



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

ANNEXES

DU MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Laura LEFEVRE et Félicie PASQUIER

**Intervention orthophonique sur les troubles
d'oralité alimentaire présents chez des
enfants autistes suivis en SESSAD
Proposition de pistes de prise en charge**

Lille – 2013

Annexes

Annexe 1 : Traduction des critères diagnostiques du « Sensory food aversion » d'après la « Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood : Revised Edition » (DC : 0-3R, 2005)

A. L'aversion sensorielle alimentaire est caractérisée par un important refus du bébé ou de l'enfant de manger certains aliments aux goûts, textures, températures ou odeurs spécifiques et cela depuis au moins 1 mois.

B. L'apparition du refus alimentaire survient lors de l'introduction d'une nouvelle ou d'un autre type de nourriture qui est agressive pour l'enfant (par exemple, l'enfant peut boire un type de lait mais refuse un autre lait qui a un goût différent ; il peut manger des aliments en purée mais refuser les aliments pour bébés ou les aliments solides en morceaux qui ont besoin d'être mâchés ; ou encore il peut manger certains aliments croquants mais refuser les purées).

C. Les réactions d'aversion de l'enfant face aux aliments peuvent aller de l'action de grimacer ou de cracher la nourriture, à la suffocation et aux vomissements. Après une réaction d'aversion, l'enfant refuse de continuer à manger de la nourriture et souvent généralise et refuse d'autres aliments avec une couleur, une apparence ou une odeur similaire. Par conséquent, l'enfant peut refuser l'ensemble des 4 groupes alimentaires.

D. L'enfant est réticent à essayer de nouveaux aliments qui lui sont inconnus mais mange sans difficulté ses aliments préférés.

E. Sans complément alimentaire, l'enfant montre des déficits nutritionnels spécifiques (vitamines, fer, zinc ou protéines) mais n'a habituellement aucun retard de croissance et peut même être en surpoids.

- Il présente un retard de la motricité orale et de parole, et / ou
- Devient anxieux au cours de l'âge préscolaire au moment des repas et évite les situations sociales qui impliquent de manger.

F. Le refus alimentaire ne doit pas être consécutif à un traumatisme de l'oropharynx.

G. Le refus alimentaire n'est pas en relation avec des allergies alimentaires ou toute autre maladie.

Annexe 2 : Les stades d'hypersensitivité de Leblanc et al. (2009)

L'expérience clinique a permis de décliner la notion d'**hypersensitivité tactile** en cinq stades :

- **Au stade 5**, on constate une **aversion pour le contact corporel et pour le toucher de tout type de matière**. L'enfant évite ou refuse le toucher corporel, il explore peu ou pas les jouets. Une aversion pour le toucher de matières franches (bois, plastic, tissus...) est également observée ainsi que pour les matières/textures molles, aériennes (plumes, coton, pâte à modeler, peinture ; pâtes et riz cuit, fruits et légumes crus, épluchés). Il arrive que le toucher de ces matières et textures entraîne une nausée.
- **Au stade 4**, le **toucher du corps est possible ainsi que celui des matières franches**. Par contre, le toucher des matières/textures sèches (pâtes et riz crus, semoule, légumes et fruits crus non épluchés) est difficile ainsi que celui des matières/textures molles (pâte à modeler, pâtes et riz cuits) et des matières, textures aériennes (plumes, coton, farine).
- **Au stade 3**, le **toucher du corps est possible ainsi que celui des matières/textures franches et sèches**. Ce qui reste difficile est le toucher des matières molles, non collantes au doigt (pâte à modeler) et des matières gélatineuses (pâtes et riz cuit al dente). Les matières et textures aériennes (coton, plume, farine) restent impossibles à toucher.
- **Au stade 2**, le **toucher du corps, des matières et textures franches, sèches, molles non collantes est possible**. Par contre, persiste une aversion pour les matières/ textures collantes au doigt et aériennes.
- **Au stade 1**, le **toucher est possible jusqu'aux matières et textures molles collantes** (peinture, compote, purée, yaourts).
- **Au stade 0**, l'enfant n'a **plus d'appréhension tactile**.

L'**hypersensitivité orale** peut, elle aussi, se définir selon cinq stades :

- **Au stade 5**, l'enfant ne laisse aucun accès au visage, plus il y a de tentatives, plus il met en place des défenses.
- **Au stade 4**, il est possible de toucher le menton et les joues mais les autres zones sont défendues.
- **Au stade 3**, l'enfant nous laisse toucher les zones exo-buccales (joues, menton, lèvres) mais les zones endo-buccales sont encore défendues.
- **Au stade 2**, le toucher des zones exo-buccales est possible. De petits massages sur les gencives et les joues en restant en antérieur sont réalisables.
- **Au stade 1**, les massages sont appréciés sur les gencives, les joues, partie antérieure du palais et la pointe de la langue.
- **Au stade 0**, il est possible de solliciter toutes les zones endo et exo-buccales ainsi que les parties postérieures des gencives, de la langue et du palais.

Annexe 3 : Classification des refus alimentaires (Senez 2002)

- Niveau N (normal) : Le sujet accepte les morceaux. Pas de sélection particulière pour les aliments. Prend plaisir à s'alimenter.
- Niveau 1 : Refus des morceaux consistants. Certains petits morceaux non fibreux acceptés, mais propension fréquente à stocker les fibres alimentaires, surtout d'origine animale, dans les sillons jugaux sans les déglutir. Ces boules de fibres peuvent être recrachées longtemps après la fin du repas. Pas de préférence exagérée pour les aliments sucrés. Pas de susceptibilité particulière aux aliments froids. Prend plaisir à d'alimenter. A bon appétit.
- Niveau 2 : Refus de tout morceau. Alimentation mixée grossièrement acceptée avec des fibres alimentaires tendres et accompagnées d'un liant type sauce blanche. Petite préférence pour le sucré. Petite réaction aux aliments froids. Prend plaisir à s'alimenter avec les aliments qu'il a sélectionnés. A bon appétit.
- Niveau 3 : Refuse des morceaux et des moindres petites particules. Alimentation mixée fin homogène, de la consistance d'une pommade. Nette préférence pour le sucré. Réaction d'aversion aux aliments froids. Seuls les aliments tièdes sont acceptés. N'a aucun plaisir à s'alimenter. Lenteur pour s'alimenter. A peu d'appétit.
- Niveau 4 : Refus du passage à une alimentation variée à la cuillère, quel que soit son âge. Seule l'alimentation au biberon contenant du lait tiède est acceptée. Aucun plaisir en dehors du lait.
- Niveau 5 : Refus total d'une alimentation orale. Le seul contact tactile sur les lèvres déclenche une réaction nauséuse exacerbée. Alimentation entérale par sonde nasogastrique ou sonde de gastrostomie. Aucun plaisir oral.

Annexe 4 : Classification du réflexe nauséux (Senez 2002)

- Stade 0 : Aucun nauséux n'est déclenché en allant toucher les piliers du voile et la base de langue . En revanche une contraction vélaire est observée. Cette absence de réaction est normale chez 13% des sujets bien portants étudiés par Leder.
- Stade N : La zone de déclenchement est située réflexe nauséux est situé au niveau des piliers du voile et de la base de langue. C'est la zone normale de déclenchement d'un nauséux chez la grande majorité des adultes bien portants.
- Stade 1 : La zone de déclenchement est située dans les régions très postérieures de la bouche, au niveau du palais et/ou de la langue. La réaction est faible. Vomissements ou régurgitations récurrents (VRR) ne sont **jamais** observés à ce stade.
- Stade 2 : La zone de déclenchement est située postérieurement après le creux du palais et dans la partie postérieure du dos de la langue. L'intensité de la réaction peut être vive à modérée. VRR associés dans un cas sur trois.
- Stade 3 : La zone de déclenchement est située dans le creux du palais. L'intensité de la réaction est vive et peut entraîner une toux et une rougeur de la face. VRR associés dans un cas sur deux.
- Stade 4 : La zone de déclenchement est située dans la partie antérieure entre la zone apicale et le creux du palais. L'intensité de la réaction est très vite comme dans le stade 3. VRR associés dans un cas et demi sur deux.
- Stade 5 : La zone de déclenchement est située au niveau des lèvres. L'intensité de la réaction est très vive. VRR associés dans presque tous les cas.

Annexe 5 : Ordonnance Miam Miam (Leblanc et al. 2009)

Il est important de repartir de ce que l'enfant sait faire sur les plans tactile et oral, pour ainsi retrouver du plaisir à être touché ou à toucher, à bouger, à voir, à entendre et bien sûr à mettre en bouche.

Des activités différentes sont proposées en fonction du stade où se trouve l'enfant :

- **au stade 5**, masser le corps (après le bain), utiliser la technique du brushing, favoriser la mise au sol en mettant à disposition des jouets de différentes matières, ou encore inciter à marcher pieds nus sur différentes textures et matières, sont à préconiser. La technique du brushing est une méthode de désensibilisation tactile mise au point en Amérique du Nord. Elle consiste à solliciter la sensibilité superficielle et profonde avec une brosse thérapeutique. Le massage des membres supérieurs, inférieurs et le dos sera suivi d'une stimulation proprioceptive (articulations des membres supérieurs et inférieurs). Cette technique est encadrée par des thérapeutes formés à cette méthode ;
- **au stade 4**, le toucher des matières sèches peut se faire grâce à des paillettes de bois, des pâtes, du riz, des lentilles, des fruits et des légumes crus non épluchés. Un jouet préféré peut se cacher au milieu de ces textures afin d'encourager l'enfant à toucher ; les jeux de pluie et de transvasement sont appréciés. La cuillère devient une copine en la manipulant vide ;
- **le stade 3** envisage le toucher des matières molles non collantes aux doigts (pâtes et riz cuits al dente, pâte à modeler, balle en mousse, matière gélatineuse) ;
- **le stade 2** propose la sollicitation des textures aériennes (coton, plume, farine, sucre) ;
- **au stade 1**, l'enfant peut patouiller dans des matières collantes (peinture au rouleau, à l'éponge, aux doigts, pâte à sel, compote, purée) ;
- arrivé **au stade 0** l'enfant n'a plus de défense tactile.

À partir de ce moment-là, il est prêt à recevoir dans un premier temps des sollicitations au niveau exo-buccal puis endo-buccal sans que cela soit vécu comme une agression corporelle. Il est ici aussi important de repartir de ce que l'enfant sait faire en se référant au stade atteint :

- **au stade 5**, il faut favoriser le toucher par une pression sur le front, le nez, les joues, le menton, avec les doigts, la tétine ou la cuillère et aider l'enfant à explorer oralement des objets ;
- **au stade 4**, il est maintenant possible de se rapprocher de la bouche par des pressions sur les lèvres. La bouche est investie grâce à des mimiques, des bruits de bouche, des jeux de souffle, bulles ;
- **au niveau du stade 3**, l'ouverture des lèvres se réalise grâce à une pression partant de l'oreille jusqu'à la bouche. Quand elles sont ouvertes, de petites pressions rapides sur la gencive antérieure (supérieure et inférieure) ou de petits massages sur les gencives sont conseillés. À présent, la cuillère vide peut venir tapoter les lèvres. Le doigt peut à cette période venir déposer un « goût copain » sur les lèvres ;
- **au stade 2**, l'ouverture de la bouche est acquise. Il est donc possible de mettre en place des massages francs sur les gencives, la langue, le palais (la partie antérieure) en partant de la fréquence acceptée par l'enfant et en les répétant pluriquotidiennement. Jouer à manger pour de faux avec la dinette est un vrai régal ;
- **au stade 1**, l'enfant accepte d'augmenter la fréquence des petits massages ; ce moment doit rester un moment de jeux et de plaisir pour l'enfant mais aussi pour les parents. L'enfant joue à manger avec la cuillère vide en bouche, et avec la cuillère parfumée d'un « goût copain » sur le bord des lèvres ;
- quand l'enfant en est **au stade 0**, il accepte la cuillère en bouche avec les aliments mais la notion de quantité n'est pas encore abordée.

Annexe 6 : Programme d'introduction d'un nouvel aliment de Lovaas (1981)

Pour l'introduction d'un nouvel aliment, Lovaas suggère d'utiliser des stratégies d'imitation en demandant à l'enfant de reproduire ce que fait l'adulte et recommande un renforçateur puissant pour chaque étape.

Etape 1 : L'adulte utilise l'index pour **toucher** le morceau du nouvel aliment. L'enfant doit faire de même.

Etape 2 : L'adulte **prend** le morceau de nourriture puis il le replace dans l'assiette. L'enfant doit faire ces gestes.

Etape 3 : L'adulte prend la nourriture, la **porte à son nez** puis il la replace dans l'assiette. L'enfant doit imiter cette séquence.

Etape 4 : L'adulte prend la nourriture, la **porte à ses lèvres** puis il la dépose dans l'assiette. L'enfant doit faire de même. Pour réussir cette étape, le temps où la nourriture est posée sur les lèvres doit être de 1 à 5 secondes.

Etape 5 : L'adulte **touche** la nourriture **avec sa langue**. L'enfant doit l'imiter. Pour réussir cette étape, le temps où la nourriture est posée sur la langue doit être de 1 à 5 secondes. Si l'enfant a une réaction négative, il faut répéter l'étape précédente et offrir le renforcement de nouveau à l'enfant à la suite de sa réussite.

Etape 6 : L'adulte **place** la nourriture **dans sa bouche** et il incite l'enfant à l'imiter. Si l'enfant avale, on lui offre le renforcement immédiatement. S'il n'avale pas, on l'aide à retirer la nourriture de sa bouche et à la déposer dans l'assiette. Pour réussir, la durée en bouche doit être de 1 à 5 secondes.

Etape 7 : L'adulte **mâche et avale** la nourriture. L'enfant doit faire de même. Si cela est difficile pour lui, combinez le morceau de nourriture avec une boisson ou un aliment apprécié.

Lorsque l'enfant progresse, il est alors possible d'introduire des aliments de plus en plus différents en textures et en couleurs. Chaque nouvelle étape doit être menée séparément et toutes les étapes doivent être micrograduées.

Annexe 7 : Lettre à la directrice du SESSAD Y

Madame C.,

Etudiante en 3^{ème} année d'orthophonie, j'ai effectué un stage sur 2 jours et demi dans votre SESSAD en octobre 2011. Ce stage m'a beaucoup plu et je suis très enthousiaste pour réaliser mon stage de 4^{ème} année dans votre établissement. Ce dernier se déroulerait de septembre 2012 à mai 2013, à raison d'une demi-journée minimum par semaine.

D'autre part, l'autisme est un des domaines qui m'attire le plus et dans lequel je souhaite travailler dans mon futur professionnel.

Je réalise également mon mémoire de fin d'études en binôme sur le sujet. Nous venons de proposer un sujet sur l'autisme et les troubles d'alimentation qui doit être approuvé par la commission des mémoires de notre faculté. Vous trouverez ci-joint cette proposition. Pensez-vous que ce projet est réalisable et que je puisse le mettre en place au sein du SESSAD ?

De plus, lors de mon stage, L. m'avait parlé d'un atelier repas organisé le mercredi avec les enfants ayant le plus de difficultés d'alimentation. Je suis d'ailleurs disponible entre fin avril et mi-mai où si cela est possible je pourrais assister à certains de ces ateliers et échanger avec les professionnels qui l'organisent. Cela serait très enrichissant pour notre mémoire et serait également l'occasion d'avoir un contact avec les enfants.

Dans l'attente d'une réponse favorable de votre part, je me tiens à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Annexe 8 : Entretien avec Mme Maniez

Atelier cric crac croque qui s'adresse à des enfants qui présentent des troubles d'alimentation mais pas forcément autistes.

- *Avez-vous un bilan pour savoir que tel enfant peut entrer dans l'atelier ?*
- L'enfant arrive souvent à 6 ans, l'équipe nous interpelle s'ils observent des troubles d'alimentation ou d'après le dossier si la famille explique qu'il mange que tel ou tel aliment, surtout pas de morceaux, il boit encore au biberon ... On fait un bilan orthophonique et on observe l'enfant au moment d'un repas et à partir de là, on décide s'il y a indication pour que l'enfant participe à l'atelier ou si c'est plus une prise en charge individuelle en orthophonie.
- *Prenez-vous en charge individuellement les troubles alimentaires ?*
- Ça peut arriver, car certains enfants ont besoin d'un cadre plus structuré, de la relation individuelle et d'autres vont plus bénéficier d'une situation de groupe ; voir faire sur les autres, chanter les comptines tous ensemble...Le fait de voir sur les autres leur permet d'anticiper leur tour et ça les rassure.
- L'idéal c'est de pouvoir se rendre à domicile, voir des repas, donner des pistes à la famille, observer comment les parents donnent à manger, comment ils se comportent pendant les repas. On peut aussi demander à la famille de ramener la nourriture que l'enfant a l'habitude de manger et qu'un des parents vienne à une séance pour donner à manger. Observer comment ça se passe avant nous d'intervenir.
- *Qu'utilisez-vous comme bilan orthophonique ?*
- Je m'inspire beaucoup des bilans de Mme Crunelle mis au point pour des enfants avec troubles moteurs. On teste la motricité, les praxies, la sensibilité. Chez les enfants autistes, on va surtout trouver des problèmes au niveau sensoriel. C'est donc important d'aller tester au niveau sensitif leurs réactions et pas seulement au niveau de la bouche. On peut faire des petites comptines au niveau des mains et s'approcher du visage progressivement.
On retrouve souvent un réflexe hypernauséux chez les enfants autistes, ce sont des enfants qui vont trier leur assiette, qui n'acceptent pas les morceaux qui sont toujours au mixé (purée, biberon).
- Ce n'est pas l'orthophoniste toute seule qui va arriver à faire changer les choses, c'est vraiment dans les ateliers qu'on anime, faire participer les éducateurs au moment des repas pour qu'ils réutilisent les stimulations au quotidien et qu'ils voient les progrès de l'enfant.
- Il y a des formations internes, 1 journée par an sur les troubles d'alimentation. C'est vraiment un travail d'équipe. Intérêt de travailler avec les personnes qui s'occupent de l'enfant au moment du repas. Si possible, que les parents assistent aux séances afin de pouvoir reprendre les stimulations à la maison.
- Si on détermine un trouble de sensibilité = enfant qui n'aime pas être touché. La famille va signaler des problèmes au moment de la toilette, essuyer la bouche, le mouchage, le brossage des dents, ce qui va nous alerter.
- Le passage à l'alimentation se fait en fonction de chaque enfant. Par exemple, enfant qui refuse les morceaux, on commence par des miettes de biscuits à la cuillère (granuleux non lisse), on ne va pas commencer par une clémentine. C'est un travail

très progressif et parfois qui dure des années.

Ici, les enfants ont une histoire médicale autour de l'alimentation. Ce sont parfois des enfants qui ont été gavés à la naissance car prématurés, avec un passage à la cuillère vers 6 mois très difficile. Les parents arrivent à un moment où ils se disent « ouf il mange ! » donc on ne va pas aller l'embêter, si c'est de la purée ce n'est pas grave ; il mange, il grandit et il grossit.

- Parfois les parents ont aussi une alimentation sélective donc c'est difficile de montrer l'intérêt de diversifier l'alimentation. Quelques fois, on peut faire le lien avec l'articulation/ le langage ; s'il apprend à mâcher il va travailler au niveau moteur, pour les praxies, il va faire travailler ses joues, ses lèvres et il va peut être pouvoir prononcer de nouveaux sons.

- *Quel lien entre l'oralité alimentaire et verbale ?*
- D'expérience, un enfant qui commence à développer sa motricité au niveau de l'alimentation, très souvent on voit de nouveaux sons apparaître. Quand on a vraiment une hypersensibilité, on a des enfants qui ont tout le temps la bouche fermée, les vocalisations se résument à [mmm] et bruits de gorge. Puis ils commencent à ouvrir la bouche, à produire des voyelles. On a l'impression qu'ils découvrent leur bouche, qu'ils prennent conscience de leur bouche et les massages ça sert à désensibiliser mais aussi à ça.

- *Comment faites-vous au niveau des massages corporels ?*
- Je n'interviens pas au niveau du corps, c'est la psychomotricienne. L'orthophoniste intervient sur la partie oro-faciale. C'est très lié, en général si hypersensibilité c'est global.

- *Au niveau facial, touchez-vous les oreilles, le nez ou cela reste ciblé au niveau de la bouche ?*
- Justement on y va très progressivement. On commence par les mains, par exemple la comptine « je fais le tour de la maison » où on reste autour du visage et ce n'est qu'à la fin qu'on arrive à la bouche. On va dénommer et toucher toutes les parties du visage. On commence par l'extérieur : le front, les oreilles, le cou, les joues, les yeux puis on se rapproche le nez, la bouche ... Il faut que l'enfant anticipe, c'est pour ça qu'on fait toujours les mêmes comptines à chaque séance toute l'année, ça ne change pas. Ça permet de rassurer l'enfant, d'être en confiance.

- *Quelles comptines ?*
- On commence par des comptines au niveau des mains : « je fais le tour de ma maison », « je cache mes yeux, je bouche mes oreilles, je ferme ma bouche » puis ça peut être « coucou le front » et si l'enfant n'accepte pas qu'on touche sur lui, on lui fait toucher sur nous. On peut utiliser différents matériels si l'enfant ne veut pas qu'on l'approche avec les mains, parfois ce qui marche c'est le vibrant.
- On garde toujours la même progression car c'est rassurant pour l'enfant après, s'il accepte, on peut introduire de petits changements.
- On utilise les comptines au moment des massages intra-buccaux (« 1,2,3 soleil » ou « 1,2,3 nous irons au bois ») et cette chanson est reprise au moment du brossage des dents avec la même progression de massage avec la brosse à dents. C'est vrai que ce n'est pas agréable de se faire brosser les dents et selon chaque adulte ce n'est pas la même façon de faire. Là cela leur permet de savoir comment on va procéder. Parfois on reprend aussi cette petite comptine quand on veut faire goûter un nouvel aliment et on va aller masser les gencives avec l'aliment.

- *Quels choix d'aliments ?*
- En fonction des enfants : gâteaux émiettés dans une cuillère, souvent fruits/légumes c'est difficile. En fonction de ce que disent les équipes. Si l'enfant n'accepte pas au niveau de la bouche, toucher l'aliment peut parfois déclencher un nauséeux, on va juste effleurer l'aliment sur les lèvres.
Parfois des enfants peuvent accepter le dur mais pas le mou, que le tiède... souvent aussi des enfants qui ne savent pas boire de l'eau car les parents la coupent avec du sirop, du sucré donc on essaye de diluer progressivement.
- *Travaillez-vous le souffle ?*
- Pas dans le cadre de l'atelier. C'est souvent difficile, surtout avec les enfants déficients visuels car on travaille avec des choses visuelles : des plumes qui s'envolent, des bulles de savon...
- *Et comment prenez-vous en charge la problématique du mouchage ?*
- C'est très compliqué. On doit l'apprendre quand l'enfant n'est pas enrhumé, tout ce qu'on peut faire par la bouche, on le fait par le nez : polystyrène, plumes qui s'envolent, flûtes nasales (pas top!)...
- *Et pour les praxies ?*
- On le fait en coaction, on imprime le mouvement. Tant que c'est au niveau labial, des joues ça va mais ça devient plus compliqué quand il faut aller dans la bouche, lever la langue pour le « l ». L'abaisse-langue ce n'est pas très agréable donc on travaille beaucoup avec ses doigts. Au début, les équipes étaient très réticentes.
- *Pour travailler l'alimentation est ce que les enfants portent un bavoir ?*
- Non. Pour les enfants qui bavent beaucoup, ils portent déjà un bandana ou un bavoir constamment sinon on a toujours le rouleau de sopalin à côté.

Mme Maniez a assisté aux ateliers de nutrition à l'institut Pasteur de Lille où Catherine Senez est intervenue sur « Syndrôme de dysoralité sensorielle autour de la personne autiste » + livre avec chapitre sur l'hypersensibilité comment le tester et le prendre en charge. Elle utilise les massages de désensibilisation avec les enfants autistes.

- *Travaillez-vous l'odorat ?*
- Pas particulièrement mais c'est vrai qu'avant de faire goûter un gâteau, on le fait toucher, on le fait sentir et on en rajoute « hummm ça sent bon ! », il ne faut pas hésiter à surjouer, à goûter soi-même aussi, ne pas laisser les enfants manger tout seuls.

Atelier cric crac croque : on commence toujours par les fruits avant les gâteaux parce que si on sort les gâteaux tout le monde en veut.
1 adulte pour 1 enfant.

- *Quelle est la comptine de fin ?*
- Comptine inventée « c'est fini ! Pour aujourd'hui ! C'était bien ! A demain/A lundi prochain ! ». Des équipes la reprennent pour signifier la fin d'une activité.

Catherine Senez avait parlé d'une étude faite dans la population toute venante où on proposait un goût et une odeur amers : 50% avaient une réaction normale, 25% n'aimaient pas et 25% ne supportaient absolument pas.

- *Pensez-vous que notre travail a un intérêt ?*
- Oui car on n'en parle pas assez. C'est un travail indispensable.

- L'important c'est de transférer les acquis donc dès qu'un enfant accepte un aliment on le dit à l'équipe et à la famille. On propose l'atelier en dehors des repas pour que le repas ne devienne pas un moment de conflit. Pendant l'atelier, on s'amuse, on chante des chansons, on n'oblige pas.

- Envisager un partenariat avec les psychomotriciens, les kinés pour les massages et le schéma corporel.
Senez insiste sur le fait de faire les massages 7 à 8 fois par jour pendant au moins 6 mois et l'arrêt doit être progressif. Ortho séance de 10 min avec comptine des mains, comptine du visage et massages. Essayer de motiver les équipes !

Atelier cric crac croque au SAFEP : ce sont les parents qui font les stimulations et ils restent toute une journée

Annexe 10 : Questionnaire à destination des professionnels intervenant auprès d'enfants et adolescents autistes

Questionnaire aux professionnels

Dans le cadre de notre mémoire d'orthophonie consacré aux problèmes d'alimentation chez les enfants autistes, nous aurions besoin de recueillir vos observations à ce sujet. D'avance, nous vous remercions pour votre coopération.

Votre profil :

Profession :

Lieu d'exercice :

1. Comment définissez-vous les problèmes d'oralité ?
2. Etes-vous confronté aux problèmes d'alimentation dans votre pratique auprès d'enfants autistes ? Si oui, lesquels ?
3. Ces troubles d'alimentation font-ils partie de votre prise en charge ? Si oui, sous quelle forme ?
4. Dans ce type de prise en charge, des difficultés se sont-elles présentées à vous ? Si oui, lesquelles (réticences, gênes ...) ?
5. Pensez-vous que l'orthophonie ait sa place dans la prise en charge des troubles d'alimentation ? Si oui, sous quelle forme ?
6. Avez-vous des remarques ?

Suite à ce questionnaire général, nous vous proposons des questions spécifiques sur l'enfant :

âge :

Allergies alimentaires particulières :

Afin de répondre au maximum de questions possibles, n'hésitez pas à remplir ce questionnaire avec l'aide des parents ou de tout autre professionnel concerné par l'enfant.

Comment l'enfant se comporte-t-il à table ?

Choix des aliments

	Pas du tout	Un peu	Souvent	Tout le temps
Fait-il preuve d'une grande sélectivité alimentaire ?				

Quels sont les aliments qu'il choisit de façon préférentielle ?

Comment choisit-il ses aliments ?				
- selon leur texture				
- selon leur couleur				
- selon leur température				
- selon leur odeur				
- selon leur goût (salé, sucré, amer, acide...)				

Détaillez

Explore-t-il les aliments avant de les mettre en bouche ?				
- Avec ses mains (il les touche)				
- avec son nez (il les sent)				

A-t-il une réaction particulière face aux aliments :				
- qu'il ne connaît pas ?				
- qu'il apprécie ?				
- qu'il n'apprécie pas ?				

Détaillez

Prise alimentaire

	Pas du tout	Un peu	Souvent	Tout le temps
Met-il des grandes quantités de nourriture dans sa bouche ?				
Comment introduit-il les aliments dans sa bouche ?				
– avec sa main				
– avec l'aide de l'adulte				
– avec une cuillère				
– avec une fourchette				
Ouvre-t-il la bouche de façon adaptée lorsqu'il va y introduire un aliment ?				
A-t-il une réaction particulière face à l'ustensile utilisé ?				

Détaillez

Ses lèvres se referment-elles de façon étanche sur l'ustensile ou de la nourriture tombe-t-elle de la bouche ?				
Est-il capable de croquer ?				

Mastication

Sa mastication est-elle efficace ?				
------------------------------------	--	--	--	--

S'il ne mastique pas, que fait-il avec les aliments ? (il les suce, il les mordille, il les avale tout rond ...)

La mastication se fait-elle bouche fermée ?				
Y-a-t-il un temps de latence après la mise en bouche de l'aliment et avant la mastication ?				
La langue sort-elle de la cavité buccale pendant la mastication ?				
Pendant ce temps, la respiration est-elle nasale ?				

Déglutition

Est-ce qu'il a tendance à manger rapidement ou plutôt lentement ?

	Pas du tout	Un peu	Souvent	Tout le temps
A-t-il des difficultés pour avaler ?				
Est-ce qu'il fait des fausses routes ?				
Vomit-il, tousse-t-il en fin de repas ?				
Bave-t-il pendant le repas ?				
Lorsqu'il déglutit, sa langue sort-elle de la bouche ?				
Reste-t-il de la nourriture dans sa bouche après avoir dégluti ?				
Est-il éventuellement gêné par d'éventuels restes alimentaires autour de ses lèvres ?				

Comment les enlève-t-il ? (avec sa langue, avec une serviette...) ?

Est-ce qu'il boit pendant le repas ?				
--------------------------------------	--	--	--	--

Comment ? (avec un biberon, un verre, avec une paille ...)

Est-ce qu'il boit en dehors du repas ?				
--	--	--	--	--

Comment ? (avec un biberon, un verre, avec une paille ...)

Communication pendant le repas

Est-ce qu'il interagit avec les autres ?				
--	--	--	--	--

Avec qui (enfants, adultes) et de quelle façon ?

Quelles sont ses productions verbales (phonèmes, syllabes, mots, phrases, cris, gazouillis, gargarismes, babillages ...) ? Sont-elles différentes des autres moments de la journée ?

Quelles sont ses productions non-verbales (mimiques, pointage ...) ? Sont-elles différentes des autres moments de la journée ?

Avez-vous des remarques ?

Merci pour votre participation.

Annexe 11 : Questionnaire aux parents des cas cliniques de notre mémoire

Questionnaire à destination des parents d'enfants et adolescents autistes

Chers parents,

Nous sommes deux étudiantes en 4ème année d'orthophonie à Lille et nous réalisons notre mémoire de fin d'études sur les troubles d'alimentation chez les enfants et adolescents autistes. Afin d'enrichir nos travaux, nous aurions besoin de recueillir vos témoignages. Nous vous invitons donc à remplir ce bref questionnaire concernant la relation de votre enfant face à l'alimentation au quotidien.

Merci d'avance pour votre participation.

- L'alimentation est-elle problématique pour votre enfant ? Comment cela se traduit-il ?

- Comment s'alimente-il ? (doigt, cuillère, biberon, fourchette ...)

- Est-ce qu'il mange seul ? Depuis quand ?

- Le passage du liquide au solide a-t-il été compliqué ? De quand date-t-il ?

- Est-ce qu'il mâche de manière efficace ?

- Est-ce qu'il mange plutôt vite ? Ou plutôt lentement ?

- Est-ce qu'il communique pendant le repas ? (parole, geste, pictos, mimique, sourire...)
Avec qui ?

- Comment se comporte-t-il à table ?

- Avez-vous repéré des variations de son comportement :
 - selon l'heure du repas (petit déjeuner, dîner ...) ?
 - le lieu (maison, extérieur) ?
 - Le nombre de personnes à table ?

- Avez-vous mis des stratégies en place face à ces situations ?
- Y a-t-il des aliments qu'il préfère ? (lesquels ?)
- Y a-t-il des aliments qu'il ne supporte pas ? (lesquels)
- Est-ce qu'il a plutôt bon appétit ? (quantité variable selon les aliments)
- Que fait-il quand il ne connaît pas un aliment ?(le sent, le touche, le refuse ...)
- Est-il sensible aux odeurs ?
- Est-ce qu'il se lave les dents ?
- Présente t-il des problèmes de santé particuliers ? (allergies,transit, digestif) Si oui, lesquels ?
- Suit-il un régime particulier ? Lequel ?
- Quelles sont vos attentes par rapport à notre intervention ?

Annexe 12 : Epreuve de connaissance des aliments

Epreuve de connaissances des aliments sur photos
--

- Dénomination
- Désignation
- Association images et photos
- Associations photos et objets miniatures

Items	+/-	Réponse
Fruits		
Banane		
Orange		
Fraise		
Pomme		
Raisin		
Légumes		
Carotte		
Salade		
Tomate		
Aubergine		
Poireau		
Matières grasses		
Beurre		
Produits laitiers		
Lait		
Fromage		
Yahourt		
Viande, poisson, oeuf		
Viande rouge		
Poulet		
Œuf		
Poisson		
Céréales, Féculents, Pain		
Pain		
Pomme de terre		

Riz		
Pâtes		
Produits sucrés		
Sucre		
Biscuit		
Chocolat		
Boissons		
Eau		
Jus d'orange		
Coca		
TOTAL		/28

Annexe 13 : Evaluation des praxies bucco-faciales

Evaluation des praxies bucco-faciales

sur imitation

sur dessin

	Mouvements proposés	+ / -	Mouvements réalisés par l'enfant
1	Ouvrir la bouche		
2	Déplacer la mâchoire inférieure latéralement du côté droit		
3	Déplacer la mâchoire inférieure latéralement du côté gauche		
4	Tirer la langue		
5	Lever la pointe de la langue vers le bout du nez		
6	Tirer la langue contre le coin des lèvres à droite		
7	Tirer la langue contre le coin des lèvres à gauche		
8	Déplacer la langue du coin droit au coin gauche des lèvres		
9	Se lécher la lèvre supérieure		
10	Se lécher la lèvre inférieure		
11	Nettoyer avec la langue l'extérieur de la denture supérieure		
12	Nettoyer avec la langue l'extérieur de la denture inférieure		
13	Lever la pointe de la langue derrière les incisives supérieures		
14	Pincer les lèvres		
15	Cacher la lèvre supérieure avec la lèvre inférieure		
16	Cacher la lèvre inférieure avec la lèvre supérieure		
17	Gonfler les 2 joues		
18	Gonfler la joue droite		
19	Gonfler la joue gauche		
20	Souffler par la bouche		

Items :

1, 2, 3 : mouvements mandibulaires

4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 : mouvements linguaux

14, 15, 16 : mouvements labiaux

17, 18, 19 : tonicité des joues et continence labiale

20 : souffle buccal

Annexe 14 : Grille d'observation lors de la présentation des aliments en évaluation

Grille d'observation lors de la présentation des aliments en évaluation

Nom de l'enfant :

Date :

Aliments présentés : Aliment 1 :

Aliment 2 :

Aliment 3 :

Exploration des aliments	Aliment 1	Aliment 2	Aliment 3
L'enfant a un réflexe nauséeux			
L'enfant regarde l'aliment			
L'enfant sent l'aliment			
L'enfant touche l'aliment			
L'enfant porte l'aliment à sa bouche			
L'enfant goûte ou lèche l'aliment			
L'enfant avale une partie de l'aliment			
L'enfant avale la bouchée complètement			

Mastication	Aliment 1	Aliment 2	Aliment 3
L'enfant mastique			
Si non, que fait-il avec l'aliment ? (suce, mordille ...)			
Il y a un temps de latence entre la mise en bouche et la mastication			
La langue sort de la bouche pendant la mastication			

Déglutition	Aliment 1	Aliment 2	Aliment 3	Eau
L'enfant présente des difficultés pour avaler				
L'enfant fait une fausse route				
L'enfant déglutit en plusieurs fois				
L'enfant bave				
L'enfant présente un mérycisme				
La langue sort de la cavité buccale pendant la déglutition				

Comportements	
Productions verbales	
Productions non verbales	
Autres comportements (se lève, recrache, refus ...)	

Autres observations :

Annexe 15 : Comptines de l'atelier Cric crac

Croque

Comptines autour des mains

1 doigt ...

1 doigt,
2 doigts,
3 doigts,
4 doigts,
5 doigts,
et la main !

(en touchant chaque doigt puis
la main)

Voici ma main !

Voici ma main, elle a 5 doigts !
En voici un,
en voici deux,
en voici trois,
en voici quatre
et en voici cinq !

Toc toc toc monsieur pouce !

Toc toc toc monsieur pouce,
est-tu là ?
Chut ! Je dors.
Toc toc toc monsieur pouce,
est-tu là ?
Chut ! Je dors.
Toc toc toc monsieur pouce,
est-tu là ?
Oui, je sors !

Comptines autour du visage

Coucou le front !

Coucou le front,
Coucou les yeux,
Coucou les oreilles,
Coucou le nez,
Coucou les joues,
Coucou le menton,
Coucou la bouche.

Je cache mes yeux !

Je cache mes yeux,
Je cache mes oreilles,
Je pince mon nez,
Je ferme la bouche.

Beau front !

Beau front,
Beaux yeux,
Nez de cancan,
Bouche d'argent,
Menton fleuri,
Guili, guili dans le cou !

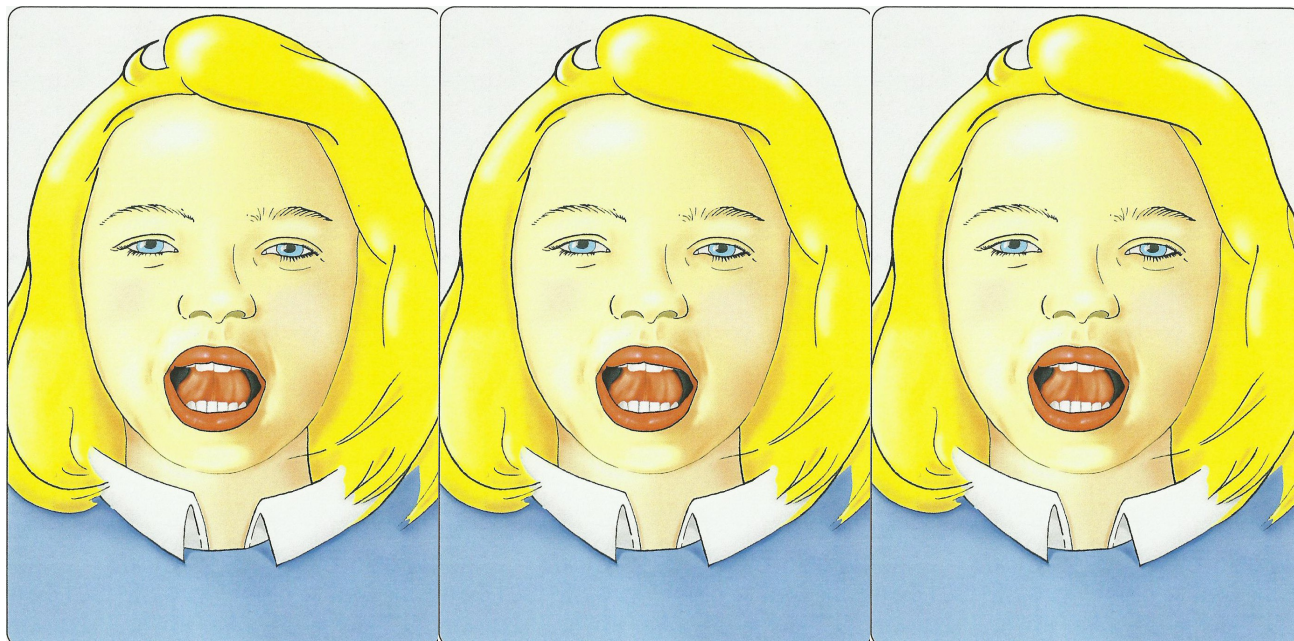
Le tour de la maison

Je fais le tour de ma maison,
Bonjour Papa,
Bonjour Maman,
Je descends l'escalier,
Je m'essuie les pieds,
supérieure)
et je ferme la porte à clé !

(faire le tour du visage)
(fermer un œil avec son doigt)
(fermer l'autre œil avec son doigt)
(faire glisser le doigt le long du nez)
(faire glisser un doigt après l'autre entre le nez et la lèvre
(fermer la bouche et tourner les lèvres)

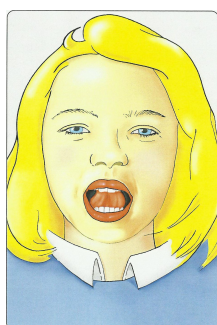
Annexe 16 : Visuel des praxies de Mathias

Visuels représentant la praxie à effectuer



Visuel des consignes à respecter pendant les exercices de praxies

Pendant l'exercice avec la langue :



- Ma tête reste droite
- J'ouvre ma bouche
- J'avale ma salive
- J'essuie ma salive en tapotant avec mon mouchoir

Annexe 17 : Caractéristiques des aliments

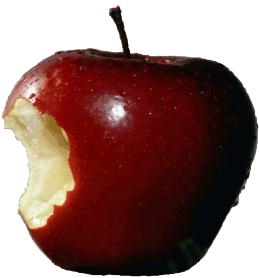
LES CHIPS	LE BROWNIE	LE CARAMBAR AU CAMEL	LA FRAMBOISE
c'est sucré	c'est sucré	c'est sucré	c'est sucré
c'est salé	c'est salé	c'est salé	c'est salé
c'est acide	c'est acide	c'est acide	c'est acide
c'est amer, âpre	c'est amer, âpre	c'est amer, âpre	c'est amer, âpre
ça sent bon	ça sent bon	ça sent bon	ça sent bon
ça sent mauvais	ça sent mauvais	ça sent mauvais	ça sent mauvais
ça se mange cru	ça se mange cru	ça se mange cru	ça se mange cru
ça se mange cuit	ça se mange cuit	ça se mange cuit	ça se mange cuit
c'est congelé	c'est congelé	c'est congelé	c'est congelé
c'est mou	c'est mou	c'est mou	c'est mou
c'est dur	c'est dur	c'est dur	c'est dur
ça croustille	ça croustille	ça croustille	ça croustille
c'est fondant	c'est fondant	c'est fondant	c'est fondant
c'est moelleux	c'est moelleux	c'est moelleux	c'est moelleux
c'est gras	c'est gras	c'est gras	c'est gras
c'est sec	c'est sec	c'est sec	c'est sec
c'est pâteux	c'est pâteux	c'est pâteux	c'est pâteux
ça colle sur les dents	ça colle sur les dents	ça colle sur les dents	ça colle sur les dents
c'est fibreux	c'est fibreux	c'est fibreux	c'est fibreux
c'est visqueux	c'est visqueux	c'est visqueux	c'est visqueux
c'est juteux	c'est juteux	c'est juteux	c'est juteux
c'est granuleux	c'est granuleux	c'est granuleux	c'est granuleux
j'aime	j'aime	j'aime	j'aime
je n'aime pas	je n'aime pas	je n'aime pas	je n'aime pas

Annexe 18 : Fiche de la pomme

De quelle couleur est la pomme ?



Comment peut-on couper la pomme ?



Comment peut-on manger la pomme ?



Dans quoi pousse la pomme ?



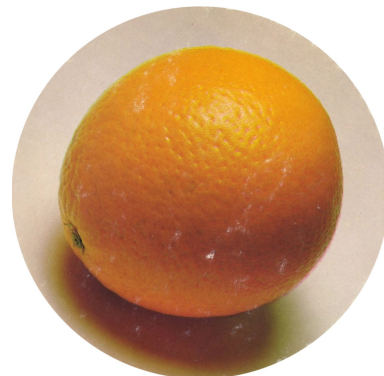
Annexe 19 : Recette du jus d'orange

Matériel :

- une orange
- un presse-agrumes
- un verre
- un couteau
- une assiette

Etapes :

- 1) Mettre l'orange dans l'assiette
- 2) Prendre le couteau et couper l'orange en deux
- 3) Presser ensuite chaque moitié d'orange avec le presse-agrumes
- 4) Verser le jus dans un verre
- 5) Déguster enfin ce jus d'orange frais ! Hum ...



Annexe 20 : Fiche pratique des pistes de prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants autistes

Evaluation des troubles d'oralité alimentaire :

- Echanger avec les parents sur les difficultés de leur enfant, sur les habitudes alimentaires familiales et sur la possible présence de troubles alimentaires dans la famille ainsi que sur leurs attentes (Annexe 11, A19)
- Répertorier le type d'alimentation (biberon, alimentation mixée, solide), la vitesse de prise alimentaire, les ustensiles utilisés (cuiller, fourchette), les préférences alimentaires, le comportement face à la nourriture en dehors ou pendant les repas (réflexe nauséux, nausées, vomissements...) de l'enfant
- Obtenir des informations complémentaires afin d'appréhender l'enfant de manière globale : antécédents médicaux (prématurité, reflux gastro-oesophagien, problèmes ORL...), état bucco-dentaire, niveau intellectuel, particularités sensorielles...
- Compléter dans la mesure du possible ces informations par les points de vue des différents intervenants auprès de l'enfant
- Evaluer le niveau de communication, de langage et d'articulation
- Procéder à l'évaluation des compétences nécessaires à une prise alimentaire efficace : respiration, sensibilité (des 5 sens), praxies bucco-faciales, mastication et déglutition. Proposer des aliments sélectionnés au préalable pour cibler notre observation sur ces différentes compétences ainsi que sur le comportement de l'enfant. Plusieurs échelles existent et permettent de situer le degré d'hypersensibilité de l'enfant : les classifications des refus alimentaires (Annexe 3, A5) et du réflexe nauséux (Annexe 4, A6) et les stades d'hypersensitivité tactile et orale (Annexe 2, A4).

Pistes de rééducation de l'oralité alimentaire chez les enfants autistes :

Avant toute prise en charge, il faut assurer une communication adaptée à chaque enfant (PECS, Makaton, supports visuels ...). Les moyens mis en place habituellement dans la prise en charge d'enfants autistes sont à respecter comme l'utilisation de renforçateurs positifs et la clarification de l'espace et du temps (organisation séquentielle des activités, « time-timer » ...). Un travail autour des règles sociales propres au moment des repas peut être entrepris (par des jeux de rôle, scénarios sociaux ...), si cela est nécessaire à l'enfant.

Nous avons classé nos pistes par symptômes pouvant être par ailleurs associés.

En cas d'**hypersensibilité**, nous conseillons de désensibiliser progressivement l'enfant en commençant par les mains puis les bras pour arriver à la bouche :

- appliquer des pressions profondes, des massages manuels ou différents objets (vibrants, doux...) sur le corps
- proposer l'exploration par les 5 sens de différentes textures, objets et/ou aliments en s'inspirant par exemple de la progression de désensibilisation tactile de l'ordonnance Miam Miam (Annexe 5, A7)
- une fois la zone du visage atteinte, diriger les massages exo-buccaux vers la bouche
- Suivre rigoureusement le protocole de Senez pour les touchers thérapeutiques intra-buccaux et sa fréquence d'application (cf 3.2.1.2.)
- Travailler les stéréognosies (température, volume, consistance, texture) en proposant des aliments à mettre en bouche

En cas d'**hyposensibilité et d'hypotonie orale**, qui sont souvent associées ; nous pourrions proposer des tapotements thérapeutiques visant à tonifier la sphère oro-faciale. De plus, l'application de froid réveille la zone stimulée. Pour une mobilisation active des effecteurs oro-faciaux, des exercices en contre-résistance avec ou sans l'intermédiaire d'objets (bouton, bulle de gant, abaisse-langue ...) seront indiqués.

En cas de **déficit praxique oral** notamment des mouvements nécessaires à la **mastication**, des exercices oro-faciaux sont recommandés. On pourra utiliser l'intermédiaire d'objets ou de mouvements réalisés spontanément comme lors de l'articulation de phonèmes pour transférer les capacités automatiques à une production volontaire.

En cas de **bavage**, il faut favoriser la respiration nasale et l'occlusion labiale avec des exercices praxiques. Pour retrouver la sensorialité de la zone péri-buccale et la tonifier, il est indiqué d'éponger cette zone par des tapotements et non de l'essuyer afin de ne pas brouiller les informations sensorielles.

En cas de **sélectivité alimentaire**, nous recommandons :

pour la présentation des aliments de :

- Présenter le même aliment sur plusieurs séances pour induire une habitude
- Choisir un aliment proche des préférences alimentaires de l'enfant pour une diversification progressive
- Suivre les étapes du programme d'introduction d'un nouvel aliment développé par Lovaas (Annexe 6, A8)
- Généraliser la représentation des aliments en les manipulant (couper, éplucher ...) avec l'enfant ou en présentant le même aliment sous différents aspects (pomme entière, en compote ou en chips)

en dehors de la présentation des aliments de :

- Développer la connaissance des caractéristiques sensorielles des aliments afin que l'enfant puisse exprimer ses préférences ou ses refus alimentaires (Annexe 17, A28)
- Développer la connaissance des propriétés sémantiques des aliments par des activités de catégorisation (ce qui est comestible ou non, fruits à pépins ou sans ...)
- Décliner visuellement le même aliment sous différentes facettes (Annexe 18, A29)

Accompagnement des parents et des professionnels auprès de l'enfant :

Il est intéressant que les parents assistent aux prises en charge orthophoniques afin de poursuivre à domicile le travail effectué en séance.

Au cours des repas, il faudra adapter l'environnement (cf 3.1.) selon les particularités de l'enfant : situation de communication, réduction des stimulations sensorielles pouvant être gênantes, clarification de l'espace et du temps, installation et posture, ustensiles.

Concernant les aliments, les parents pourront modifier la texture (hachée, mixée) et mélanger un aliment apprécié par l'enfant à un aliment non apprécié avec une progression du ratio de ce mélange.

Poursuivre le travail d'habitude aux aliments à domicile et encourager positivement l'enfant à goûter les aliments en invoquant leur aspect hédonique et non leurs bienfaits nutritionnels.