

# LIENS ENTRE TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT ET OBÉSITÉ

Webinaire Obécentre 8/10/2026

Docteure Karine BERNARDO et Mme Pauline MORINEAU diététicienne nutritionniste



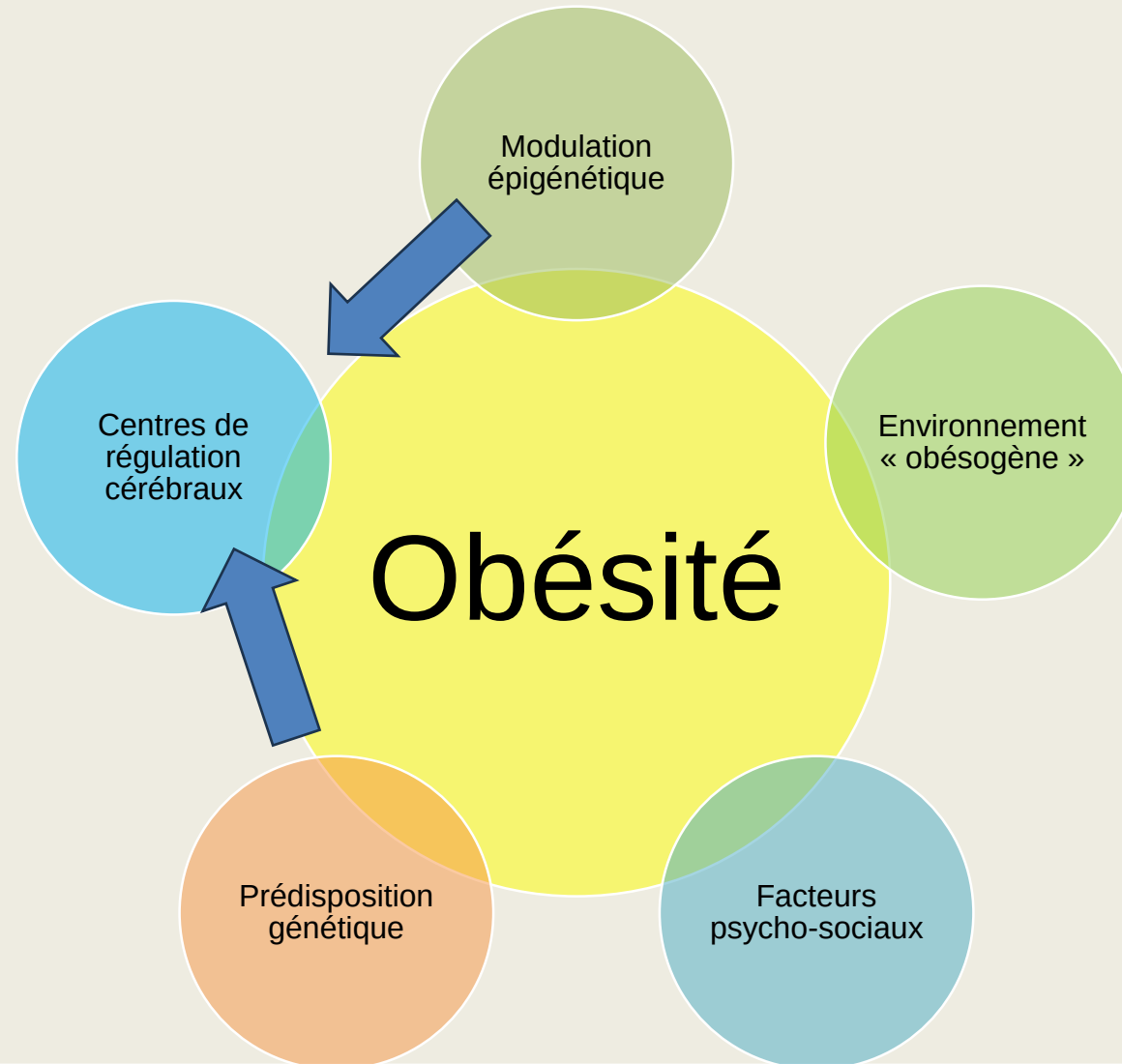
# Obésité: Maladie chronique

Maladie complexe et  
multifactorielle :

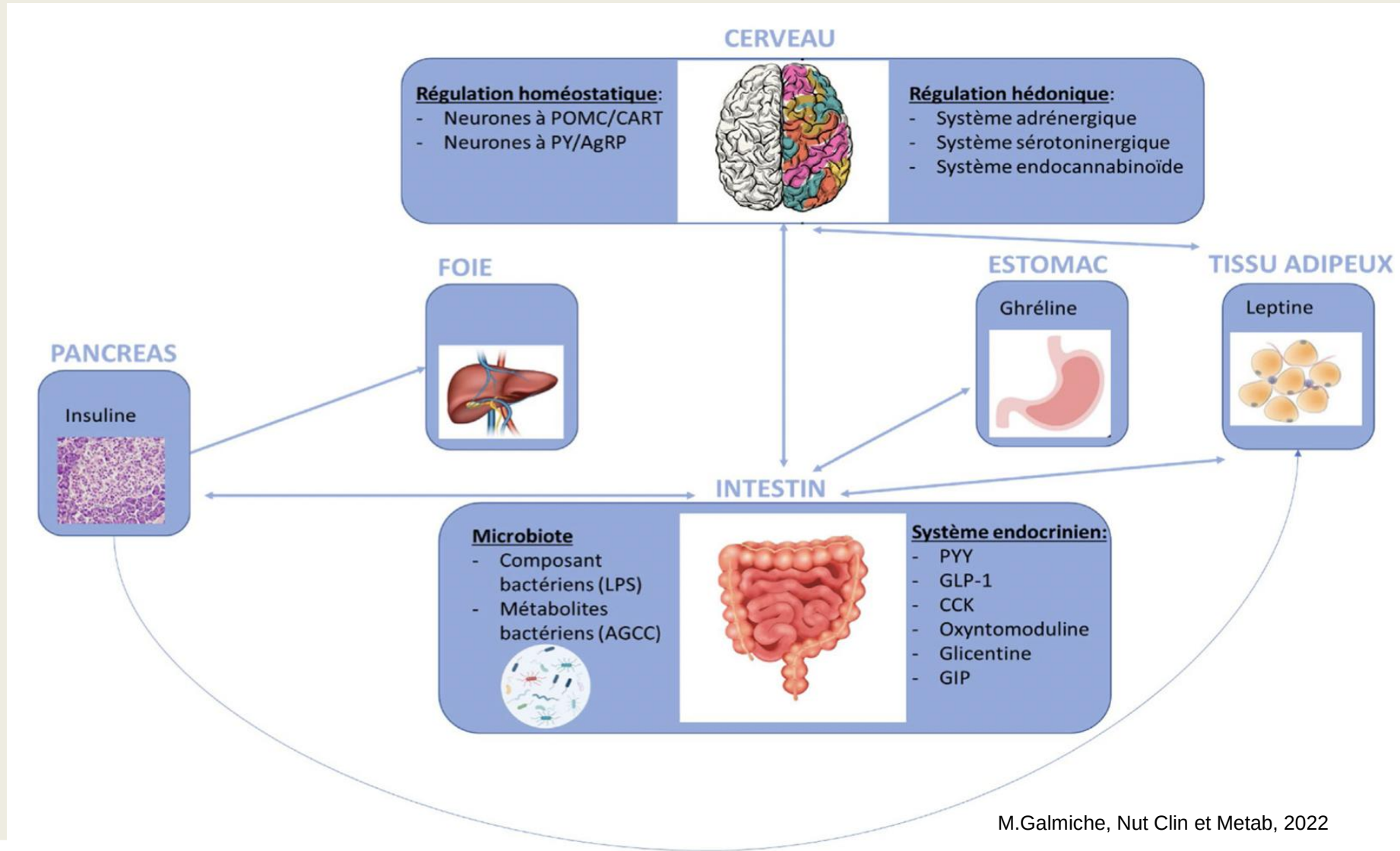
Maladie  
environnementale/sociétale  
(environnement « obésogène »)

et prédisposition  
génétique++.

# Pas une histoire de volonté...!

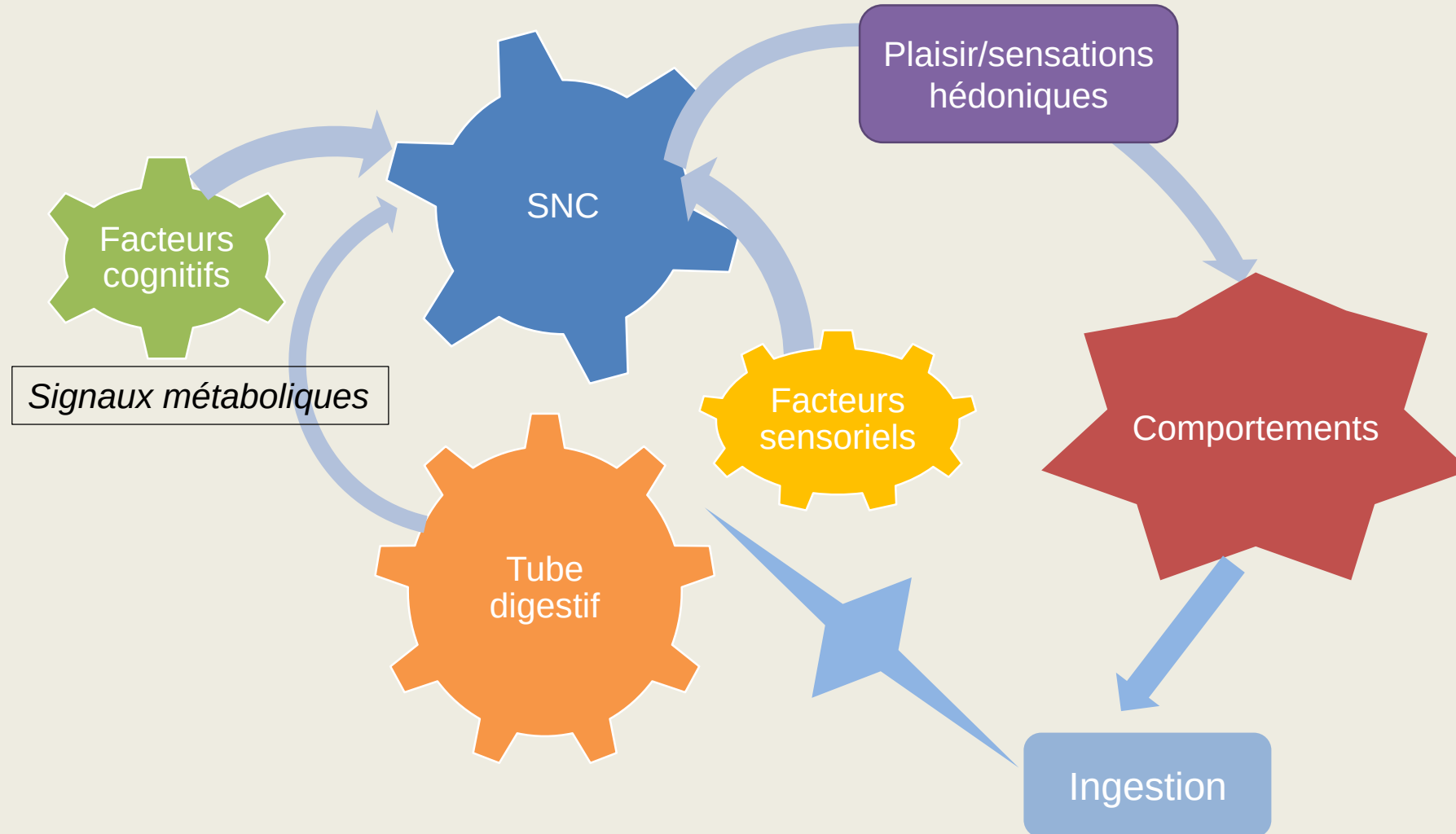


# Mécanismes de régulation du poids



# Arc Réflexe alimentaire

*Pénicaud et al., Med Mal Metab 2022*

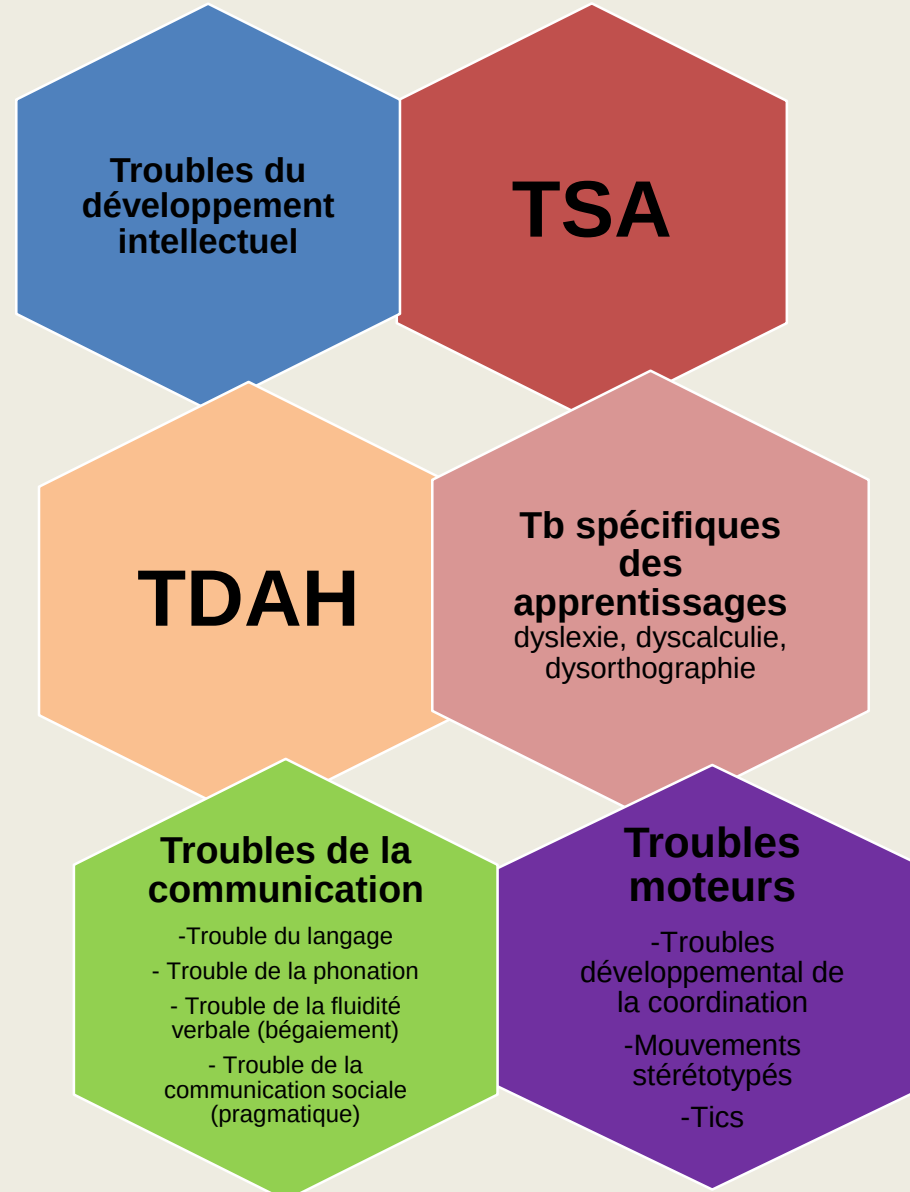


# TND?

1 personne sur 6 en France  
2 à 3 millions de personnes

*Schoentgen B, et al. Encephale. 2025*

Origine neurobiologique et multifactorielle, liée à une perturbation du développement cérébral pendant la période prénatale ou la petite enfance (Facteurs génétiques, Facteurs environnementaux prénataux).



2023

# Association Obésité

- En 2022, 42,5 % des adultes américains étaient obèses.
- Adultes d'une clinique de télépsychiatrie présentant un TDI ou un TSA défini par le DSM-5. La prévalence de l'obésité chez ces 412 adultes était de 52,4 % (IC à 95 % : 47,5-57,3).

Shameem S, et al. Relationship Between Obesity and Intellectual/Developmental Disability in an Ohio Telepsychiatry Clinic: A Retrospective Review. J Autism Dev Disord. 2025

- La prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents de 5 à 19 ans aux États-Unis est estimée à environ 21 % (UNICEF 2025).
- Chez les enfants atteints de TSA 24,4 % étaient en situation d'obésité. Chez les enfants présentant une déficience intellectuelle, 21,7 % étaient en situation d'obésité.

Ptomey LT, et al. Weight status and associated comorbidities in children and adults with Down syndrome, autism spectrum disorder and intellectual and developmental disabilities. J Intellect Disabil Res. 2020

# Contrôle de la prise alimentaire

-L'origine du TND peut impacter une des zones cérébrales participant au contrôle de la prise alimentaire :

Atteinte hypothalamique —————> Dysrégulation de la balance énergétique

Atteinte corticale possible en cas de TND : impulsivité, perte de contrôle

Altération du fonctionnement du système de récompense

-Sensations internes perturbées

Faim : besoin interne / Appétit : besoin mental. Contrôle : ajustement des apports énergétiques aux dépenses.

# Activité Physique

- Complicquée / groupe / difficultés sensorielles
- Sédentarité
- Désadaptation à l'effort++

Etude réalisée sur 33 865 adolescents (dont 1 036 atteints de TSA) issus de l'Enquête nationale américaine sur la santé des enfants (NSCH) de 2016-2017. Les adolescents atteints de TSA pratiquaient moins d'activité physique et étaient plus susceptibles d'être en surpoids ou obèses que leurs pairs au développement typique. (MCoy SM, et al. Autism. 2020)



Place de l'APA+++



# TND : Phénotype alimentaire particulier

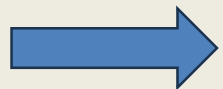
- Troubles sensoriels ou organiques
- Difficultés d'inhibition/rigidité cognitive/besoin de routines
- Atcd familial d'obésité/ environnement psychosocial défavorable
- Génétique?
- Obésité de cause rare : TDI et TSA sont les TND les plus souvent décrits.

# Obésité secondaire ou syndromique?

| Obésités syndromiques                                                          | TND avec obésités secondaires                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Précoce (avant 3 ans)                                                          | Obésité plus tardive (>6ans)                                  |
| TCA précoces                                                                   | TCA en lien avec d'autres facteurs déclenchants ou iatrogénie |
| Anomalies endocriniennes                                                       | Spécificités alimentaires                                     |
| Gène associé au syndrome est impliqué dans le contrôle de la prise alimentaire | Sédentarité                                                   |
|                                                                                | ATCD familiaux d'obésité                                      |

# Autisme et alimentation

- 80% des enfants ont une problématique alimentaire : hypersélectivité alimentaire/difficultés sensorielles
- Origine MULTIFACTORIELLE :
  - **Sensorielle (90%)** : hyper/hyporéactivité (goût, couleurs, odeurs, textures), bruit/luminosité (environnement) ; difficultés perception faim/satiété
  - **organique** : difficultés de mastication et/ou de déglutition.
  - **fonctionnelle** : difficultés dans les fonctions exécutives l'enfant ne sait pas comment faire
  - **psychogène/comportemental** : intérêts spécifiques et restreints : refus/appréhension/rigidité/peur de la nouveauté



Refus de certains aliments, tri, Rituels

# Sélectivité alimentaire et TSA

## Sensoriel

- Hypersensibilité à certaines textures/odeurs/goûts
- Difficulté de régulation sensorielle (agitation...)
- Mauvaise perception de la faim

## Physique

- Difficulté de mastication, trouble de l'oralité, une dysfonction neuromotrice (problème de succion, mastication, déglutition)
- Reflux gastro-œsophagien
- Douleurs abdominales
- Constipation

# Trouble Alimentaire Pédiatrique

## TAP

- Plus de 50% des enfants avec TSA
- Définition (CIM11; *Godoy et al., JPGN 2019*) :  
perturbation de l'apport oral en nutriments,  
inappropriée pour l'âge,  
d'une durée d'au moins deux semaines et  
associée à un ou plusieurs des éléments suivants : dysfonctionnement  
médical, nutritionnel, des compétences oro-sensori-motrices et  
retentissement psycho-social.

Cette perturbation ne peut être expliquée par des carences alimentaires, un trouble des conduites alimentaires ou des pratiques culturelles.

# Carences?

Calcium

Fer

Zinc

pica

Protéines

AGE

Vitamine  
D

Vitamine  
B12

Vitamine  
B9

Vitamine  
C

# Conséquences

- Méta-analyse (17 études) :
  - les enfants avec TSA ont 5 fois plus de risque d'avoir des troubles alimentaires que les enfants sans TSA
    - sélectivité, refus alimentaire, néophobie, grignotages, hyperphagie
    - Carences en calcium/protéines
    - Préférence pour les produits sucrés (goût neutre/doux).
- Association statistique entre TSA et des valeurs extrêmes d'IMC :
  - les stéréotypies et les intérêts restreints sont corrélés à un risque d'IMC élevé.

-Feeding Problems and Nutrient Intake in Children with Autism Spectrum disorders: A Meta-analysis and Comprehensive Review of the Literature. Sharp WG, Berry RC, McCracken C et al. Journal of Autism and Developmental Disorders ; september 2013.

-Nutrient Intake From Food in Children With Autism, *Pediatrics* 2012;130;S145.

-Overweight and Obesity: Prevalence and Correlates in a Large Clinical Sample of Children with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord 2014 Feb 2.

-Neurodevelopmental problems and extremes in BMI. Kerekes N, Tajnia A, Lichtenstein P. PeerJ. 2015; 3: e1024.

# Global prevalence of obesity, overweight and underweight in children, adolescents and adults with autism spectrum disorder, attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis

Yong-Jiang Li<sup>1</sup> | Xue-Ni Xie<sup>2</sup> | Xue Lei<sup>3</sup> | Ya-Min Li<sup>4</sup>  | Xianyang Lei<sup>5</sup>

95 études

Prévalence chez enfants avec TSA : obésité (IMC>95<sup>e</sup>p) : 21,8%,

Surpoids (IMC entre 85<sup>e</sup> et 95<sup>e</sup> p) : 19.8%

Et dénutrition (IMC<5<sup>e</sup> p) : 6.4%

# Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

- 5% pour les enfants d'âge scolaire, 1 par classe.
- 3 types de difficultés principales : L'inattention/L'hyperactivité/L'impulsivité.
- Trouble neurodéveloppemental fréquemment associé avec le surpoids et l'obésité.
- Les mécanismes explicatifs : impulsivité/hyperphagie boulimique/ plus de sédentarité – moins d'appétence pour les activités physiques/ troubles du sommeil/mécanismes génétiques.
- Prévalence significativement plus élevée de TDAH dans une population d'adultes en situation d'obésité comparativement à la population générale (Altfas et al. 2002).
- Augmentation significative de la prévalence moyenne de l'obésité de 70% chez les patients TDAH adultes comparativement à ceux sans TDAH, et une augmentation de 40% chez les enfants avec TDAH en comparaison avec des enfants (Cortese et Tessari 2017).

# Troubles du développement intellectuel

|                                      | Obésité chez une personne avec déficience intellectuelle                                                                                                                                             | Obésité dite « syndromique »                                                                                                              |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cause                                | Gènes de susceptibilité                                                                                                                                                                              | Gènes de la maladie                                                                                                                       |
| Rôle de l'environnement              | +++                                                                                                                                                                                                  | +                                                                                                                                         |
| Début de l'obésité                   | A tout âge                                                                                                                                                                                           | Précoce (<6 ans)                                                                                                                          |
| Evolution de l'IMC                   | Augmentation à tout âge                                                                                                                                                                              | Rebond et/ou dépassement couloir pour l'âge très précoce                                                                                  |
| Troubles du comportement alimentaire | +/-                                                                                                                                                                                                  | +++<br>(obsession alimentaire, impulsivité, intolérance à la restriction)                                                                 |
| Troubles du comportement             | Variable en fonction de l'étiologie de la déficience                                                                                                                                                 | +++                                                                                                                                       |
| Croissance                           | Normale                                                                                                                                                                                              | Retard statural fréquent                                                                                                                  |
| Anomalies endocriniennes             | Rares                                                                                                                                                                                                | Fréquentes<br>Déficit somatotrope, hypogonadisme, hypothyroïdie                                                                           |
| Comorbidités associées               | Secondaires à l'obésité (HTA, diabète, apnées du sommeil)                                                                                                                                            | Secondaires à l'obésité (HTA, diabète, apnées du sommeil) + autres atteintes syndromiques, (scoliose, malformations, déficits sensoriels) |
|                                      | L'obésité est liée à l'environnement (elle est d'origine polygénique) donc ne nécessite pas de recherche génétique mais il convient de rechercher une cause génétique à la déficience intellectuelle | Il convient de rechercher une forme rare d'obésité génétique (syndromique ou monogénique)                                                 |

# Prise en charge plus compliquée

- Difficultés dans la gestion des émotions
- Difficultés dans l'expression des émotions, des envies
- Signaux de faim et de satiété moins bien perçus, dysrégulation
- Rigidité
- Intolérance à la frustration, crise clastique
- Poser le Cadre
- Accompagnement diététique
- Methylphénidate : mieux réguler, moins de compulsion alimentaire / adapter traitement psychotrope
- Questionnaires : hyperphagie : Dykens, CEBQ
- PEC psychologique++ : enjeux autour de l'alimentation/capacités d'accepter les changements/rigidité
- Lutter contre la sédentarité / APA+++
  
- Attention à l'utilisation d'aliments récompenses

**Prise en charge  
multidisciplinaire**

---

Orthophoniste (profil sensoriel++)

---

Ergothérapeute

---

Diététicienne

---

Pédiatre Nutritionniste

---

Pédopsychiatre

---

Psychologue

---

Psychomotricien

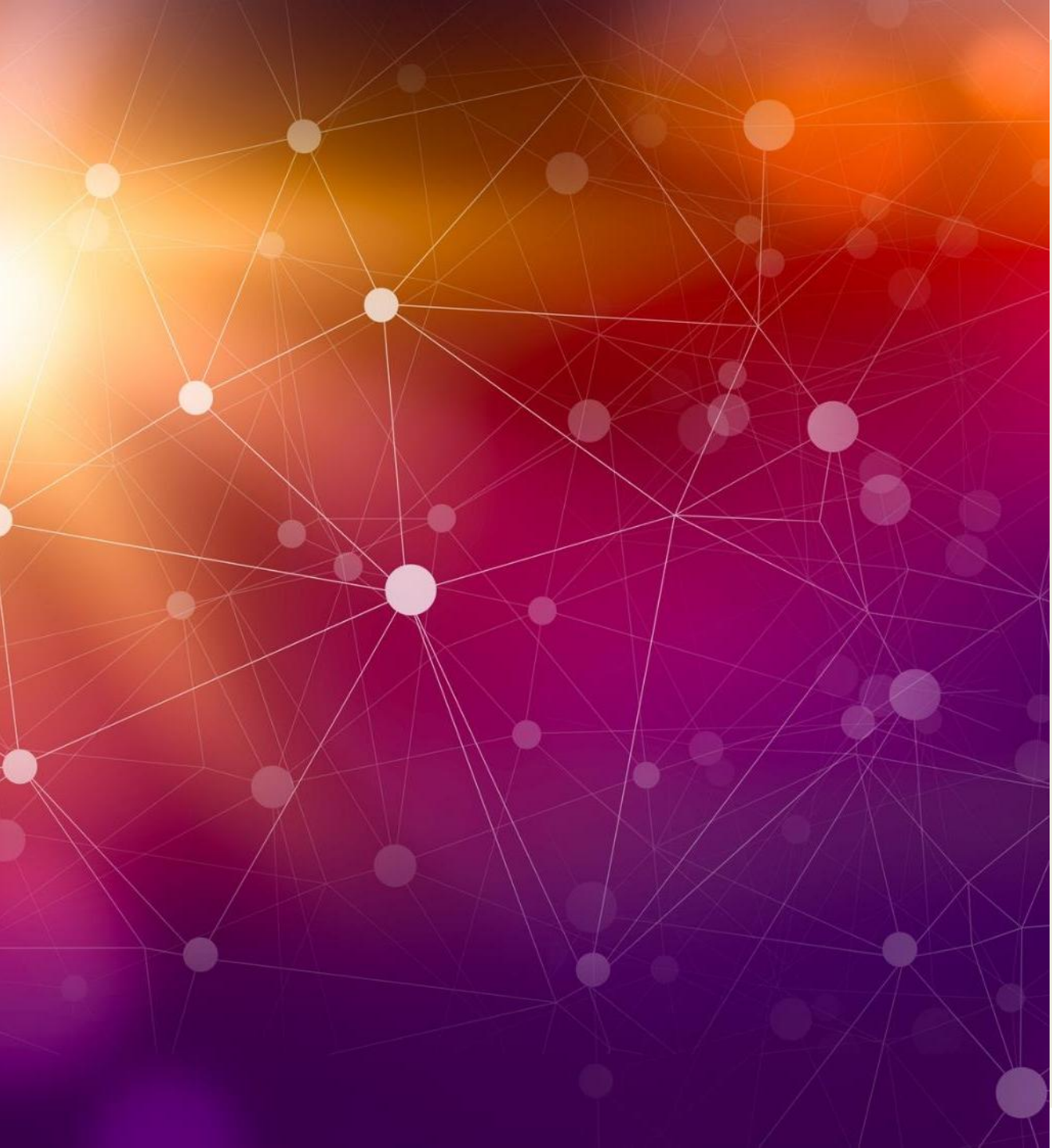
---

Dentiste

**Annexe 7 : Objectifs et conseils pratiques pour la prise en charge des altérations du CA selon l'âge**

| Objectifs                                                                          | Nourrissons<br>Enfants < 3 ans                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Enfants en âge scolaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Adolescents > 15 ans et adultes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Maintenir les rythmes et instaurer un cadre alimentaire</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pauses régulières pendant la prise des biberons</li> <li>- Respect de la fréquence des prises alimentaires</li> <li>- Adaptation du volume selon la rapidité de la prise pondérale</li> <li>- Exceptionnellement, augmentation de la dilution du lait</li> <li>- Contrôle des quantités proposées lors de la diversification</li> <li>- Eviter les prises alimentaires inter-prandiales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une répartition par écrit détaillé des repas avec un cadre (horaires, structure) et si besoin éléments de ritualisation des repas (assiette et verre dédiés à l'enfant, plateau pour déterminer le volume du repas)</li> <li>- Limiter l'impulsivité : éviter les stimuli visuels (ne pas mettre de pain ou d'aliments à portée, limiter les quantités cuisinées,...), proposer des couverts (mimétisme), contrôler la vitesse d'ingestion de l'eau</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une répartition diététique individualisée (=cadre) <b>par écrit</b> non négociable,</li> <li>- Ritualisation des prises alimentaires en respectant horaires, quantités, et contenus.</li> <li>= principe de la sécurité alimentaire : « pas de doute, pas d'espoir »</li> <li>Utilisation de documents FALC (Faciles à Lire et à Comprendre) en cas de déficience intellectuelle</li> </ul>                              |
| <b>Contrôler/limiter l'accès à la nourriture</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser l'aspect visuel (présentation et volume des légumes, vaisselle dédiée pour l'enfant)</li> <li>- Proposer des saveurs variés (aromates, épices, ...)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprentissage de la lecture des étiquettes/choix des produits, limitation des achats</li> <li>- Favoriser l'aspect visuel (présentation et volume des légumes, choix de la vaisselle)</li> <li>- Proposer des saveurs variées (aromates, épices, ...)</li> <li>- Fermeture à clé de la cuisine, absence de nourriture disponible au domicile</li> </ul>                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fermeture de la cuisine ou des réserves</li> <li>- Identifier les sources possibles d'accès à la nourriture</li> <li>- Moyens de respect du cadre expliqué aux commerçants, structures d'accueil, foyer, hôpitaux,</li> <li>- Etre vigilants dans les trajets autonomes</li> <li>- Eviter les stimuli alimentaires (magasins, stages professionnels, buffets)</li> <li>- Eviter l'argent de poche</li> </ul>                             |
| <b>Contrôler le comportement</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticiper, répéter avec l'enfant l'organisation de la journée du lendemain et « négocier » les éventuelles modifications alimentaires (système d'équivalence)</li> <li>-Prise en charge globale des troubles du comportement (psychiatre/psychologue)</li> <li>- Activité physique adaptée quotidienne</li> </ul>                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instauration d'un climat de confiance pour diminuer l'anxiété</li> <li>- En aucun cas, l'alimentation ne doit être un moyen de punition ou de récompense.</li> <li>- Planifier des activités occupationnelles tout au long de la journée non en lien avec la nourriture</li> <li>- Eviter les cours de cuisine notamment si non supervisés, le travail dans la restauration,</li> <li>- Activité physique adaptée quotidienne</li> </ul> |
| <b>Favoriser la coordination des acteurs pour une cohérence de prise en charge</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAI à la crèche</li> <li>- Répartition alimentaire écrite pour les parents et les structures d'accueil</li> <li>- Contact téléphonique</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAI à l'école, HDJ ou IME</li> <li>- Contact avec les référents</li> <li>- Répartition alimentaire écrite pour les parents et les structures d'accueil</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contact avec les référents à l'IMPro, l'ESAT, le foyer</li> <li>- Répartition alimentaire écrite pour les parents et les structures d'accueil</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

**PNDS Générique  
Obésités de causes rares  
2021**



# Troubles neurodéveloppementaux & Obésité :

## Prise en charge nutritionnelle

Pauline Morineau  
Diététicienne Nutritionniste



# Les spécificités alimentaires

# Alimentation

Sujet de préoccupation omniprésent

Difficulté avec la gestion du refus alimentaire,

Impulsivité avec recherche de la nourriture

Difficulté à la gestion des émotions : compulsions alimentaires

# Altération de perception des sensations alimentaires

Sensation de faim omniprésente, tout au long de la journée, et quelques minutes après avoir mangé

Tachyphagie sans réelle mastication

= > Hyperphagie prandiale

Hyperphagie boulimique (pas de système de contrôle)

# Sensibilité importante aux aliments

Sensibilité aux odeurs de la nourriture et de cuisson

Sensibilité à la vue des aliments quel que soit le lieu et le moment de la journée

Sensibilité aux bruits liés à la cuisine (préparation des repas, ouverture du frigo..)

# Sélectivité alimentaire importante

Panel alimentaire limité, s'orientant vers des aliments ayant une palatabilité importante

Difficulté à s'exposer à de nouveaux aliments du fait des particularités sensorielles (intégration sensorielle)

Cécité conceptuelle : incapacité de l'enfant à reconnaître l'aliment et/ou le considérer sans risque (couleur, forme, marque, environnement..)



# Le cadre alimentaire

## Environnement des repas

Sans écran,  
Au calme  
Dans un temps donné

## Lieu de repas

On mange au même  
endroit pour éviter les  
prises de repas en dehors  
du lieu

## Installation pour les repas

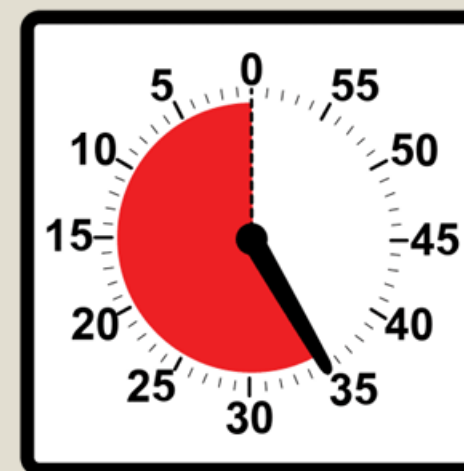
On ne peut bien manger que  
si on est bien installé

# REFLECHIR AU RYTHME DES REPAS

Semainier



Timer



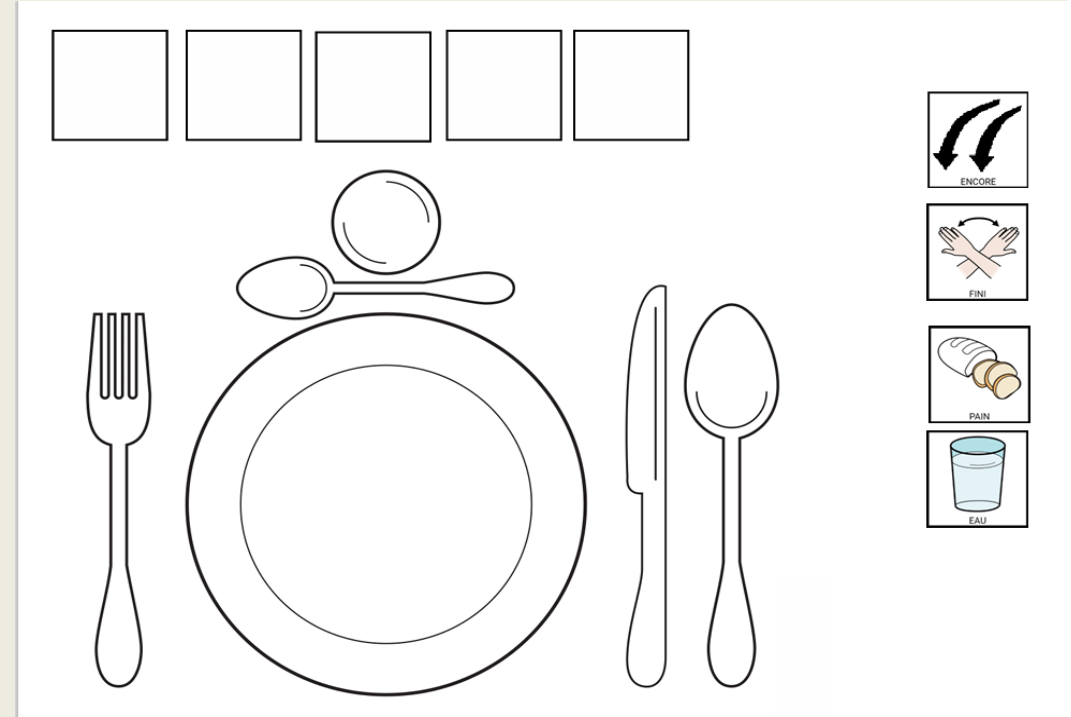
Déroulement  
d'un repas

# REFLECHIR SUR LA COMPOSITION DES REPAS

*Quantités*

*Aliments*

*Vaisselle*

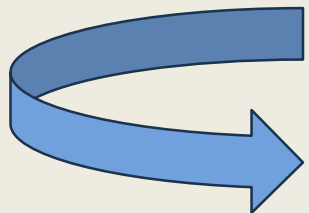


POSER UN CADRE PERMET DE SÉCURISER L4 ENFANT  
ET DIMINUER SON ANXIÉTÉ



Diminuer l'exposition alimentaire

- Ne pas autoriser de prise alimentaire en dehors des 4 repas
- Éviter de manger devant son enfant
- Éviter qu'il ait accès à la nourriture, et qu'elle soit visible
- Faire les courses sans l'enfant
- Si l'impulsivité est trop importante : fermer les placards, la cuisine, la réserve en lui expliquant la raison

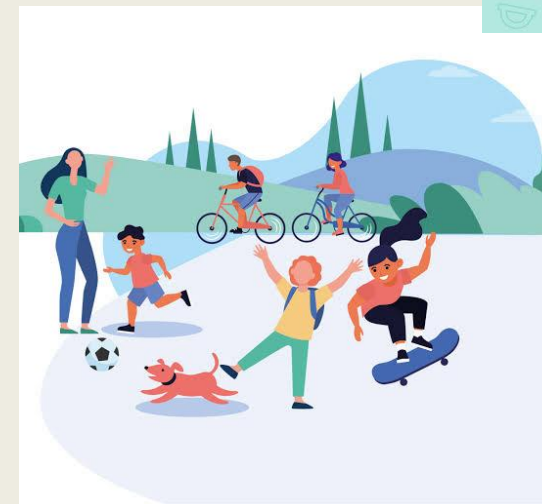
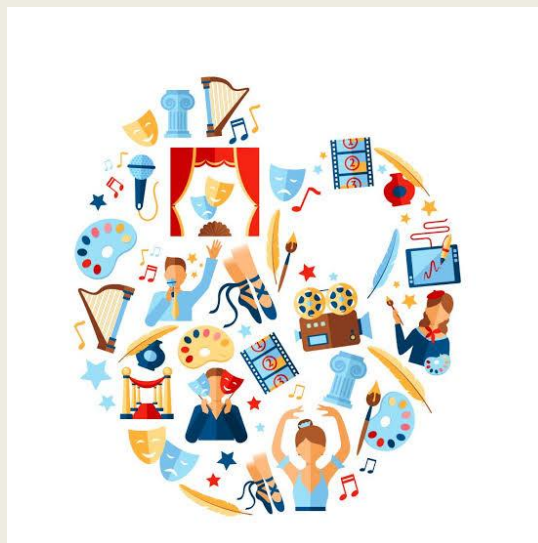
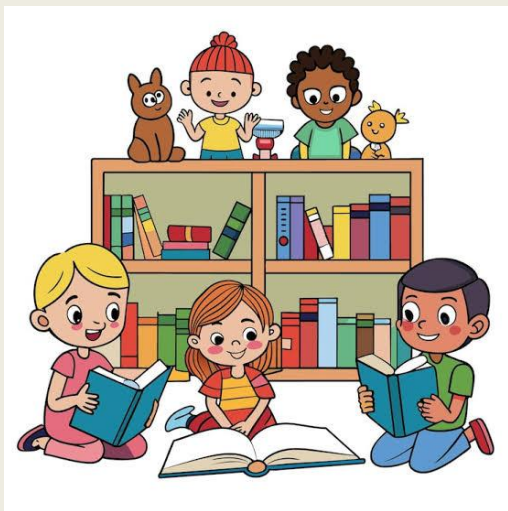


**Les règles sont les mêmes  
pour tous les membres de la famille**



Diminuer l'obsession alimentaire

PROPOSER DES ACTIVITES A LA MAISON ET A L'EXTERIEUR





Prévenir les situations à risque

# A l'école, en famille, sur le chemin de l'école...

- 1 - Expliquer le cadre alimentaire à l'enfant et à l'entourage (fratrie, grand parents..)
- 2 - Impliquer tous les interlocuteurs
- 3 – Faire respecter les décisions



Et pour les sorties (occasions festives, restaurants, week-ends, vacances)

**J'ANTICIPE**

- Se renseigner en amont sur les conditions d'accueil et de restauration
- Privilégiez les repas à table
- Pouvoir surveiller ce qu'il mange
- Favoriser les activités en plein air à proximité

Point de  
vigilance

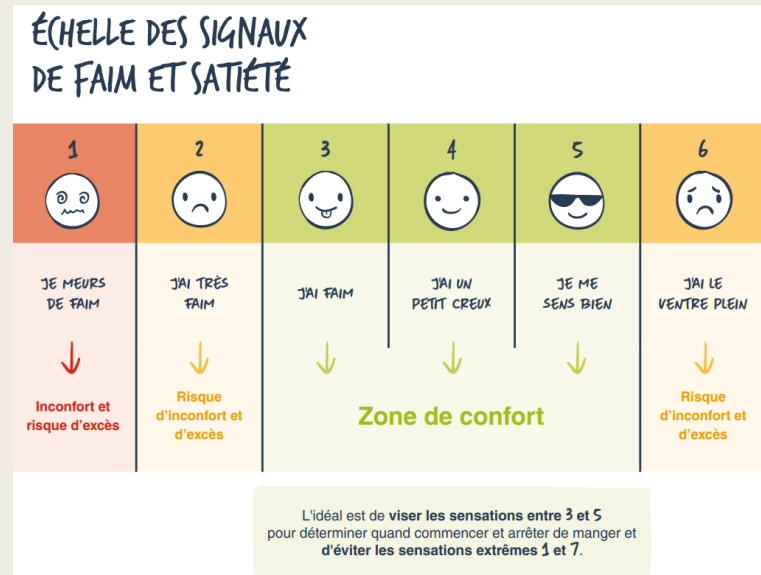
Expliquer en amont le déroulement de la sortie, des repas prévus, lui dire à quoi il aura droit, et en quelles quantités



# Améliorer la perception des sensations alimentaires

Si la personne, l'enfant ou l'adolescent est en capacité

## L'échelle des sensations adaptées



GARGOUILLIS  
MANQUE D'ÉNERGIE  
FATIGUE  
DIFFICULTÉ À SE CONCENTRER  
SENSATION DE CREUX DANS LE VENTRE  
IRRITABILITÉ

Adapter ses quantités en fonction sa faim

J'ai faim !

Favoriser la satiété

Le scan corporel express

avant/pendant/après le repas

ENCOURAGER  
À MANGER LENTEMENT

ALLOUER  
25 MIN AU REPAS

ENCOURAGER  
À CESSER DE MANGER  
QUAND IL N'A PLUS FAIM

DEMANDER  
COMMENT IL SE SENT

ENCOURAGER  
À MASTIQUER ET PRENDRE



*Améliorer la sélectivité alimentaire*

# Agir sur la sélectivité alimentaire

- Habituation sensorielle : Etapes progressives et définies,

## Parcours de la découverte d'un aliment

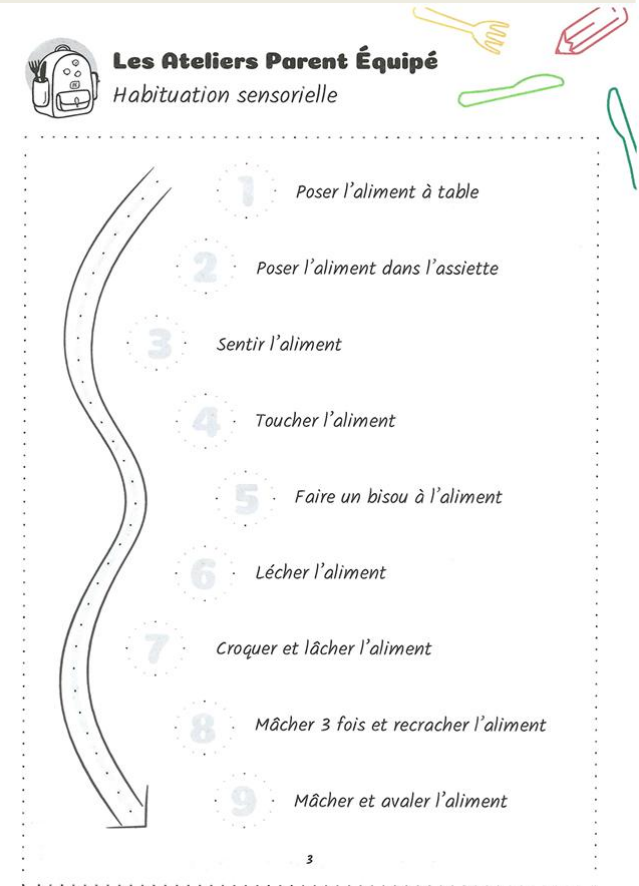
Pour chaque nouvel aliment, j'accompagne mon enfant pour qu'il puisse



- Modéliser pour qu'il puisse prendre appui sur les parents

- Renforcement positif ++

- Alternance effort/récompense



# Comment intégrer l'aliment ?

S'il accepte de le goûter / manger OU une fois le « chemin vers la bouche » terminé

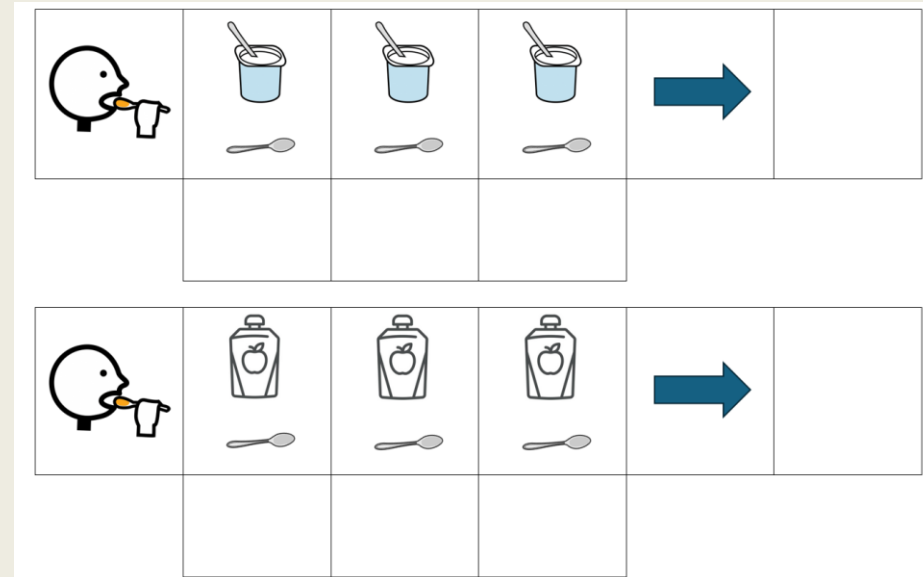
Objectif = répéter les expositions (phénomène d'habituation)

1 - manger une petite quantité régulièrement

2 - augmenter les quantités

Toujours en utilisant des renforçateurs

Supports personnalisables selon l'aliment ou la quantité attendue (nb de cuillères, pot entier...)



# Sélectivité au packaging

Proposer autant que possible des aliments de marques variées, pour ne pas entrer dans une routine qui renforcera le manque de flexibilité

Mettre les aliments dans un contenant neutre (ex : compote ou yaourt dans un bol neutre plutôt que dans l'emballage du commerce

# Aliment « copains »

S'appuyer sur des aliments très appréciés pour en introduire d'autres

Ex : associer du ketchup, du fromage râpé, de la crème fraîche, du pain... à un aliment nouveau ou difficile

S'approche d'un renforçateur

# Imitation

- Modéliser +++ (besoin d'un adulte pour accompagner)
- Renforcer positivement
- Vidéo-modeling ?

## En pratique

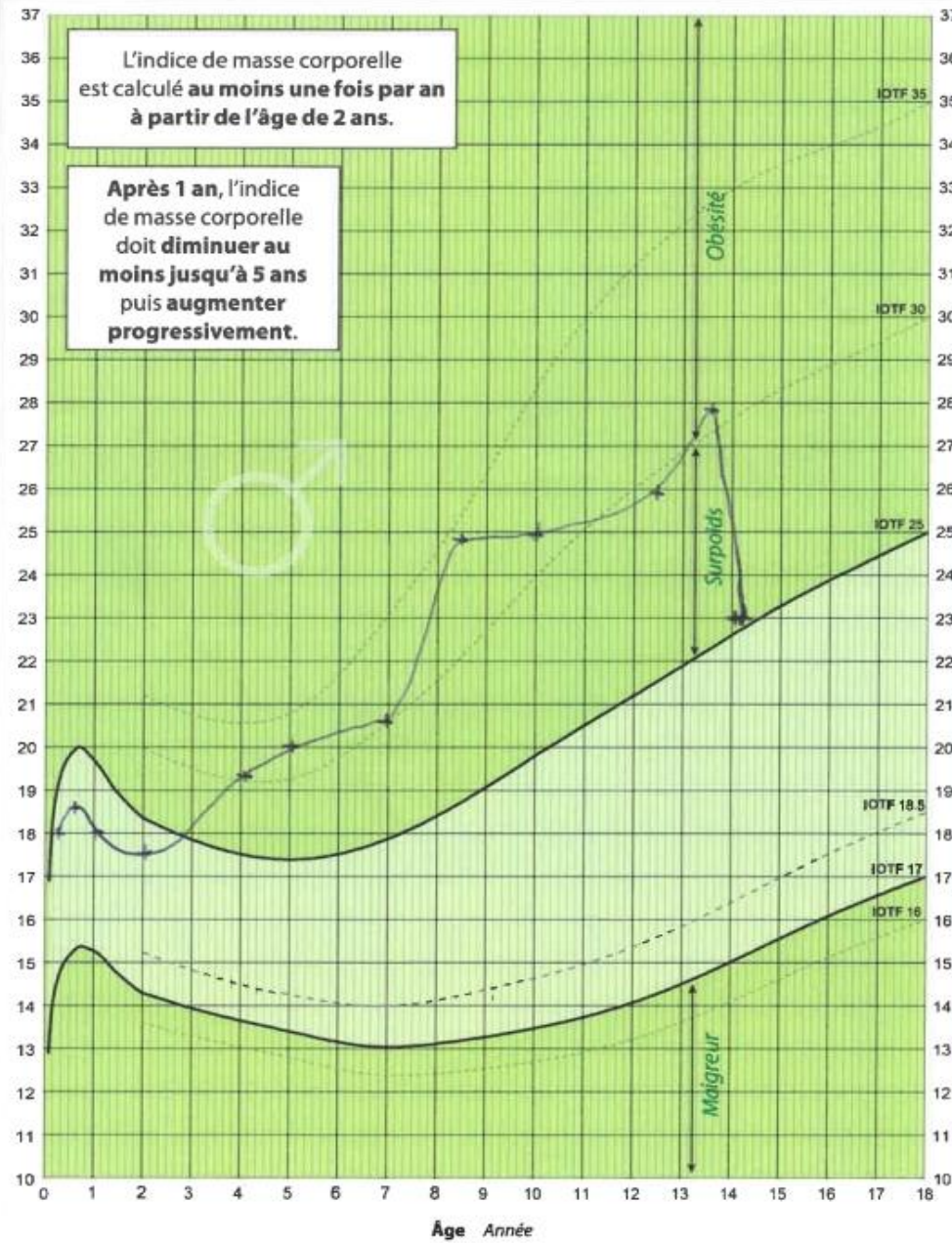
- Adolescent 13 ans, Diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme à l'âge de 3 ans.
- Pas de traitement habituel.
- Apparition de la sélectivité alimentaire lors de la diversification : purées mixées lisses de couleur blanche et sans assaisonnement.
- Amélioration progressive à partir de l'âge de 6- 7 ans, prise des repas en collectivité à la cantine.
- Tachyphagie et hyperphagie (la brioche, les croissants).
- Intolérance à la frustration avec des crises clastiques // stratégies de contournement.
- Problématique de SAOS.

# Prise en charge

- Cadre alimentaire strict au domicile (4 repas par jour, pas de grignotage).
- Limitation des sollicitations olfactives et visuelles (portes des armoires de cuisine fermées à clé).
- Diminution de la consommation de brioche ou croissant ainsi que des biscuits.
- Certificat pour la cantine pour ne pas le resservir et un seul morceau de pain (jusqu'à 20!) et arrêt des collations le matin.
- Anticiper les situations difficiles (vacances, repas collectifs).
- Equilibre alimentaire.
- Eviter les carences.
- CAA : communication alternative et améliorée
- Interventions comportementales : échelle de la satiété, verre d'eau/hyperphagie, travail sur la vitesse du repas (sablier 30s..), renforçateurs positifs.

L'indice de masse corporelle est calculé au moins une fois par an à partir de l'âge de 2 ans.

Après 1 an, l'indice de masse corporelle doit diminuer au moins jusqu'à 5 ans puis augmenter progressivement.



# Evolution

- Pas de trouble du sommeil noté, diminution nette des ronflements.
- Poursuite de la prise en charge pluridisciplinaire avec orthophonie, psychologue, ergothérapie, kinésithérapie et psychomotricité.
- Le cadre alimentaire est bien posé au domicile, il s'est bien saisi des mesures concernant l'alimentation.
- Toujours légère frustration par rapport à une appétence pour les produits sucrés. Mise en place de stratégies de diversion, et des consignes anticipatives (glaces).
- Pas de pesée au domicile.
- Sérénité.



# Conclusion

Démarche pluridisciplinaire

Approche individualisée, structurée et progressive

Cadre alimentaire sécurisant et stable

Diminuer son anxiété

Améliorer sa relation aux sensations alimentaires

Favoriser progressivement son autonomie

**Groupe MIAM-MIAM**  
**Groupe de travail parents-soignants sur les troubles**  
**de l'oralité alimentaire**



**TOP'LA**



[COLLABORER →](#)

**Centre Aragonais de Communication**  
**Augmentative et Alternative**

# Bibliographie

- [Maison del'autisme.gouv.fr/fiches-pratiques-autisme/particularites-alimentaires-autisme](https://maisondelautisme.gouv.fr/fiches-pratiques-autisme/particularites-alimentaires-autisme)
- [Démarche thérapeutique avec l'hôpital Necker Enfants malades](https://inforalite.fr/) (inforalite.fr)

Goday PS et al. [Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework](#). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*, 2019 Jan;68:124-129. doi: 10.1097/MPG.0000000000002188

Galai T et al. [Demographic and clinical parameters are comparable across different types of pediatric feeding disorder](#). *Sci Rep.*, 2022 May 21;12: 8596. doi: 10.1038/s41598-022-12562-1

Galai T et al. [Factors associated with age of presentation of pediatric feeding disorder](#). *Brain and Behavior*, 2024 Mar 11;14:e3461. doi: 10.1002/brb3.3461

Manikam R et Perman J. [Pediatric Feeding Disorders](#). *Journal of Clinical Gastroenterology*, January 2000, volume 30, issue 1, p 34-46

Merci de votre  
attention

