



## Réseau national d'expertise en troubles du spectre de l'autisme

### ÉTUDE DE CAS

### INTERVENTION – DIFFICULTÉS ALIMENTAIRES

Cette étude de cas est présentée aux membres du Réseau national d'expertise en troubles du spectre de l'autisme (RNETSA). La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles, d'enseignement et non commerciales est permise à la condition d'en citer la source. Toute modification ou adaptation du contenu du document par une personne autre que les auteures est interdite sans leur autorisation explicite.

Le RNETSA remercie chaleureusement les auteures pour leur contribution au développement de l'expertise et des connaissances :

**Mélanie Cusson**, ergothérapeute, CIUSSS MCQ

**Andréanne Leblanc**, ergothérapeute, CIUSSS MCQ

ainsi que les relectrices :

Geneviève Dumont-Delorme, ergothérapeute, CIUSSS MCQ

Éloïse Tremblay-Beauséjour, ergothérapeute, CIUSSS MCQ

Il est recommandé de citer le document de cette façon :

Cusson, Mélanie, erg. Andréanne Leblanc, erg. « *Étude de cas ; intervention-difficultés alimentaire* » Octobre 2016, Réseau national d'expertise en troubles du spectre de l'autisme, [en ligne au [www.rnetsa.ca/etudedecas](http://www.rnetsa.ca/etudedecas)]

**Octobre 2016**

## INTERVENTION – DIFFICULTÉS ALIMENTAIRES

---

### Étape 1 : État de situation

Contexte : Une demande de service en ergothérapie pour un jeune garçon de 7 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) a été réalisée pour des difficultés liées à l'alimentation. La demande de service provient de l'éducatrice spécialisée, qui intervient de façon régulière auprès du jeune, suite aux besoins nommés par la famille. En effet, l'enfant est très sélectif sur le plan alimentaire, il refuse de manger une variété d'aliments, ce qui limite son registre alimentaire ainsi que sa participation lors des repas familiaux. D'ailleurs, la sélectivité alimentaire de l'enfant a un impact sur lui (il commence à être blasé de toujours manger les mêmes repas, particulièrement pour son dîner à l'école), mais aussi sur sa famille. Par exemple, les parents nomment une limitation pour les sorties familiales. De plus, ils doivent préparer un deuxième repas pour l'enfant ou apporter des aliments spécifiques lors d'une sortie pour s'assurer qu'il pourra se nourrir. Le but des interventions en ergothérapie vise donc la diversification de l'alimentation du jeune. Il est intéressant de spécifier que ce jeune fréquente actuellement une école régulière dans son quartier en deuxième année, qu'il performe bien à l'école et qu'il a un bon niveau de fonctionnement dans son quotidien.

### Étape 2 : Problématiques

La problématique principale du jeune consiste en une sélectivité alimentaire importante. En effet, il mange exclusivement des « *grilled-cheese* », des

croquettes St-Hubert et du poulet effiloché avec sauce St-Hubert lors des repas et ses choix de collations sont limités. De plus, le jeune présente des difficultés attentionnelles. En effet, il présente une attention de courte durée et il demeure difficilement assis à la table plus de dix minutes. De plus, il est facilement distrait par son environnement (bruits, voix, objets, jouets, etc.), ainsi que par ses propres pensées, ce qui limite sa disponibilité pour essayer de nouveaux aliments et/ou participer aux rencontres d'intervention.

### Étape 3 : Analyse/impression clinique

Tout d'abord, l'analyse de l'inventaire des aliments acceptés, de même que les données concernant le traitement de l'information sensorielle permettent de suspecter des difficultés sensorielles pouvant expliquer partiellement la sélectivité alimentaire. En effet, une hypersensibilité orale et/ou gustative provoque des réactions exagérées aux stimuli jugés désagréables (ex. : les aliments) et entraîne éventuellement le refus de ces aliments, ce qui résulte en une diminution du registre alimentaire accepté.

Aussi, la sélectivité peut s'expliquer par des rigidités en lien avec le diagnostic de TSA qui occasionne des rigidités importantes. Les rigidités cognitives du jeune concernent surtout l'aspect visuel des aliments. Par exemple, il peut refuser de manger des aliments avec des imperfections (ex. : tranche de pain avec un trou, pomme légèrement brunie, carotte avec une ligne, etc.).

De plus, les particularités présentes sur le plan sensoriel (présence de comportements de recherche), de même que les particularités quant au traitement de l'information (priorisation pour les informations perceptuelles et concrètes, théorie de l'hyperperceptualisme) ont un impact important sur les capacités attentionnelles du jeune. Selon la théorie de l'hyperperceptualisme, il est difficile pour les jeunes ayant un TSA de discriminer ce qui est important de ce qui ne l'est pas puisque l'information visuelle est favorisée en lien avec une importance accordée vers les paramètres physiques de l'information (couleur, grandeur, son, forme...). Ceci explique aussi que les personnes avec un TSA présentent une capacité plus grande pour percevoir des différences minimes quant à deux stimuli très semblables, ce qui complique la généralisation. Ainsi, comme l'information est perçue comme étant différente ou nouvelle, le seuil de vigilance augmente, de même que le niveau de stress. D'ailleurs, il est possible que les capacités attentionnelles de l'enfant soient diminuées lors des rencontres d'interventions par le stress que génère l'exposition aux aliments. En effet, le jeune anticipe l'exposition aux aliments et devient alors en état d'hypervigilance, ce qui fait augmenter son niveau d'éveil en constant état d'alerte. Par le fait même, la sensibilité et la réactivité aux sensations sont alors augmentées.

Compte tenu de la fragilité de l'enfant au niveau de son attention et de sa disponibilité (demeure assis moins de dix minutes à la table) et de son attention de courte durée, une évaluation en lien avec le positionnement à la table a été réalisée. Ce

dernier n'était pas optimal, car la hauteur de la table et des chaises étaient non adaptées à la taille de l'enfant. Des aménagements ont été mis en place pour favoriser son attention et sa disponibilité afin qu'il puisse davantage se centrer sur les activités réalisées dans le cadre des interventions en ergothérapie et la prise des repas en famille. Donc, une chaise multiposition a été achetée et mise en place lors des repas. La chaise peut être ajustée en fonction des besoins de positionnement de l'enfant et aussi avec le mobilier de salle à manger de la famille. Ainsi, l'enfant peut manger à la table avec sa famille tout en ayant un positionnement optimal. Les règles de positionnement suivantes ont été mises en place avec ce jeune :

- 1) la table est environ 2 ½ cm plus haute que le coude fléchi à 90°;
- 2) les genoux, les hanches et les chevilles sont fléchis à 90°;
- 3) les pieds sont supportés sur un appui-pied;
- 4) le bassin est en position neutre ou en légère bascule antérieure (vers l'avant);
- 5) la tête est alignée au centre et légèrement fléchie;
- 6) l'enfant n'est pas adossé ou est semi-adossé. Il prend appui sur ses ischions (os de la fesse), ses coudes, ses cuisses et ses pieds.

Ainsi, des interventions sensorielles sont suggérées initialement, de même que des interventions comportementales (pour intervenir sur les rigidités en lien avec le TSA). Un système de défis avec des récompenses est intégré pour favoriser la motivation du jeune et ainsi rendre

l'activité plus plaisante, puisqu'il est important de savoir qu'il existe trois raisons principales pour accepter de participer à une activité : pour le plaisir (activité plaisante), pour faire plaisir à l'autre (ce qui est moins significatif pour les TSA) ou pour la conséquence (obtention d'un renforçateur, d'une récompense).

En cours d'épisode de services, les interventions réalisées permettent d'écarter la thèse de difficultés sensorielles pour expliquer la sélectivité alimentaire. En effet, aucun haut-le-cœur ou réaction aux stimuli tactiles dans la bouche n'a été observé. Toutefois, il n'est pas impossible qu'une hypersensibilité ait été présente en bas âge entraînant une rigidité alimentaire, mais qu'une maturation ait eu lieu sur le plan sensoriel avec une persistance des rigidités. Néanmoins, de nouvelles rigidités cognitives, possiblement provoquées par de mauvaises associations ont été décelées. Par exemple, il est découvert que le jeune peut refuser de manger des aliments en lien avec leur couleur (ex. : refuse de manger des aliments bruns). D'ailleurs, ce dernier exemple de rigidité est relié avec une autre problématique qui a aussi été découverte en cours d'épisode : l'enfant démontre un grand intérêt pour la digestion et le processus d'élimination, et cet intérêt a été grandement augmenté par l'intégration de nouveaux aliments. L'approche envisagée pour cette problématique consiste à faire de l'enseignement sur le système digestif et l'élimination.

Finalement, des rigidités cognitives sont présentes par rapport aux viandes. Par les propos du jeune, il est déduit qu'il a peur de s'étouffer en mangeant de la viande, parce

qu'il a probablement vécu un épisode d'étouffement par le passé où il s'est étouffé pendant qu'il mangeait de la viande. Un apprentissage en lien avec une mastication efficace est suggéré.

#### Étape 4 : Intervention et cheminement

Tout d'abord, le jeune a participé à des interventions de groupe avant de bénéficier d'interventions individuelles.

**Interventions de groupe :** Pendant six mois, l'enfant a bénéficié d'interventions dans un groupe d'exploration des aliments à la fréquence d'une rencontre aux deux semaines. Les rencontres duraient une heure et une dizaine d'aliments étaient présentés selon l'approche SOS alimentation. Des activités orales-motrices et une session de jeux étaient aussi intégrées lors des rencontres. Ce groupe était animé par deux ergothérapeutes et quatre enfants ayant un TSA et des rigidités alimentaires y participaient. Les éducatrices et les parents étaient présents pour observer le déroulement des rencontres. Des conseils, de même que des recommandations écrites, leur étaient donnés à la fin de chaque rencontre afin de favoriser la généralisation des apprentissages à la maison. À travers ce groupe, le jeune a bien progressé, mais la généralisation pour l'intégration des nouveaux aliments à la maison demeurait difficile. En effet, bien que l'enfant accepte de goûter et de manger certains aliments proposés lors du groupe, il refusait de les manger à la maison, lors des repas familiaux.

**Interventions individuelles :** Par la suite, le jeune a bénéficié d'un suivi individuel en

ergothérapie, en présence de sa mère et de son éducatrice. L'intervention se déroulait sur une période d'une heure. Les rencontres avaient lieu à domicile où les repas proposés à l'enfant étaient cuisinés et servis par la mère afin de faciliter la généralisation. Des activités motrices et orales-motrices ont également été réalisées afin de préparer l'enfant aux activités reliées à l'alimentation. Au départ, il avait été prévu d'offrir un court suivi intensif, à raison d'une fois par semaine, seulement pendant la période estivale, soit environ deux mois. Toutefois, le suivi s'est poursuivi pendant une plus longue période, mais les rencontres se sont graduellement espacées aux deux semaines, puis éventuellement une rencontre par mois sur une période de six mois.

Parallèlement aux interventions en ergothérapie, les parents ont intégré un système de points en appliquant le même système que celui proposé lors des rencontres avec l'ergothérapeute. Ainsi, pour chaque défi alimentaire réussi, l'enfant recevait des points comptabilisés sur le tableau au mur dans la cuisine familiale. Par exemple, il gagne un point s'il réussit à tenir un nouvel aliment entre les lèvres, deux points s'il lèche un nouvel aliment, quatre points s'il le croque en deux et dix points s'il en mange une bouchée. En cours d'épisode de services, des réajustements ont été nécessaires auprès des parents pour s'assurer d'une utilisation efficace de ce système (ex. : établir clairement le nombre de points requis pour réussir à mériter une récompense, échéancier plus court pour obtenir une récompense, etc.).

#### Résumé des interventions proposées lors des rencontres individuelles en ergothérapie :

- × Utilisation d'une chaise multiposition ajustée à la taille de l'enfant et au mobilier de salle à manger de la famille afin de favoriser un positionnement optimal.
- × Mise en place d'un horaire imagé des rencontres et utilisation d'un « *Time Timer* » pour structurer le temps et favoriser la participation de l'enfant.
- × Désensibilisation dans la bouche par des massages sur les gencives, le palais, l'intérieur des joues et sur la langue.
- × Stimulations proprioceptives par activités respiratoires (sifflets divers, souffler très fort et très longtemps).
- × Présentation d'aliments avec un système de défis instauré avec des points à gagner en fonction des défis relevés. Système d'émulation en lien avec un grand intérêt de l'enfant. Par exemple, une petite roulette avec une *Tesla* (voiture électrique, intérêt spécifique de l'enfant) est fabriquée. À chaque bouchée mangée, l'ergothérapeute peut faire avancer la *Tesla* sur la route. Une grille de chargement d'énergie a aussi été essayée; on colorie une case à chaque bouchée mangée pour faire monter le niveau d'énergie.
- × Enseignement théorique concernant le fonctionnement du système digestif, le processus d'élimination et la composition des selles.
- × L'assiette équilibrée selon le *Guide alimentaire canadien* a été présentée à

l'enfant dans le but de catégoriser les aliments, savoir qu'il existe des groupes alimentaires et qu'il est recommandé de manger des aliments faisant partie des quatre groupes alimentaires chaque jour dans le but de l'inciter à varier son alimentation et d'accepter d'ajouter des aliments à son registre alimentaire.

- × Interventions par rapport à la rigidité cognitive en lien avec les viandes : apprendre comment bien mastiquer et s'assurer que la nourriture est prête à être avalée (comparaison entre morceaux peu mastiqués et bien mastiqués, exemples concrets avec un aliment).
- × Interventions sur les rigidités cognitives en lien avec l'aspect visuel des aliments : faire diversion pour moins regarder l'aliment, mettre des lunettes de soleil, jouer avec des objets bruns.
- × Au début de chaque rencontre, mise en place d'une routine sensorielle (vestibulaire et proprioceptive) : descendre rapidement l'escalier pour se rendre au sous-sol et remonter rapidement à trois reprises, faire dix sauts sur place, puis dix sauts papillon. Finalement, des pressions profondes sont appliquées sur les bras et les mains de l'enfant.

Voici quelques exemples de recommandations qui ont été proposées aux parents en cours de processus :

- × Créer des occasions où l'enfant est en contact avec de nouveaux aliments et peut les explorer;

- × Favoriser la participation de l'enfant dans la préparation des mets qui lui seront présentés;
- × Faire participer l'enfant dans les activités connexes à l'alimentation (ex. : faire l'épicerie ou élaborer la liste d'épicerie, défaire les sacs d'épicerie, choisir le menu ou une partie de celui-ci, choisir une recette à essayer, etc.)
- × Déposer une petite portion du repas familial dans l'assiette de l'enfant à chaque occasion de sorte qu'il soit exposé à différents mets et qu'il ait l'opportunité de l'explorer s'il le désire;
- × Tenter d'éviter de présenter les aliments dans leurs contenants d'origine afin d'éviter les associations visuelles avec les marques;
- × Varier la présentation des aliments (formes, couleurs, textures, imperfections, etc.);
- × Prévoir une rencontre avec le milieu scolaire par l'ergothérapeute et l'éducatrice spécialisée pour présenter les recommandations et généraliser les apprentissages.

Après le début des interventions individuelles en ergothérapie, une demande de service en nutrition a été réalisée en raison du fait que tous les groupes alimentaires n'étaient pas présents dans l'alimentation de l'enfant, mais le service n'a malheureusement pas pu débiter pendant les interventions en ergothérapie.

Une demande de service en psychologie a aussi été réalisée compte tenu des rigidités cognitives observées et de l'intérêt de l'enfant pour le processus digestif amenant de l'élimination.

Des questionnements ont été soulevés à savoir si cette problématique relevait d'un intérêt restreint pour le processus digestif.

### Étape 5 : Impact des résultats

Tout d'abord, les interventions de groupe ont permis à l'enfant d'explorer chacun des aliments proposés en les touchant et en jouant avec, même ceux représentant un plus grand défi pour lui (ex. : patates pilées). De plus, il a également accepté de manger en totalité ou en partie chacun des aliments explorés à l'exception de la patate pilée. Aussi, il a également participé à la préparation de mets composés et a accepté d'y goûter par la suite (ex : salade de fruits, smoothie aux bananes, smoothie poire-chocolat-lait, sandwich grillé au fromage et au poulet, craquelins avec tartinade de poulet). Il a également accepté de tremper ses légumes dans un condiment avant de les manger, soit, le *Cheez-Whiz* ou une trempette mayonnaise-ketchup. À partir de la 5<sup>e</sup> rencontre, et ce, jusqu'à la dernière, l'enfant a relevé le défi de goûter à un nouvel aliment ou à un nouveau mets, à la maison, entre chacune des rencontres. De plus, à quelques occasions durant le groupe, il a signifié son intérêt pour le nouvel aliment et sa volonté de l'intégrer à son alimentation en demandant à sa mère d'en acheter. Durant les séances, le jeune n'a jamais fait allusion à l'aspect visuel des aliments. Par exemple, il a mangé les morceaux de pommes ou de poires légèrement brunis ou avec la pelure. Les aliments présentés variaient au niveau de la couleur, de la forme et de la présentation (ex. : concombre avec pelure laissée en partie). Ainsi, les interventions en groupe

ont permis d'augmenter la variété d'aliments acceptés par l'enfant, permettant de varier les choix de collation. Par contre, les repas restaient limités.

Graduellement, pendant les interventions individuelles, le jeune est devenu plus ouvert (moins résistant) face à la nouveauté et a commencé à accepter de goûter à de nouveaux aliments. Ainsi, il commence à varier les aliments dans son quotidien et les parents ont même observé que certains aliments sont maintenant ajoutés à son répertoire alimentaire. Le jeune est content de pouvoir varier ses menus dans sa boîte à lunch pour ses dîners et les parents sont satisfaits de l'augmentation du registre alimentaire qui fait en sorte que leur enfant participe davantage au repas et qu'il mange maintenant la même chose que les autres.

Concernant la problématique en lien avec le système digestif et l'élimination, il a été observé que les comportements problématiques ont disparu selon la mère, suite aux différentes explications théoriques.

Ainsi, suite au suivi individuel, qui s'est échelonné sur six mois, le dossier a pu être fermé en ergothérapie, car les besoins ont été répondus et les parents sont satisfaits des progrès réalisés. L'éducatrice spécialisée demeure présente et continue d'appliquer les recommandations en ergothérapie afin de s'assurer de la consolidation des acquis et de la généralisation. Elle est avisée qu'elle peut faire une demande en ergothérapie si de nouveaux besoins se présentent.

## RÉFÉRENCES

- Bandini, L.G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, W., Scampini, R., Maslin, M., & Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *Journal of Pediatrics*, 157(2), 259-264.
- Beckman, D.A. (2001). *Interventions orales motrices* (2<sup>e</sup> édition). Éditions Bergeron.
- Caron Santha, J., Nader, A.-M. (2010) *Changement de paradigme : TED et le traitement de l'information sensorielle*. Formations E.P.A.T.
- Curtin, C., Hubbard, K., Anderson, S.E., Mick, E., Must, A., & Bandini, S.G. (2015). Food selectivity, mealtime behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45 (10), 3308-3315.
- Gulotta, G.S., & Girolami, P.A. (2014). Food selectivity and refusal. Dans *Children and youth with autism spectrum disorder – Recent advances and innovations in assessment, education, and intervention*. J.K. Luselli (dir.). New-York : Oxford University Press.
- Marquenie, K., Rodger, S., Mangohig, K., & Cronin, A. (2011). Dinnertime and bedtime routines and rituals in families with a young child with an autism spectrum disorder. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 58 (3), 145-154.
- Gazzaniga, M.S., Ivry, R.B., Mangun, G.R. (2000). Neurosciences cognitives: La biologie de l'esprit, De Boeck Supérieur, 585 p.
- Mottron, L. (2004). *L'autisme une autre intelligence*, Liège, éd. Pierre Maradaga.
- Nadon, G., Ehrmann Feldman, D., Dunn, W., & Gisel, E. (2011). Mealtime problems in children with autism spectrum disorder and their typically developing siblings : a comparison study. *Autism*, 15(1), 98-113.
- Toomey, K.A., & Lester, A. (2010). *The SOS (Sequential Oral Sensory) approach to feeding : when children won't eat*. Toomey & Associates.