

Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires

Emmanuelle Prudhon Havard¹, Marjorie Carreau² et René Tuffreau³

Les troubles alimentaires de la personne avec autisme font l'objet de peu d'études au regard de leur fréquence et de leur retentissement dans la vie quotidienne de ces personnes et de leur entourage. Pourtant leur fréquence est élevée et ces troubles furent même considérés par certains (Ritvo et Freeman, 1978) comme symptomatiques d'un trouble envahissant du développement. Ils diffèrent de ceux observés dans d'autres pathologies par cette fréquence même (Dominick et al., 2007).

Sous le terme de troubles alimentaires sont regroupés les comportements suivants : sélectivité, refus, pica... Les personnes avec autisme présentent d'importants troubles sensoriels. Nous allons nous attacher plus particulièrement au lien entre ces troubles sensoriels et les troubles alimentaires, c'est à dire aux troubles alimentaires qui s'inscrivent dans le contexte plus global de troubles de la modulation sensorielle chez la personne avec autisme. Ainsi, comme le décrit Marie-Josée Tessier (2006), on retrouve fréquemment chez la personne présentant un trouble envahissant du développement, les particularités suivantes : troubles de la modulation sensorielle, incluant une hypersensibilité tactile, auditive ainsi qu'une recherche de stimulations vestibulaires et proprioceptives, une hypersensibilité au niveau de la sphère orale, que ce soit concernant les textures, odeurs ou simplement à la vue de certains aliments. Les préférences alimentaires sont restreintes et la personne est souvent inflexible et opposante face à la nouveauté. Si les personnes avec autisme présentent rarement un problème staturé-pondéral, elles peuvent en revanche présenter des carences nutritionnelles en vitamines et minéraux, en fer ou en calcium. Notons en outre que les problèmes gastro-intestinaux sont fréquents de même que les allergies ou les intolérances alimentaires.

Deux descriptions, celle de C. Senez (2009) et celle de M-J Tessier recensent les signes cliniques mentionnés dans les études ou dans les descriptions des familles même s'ils ne sont pas spécifiques aux personnes avec autisme :

C. Senez (2009), orthophoniste, donne les critères déterminant un syndrome de dysoralité sensorielle (voir tableau 1).

Tableau 1 : critères d'un syndrome de dysoralité sensorielle
(Senez, 2009)

| Critères principaux | Critères secondaires |
|--|---|
| Signes constants et caractéristiques | Signes inconstants et de fréquence variable suivant les individus |
| <i>Tous ces signes sont exacerbés le matin au réveil et lors d'épisodes fébriles</i> | |
| Notion de transmission transgénérationnelle | Difficultés d'ouverture de la bouche pendant les repas |
| Début des troubles dans la première année de vie | Nausées pendant les repas |
| Appétit médiocre et irrégulier | Régurgitations, vomissements |
| Lenteur pour s'alimenter | Vomissements si la personne est forcée (repas) |
| Sélectivité sur la température des aliments | Aliments gardés dans la bouche (signe du hamster) ¹ |
| Sélectivité sur les goûts | Nausées au brossage des dents |
| Sélectivité sur les textures | Exacerbations olfactives |
| Refus des aliments nouveaux | |
| Peu ou pas de mastication même si elle est possible | |

¹ Signe du « hamster » : observé surtout avec les aliments fibreux comme la viande. L'enfant mastique incessamment et garde les boulettes confectionnées dans les joues en s'interdisant de les avaler.

¹ Orthophoniste, ADAPEI 44 de Nantes

² Ergothérapeute libérale à Nantes

³ Psychiatre, Nantes, membre du Conseil d'Administration de l'arapi

Les particularités sensorielles

Tableau 2 : tableaux cliniques des troubles alimentaires chez les enfants présentant un trouble sensoriel
(Tessier, 2006)

| Tableau clinique d'un enfant présentant une défense sensorielle | Tableau clinique d'un enfant présentant une dormance sensorielle |
|---|--|
| Difficulté à accepter certaines consistances, textures et donc transitions difficiles. | Accumulation des aliments dans la bouche, au niveau du palais ou des sulcus latéraux |
| Réactions exagérées à certaines situations : toucher les aliments avec les doigts, approche d'un couvert de la bouche, température et texture d'un aliment. | L'enfant fait de grosses bouchées |
| Comportements d'évitement | Nette préférence pour les aliments épicés et boissons gazeuses |
| Aliments gardés en bouche, absence de latéralisation des aliments dans la bouche | |
| Réaction de nausée à la vue des aliments, à l'odeur ou à la manipulation. | Pertes salivaires fréquentes |
| Réaction de nausée lors de la mise en bouche, de la mastication ou de la déglutition. | Risque d'étouffement suite à une difficulté de gestion des aliments dans la bouche |
| Textures mieux acceptées : purées et aliments croquants | |
| Aliments fades préférés | |

M-J Tessier différencie les problèmes alimentaires rencontrés chez les enfants présentant un trouble sensoriel selon deux tableaux cliniques (voir Tableau 2) les cas de défense sensorielle (hypersensibilité) et les cas de dormance sensorielle (hyposensibilité).

Senez (2009) considère que 80 % des personnes avec un trouble envahissant du développement présentent un syndrome de dysoralité sensorielle. Ce pourcentage est mentionné également dans un article de G. Nadon et coll. (2008). Il est intéressant de noter également que 80 % des personnes avec un retard mental qui vivent en institution présentent des troubles alimentaires (Perske et al, 1977).

L'importance de ces chiffres nous impose d'établir un diagnostic différentiel et de définir les facteurs associés éventuels. En effet, tous les troubles alimentaires ne sont pas imputables aux troubles sensoriels : certains peuvent être dus à des troubles praxiques. Ils peuvent également être majorés par un reflux gastro-œsophagien, des allergies, des problèmes gastro-intestinaux.

S'alimenter est le second des quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson (1947). Outre cet aspect vital, s'alimenter correspond également à un acte relationnel, social. Le repas est donc à la fois un temps d'apprentissage et un temps d'éducation sociale. Il est associé dans notre culture à des temps de détente, de plaisir. De plus,

alimenter son enfant est une des compétences essentielles d'un parent. Pour le tout-petit, le temps où il s'alimente est également celui de l'accordage.

Les difficultés d'alimentation d'un enfant ont donc obligatoirement un impact important sur les relations, la dynamique familiale. Elles génèrent très souvent des tensions lors des temps de repas et un sentiment d'incompétence pour les parents. De même, les repas à l'extérieur de la maison étant souvent très difficiles, le cercle social de la famille peut s'en trouver limité. Ces particularités seront exacerbées si les parents sont préoccupés par l'état de santé de leur enfant. En effet, un trouble d'alimentation sévère pourra également entraver la croissance de l'enfant et limiter la prise des médicaments lorsque celui-ci est malade.

Notons que les troubles sensoriels au niveau de la sphère orale vont également avoir un impact au niveau des soins d'hygiène tel que le brossage des dents, qui est souvent très laborieux voire impossible. Les rendez-vous médicaux (généraliste, O.R.L.) et plus particulièrement le rendez-vous chez le dentiste sont difficilement tolérés par la personne avec autisme.

« La personne développe des conduites d'évitement par rapport à tous stimuli pouvant déclencher cette hyperesthésie » (Senez, 2007). La compréhension des difficultés présentées par la personne avec autisme nous permet d'adapter au mieux nos interventions et permet également que l'expression de ces difficultés soit mieux tolérée de l'entourage.

Nous allons maintenant examiner les différentes stimulations sensorielles auxquelles un bébé est soumis lors de la tétée, qu'il soit au sein ou au biberon. L'alimentation du nouveau-né et son contexte environnemental constituent une étape très spécifique d'un point de vue sensoriel. Le portage de l'enfant va faire appel aux stimulations proprioceptives (enfant blotti contre son parent), au toucher (toucher profond, non agressant visant à maintenir l'enfant) ainsi qu'aux stimulations vestibulaires (changement de position lors de la proposition de la tétée, temps qui peut être proposé sur une chaise à bascule). L'enfant va, souvent, être protégé des stimulations auditives ou visuelles environnementales et son attention va être focalisée sur une stimulation visuelle constante : le regard soutenant de son parent et sur une stimulation auditive : la parole que lui adresse son parent. Le bébé va également être soumis aux stimulations olfactives, gustatives et tactiles de la zone péri-buccale. Les stimulations tactiles sont à ce niveau, essentiellement, celles de la tétine ou du sein. Elles sont donc relativement constantes. La température, la consistance vont également être asymptotiquement constantes tant qu'il n'y a pas introduction d'autres aliments que le lait. Par contre, l'odeur et le goût vont varier mais pas de façon majeure, s'il s'agit d'un allaitement maternel. De fait, un nouveau-né présentant des troubles sensoriels au niveau de la sphère orale peut ne pas présenter de troubles majeurs de l'alimentation dans son jeune âge. C'est par la suite que l'on note souvent une

adaptation difficile lors de l'ajout des céréales, et lors de la transition vers une alimentation à la cuillère puis lors de l'intégration des morceaux à l'alimentation.

Nous allons maintenant répertorier les différentes stimulations sensorielles auxquelles une personne est soumise dans le cadre d'un repas ordinaire en nous attachant plus particulièrement au contexte environnemental.

Tout d'abord, il y a **la lumière** : lumière naturelle ou artificielle. Il faut tenir compte des effets de réverbération, de l'angle d'arrivée sur l'œil du rayon lumineux. Il y a également **le bruit** : bruit de la conversation, bruit de vaisselle, bruit de chaises et parfois, bruits de cuisine (hotte, cuisson). Ensuite, il y a **les odeurs** : odeurs des aliments (qui déclenchent la mobilité digestive), odeur de la pièce, odeur des autres convives (odeur corporelle, parfum). Il faut également considérer **les perceptions tactiles** (la matière des couverts, de la table, la nourriture qui peut se trouver en contact avec le visage ou les mains), **proprioceptives** (poids des couverts, du verre).

Au niveau du contexte environnemental, il faut pouvoir distinguer ce qui relève des comportements engendrés par les troubles sensoriels et ce qui relève d'une mauvaise posture (pieds qui se balancent dans le vide, tête en extension...), de difficultés de motricité fine, du non-respect des distances interpersonnelles (par exemple, une personne dont la distance intime est plus grande que la moyenne et qui va systématiquement frapper son voisin de table), du manque de prévisibilité.

Les stimulations sensorielles se poursuivent lors du repas en lui-même. Les stimulations olfactives sont perçues bien avant la mise en bouche des aliments, elles permettent d'anticiper les stimulations gustatives qui seront perçues lors de cette mise en bouche. De même, la vision permet d'anticiper les stimulations tactiles et proprioceptives d'un aliment. La texture et la température constituent des informations tactiles alors que la taille d'un aliment, son poids sur la langue et dans la bouche, sa consistance, apportent des stimulations proprioceptives.

Lors des étapes de mastication (section des aliments et mouvements latéraux rotatoires de la mâchoire) et de déglutition (propulsion du bol alimentaire vers l'œsophage), la personne peut être dérangée par le contact des aliments puis du bol alimentaire. Cette variété de stimulations sur les différentes parties de la sphère intra-buccale (gencives, palais, langue, sulcus latéraux) ainsi que le simple contact de la langue sur le palais, les joues, peuvent être insupportables pour une personne présentant des défenses tactiles. De ce fait, cette personne évitera ces stimulations désagréables par la limitation de la mobilisation des aliments puis du bol alimentaire dans la bouche ainsi que par une sélectivité alimentaire. Cet évitement de la mastication aura pour conséquence des troubles parodontaux ainsi que des troubles gastriques.

L'évaluation des troubles alimentaires se fait en deux temps : un entretien avec la famille et une évaluation clinique avec la personne. L'entretien permet de compléter un questionnaire préalablement remis aux parents qui nous permet de faire le point sur les éléments suivants :

- **les aspects médicaux** : histoire de naissance, suivi actuel par différents spécialistes (médecin, orthophoniste, ORL, gastro-entérologue, diététicien), hospitalisations et examens éventuellement déjà réalisés.
- **difficultés de santé actuelle** : aux niveaux respiratoire, digestif, nutritif, dentaire, gastro-intestinal, statur pondéral. Nous devons également savoir si la personne présente un reflux gastro-œsophagien (actuel ou passé) et des allergies.
- **histoire de l'alimentation** : particularités de l'alimentation au sein et au biberon (durée de l'allaitement, durée des tétées, pauses ou endormissement dans les quatre premières minutes de la tétée, fuite de lait à la commisure des lèvres), particularités lors de la diversification alimentaire, de l'introduction de nouvelles textures. Est-ce que la personne a présenté une régression dans l'alimentation ? Quelle est la consistance des aliments acceptés ou refusés ? Existe-t-il une préférence pour certains goûts ou une température ?
- **la liste de ce que mange ou ne mange pas la personne** par rapport à ce que mange la famille.
- **autonomie et contexte environnemental** lors du repas : utilisation du verre, des couverts, place occupée (dans un angle...), la posture, les horaires et la durée du repas, le contexte familial, particularité des repas pris dans un autre lieu que le milieu familial, les moyens et les modes de communication.
- **les stratégies déjà tentées** par les parents et les résultats obtenus.
- **le type de médication** éventuellement proposé, sa forme et son mode d'administration.
- **le menu proposé** pour une journée classique, les quantités et types d'aliments.

L'examen clinique nous permet de relever les éléments suivants :

- **particularité de la posture et du tonus** du corps.
- **observation des structures au repos** : position des lèvres, de la langue, des joues, des mandibules, particularités du palais et de la dentition.
- **mobilité des structures** : qualité des mouvements des lèvres, des joues, de la mâchoire, de la langue, qualité du contrôle du souffle, de la mastication et de la déglutition.
- **vérification des réflexes** : notamment réflexes de points cardinaux, réflexe et force de succion, réflexe de vomissement et de morsure.
- **aspects sensoriels** : réponse de l'enfant au toucher, à la pression profonde, que ce soit avec les doigts gantés, la brosse Nuck ou vibrante. Cet élément est évalué à la fois au niveau des mains, du visage et de la sphère orale.

Les particularités sensorielles

Cette évaluation se complète par l'observation d'un temps de repas ou de collation : cette étape est essentielle afin d'évaluer objectivement le contexte familial, la posture, l'autonomie de la personne ainsi que les particularités de la sphère orale. Notons que même en présence d'une sélectivité alimentaire importante, il est primordial de vérifier si les apports couvrent bien les quatre groupes alimentaires afin d'orienter au besoin la personne avec autisme et sa famille vers un bilan nutritionnel plus complet. Un trouble d'alimentation sera considéré comme sévère lorsque la personne accepte moins de 10 aliments différents. Une intervention spécifique reste nécessaire si la personne accepte moins de 20 aliments ou si un inconfort important est noté.

Ces interventions vont porter sur plusieurs aspects mais elles vont toujours tenir compte des valeurs familiales en lien avec l'alimentation. En outre, dans le cas où la personne présente un risque important de fausses routes, il est évident que cet élément sera considéré en priorité afin d'éviter toute complication cardio-respiratoire. De

Via le traitement des troubles de modulation sensorielle, une adaptation de l'environnement peut être proposée au travers de la diète sensorielle (contrôle des stimulations reçues par la personne dans le but de normaliser la perception sensorielle).

même si les besoins caloriques, hydriques et nutritionnels de la personne ne sont pas comblés, cet aspect sera traité en priorité.

Différentes approches peuvent être utilisées pour le traitement d'un trouble de l'alimentation d'origine sensorielle :

L'approche d'intégration neurosensorielle de J. Ayres (1972) : le traitement des particularités sensorielles est proposé pour l'ensemble du corps puis au niveau de la sphère orale. Ce traitement a pour but de normaliser les perceptions sensorielles, soit en limitant l'impact des défenses sensorielles, soit en améliorant la perception en cas de dormance sensorielle. Les recommandations de C. Senez (2002) proposent également une normalisation de la perception en diminuant le seuil de sensibilité par des massages intra-buccaux rapides et appuyés. Via le traitement des troubles de modulation sensorielle, une adaptation de l'environnement peut être proposée au travers de la diète sensorielle (contrôle des stimulations reçues par la personne dans le but de normaliser la perception sensorielle). Ainsi, chacune des stimulations sensorielles répertoriées plus haut va être examinée, manipulée indépendamment des autres et une adaptation devra être trouvée s'il s'avère que cette stimulation précise engendre une difficulté pour la personne avec autisme.

L'approche de Marjorie Palmer pourra également être utilisée pour augmenter la variété des aliments acceptés. Des modifications micro-graduées d'une des caractéristiques sensorielles d'un aliment pourront alors être proposées jusqu'à intégration complète d'un nouvel aliment. Notons que cette approche doit être utilisée avec grande

précaution chez la personne très sélective ; en effet si l'on modifie l'aliment de base de cette personne, elle peut alors le refuser et se mettre en danger au niveau nutritionnel.

En même temps que ces différentes interventions, **l'approche comportementale** pourra également être bénéfique car la personne est habituée à se protéger des stimulations agressantes et devra adapter son comportement face à une modification de sa perception sensorielle.

Ces interventions n'ont pas forcément lieu et ne sont pas forcément recommandées sur les temps de repas. Elles nécessitent la participation active de la famille et surtout sa participation par les retours nécessaires sur l'adéquation des interventions avec la situation naturelle et particulière à chaque personne avec autisme et à sa famille.

Bibliographie

- Ayres, A.J. (1972). *Sensory Integration and learning disorders*. Los Angeles : Western Psychological Services.
- Dominick, K. C., Davis, N. P., Lainhart, J., Tager-Flusberg, H. et Folstein, S. (2007). Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. *Research in developmental Disabilities*, 28, 145-162.
- Nadon G., Ehrmann Feldman D. et Gisel E. (2008). Revue des méthodes utilisées pour évaluer l'alimentation des enfants présentant un trouble envahissant du développement. *Archives de pédiatrie*, 15 : 1332-1348.
- Perske, R., Clifton, A., McClean, B. M. et Stain, J. I. (1977). *Mealtimes for severely and profoundly handicapped persons : New concepts and attitudes*. Baltimore : University Park Press.
- Ritvo, E. R. et Freeman, B. J. (1978). Current research on the syndrome of autism : Introduction. The national society for autistic children's definition of the syndrome of autism. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 565-575.
- Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille : Editions Solal.
- Senez, C. (2007). Développement de la succion déglutition chez le tout-petit et ses avatars. Comment y remédier ? Notes de formation, Lyon : SDORRA.
- Senez, C. (2009). Notes colloque olfaction, mémoire et apprentissages, Paris.
- Tessier, M. J. (2006). La dysphagie chez l'enfant. Notes de formations, Montréal, Québec.