stressant ?

- Oui Parfois Non

La personne présente-t-elle certaines de ces particularités ?

- | | Oui | Plus maintenant | Non |
|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| - Insiste sur les rituels | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Joue avec la nourriture | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Mange des aliments trop volumineux (besoin d'un rappel parfois pour bouchées + petites) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mange des substances non comestibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Porte des objets à la bouche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Flaire la nourriture | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Flaire les objets (pensements) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ne mange que dans certains endroits | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Refuse les aliments nouveaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Demande que la nourriture soit préparée d'une certaine façon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Autre : | | | |

→ B [] peut quand même demander ce qu'il souhaite à table, quand l'enca-draut est présent.

Avec sollicitat* ++

Liste des aliments acceptés

Outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED. Adaptation française par Emmanuelle Prudhon, orthophoniste

Nom : M.B. Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Ce questionnaire est un complément à notre évaluation et a pour but de nous informer sur les préférences alimentaires de la personne et sur la façon dont cela se traduit dans son quotidien. Ces informations nous aideront à mieux personnaliser nos interventions mais ne remplacent en aucune façon une évaluation faite par un/une spécialiste en nutrition.

Nous vous prions de cocher dans la case personne tous les aliments que celle-ci accepte de manger et de cocher dans la case famille ou structure tous les aliments qui font partie du menu de votre famille ou de la structure. N'hésitez pas à ajouter des précisions que vous jugez pertinentes ou à ajouter des aliments qui ne figurent pas sur la liste. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter.

Intervenant :

Téléphone :

FRUITS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	FRUITS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Pommes	X		X	Pamplemousse	X		X
Litchis				Noisettes			
Noix				Tomates	X		X
Citrons				Mûres			
Clémentines	X		X	Citrons verts			
Compote de pommes	X		X	Raisins verts	X		X
Autres compotes de fruits (préciser)	X		Cocktail de fruits pêche poire pomme	Raisins rouges	X		X
Bananes	X		X	Jus de raisin	X		X
Cerises				Raisins secs			
Groseilles				Kiwis	X		X
Myrtilles				Noix de coco			
Mangues				Pistache			
Fraises	X		X	Framboises			
Avocats				Grenade			
Nectarines	X		X	Abricot	X		X
Oranges	X		X	Melon	X		X
Jus d'orange	X		X	Melon d'eau			
Pêches	X		X	Salade de fruits	X		X
Poires	X		X	Rhubarbe	X		X
Ananas				Fruits séchés			
Ananas au sirop	X		X	Dattes			
Prunes				Figues fraîches			
Pruneaux				Figues séchées			
Olives				Mandarines	X		X
Autres :							

LEGUMES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	LEGUMES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Asperges				Aubergine			
Betteraves			X	Brocolis	X		X
Concombre			X	Chou vert			
Chou de Bruxelles			X	Chou-fleur	X		X
Carottes			X	Chou rouge	X		X
Céleri			X	Céleri-rave	X		X
Champignons			X	Choucroute	X		X
Cornichons			X	Courgette	X		X
Epinards en branches			X	Epinards hachés	X		X
Salade			X	Fèves	X		X
Maïs			X	Navets	X		X
Oignons			X	Poivron rouge	X		X
Poivron vert			X	Poivron jaune	X		X
Piments forts			X	Poireau	X		X
Petits pois			X	Frites	X		X
Lentilles			X	Radis	X		X
Aubergines				Purée	X		X
Betteraves				Ail	X		X
Blettes	X		X	Crosnes			
Endives	X		X	Fenouil			
Flageolets	X		X	Haricots blancs	X		X
Salsifis	X		X	Soja			
Pois chiches				Oseille			
Mogettes	X		X	Artichaut	X		X
Potiron	X		X	Autres :			
Pomme de terre	X		X				

VIANDES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	VIANDES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Poulet rôti/frit	X		X	Foie	X		X
Poulet cuit	X		X	Steak			
Agneau	X		X	Steak haché	X		X
Nuggets	X		X	Veau	X		X
Saucisses	X		X	Porc			
Porc	X		X	Pâté	X		X
Rillettes	X		X	Œuf	X		X
Gibier	X		X	Viande froide	X		X
Canard	X		X	Mouton			
Volaille	X		X	Lapin			
Bœuf	X		X	Autre :			

POISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	POISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Palourdes				Crevettes			
Eperlan				Huitres	X		X
Moules	X		X	Anchois	X		X
Cabillaud	X		X	Espadon			
Lotte				Sole			
Flétan	X		X	Tilapia			
Colin	X		X	Hareng	X		X
Croquettes de poisson	X		X	Crabe			
Thon en conserve	X		X	Sardines			
Sardines en conserve	X		X	Morue			
Saumon fumé	X		X	Saumon en conserve			
Maquereau	X		X	Maquereau en conserve	X		X
Saumon	X		X	Truite			
Autres :							

PRODUITS LAITIERS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	PRODUITS LAITIERS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Yaourt nature	X		X	Yaourt aux fruits (lisse)	X		X
Yaourt aux fruits (morceaux)	X		X	Beurre	X		X
Lait	X		X	Margarine			
Camembert	X		X	Roquefort	X		X
Crème fraîche	X		X	Crème de soja			
Lait de soja				Vache Kiri	X		X
Gruyère	X		X	Gouda	X		X
Feta	X		X	Brie	X		X
Fromage blanc	X		X	Petits suisses (natures)	X		X
Petits suisses aux fruits	X		X	Lait Ribot			
Autres :							

CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Riz blanc	X		X	Riz complet	X		X
Gaufres	X		X	Pain (baguette)	X		X
Pain de mie	X		X	Pain complet	X		X
Crêpes	X		X	Céréales	X		X
Pain pita				Barres de céréales	X		X

CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Ravioli	X		X	Muffin	X		X
Spaghettis	X		X	Pâtes	X		X
Galettes	X		X	Semoule	X		X
Polenta				Maïs	X		X
Quinoa	X		X	Blé	X		X
Autres :							

BOISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	BOISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Thé	X		X	Café	X		X
Eau plate	X		X	Eau pétillante	X		X
Jus de fruit	X		X	Jus de pommes	X		X
Jus de pruneaux	X		X	Limonade	X		X
Coca	X		X	Tisane	X		X
Thé glacé	X		X	Jus de légumes			
chocolat	X		X	Autres :			

FRIANDISES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	FRIANDISES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Biscuits	X		X	Gâteaux	X		X
Bonbons (mous)				Chocolat	X		X
Tartes	X		X	Chewing-gum			
Sucettes				Pâtes de fruits			
Marrons glacés				Truffes			
Nougats				Marshmallows	X		X
Carambar				Caramel			
Bonbons (durs)				Bonbons (style Haribo)			
Autres :							

PLATS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	PLATS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Soupe (lisse)	X		X	Soupe (avec morceaux)	X		X
Ragoûts	X		X	Lasagnes	X		X
Hamburger				Pizza	X		X
Hot dog				Omelette	X		X
Sushi				Tacos			
Sandwichs				Raclette	X		X
Chili	X		X	Fondue bourguignonne			
Fondue savoyarde				Salade composée	X		X
Autres :							

CONDIMENTS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CONDIMENTS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Ketchup				Vinaigre	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Moutarde	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Vinaigrette	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Mayonnaise	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Confiture	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Sauce tomate	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Gelée	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Nutella				Miel	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Sauce blanche	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Sauce au poivre			
Sel	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Poivre	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Sucre	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Piments forts	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Tabasco				Ail	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Cannelle	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Gingembre	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Curry	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Autre :			

Est-ce que la personne présente des allergies ou intolérances alimentaires ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne suit une diète particulière ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne est difficile quant à la marque des aliments ou exige que vos recettes ne soient pas modifiées ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne a déjà eu des analyses sanguines afin de vérifier s'il manque quelque chose ?

Non Oui Précisez :

Menu des trois journées types

Adapté de l'outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED.

Nom : M. B.

Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Voici un journal de bord dans lequel vous indiquerez ce que la personne a mangé pendant trois journées typiques. Nous vous demandons de choisir deux journées durant la semaine et une journée durant le week-end, pour une meilleure représentativité. Pendant ces trois jours, nous vous demandons de noter, au fur et à mesure, les prises alimentaires de la personne.

Pour chaque aliment, estimez grossièrement la portion mangée (pour référence, 1 portion = environ à grosseur d'une pomme). Indiquez également l'heure et le lieu du repas ou de la collation.

JOUR 1 <i>Dimanche</i>		DATE: <i>20/05/2012</i>	
Repas	Aliment/liquide		Portion
Petit Déjeuner Heures: <i>10h</i> Lieu: <i>à la maison</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 bol de RICOIRE (LAIT + 1 sucre) - Galette de pois - beurre - jus fruit 		<ul style="list-style-type: none"> - <i>(poudre)</i> Grande cuillère - 1 Bol. - 1 T - 1 petite cuillère - 1 verre.
Collation Heures: Lieu:			
Déjeuner Heures: <i>13h</i> Lieu: <i>à la maison</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Cœur de palmier - Langue de boeuf - Riz - Fruit 		<ul style="list-style-type: none"> - 1 cuillère Grande - 2 Tranches - 5 cuillères Grande - 1 Coupe
Collation Heures: <i>16h 15</i> Lieu: <i>à la maison</i>	<ul style="list-style-type: none"> - BANANE - jus de fruit 		<ul style="list-style-type: none"> - 1 - 1 verre
Dîner Heures: <i>19h 15</i> Lieu: <i>Cafeteria</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Oufminosa thon 1 - BANON GRASSE 1 tranche - HARICOTS VERTS - CAROTTES - SALADE DE FRUIT - 1 HE GLACE 1 verre 		
Collation Heures: Lieu:			

JOUR 2 <u>Lundi</u>		DATE: <u>21/05/2012</u>
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure: <u>8h45</u> Lieu: <u>Cuisine</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Riz - Jus d'orange - Biscottes + confiture - Tartine de pain 	<ul style="list-style-type: none"> 1 bol 1 verre 4 1
Collation Heure: <u>/</u> Lieu: <u>/</u>		
Déjeuner Heure: <u>12h45</u> Lieu: <u>Salon</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Macedoine - Pain - Escalope de dinde + pâtes - Eau - Crème au chocolat 	<ul style="list-style-type: none"> 1 assiette 1 bol 1 assiette 2 verres 1 crêpe
Collation Heure: <u>/</u> Lieu: <u>/</u>		
Dîner Heure: <u>/</u> Lieu: <u>/</u>	<ul style="list-style-type: none"> - poireaux ⊕ émincé de poireaux - 1 fromage - 1 plat <u>plat</u> complet - eau - pain 	<ul style="list-style-type: none"> 1 assiette 1 1 2 2
Collation Heure: <u>/</u> Lieu: <u>/</u>		

JOUR 3 <i>Mardi</i>		DATE : <i>22/05/2012</i>
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure : <i>9h</i> Lieu : <i>Cuisine</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Thé à la menthe avec du lait. • Tartines de Pain de mie avec de la confiture à la fraise 	<i>1 bol</i> <i>2 tartines</i>
Collation Heure : Lieu :		
Déjeuner Heure : <i>12h</i> Lieu : <i>Petit salon</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Salade de pommes de terre • Taubon braisé, carottes, sabifis • Riz au lait 	<i>1 assiette</i> <i>1 assiette</i> <i>1 ramequin</i>
Collation Heure : Lieu :		
Dîner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		

ANNEXE 3 :

VERSION FINALE DU BILAN D'ALIMENTATION

EVALUATION DES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Nom :

Prénom :

Age :

Evaluation de la déglutition (Adaptée du bilan de D. et J.P. Crunelle)

Informations générales :

- Antécédents et état général :

- Traitement en cours :

TRAITEMENT

EFFETS SECONDAIRES

- Régime particulier :

- Mode alimentaire actuel :

Alimentation : normale morceaux mastiquée mixée

Liquides : normaux aromatisés gazeux épaissis gélifiés

- Utilisation des couverts : oui non parfois oui, mais difficile

Difficultés due à :

- préhension du couvert
- préhension des aliments avec le couvert
- trajet jusqu'à la bouche
- préhension labiale du couvert

- Mange avec les doigts : oui non parfois

Respiration :

- Respiration buccale nasale mixte

- Encombrement oui non

- Pneumopathies oui non

Si oui, préciser la fréquence :

Observation générales :

- | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|-----------|
| Déficit du contrôle postural | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | | |
| Réduction des amplitudes articulaires | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | | |
| Troubles de la sensibilité | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | | |
| Défaut de coordination visuo-manuelle | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | | |
| Défaut de coordination bucco-manuelle | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | | |
| Fatigabilité | <input type="checkbox"/> | normale | <input type="checkbox"/> | modérée | <input type="checkbox"/> | excessive |

Evaluation de l'alimentation :

- Contexte du repas:

taille de la pièce :

nombre de personnes dans la pièce :

nombre de convives à table :

- Installation :

- | | | | | |
|----------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------|
| Siège adapté | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| Table échancrée | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| Emplacement à table: | <input type="checkbox"/> | dos au mur | <input type="checkbox"/> | dans un coin |

- Position spontanée de la personne :

- | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------|
| Appui podal | <input type="checkbox"/> | au sol | <input type="checkbox"/> | marchepied | <input type="checkbox"/> | non | | |
| Appui dorsal | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | coussin | <input type="checkbox"/> | non | | |
| Flexion de la tête | <input type="checkbox"/> | correcte | <input type="checkbox"/> | excessive | <input type="checkbox"/> | renforcée | <input type="checkbox"/> | absente |
| Autre position de la tête | <input type="checkbox"/> | extension | <input type="checkbox"/> | rotation (entourer : G / D) | <input type="checkbox"/> | Inclinaison (entourer : G / D) | | |

Autre remarque :

- Matériel utilisé :

- | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|
| Couverts : | <input type="checkbox"/> | cuillère | <input type="checkbox"/> | fourchette | <input type="checkbox"/> | couteau | | |
| | <input type="checkbox"/> | en métal | <input type="checkbox"/> | en plastique | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | manche rond | <input type="checkbox"/> | manche épais | <input type="checkbox"/> | coudé | <input type="checkbox"/> | lesté |
| Verre : | <input type="checkbox"/> | normal | <input type="checkbox"/> | paille | <input type="checkbox"/> | verre échancré | | |
| Assiette : | <input type="checkbox"/> | normale | <input type="checkbox"/> | creuse | <input type="checkbox"/> | tour d'assiette | <input type="checkbox"/> | assiette surélevée |
| Set de table | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Timer | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| tapis anti-dérapant | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Autre : | | | | | | | | |

- Autonomie :

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | mange seule |
| <input type="checkbox"/> | nécessite une supervision : <input type="checkbox"/> incitation physique <input type="checkbox"/> incitation verbale |
| <input type="checkbox"/> | nécessite une assistance partielle (préciser) |
| <input type="checkbox"/> | nécessite une assistance totale |

Mastication :

Normale

- La personne peut mordre puis relâcher la pression des masticateurs (mouvement vertical)
- La langue amène les aliments sous les molaires
- La mastication est de bonne qualité (mouvement dans plusieurs plans)
- Un bol homogène est formé et propulsé correctement
- Des deux côtés.

Difficultés liées à :

- La motricité linguale
- La sensibilité hyposensibilité hypersensibilité
- Une ouverture limitée
- Un réflexe de morsure
- Suspicion douleurs articulaires
- Autres :

Nombre de coups de dents pour une bouchée de pain (Normal entre 20 et 30):

Déglutition de liquides au verre :

- Normale Difficile Impossible

Difficulté ou impossibilité liée à :

- Mauvaise préhension du verre
- Approche du verre à la bouche
- Un déficit d'aspiration du liquide
 - Problème de fermeture labiale
 - Problème de protrusion linguale
 - Fuites labiales
 - Problème de sensibilité : hyposensibilité hypersensibilité
- Un trouble de la coordination aspiration – déglutition- respiration

- Capacité d'aspiration à la paille : oui non refus
Si oui, de quelle longueur :
- Capacité d'aspiration au scoubidou : oui non refus
Si oui, de quelle longueur :

Observation du stade pharyngé :

	Aliments Mastiqués	Aliments mixés	Liquides épaissis	Liquides normaux
- Reflux nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Problème d'ascension laryngée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations complémentaires :

- Plaisir à s'alimenter : Normal Excessif Inexistant Opposition Seulement pour les aliments appréciés
- Désir d'autonomie : Normal Excessif Inexistant Opposition
- Durée du repas :

Influence de l'environnement :

- Réaction aux stimuli de l'environnement : Normale Modérée Excessive
Préciser :
- Importance de la personne qui donne le repas : Normale Modérée Excessive
Préciser :

Observation de la situation de communication :

- Compréhension des sollicitations normale faible nulle
- Capacité à faire des demandes geste verbal pas observé
 communication augmentée sollicitations non compréhensibles
- Capacité à effectuer un choix entre deux aliments :
 choix direct : prend pointe verbal communication augmentée
 non instable non observé
- Capacité à exprimer un refus :
 jette repousse se détourne mimique verbal
 communication augmentée pas de refus exprimé

Conclusions :

Evaluation de la sensibilité :

- Réflexe nauséux : Vif Modéré Normal Faible

Préciser le lieu de déclenchement du réflexe :

- Impossible à déterminer

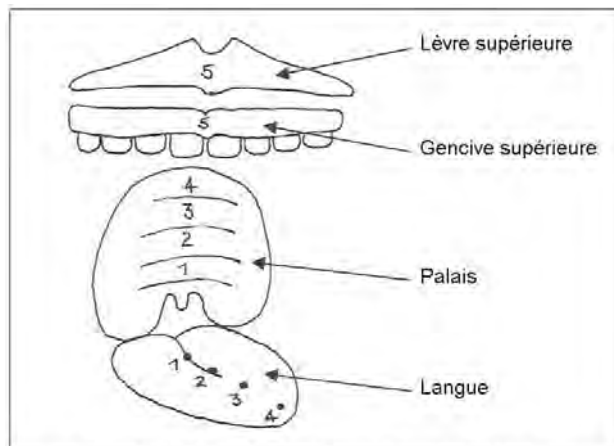


Figure 1 : Schéma des stades de l'hyper-nauséux.(SENEZ)

- Réflexe de morsure Absent occasionnel Fréquent
- Préciser :

Sensibilité olfactive :

Reconnaissance de senteurs :

Réaction

	Positive	Négative	Neutre	Identification
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sensibilité tactile :

- Toucher la personne

Perception :	Excessive	Normale	Absence de réaction	Toucher impossible	Réaction
Extérieur des joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intérieur des joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sensibilité thermique :

Utiliser de l'eau ou un guide langue.

Perception :	Excessive	Normale	Absence de réaction	Refus	Identification	Réaction
Chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sensibilité gustative :

Perception :	Excessive	Normale	Absence de réaction	Refus	Identification	Réaction
Eau sucrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eau salée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eau citronnée (acide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thé (amer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Conclusions :

Evaluation de la sphère bucco-pharyngée :

Examen au repos :

- Lèvres : jointes ouvertes symétriques asymétriques
 immobiles tremblements hypotoniques
- lèvre supérieure rétractée
- Joues : hypertoniques (saillantes) hypotoniques (flasques)
- Maxillaires : symétriques asymétriques prognathisme rétrognathisme
- Langue : macroglossie microglossie normale
 étalée au plancher en protrusion rétractée au fond de la bouche
 apex en pointe au palais observation impossible

Examen des praxies : sans miroir avec miroir

Lèvres :

	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Fermeture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentrer les 2 lèvres dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recouvrir la lèvre supérieure par la lèvre inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avancer les lèvres serrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Faire « i »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire « o »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit du baiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension labiale – maintien d'un objet (bouton maintenu par un fil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation du facial flex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nombre de fois :				

<u>Joues :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Gonfler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentrer les joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer l'air d'une joue à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastication à vide bouche fermée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Maxillaires :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Claquer des dents une fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrir – fermer la bouche plusieurs fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propulsion mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétropulsion mandibulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Langue :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs tirer - rentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue à droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue à gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs droite - gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue en haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placer la langue en bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs haut - bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre le contour externe des lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clic de réprobation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clic de galop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Voile du palais :</u>	facile	difficile	impossible	pas d'imitation
Elévation et tenue /a/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs orale/nasale /a/an/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétrécissement de l'isthme oro-pharyngé :				
transition vocalique /i/o/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perméabilité de la fermeture vélaire (« papapapa » avec miroir sous le nez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilisation pharyngée : faire de la buée facile difficile impossible pas d'imitation

Ascension laryngée : déglutition salivaire facile difficile impossible pas d'imitation
(contrôle par les doigts posés sur le larynx)

Conclusions :

Questionnaire sur les habitudes alimentaires

adapté du Eating habits of children with autism (Williams et coll., 2000) et de quelques items de l'Evaluation fonctionnelle des comportements (Barthélémy et coll., 1995) et du Children's eating behavior inventory (Archer et coll., 1991)

Nom :

Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Commentaires

Décrivez le niveau d'activité de la personne:

- Extrêmement actif
- Très actif
- Actif
- Calme
- Apathique
- Peut être tour à tour trop calme et surexcitée

Actuellement, comment est l'appétit de la personne ?

- Pauvre pour presque tous les types de nourriture
- Bon pour les aliments qu'elle aime
- Bon pour la plupart des aliments
- Variable sans lien observable avec les aliments

La personne présente-t-elle une sélectivité alimentaire ?

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) facteur(s) influence(nt) le plus cette sélectivité, selon vous ?

- Le goût
- La texture
- La température
- L'odeur
- L'apparence
- Autre (préciser)

Lors du repas, remarquez-vous que la personne :

- A des difficultés pour mastiquer :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- Garde les aliments en bouche ou dans les joues :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- Recrache les aliments :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- A des haut-le-cœur :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- A des vomissements :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non
- S'étouffe en mangeant :
 - Souvent
 - Parfois
 - Non

Concernant la durée du repas, la personne :

- Mange vite
- Mange normalement
- Prend plus d'une demi-heure pour manger son repas

La personne regarde-t-elle la télévision pendant le repas :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non

La personne apporte-t-elle des objets à table :

- Toujours Souvent Parfois Non

La personne peut-elle maintenir son attention pendant le repas ?

- Oui, jusqu'à la fin du repas
 Oui, jusqu'à ce qu'elle ait terminé son assiette
 Non, elle ne tient pas à table
 Non, elle est trop fatiguée
 C'est très variable

La personne demande-t-elle à manger entre les repas ?

- Souvent Parfois Non

Autorisez-vous la personne à grignoter entre les repas ?

- Toujours Souvent Parfois Non
 Uniquement si elle n'a pas mangé à table

Pensez-vous qu'il y ait une relation entre l'alimentation de la personne et son comportement ?

- Oui (précisez à droite) Non

Pensez-vous que la personne ait des douleurs en lien avec l'alimentation ?

- non
 douleurs gastriques
 douleurs intestinales
 douleurs gingivales
 Autre (préciser)

La personne présente-t-elle des allergies alimentaires ?

- Oui (précisez à droite) Non

Lors des repas, diriez-vous qu'il est facile de comprendre ses besoins ?

- Oui
 Pas toujours
 Non

La personne aide-t-elle pour :

- mettre la table : Oui Parfois Non
- nettoyer la table : Oui Parfois Non

Diriez-vous que le repas est stressant ?

- Pour la personne : Oui Parfois Non
- Pour l'entourage : Oui Parfois Non

Commentaires

La personne présente-t-elle certaines de ces particularités ?

	Oui	Plus maintenant	Non
- Insiste sur les rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Joue avec la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mange des aliments trop volumineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mange des substances non comestibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Porte des objets à la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Flaire la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Flaire les objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A des nausées au brossage des dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ne mange que dans certains endroits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Refuse les aliments nouveaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Demande que la nourriture soit préparée d'une certaine façon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre :			

Merci de bien vouloir cocher les signes que vous observez chez la personne :

Stade 0 : <input type="checkbox"/> Acceptation des morceaux <input type="checkbox"/> Pas de sélectivité alimentaire <input type="checkbox"/> Plaisir à s'alimenter <input type="checkbox"/> Bon appétit	Stade 1 : <input type="checkbox"/> Refus des morceaux durs ou fibreux <input type="checkbox"/> Stocke les aliments fibreux dans les joues <input type="checkbox"/> Peut recracher ces aliments à distance du repas <input type="checkbox"/> Pas de sélectivité <input type="checkbox"/> Plaisir à s'alimenter <input type="checkbox"/> on appétit
Stade 2 : <input type="checkbox"/> Refus de tout morceau <input type="checkbox"/> Accepte les aliments mastiquée avec du liant <input type="checkbox"/> Préférence pour le sucré <input type="checkbox"/> Réaction négative au froid <input type="checkbox"/> Plaisir à s'alimenter avec les aliments sélectionnés <input type="checkbox"/> Appétit correct	Stade 3 : <input type="checkbox"/> Refus des morceaux ou grains <input type="checkbox"/> Accepte les aliments mixés lisse (consistance de type pommade) <input type="checkbox"/> Nette préférence pour le sucré <input type="checkbox"/> aversion aux aliments froids <input type="checkbox"/> Pas de plaisir à s'alimenter <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/> Lenteur

Liste des aliments acceptés

Outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED. Adaptation française par Emmanuelle Prudhon, orthophoniste

Nom :

Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Ce questionnaire est un complément à notre évaluation et a pour but de nous informer sur les préférences alimentaires de la personne et sur la façon dont cela se traduit dans son quotidien. Ces informations nous aideront à mieux personnaliser nos interventions mais ne remplacent en aucune façon une évaluation faite par un/une spécialiste en nutrition.

Nous vous prions de cocher dans la case personne tous les aliments que celle-ci accepte de manger et de cocher dans la case famille ou structure tous les aliments qui font partie du menu de votre famille ou de la structure. N'hésitez pas à ajouter des précisions que vous jugez pertinentes ou à ajouter des aliments qui ne figurent pas sur la liste. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter.

Intervenant :

Téléphone :

FRUITS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	FRUITS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Pommes				Pamplemousse			
Litchis				Noisettes			
Noix				Tomates			
Citrons				Mûres			
Clémentines				Citrons verts			
Compote de pommes				Raisins verts			
Autres compotes de fruits (préciser)				Raisins rouges			
Bananes				Jus de raisin			
Cerises				Raisins secs			
Groseilles				Kiwis			
Myrtilles				Noix de coco			
Mangues				Pistache			
Fraises				Framboises			
Avocats				Grenade			
Nectarines				Abricot			
Oranges				Melon			
Jus d'orange				Melon d'eau			
Pêches				Salade de fruits			
Poires				Rhubarbe			
Ananas				Fruits séchés			
Ananas au sirop				Dattes			
Prunes				Figues fraîches			
Pruneaux				Figues séchées			
Olives				Mandarines			
Autres :							

LEGUMES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	LEGUMES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Asperges				Brocolis			
Betteraves				Chou vert			
Concombre				Chou-fleur			
Chou de Bruxelles				Chou rouge			
Carottes				Céleri-rave			
Céleri				Choucroute			
Champignons				Courgette			
Epinards en branches				Epinards hachés			
Cornichons				Fèves			
Salade				Navets			
Maïs				Poivron rouge			
Oignons				Poivron jaune			
Poivron vert				Poireau			
Petits pois				Frites			
Lentilles				Radis			
Aubergines				Purée			
Blettes				Crosnes			
Endives				Fenouil			
Flageolets				Haricots blancs			
Salsifis				Soja			
Pois chiches				Oseille			
Mogettes				Artichaut			
Potiron				Autres :			
Pomme de terre							

VIANDES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	VIANDES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Poulet rôti/frit				Bœuf			
Poulet cuit				Foie			
Agneau				Steak			
Nuggets				Steak haché			
Saucisses				Veau			
Porc				Pâté			
Rillettes				Œuf			
Gibier				Viande froide			
Canard				Mouton			
Volaille				Lapin			
Autres :							

POISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	POISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Palourdes				Crevettes			
Eperlan				Huitres			
Moules				Anchois			
Cabillaud				Espadon			
Lotte				Sole			
Flétan				Tilapia			
Colin				Hareng			
Croquettes de poisson				Crabe			
Thon en conserve				Sardines			
Sardines en conserve				Morue			
Saumon fumé				Saumon en conserve			
Maquereau				Maquereau en conserve			
Saumon				Truite			
Autres :							

PRODUITS LAITIERS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	PRODUITS LAITIERS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Yaourt nature				Yaourt aux fruits (lisse)			
Yaourt aux fruits (morceaux)				Beurre			
Lait				Margarine			
Camembert				Roquefort			
Crème fraîche				Crème de soja			
Lait de soja				Vache Kiri			
Gruyère				Gouda			
Feta				Brie			
Fromage blanc				Petits suisses (natures)			
Petits suisses aux fruits				Lait Ribot			
Autres :							

CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Riz blanc				Riz complet			
Gaufres				Pain (baguette)			
Pain de mie				Pain complet			
Crêpes				Céréales			
Pain pita				Barres de céréales			

CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CEREALES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Ravioli				Muffin			
Spaghettis				Pâtes			
Galettes				Semoule			
Polenta				Maïs			
Quinoa				Blé			
Autres :							

BOISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	BOISSONS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Thé				Café			
Eau plate				Eau pétillante			
Jus de fruit				Jus de pommes			
Jus de pruneaux				Limonade			
Coca				Tisane			
Thé glacé				Jus de légumes			
chocolat				Autres :			

FRIANDISES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	FRIANDISES	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Biscuits				Gâteaux			
Bonbons (mous)				Chocolat			
Tartes				Chewing-gum			
Sucettes				Pâtes de fruits			
Marrons glacés				Truffes			
Nougats				Marshmallows			
Carambar				Caramel			
Bonbons (durs)				Bonbons (style Haribo)			
Autres :							

PLATS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	PLATS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Soupe (lisse)				Soupe (avec morceaux)			
Ragoûts				Lasagnes			
Hamburger				Pizza			
Hot dog				Omelette			
Sushi				Tacos			
Sandwichs				Raclette			
Chili				Fondue bourguignonne			
Fondue savoyarde				Salade composée			
Autres :							

CONDIMENTS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE	CONDIMENTS	PERSONNE	FAMILLE	STRUCTURE
Ketchup				Vinaigre			
Moutarde				Vinaigrette			
Mayonnaise				Confiture			
Sauce tomate				Gelée			
Nutella				Miel			
Sauce blanche				Sauce au poivre			
Sel				Poivre			
Sucre				Piments forts			
Tabasco				Ail			
Cannelle				Gingembre			
Curry				Autre :			

Est-ce que la personne présente des allergies ou intolérances alimentaires ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne suit un régime particulier ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne est difficile quant à la marque des aliments ou exige que vos recettes ne soient pas modifiées ?

Non Oui Précisez :

Est-ce que la personne a déjà eu des analyses sanguines afin de vérifier s'il manque quelque chose ?

Non Oui Précisez :

Menu des trois journées types

Adapté de l'outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED.

Nom :

Prénom :

Questionnaire complété par (entourer) : mère père structure autre

Voici un journal de bord dans lequel vous indiquerez ce que la personne a mangé pendant trois journées typiques. Nous vous demandons de choisir deux journées durant la semaine et une journée durant le week-end, pour une meilleure représentativité. Pendant ces trois jours, nous vous demandons de noter, au fur et à mesure, les prises alimentaires de la personne.

Pour chaque aliment, estimez grossièrement la portion mangée (pour référence, 1 portion = environ à grosseur d'une pomme). Indiquez également l'heure et le lieu du repas ou de la collation.

JOUR 1		DATE :
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		
Déjeuner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		
Dîner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		

JOUR 2		DATE :	
Repas	Aliment/liquide	Portion	
Petit Déjeuner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			
Déjeuner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			
Dîner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			

JOUR 3		DATE :	
Repas	Aliment/liquide	Portion	
Petit Déjeuner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			
Déjeuner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			
Dîner Heure : Lieu :			
Collation Heure : Lieu :			

ANNEXE 4 :

PLAQUETTE DE CONSEILS D'AMENAGEMENTS AUTOUR DU REPAS POUR LA PERSONNE AVEC AUTISME

« AUTISME : ADAPTATIONS ET AMENAGEMENTS POUR UN REPAS FACILITE »

Guide pour les parents et professionnels

Autisme : adaptations et aménagements pour un repas facilité

Guide pour les parents et
professionnels

Elodie ROCH, orthophoniste
Emmanuelle PRUDHON, orthophoniste
René TUFFREAU, pédopsychiatre



Sommaire

Préambule	3
Repérer le temps du repas	6
Aménager l'environnement du repas	7
Adapter l'Installation de la personne	8
Adapter les outils du repas	9
Adapter l'alimentation.....	11
Pour conclure.....	12
Références	13
Annexe : fiche personnelle d'adaptations pour l'alimentation	

Préambule

Ce livret est destiné aux parents et aux professionnels accompagnant des personnes avec autisme sur le temps du repas.

Le temps du repas peut être un moment difficile pour les personnes avec autisme sous bien des aspects.

Les troubles de la communication et des interactions sociales peuvent entraver le bon déroulement de ce temps éminemment social.

Les difficultés de communication peuvent également réduire la **compréhension de l'environnement et l'anticipation des différents moments de la journée.**

Le repas est un temps quotidien important, qui a un déroulement particulier et répond à de nombreuses règles sociales.

Les intérêts restreints et stéréotypés peuvent également tenir un rôle en réduisant le nombre d'aliments acceptés, privilégiant un emballage particulier, ou bien une couleur ou encore un seul type d'aliment.

Les classifications actuelles ne prennent guère en compte ce critère pour le diagnostic de l'autisme ; cependant nous savons que **les personnes avec autisme présentent également des particularités sensorielles importantes**. Ainsi, la bouche se situe au carrefour de sensibilités très diverses. Lorsque nous mangeons, les aliments nous transmettent des informations visuelles par leur aspect, des informations gustatives et olfactives bien sûr, mais aussi tactiles par la sensation qu'ils nous procurent en bouche, et auditives par le bruit de la mastication.

A ces nombreux stimuli vont s'ajouter ceux en provenance de l'environnement du repas, tout aussi divers. On imagine donc aisément à quel point **les particularités sensorielles des personnes avec autisme vont venir interférer dans l'activité de s'alimenter**.

Indépendamment des aspects propres aux personnes avec autisme, se nourrir requiert des capacités motrices spécifiques. Outre la nécessité d'une posture adéquate, l'alimentation demande l'utilisation de praxies¹ très complexes. Or, les troubles praxiques sont fréquents chez les personnes avec autisme. Pour manger, il faut d'abord pouvoir tenir correctement les couverts. Nous devons prendre les aliments à l'aide d'une fourchette ou d'une cuillère et, d'un mouvement ample et directionnel, les apporter jusqu'à la bouche. Ensuite, viennent la mastication et la déglutition, qui peuvent également être perturbées sur le plan moteur.

Toutes ces difficultés peuvent engendrer des dérangements importants et faire du repas un véritable calvaire pour la personne avec autisme et les autres convives.

¹ Une praxie est un ensemble de mouvements coordonnés en fonction d'un but.

Ce livret propose quelques aménagements pratiques pour améliorer le déroulement du repas et contribuer ainsi à une meilleure qualité de vie de la personne avec autisme et de son entourage.

Repérer le temps du repas

Les personnes avec autisme éprouvent de grandes difficultés à comprendre les aspects abstraits des interactions sociales et de la communication. Il n'est donc pas étonnant que le temps, notion abstraite par excellence, leur échappe. Par conséquent, il leur est plus difficile de comprendre leur environnement et d'anticiper sur les événements.

Personne ne supporterait d'être conduit d'un lieu à l'autre sans savoir à l'avance où il va, ni pour combien de temps.

Lorsque la compréhension du langage est altérée, sur quels éléments pouvons nous nous appuyer pour permettre ces anticipations ?

L'emploi du temps. Comme toute activité, le repas doit être inscrit dans l'emploi du temps visuel de la personne, pour lui permettre d'anticiper ce moment ainsi que l'activité qui vient ensuite. Il sera donc marqué comme un temps ayant un début et une fin bien définis. De plus, c'est un temps qui structure les différents moments de la journée : matin, midi et soir. Il doit donc figurer sur l'emploi du temps journalier.



L'implantation d'une routine permet de fournir des bornes naturelles à toute activité. Le fait de mettre la table ou d'aller chercher sa serviette, par exemple, marquera ainsi le début du repas. Celui-ci prendra fin lorsque tout le monde rangera sa serviette, débarrassera et nettoiera la table.

Le minuteur visuel, de type time-timer ou sablier, peut permettre à la personne de visualiser la durée pendant laquelle elle devra rester à table. Ce type d'adaptation peut être utile si la personne éprouve des difficultés à attendre la fin du repas ou au contraire si la durée de celui-ci est trop longue.



Le menu visuel. Afin de prévenir la personne de ce qu'elle va manger, il est utile de créer un menu, à l'aide de pictogrammes et/ou de photos.

Aménager l'environnement du repas

Se nourrir nécessite une grande concentration. C'est un acte complexe, qui demande la coordination de tous nos sens, et donc leur entière disponibilité.

Toute stimulation imprévue peut déclencher chez la personne avec autisme, comme chez tout un chacun, une réaction de défense. Les troubles de la modulation sensorielle rendent ces réactions plus fréquentes chez la personne avec autisme. C'est pourquoi il faudra contrôler les stimuli sensoriels de l'environnement.

Les stimulations visuelles : il faudra être vigilant à la qualité de la lumière et réduire les déplacements des personnes dans la pièce. Un pare-vue peut être utilisé pour protéger les personnes trop sensibles. Il est préférable également d'éviter de manger sur une surface réfléchissante.

Les stimulations auditives : il est important de limiter le nombre de convives. Les chaises munies de patins feront moins de bruit et le niveau sonore de la conversation peut être visualisé à l'aide d'une lampe prévue à cet effet. De plus, les accompagnants ont tendance à parler plus fort lorsqu'ils veulent être mieux compris. Il faut donc leur rappeler que cette conduite peut nuire aux personnes avec autisme et qu'elle ne les aidera pas à mieux comprendre. Il peut également être proposé de porter un casque anti-bruit pour que la personne puisse se concentrer sur l'acte de se nourrir.

En résumé :

- *Eviter les pièces trop lumineuses*
- *Privilégier les surfaces non réfléchissantes*
- *Limiter les déplacements dans la pièce*
- *Limiter le nombre de convives*
- *Placer des patins sous les pieds de chaises*
- *Ne pas parler trop fort*

Outils utiles :

- *Pare-vue*
- *Casque anti-bruit*
- *Lampe visualisant le volume sonore*

Adapter l'Installation de la personne

Pour une alimentation correcte, il est très important d'être installé de manière adéquate. Afin de protéger efficacement les voies respiratoires et éviter que des aliments ne s'introduisent dans les poumons, la tête doit se trouver légèrement fléchie vers l'avant. Pour éviter les tensions des muscles du dos, qui viendraient placer la tête en extension, il est préférable d'être assis le dos appuyé au dossier d'une chaise. Pour la même raison, les pieds doivent également reposer au sol. La limitation des tensions musculaires améliorera également la digestion.



Installation de la personne : la personne doit être confortablement installée sur une chaise, le dos appuyé. Si l'appui dorsal n'est pas obtenu, on peut placer un coussin pour le favoriser. Si ses pieds ne reposent pas parfaitement au sol, il est impératif d'avoir recours à un marchepied. Il est également possible d'aider la personne à fléchir sa tête en plaçant un petit coussin derrière celle-ci.

En cas d'hypotonie, le soutien des bras peut-être nécessaire. Nous pouvons alors placer la personne à une table échancrée, ou bien l'installer dans un fauteuil à accoudoirs.

Installation de l'aidant : lorsque la personne est nourrie par un aidant, il est indispensable que celui-ci adapte sa posture et sa manière de donner à manger afin d'éviter toute extension de la tête. Il doit donc placer son visage à la même hauteur que celui de la personne, pour qu'elle n'ait pas à lever la tête pour le regarder. De même, il est important que la cuillère soit amenée en-dessous du regard.

Adapter les outils du repas

S'alimenter requiert des capacités de motricité fine importantes. Il faut saisir les couverts, y introduire les aliments, et les porter à la bouche dans une parfaite coordination. Quelques aménagements des outils du repas peuvent en favoriser le bon déroulement.

L'utilisation de couverts adaptés va faciliter leur prise en main pour les personnes qui en ont besoin. On peut dans un premier temps proposer des couverts à manche rond, puis des couverts à manche rond et volumineux. Ils peuvent également être coudés, permettant une orientation du couvert vers la bouche sans flexion du poignet. Certains couverts peuvent aussi être lestés, pour améliorer la perception dans la main.



Le verre échancre permet d'éviter l'extension de la tête lorsque la personne boit. En effet, le nez va prendre place dans l'échancre au fur et à mesure que le verre va s'incliner. La tête va ainsi pouvoir garder une position droite, voire légèrement fléchie, pour éviter le passage des liquides dans les voies aériennes. **Attention ! Le verre à bec est à bannir** puisqu'il force l'extension de la tête. Si la personne n'arrive pas à appliquer correctement ses lèvres sur le verre, préférez donc une paille.



L'utilisation d'une assiette opaque et unie permet à la personne de bien distinguer les aliments dans son assiette.

Le tour d'assiette, clipsé sur les bords, permet d'éviter les débordements. En effet, les personnes qui ont déjà du mal à tenir leur fourchette auront également du mal à pousser les aliments dedans. Ce tour d'assiette peut être remplacé par une assiette creuse.



Surélever l'assiette permet de réduire la distance à parcourir jusqu'à la bouche et ainsi éviter la chute des aliments. Cela permet aussi de placer l'assiette dans le champ visuel de la personne. La personne n'a ainsi pas besoin de se pencher vers son assiette et peut garder la position favorable à une bonne déglutition. Pour cela, vous pouvez utiliser une table à hauteur réglable, ou bien insérer un rehausseur antidérapant sous l'assiette. Il faut veiller à ce que l'ensemble soit solidaire et bien stable.



Les personnes avec autisme peuvent également avoir des **difficultés à comprendre les règles sociales qui régissent le repas**. Ainsi, elles peuvent difficilement saisir la notion de place de chacun et boire dans un verre qui n'est pas le leur, prendre la nourriture d'un autre convive...

L'utilisation de sets de tables va délimiter l'espace de chaque personne et fournir un repère aux distances interpersonnelles et à la notion de place de chacun. Ainsi, les personnes vont pouvoir visualiser l'interdit de se servir du verre d'un autre convive par exemple. Les sets doivent être unis, pour ne pas fournir de distracteur et détourner l'attention des personnes du contenu de leur assiette.



Pour visualiser le propriétaire d'un verre, il est possible de mettre sa photo dessus, fixée avec un élastique.

Le set de table est également utile si le repas a lieu sur une table polyvalente, pour marquer visuellement le temps du repas.

Adapter l'alimentation

Si la personne n'est pas en capacité de mastiquer correctement la nourriture, et ce notamment en raison d'un syndrome de dysoralité sensorielle², on peut en modifier la texture. De même, si elle a tendance à avaler « de travers », ce qu'on appelle les fausses routes, on pourra adapter les boissons.

En cas de difficultés de mastication, la texture des aliments doit être adaptée (sur prescription médicale). Lorsque la personne peut conduire les aliments sous les dents avec sa langue et les malaxer pour y mélanger la salive, mais sans parvenir à les mastiquer totalement, on pourra lui proposer une alimentation en petits morceaux. Si cela n'est pas suffisant, la nourriture peut être pré-mastiquée à l'aide d'un appareil masticateur ou écrasée à la fourchette. Lorsque la salive ne peut pas être mélangée aux aliments pour les lubrifier, une alimentation mixée sera proposée pour favoriser sa déglutition. Attention, les aliments mixés perdent en volume et sont ingérés plus facilement. Il faut donc prendre garde à ne pas augmenter les portions. L'absence de mastication va aussi induire une perte de saveur, qu'il faut veiller à compenser en proposant des plats plus relevés ou plus épicés.

Les fausses routes peuvent être dues à un réflexe de déglutition retardé, ou à une mauvaise fermeture des voies aériennes. On peut d'abord proposer à la personne de l'eau froide, ou chaude, ou aromatisée pour en augmenter la perception, ou encore de l'eau gazeuse. Si cela ne suffit pas, les liquides pourront être épaissis ou gélifiés, afin de ralentir leur progression et éviter qu'ils ne coulent dans le larynx. Nous éviterons également les aliments trop liquides, ou les aliments tièdes qui sont moins bien perçus.

² Le syndrome de dysoralité sensorielle désigne des troubles résultant d'une hyper-sensibilité des récepteurs impliqués dans l'alimentation.

Pour conclure...

Il existe donc des aménagements qui peuvent rendre ce temps du repas plus acceptable pour la personne avec autisme et son entourage. Il peut s'agir d'adaptations propres aux difficultés des personnes avec autisme, comme le repérage du temps du repas ou les aménagements de l'environnement, mais aussi d'adaptations nécessaires à toute personne ayant des troubles de la déglutition.

Pour certaines personnes, il est préférable de bien **dissocier l'aspect social et l'acte de se nourrir**, en privilégiant un repas seul.

Dans tous les cas, ces adaptations se feront en parallèle d'une **rééducation orthophonique adaptée**. En cas de troubles de l'alimentation, la rééducation est primordiale et un travail important sera réalisé en dehors des repas.

Références

- ROFIDAL, T. (2004). Les aspects médicaux de l'alimentation de la personne polyhandicapée.
http://www.cesap.asso.fr/3_formation_documentation_ressources/ressources_nutrition_alimentation_ThROFIDAL.php
- SENEZ, C. (2010). Autour de la Personne Autiste, Aversions Orales et Troubles du Comportement Alimentaire : Le Syndrome de Dysoralité Sensorielle. *Ateliers Nutrition - Institut Pasteur*. Lille.
- PRUDHON, E. (2010). Les troubles sensoriels: impact sur les troubles alimentaires. *L'orthophoniste*, n°304.
- PRUDHON, E. (2011). Le repas : une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables. *Bulletin scientifique de l'arapi*, n°27, pp. 15-18.
- PRUDHON, E. (2012). Repas et autisme : une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables. *Rééducation orthophonique : Autisme et communication*, n°249.
- ROCH, E. (2012). *Alimentation et Autisme*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes

Illustrations :

Elodie ROCH, orthophoniste

Willy BAHUAUD, web designer et développeur web - <http://wabeo.fr/>



FICHE PERSONNELLE D'ADAPTATIONS POUR L'ALIMENTATION

Nom :

Prénom :

Age :

Aménagement du contexte

Place à table :

- Seul
- Avec un accompagnant
- Avec d'autres personnes.
- Nombre maximum de convives à la table :
- Dos contre un mur
- Dans un coin

Lieu du repas :

Aménagements recommandés pour l'installation de la personne :

- Marchepied
- Table échancrée ou accoudoirs
- Sets de table
- Aucun

Adaptation des outils du repas :

- Couvert adaptés
 - Manches rond
 - Manches épais
 - Couverts coudés
 - Couverts lestés
- Verre échancré
- Utilisation d'une paille
- Tour d'assiette
- Assiette surélevée
- Aucune

Adaptation des textures et consistances :

Alimentation :

Boisson :

- Petits morceaux
- Moulinée
- Masticquée
- Mixée
- Aucune adaptation des aliments
- Froide
- Chaude
- Aromatisée
- Gazeuse
- Epaisse
- Gélifiée

Adaptation de la situation de communication :

- Objets référence
- Photos
- Pictogrammes

Lieu de rangement de l'outil de communication :

Résumé

Il s'agit dans cet ouvrage d'interroger les multiples facteurs impliqués dans l'alimentation et pouvant poser problème aux personnes avec autisme. L'objectif de ce mémoire est de repérer les sources de difficultés au moment du repas afin d'y apporter une solution adaptée.

Dans cette optique et afin de répondre aux besoins d'un foyer d'accueil médicalisé, nous avons élaboré un bilan d'alimentation prenant en compte l'ensemble des difficultés que l'on peut observer dans les troubles de la déglutition et de l'alimentation, ainsi que les particularités du comportement alimentaire plus spécifiques aux personnes avec autisme.

Les réflexions théoriques ont également servi de base à la réalisation d'une plaquette informative destinée aux parents et professionnels pouvant accompagner des personnes ayant des troubles autistiques, enfants ou adultes, au moment du repas. Ce livret présente des adaptations réalisables à différents niveaux afin de rendre le moment du repas et l'alimentation plus acceptables pour les personnes avec autisme et leur entourage.

Mots clés : alimentation, autisme, sensorialité, évaluation, adaptations

Abstract

This work is about finding every factor involved in feeding that raise problems to persons with autism. The aim of this report is to find the factors that can lead to issues during mealtime in order to bring an adapted solution.

In order to find solutions and to meet the needs of a medical home, we created a feeding assessment, taking into account all the issues that we can notice with swallowing disorders as well as the specific eating habits of persons with autism.

Theoretical studies were also used in order to create an informative booklet intended for relatives and professionals who can help people with autistic disorders during mealtime. This booklet explains how to adapt and improve meal time for persons with autism and their relatives.

Key words : feeding, autism, sensoriality, assessment, arrangements.