

## Nutrition et comportement alimentaire jeudi 14 octobre 1999

«Manger, c'est affirmer notre appartenance au monde. La nourriture relie l'enfant à un autre, à un groupe. D'intime, d'affectivement liée à la mère, la nourriture devient fonction sociale.»

Chiva Matty et Fisher Claude  
(Comment apprend-t-on à manger, Lieux de l'enfance, 1987)

# Les comportements alimentaires chez l'enfant autiste : décrire, comprendre, rééduquer

Pascale Dansart orthophoniste,

Service d'Explorations Fonctionnelles en pédopsychiatrie, CHU Bretonneau, 37044 Tours cedex

**A**cte social par excellence, source de plaisir pour beaucoup d'entre nous, la situation d'alimentation est souvent vécue péniblement pour la personne autiste qui exprime dans ce domaine des difficultés multiples et durables, aux incidences familiales et sociales particulièrement marquées si elles ne sont pas désamorçées et prises en compte précocement, tant au plan médical que psychologique ou éducatif.

La prise en charge des troubles de l'alimentation repose chez l'enfant comme chez l'adulte sur une approche spécialisée relevant de multiples compétences étroitement coordonnées. Ce bilan relève partiellement de la compétence de l'orthophoniste, entraînée à examiner et rééduquer, dans des circonstances pathologiques variées<sup>1</sup>, les multiples fonctions impliquées et intriquées dans l'alimentation et la production de la parole : mastication, dégluti-

tion, gustation, respiration, phonation, gnosies et praxies bucco-faciales, articulation, communication, etc.

Dans le cas particulier de l'autisme, le bilan orthophonique est un acte complexe et délicat qui met en jeu une solide expérience de l'autisme mais aussi une connaissance approfondie des bases anatomiques, physiologiques de l'alimentation comme des facteurs socio-affectifs et culturels impliqués. Ce bilan, qui implique nécessairement l'entourage familial, contribue à :

- répertorier et décrire avec précision les comportements et habitudes alimentaires ;
- apprécier la nature exacte, le caractère pathologique et la sévérité des particularités observées ;
- distinguer les troubles alimentaires propres à l'autisme de ceux liés à une pathologie éventuellement associée (retard mental,

<sup>1</sup> (malformations organiques, atteintes neurologiques, déficiences motrices ou intellectuelles, troubles phonétiques, pathologies psychiatriques, etc.).

- troubles neurologiques, déficits praxiques, etc.) ;
- suggérer d'éventuels examens complémentaires
  - mettre en place une stratégie éducative et rééducative personnalisée, visant le mieux-être personnel, familial et social de la personne autiste.

## De quoi parle-t-on ?

### *Particularités et troubles des conduites alimentaires dans l'autisme*

Fréquemment rapportées dans les descriptions cliniques<sup>2</sup>, mais plus rarement recensés et évalués de manière systématique<sup>3</sup>, les troubles du comportement alimentaire regroupent des manifestations physiques (vomissements, mérycisme), des conduites complexes à type de refus alimentaire (phobies, désintérêt, opposition franche), l'augmentation des volumes ingérés (grignotages, hyperphagie, boulimie compulsive), l'ingestion des substances non comestibles (pica, coprophagie), les sélectivités, goûts et dégoûts insolites (se reporter aux articles de Catherine Pienkowski et Francesc Cuxart dans le *Bulletin scientifique* numéro 5).

Très variables d'un individu à l'autre, ces troubles des conduites alimentaires sont largement évoqués dans les témoignages de parents ou d'adultes autistes, comme l'illustrent ces extraits du livre de Judy et Sean Barron<sup>4</sup>

*Judy (la mère de Sean) : «il ne voulait pas essayer de manger des nouveaux aliments, 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. Il refusait systématiquement les plats en ragoût ; le seul potage qu'il acceptait de manger était la crème de volaille, à condition toutefois qu'il n'y ait ni légumes ni aromates.»*

*Sean : «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 cèpes, les macaronis, les spaghettis, les pommes de terre et le lait. J'y trouvais*

*un réconfort et un apaisement parce que je les mangeais depuis toujours. Je ne voulais rien goûter de nouveau. J'étais très sensible à la texture des aliments, il fallait que je les touche d'abord avec les mains avant de les mettre à la bouche. Le pire était les mélanges, ils m'inspiraient un dégoût profond et je savais que si j'avais essayé d'en manger, j'aurais vomi aussitôt»... «quand ma mère essayait de me donner quelque chose de nouveau je me mettais en colère, je savais exactement ce que je voulais.»*

Apparus d'emblée ou avec la diversification de l'alimentation, ces bizarreries, difficultés ou troubles alimentaires avérés ont des incidences notables sur l'organisation familiale, mais aussi sur l'adaptation de l'enfant à une collectivité (les parents évitent de sortir ou même de recevoir, l'enfant ne peut manger à la «cantine», ne supporte pas le moindre changement de ses habitudes alimentaires). Dérouté et parfois très éprouvé, l'entourage peut développer, s'il n'est pas très tôt conseillé, des exigences excessives vis à vis de l'enfant - supposé faire des «caprices» - ou au contraire une tolérance extrême pour désamorcer ou prévenir les conflits.

La prise en charge de ces difficultés donne lieu, selon le point de vue adopté, à différentes actions éducatives et/ou psychothérapeutiques menées en lien avec la famille. L'opportunité d'une approche nutritionnelle se pose de plus en plus, mais ne rencontre pas l'adhésion unanime des médecins, tant pour des raisons humaines - caractère contraignant des régimes proposés - que scientifiques (manque de travaux éprouvés dans ce domaine, hypothèses contradictoires, difficultés d'interprétation et de recueil de données fiables).

### *L'alimentation, un acte complexe*

Particularités ou troubles avérés du comportement alimentaire, ces sélectivités, attirances et dégoûts exacerbés cachent en réalité toute une variété de perturbations possibles des diverses composantes de l'alimentation, perturbations que seule une observation clinique et une analyse physiopathologique attentives permettront de mettre à jour. Il suffit pour s'en convaincre d'examiner la complexité des facteurs qui interviennent dans l'alimentation.

- *facteurs anatomiques et neurophysiologiques* impliqués dans la mastication et la dégluti-

<sup>2</sup> 8 enfants sur 11 décrits par Léo Kanner ont présenté dans leur enfance des troubles alimentaires ; D. Sauvage décrit une proportion similaire (21 sur 28) dans son étude de 1984.

<sup>3</sup> Le questionnaire diagnostique de Rimland consacre 5 items à l'alimentation (difficultés de nourrissage, manies, envies irrésistibles, etc.) ; l'ECA (Barthélémy et coll), 1996) évalue les «troubles des conduites alimentaires» (item 19) répertoriés à l'aide d'un glossaire.

<sup>4</sup> Barron, Judy et Sean, *Moi, l'enfant autiste*, traduction de l'anglais, Plon, 1993.

tion : intégrité du carrefour aérodigestif (cavité buccale, pharynx, larynx), coordinations neuromusculaires complexes pour assurer les différents temps de la déglutition, contrôle neurologique impliqué dans la fréquence des cycles masticatoires et l'innervation des voies nerveuses gustatives, périphériques et centrales etc.

- **facteurs socioculturels** : influence déterminante de la culture, qui détermine des règles, habitudes et une exploration codifiée de la nourriture propres à chaque pays ou groupe d'appartenance sociale. Importance des relations sociales également, avec les transmissions intergénérationnelles (influence des expériences culinaires familiales) et intragénérationnelles, notamment entre 3 et 5 ans, phase où l'enfant adopte facilement les penchants alimentaires de ses compagnons, mais aussi les habitudes véhiculées par la télévision (héros, spots publicitaires)
- **facteurs psychoaffectifs**, qui font de l'acte d'alimentation un acte porteur de multiples

expériences affectives, représentations - sensorielles et cognitives- qui participent aux dégoûts et attirances ainsi répertoriés dans la classification de Fallon et Rozin (1983), que nous reproduisons ci-après à titre d'exemple (tableau I).

*L'exemple du goût*

Il illustre à lui seul la complexité des phénomènes et sens impliqués dans l'alimentation.

- **La gustation** permet d'analyser chimiquement les solutions sapides, solubles par la salive, des aliments consommés, par le biais des papilles gustatives diversement réparties et innervées (nerf lingual, glossopharyngien, pneumogastrique, etc). Diverses structures sont impliquées dans le traitement des stimuli gustatifs ; notamment le tronc cérébral et le thalamus (analyse des saveurs) l'amygdale et l'hypothalamus (mémoire et sensation de plaisir). Chaque individu possède son «spectre gustatif» unique, sorte de continuum reflétant sa sensibilité sensoriel-

	DEGOÛTS	ATTIRANCES
SENSORIALITE	<p><b>DISTASTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rejet affectivo-sensoriel basé sur un goût déplaisant ou d'autres caractéristiques sensorielles.</li> <li>• éléments non dangereux dont la présence n'est pas redoutée dans le corps. <i>exemples : café noir, piment</i></li> </ul>	<p><b>GOOD TASTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attirance basée sur le plaisir sensoriel. <i>exemple : sucre, plats préférés</i></li> </ul>
TOXICITE	<p><b>DANGER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rejet basé sur l'anticipation des conséquences nuisibles de l'ingestion de l'aliment.</li> <li>• aliment refusé si soupçon d'une infime parcelle de la substance toxique. <i>exemple : champignons toxiques</i></li> </ul>	<p><b>BENEFICIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attirance basée sur les effets post-ingestifs bénéfiques. <i>exemples : aliments, légumes</i></li> </ul>
ASPECT COGNITIF	<p><b>DISGUST</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rejet basé sur l'idée que l'on se fait de l'aliment, de son origine.</li> <li>• aliment refusé si soupçonné d'être entré en contact avec substance détestée.</li> <li>• refus net de tout contact physique, de toute incorporation. <i>exemples : porc pour les juifs, insectes pour les occidentaux</i></li> </ul>	<p><b>TRANSVALUED</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attirance basée sur les valeurs positives véhiculées par l'aliment. <i>exemple: nourriture des stars, des héros</i></li> </ul>
COMESTIBILITE	<p><b>INAPPROPRIATE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rejet basé sur le fait que la substance ne soit pas jugée comestible. <i>exemples : cailloux, sable</i></li> </ul>	<p><b>APPROPRIATE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attirance basée sur l'impression de nourriture appropriée, connue. <i>exemple : plats régionaux</i></li> </ul>

Tableau I : Classification des préférences et dégoûts alimentaires (adapté de Fallon et Rozin, 1983)

le et lui permettant de discriminer goûts et saveurs.

- La *vision* conditionne le comportement alimentaire : elle permet d'anticiper la saveur probable d'un aliment, de s'assurer de sa qualité, de sa fraîcheur, d'éveiller l'appétit.
- L'*olfaction* permet d'apprécier pleinement un aliment (la notion commune de «goût» désigne en réalité la combinaison saveur/odeur, baptisée par les anglo-saxons «flaveur»). Ainsi la physiologie complexe de l'olfaction est-elle impliquée dans l'acte le plus banal d'alimentation.
- L'*audition* participe au plaisir de l'alimentation, en témoignant par exemple du croquant d'un aliment, mais peut aussi en gêner le déroulement, en cas de nuisances sonores.
- La *somesthésie buccale* va permettre l'analyse thermique mécanique, (perception du moelleux, du craquant, du visqueux, du gras etc.), chimique (sensations d'irritation ou d'aversion) des aliments. Enfin diverses informations proprioceptives définiront notre état de satiété, participant à la régulation des prises alimentaires.

### Alimentation et développement

Fonction complexe, l'alimentation est aussi intrinsèquement liée au développement de l'individu dans tous les domaines. C'est ainsi

**L'élargissement du spectre de l'autisme... impose plus que jamais la mise en œuvre d'un bilan pluridisciplinaire complet et d'une réflexion physiopathologique approfondie, capable d'orienter et de personnaliser les indications diagnostiques et thérapeutiques.**

qu'au terme des premiers apprentissages qui se perfectionnent de la naissance à trois ans, peuvent apparaître vers 3-4 ans des réactions aversives ou des sélectivités marquées (*néophobies*), semblant correspondre à un besoin de réassurance (prédilection pour des saveurs connues) et d'affirmation de sa personnalité. Entre 4 et 6 ans l'enfant s'ouvre à de nouvelles expériences (notamment en dehors de la maison) et vers 7 ans multiplie les expériences culinaires. L'appétence pour le sucré, symbole de l'enfance, diminue vers 10 ans, alors que

l'adolescence marque la période des mélanges et goûts atypiques, et la volonté d'accéder aux nourritures dites «d'adultes».

Enfin, retenons qu'au delà de ces grandes tendances, la variabilité des conduites alimen-

taires est de règle, rendant d'autant plus complexe l'étude des phénomènes observés dans l'autisme.

### Le contexte de l'autisme

De cette mise en perspective entre alimentation d'une part, autisme d'autre part se dégagent trois grandes idées principales.

Les perturbations du comportement alimentaire décrites dans l'autisme recouvrent des entités cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques composites.

- Certains comportements peuvent être considérés comme l'expression directe du trouble autistique et de dysfonctionnements neuro-physiologiques sous-jacents : aversion pour les situations d'alimentation collectives (trouble des relations sociales, intolérance au bruit et au mouvement), habitudes alimentaires (résistance au changement), goûts et dégoûts marqués (particularités sensorielles), indifférence aux modèles socio-culturels, colères et réactions de frustration (difficultés de communication, avec l'incapacité à exprimer un choix), ingestion de substances non comestibles (difficultés sensorielles, cognitives)...

- D'autres comportements, moins spécifiques, peuvent signifier l'existence d'une dysphagie oro-pharyngée ou d'autres troubles évocateurs d'une pathologie associée à l'autisme, qu'elle soit d'origine neuromotrice ou mentale. Une difficulté à avaler les morceaux, une prédilection pour certaines consistances peuvent par exemple traduire un problème classique de déglutition.

L'élargissement du spectre de l'autisme (autismes de haut-niveau vs formes complexes de retard mental) impose plus que jamais la mise en œuvre d'un bilan pluridisciplinaire complet et d'une réflexion physiopathologique approfondie, capable d'orienter et de personnaliser les indications diagnostiques et thérapeutiques.

Enfin, l'observation des comportements alimentaires dans l'autisme doit être replacée dans la trajectoire du développement tant normal que pathologique de l'individu ; il importe en effet de distinguer :

- d'une part, les particularités individuelles propres à chacun, les comportements liés à l'âge et les habitudes favorisées ou entretenues par l'éducation de difficultés ;
- d'autre part les troubles qui relèvent d'une approche pédopsychiatrique et rééducative adaptée.

## Observer, évaluer... le temps du bilan

Le bilan orthophonique a pour but, dès que sont repérées des difficultés alimentaires, de préciser leur nature et d'apprécier leurs multiples incidences. A la base d'une rééducation éventuelle ou de conseils à l'entourage, ce bilan va déterminer les adaptations nécessaires de l'environnement et du comportement alimentaire de l'enfant ou de l'adulte. Ce bilan vient compléter l'ensemble du bilan pédopsychiatrique et des explorations médicales entreprises ou envisagées (examen ORL et neurologique notamment).

Les informations recueillies auprès de l'entourage (famille, personnel soignant, personnes familières) permettront de reconstituer l'histoire des troubles alimentaires et de leurs manifestations actuelles. Le contexte de l'alimentation sera également apprécié à travers des questions portant sur l'organisation et l'ambiance des repas, le mode d'alimentation, les habitudes alimentaires familiales, les goûts spécifiques de l'enfant, son comportement lors de situations alimentaires inhabituelles (lieu, moment, entourage, type d'aliments), l'adaptation de l'entourage aux difficultés et leur degré de tolérance. Les situations favorables feront aussi l'objet d'une description précise.

Le bilan de neuromotricité alimentaire s'intéressera aux fonctions entrant en jeu dans la déglutition : (degré d'autonomie, respiration, phonation) et recherchera un trouble éventuel lors de la préparation et de l'ingestion du bol alimentaire. Le cas échéant, un examen plus spécifique permettra de tester la sensibilité tactile, thermique et gustative mais aussi la motricité bucco-faciale, le tonus et la force musculaire. L'observation des structures au repos ou en fonction complétera l'état des lieux, de même que l'étude des réflexes.

Enfin, chaque fois que les conditions le permettent, une observation en situation familière d'alimentation sera pratiquée, dans des contextes divers (repas, collations, fête d'anniversaire), pour apprécier le comportement de l'enfant mais aussi les facteurs d'environnement (installation, ustensiles, type de préparation culinaire, niveau sonore, lieu, moment, réactions de l'entourage...). Les jeux et interactions spontanées, un atelier d'éveil sensoriel, la préparation d'un gâteau fourniront d'autres sources d'observation et d'information utiles. Une attention particulière sera portée aux modes de communication utilisés par l'enfant,

à sa compréhension des sollicitations, à sa capacité d'exprimer une demande, un choix entre deux aliments, un refus, un état de satiété, etc.

Ces observations seront le plus souvent associées un bilan des fonctions de la parole, du langage et de la communication.

## Mieux comprendre et agir... le temps de la rééducation fonctionnelle

Pratiquées sans à priori sur la nature ou l'origine des troubles observés, ces explorations du comportement et de la neuromotricité alimentaire contribuent à la mise en place d'un projet individualisé prenant en compte, étape par étape, les multiples facteurs impliqués.

### *Désamorcer les difficultés, prévenir leur aggravation*

Le plus urgent est souvent de dédramatiser le problème alimentaire et de s'attacher à recréer autour du temps d'alimentation une atmosphère sécurisante et détendue, en limitant les sources de distraction et de conflits, et en recherchant un compromis acceptable entre les exigences de l'enfant et les règles éducatives élémentaires.

### *Au delà du symptôme, l'exercice des fonctions perturbées*

La prise en charge des troubles alimentaires passe dans un premier temps par une action globale, centrée sur l'amélioration des moyens de communication, l'assouplissement des rituels, l'exercice des capacités sensorielles, de l'imitation, des aptitudes sociales; c'est aussi le temps fondamental de dialogue avec l'entourage.

C'est dans un second temps que la diversification et l'élargissement du champ gustatif peut être entrepris, quand s'est instauré ou rétabli un climat rassurant, interactif et ludique propice aux nouvelles expériences et efforts gustatifs.

### *Les adaptations réciproques*

D'emblée le dialogue avec la famille et l'entourage de l'enfant vise à encourager l'aménagement des conditions de repas (tranquillité, disponibilité de l'adulte, présentation attractive des aliments, encouragements) la verbalisation

ou démonstration simple et accessible des différents événements liés aux repas, la recherche des contenus alimentaires les plus adaptés

## Les mesures spécifiques

Le cas échéant, une rééducation individuelle pourra être entreprise, notamment dans le cas où un problème avéré de motricité alimentaire participe aux difficultés d'alimentation.

Décentrées de la situation anxigène que peut représenter le repas, des groupes de goût, d'éveil sensoriel pourront être proposés pour instaurer une relation de plaisir autour de l'alimentation et favoriser les expérimentations.

L'habituation progressive à des nouveaux contextes est parfois un objectif essentiel à atteindre, exigeant de multiples concertations et la préparation minutieuse des scénarios : contextes sociaux (accepter l'arrivée d'une personne dans la salle de repas), contextes spatiaux (changement de place à table, déjeuner à l'extérieur), contextes temporels (différer l'heure d'un repas), contextes relationnels (personne familière absente).

Enfin, et parce que chez certains l'alimentation a toujours été ou est devenue une source de plaisir, le moment du repas peut devenir un temps privilégié où se nouent et se développent la complicité, la curiosité, la communication et les échanges spontanés, dans la créativité et la convivialité du repas partagé.

## Conclusion

Les difficultés alimentaires de l'enfant autiste, et plus tard de l'adulte, dépassent le stade de la «fantaisie» ou de la difficulté passagère. D'expression composite et d'origine probablement multifactorielle, elles traduisent de multiples difficultés inhérentes à l'autisme, tant relationnelles que perceptives ou sociales.

Ces difficultés, qui retentissent sur la vie de famille et l'adaptation en société de l'individu, justifient des actions pédopsychiatriques, éducatives et rééducatives précoces concertées, définies au terme d'un bilan spécialisé envisageant les multiples facettes et expressions du problème.

Les recherches qui se développent actuellement devraient permettre d'élucider progressivement les processus physiopathologiques en cause et d'éclairer de données nouvelles l'évaluation et la prise en charge pour le bien être des personnes atteintes d'autisme et de leur entourage.

## Pour aller plus loin

FISCHLER C. *L'Homnivore. Le goût, la cuisine et le corps*, Editions Odile Jacob, 1993.

PUISAIS J. *L'éducation du goût*, Institut du goût français, 1995.

FALLON AE, ROZIN P. The psychological bases of food rejection by humans, *Ecology of Food and Nutrition*, 1983, 13, 15-26.

FALLON AE, ROZIN P. The child's conception of food : the development of food rejection with special reference to disgust and contamination sensory. *Child Development*, 1984, 55, 566-575.

FAURION A. Le goût, un défi scientifique et intellectuel, *Psychologie française*, 1996, tome 41-3, 217-225.

GISEL EG Effect of food texture on the development of chewing of children between 6 months and 2 years old. *Developmental Medicine and Child Neurology*.

HOLLEY A. Actualités des recherches sur les perceptions olfactives. *Psychologie française*, 1996, 41, 207-215.

LAWLESS M. Sensory development in children research in taste and olfaction. *Journal of American Dietetic Association*, 1985, 577-585.

STORY M, BROWN J. Do young children instinctively know what to eat? *The New England Journal of Medicine*, 1987, 316, 103-106.

TONNU C. Comment se forment les goupes alimentaires ? *Psychologie française*, 1996, 41, 261-271.

Se reporter également aux articles parus sur le thème «Nutrition et comportement alimentaire» dans le *Bulletin scientifique de l'arapi* numéro 5 (juin 2000) :

Statut et enquête nutritionnelle des enfants autistes Catherine Pienkowski

Enquête sur le comportement alimentaire d'un groupe d'enfants autistes de six à huit ans : comparaison qualitative et quantitative avec un groupe d'enfants témoins du même âge Gianfranco Valent  
Comportements alimentaires particuliers et pica Francisc Cuxart

Interventions nutritionnelles dans le cadre de l'autisme, régimes alimentaires : revue bibliographique Gianfranco Valent

*Cette intervention a bénéficié de la contribution de Nolwenn Le Page, que nous tenons à remercier ici pour son travail intitulé «Etude des comportements alimentaires chez l'enfant autiste», mémoire de fin d'études d'orthophonie (Faculté de Médecine, Tours 1999) réalisé dans le cadre du centre de pédopsychiatrie du CHU Bretonneau de Tours (Pr D. Sauvage, Pr C. Barthélémy) et mené avec la coopération et l'expérience des éducateurs et infirmières de l'équipe de l'hôpital de jour.*