

---

# BILAN D'ALIMENTATION

pour enfants avec Troubles du Spectre Autistique âgés de 2 à 12 ans

Date de l'observation :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Diagnostic TSA :

Famille (parents, fratrie) :

## 1. ENTRETIEN AVEC LES PARENTS

### a. Grossesse et naissance

Conditions de naissance

Terme                       Prématurité                       Post-maturité

*Préciser le terme :*

Poids de naissance :

Aspects médicaux

Maladie :     Hospitalisation ; motif :  
 Réanimation                                       Problèmes ORL

Durée :

### b. Etat général

#### Communication

*Indiquer l'âge d'apparition et éventuellement des exemples :*

Babillage :

Premiers mots :

Phrases :

*Actuellement :*

Qualité des interactions :	<input type="checkbox"/> initiation	<input type="checkbox"/> participation	<input type="checkbox"/> maintien
Communication non verbale :	<input type="checkbox"/> geste	<input type="checkbox"/> mimique	<input type="checkbox"/> contact oculaire
Echolalie :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Imitation :	<input type="checkbox"/> verbale	<input type="checkbox"/> motrice	<input type="checkbox"/> immédiate <input type="checkbox"/> différée
	<input type="checkbox"/> pour apprentissage	<input type="checkbox"/> sous forme de jeu	
Mode de communication :	<input type="checkbox"/> orale	<input type="checkbox"/> signes	<input type="checkbox"/> pictogrammes
	<input type="checkbox"/> autres :		

*Autres remarques :*

---

---

### Aspects sensoriels

- Audition :  normale  trouble :  
 correction/traitement :
- Vision :  normale  trouble :  
 correction/traitement :
- Manipulations (peinture au doigt ou au pinceau, pâte à modeler...) :  oui  non  
 difficultés :
- Sensibilité particulière lors des soins corporels, de l'habillage :  
 non  hyporéactivité  hyperréactivité  
*Manifestations :*
- Sensibilité particulière lors du brossage des dents :  
 non  hyporéactivité  hyperréactivité  
*Manifestations :*
- Dentifrice (préférence, goût non supporté...) :
- Met les objets à la bouche :  oui  non  
Habitudes de succion particulières :

### Aspects moteurs et comportementaux

- Degré d'autonomie globale :  normale  assistée  impossible  
*Préciser habillage, marche, toilette :*
- Types de déplacements :  marche  course  vélo  
 autres :
- Préhension :  pince  poing  autre :  
Capacités d'attention :  normales  faibles  irrégulières  
*Préciser :*
- Fatigabilité :  normale  modérée  excessive  
*Si oui, préciser à quel moment de la journée :*
- Comportement, humeur :  stable  variable  
*Préciser :*

### Situation médicale

- Croissance staturo-pondérale :  normale  particularités :  
Si croissance anormale :  signes de dénutrition :
- Pathologies (hors TSA) :  
Traitements actuels :  
Effets secondaires (bouche, digestion, transit, mouvements parasites...) :  
Allergies :  
Régimes particuliers :
-

---

Encombrement :  oui  non  parfois  
Pneumopathie :  oui  non  
*Si oui, préciser la fréquence :*

Suivi médical ou paramédical :

### c. Alimentation

#### Alimentation néo-natale

Modalité :  nourri au sein  biberon  autre :  
Type de lait (*préciser pourquoi ce choix*) :  
Sevrage :  facile  difficile Âge :  
Succion :  facile  difficile ; *préciser* :  
Durée du repas (norme : 15 min)  long  normal  rapide  
Régurgitations :  jamais  rarement  fréquemment  
Incontinences labiales :  oui  non  
RGO :  oui  non  
Manifestations :  
Traitement :  oui  non  
Adaptations :  oui  non

#### Alimentation à la cuiller

Mise en place :  facile  difficile ; *préciser* :  
Age de la mise en place (norme : 4-7 mois) :  
Réactions à la diversification alimentaire :  
Textures :  fait maison  commerce  
Mastication efficace (vigoureuse, rythmée et suffisamment longue) :  oui  non  
Age de mastication de morceaux de viande : (norme : début vers 2 ans)  
Boisson :  biberon  gobelet/verre  autres :  
Quantité de liquide (norme : environ 1L) :  normale  faible  abondante  
Boissons préférentielles :  
Déglutition salivaire :  normale  bavage  
*Si bavage, préciser :*  important  faible  
 permanent  ponctuel ; *préciser* :  
 à l'effort (concentré)

---

---

### Comportement alimentaire actuel

Sensation de faim :  oui  non  variable  
Sensation de satiété :  oui  non  variable

#### *Manifestations :*

Niveau d'activité :  se lève  calme  apathique  
 endormissement  autres :

Autonomie pour le repas :  mange seul  incitation physique  incitation verbale  
 assistance partielle :  assistance totale

#### Si personne nourricière :

- Identité :
- Technique (rythme, forçage, orientation du couvert, essuyage de la bouche) :

#### *Particularités éventuelles :*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> insiste sur les rituels             | <input type="checkbox"/> joue avec la nourriture               |
| <input type="checkbox"/> mange des aliments trop volumineux  | <input type="checkbox"/> porte des objets à la bouche          |
| <input type="checkbox"/> flaire la nourriture                | <input type="checkbox"/> flaire les objets et/ou les personnes |
| <input type="checkbox"/> ne mange que dans certains endroits | <input type="checkbox"/> refuse les aliments nouveaux          |

Facteurs déclenchant ou aggravant ces particularités :  stress  fatigue  environnement  maladie

#### *Préciser :*

Repas stressant :  pour l'enfant  pour l'entourage

#### *Préciser :*

Sélectivité alimentaire de l'entourage :  non  oui ; *préciser :*

### Contexte de l'alimentation actuelle

Impact des troubles sur la qualité nutritive du repas :  non  oui

#### *Préciser :*

Durée :  normale (20 mn)  faible  excessive

Répartition journalière :  normale  repas fractionnés

Grignotage :  non  oui ; fréquence :

#### Lieu(x) du repas :

#### Différences selon les lieux :

Repas à heure fixe :  oui  non

Contexte social du repas :  en groupe  décalé du groupe :  habitude familiale /  spécifique à l'enfant

TV pendant les repas :  oui  non

Objets apportés à table :  oui  non

Aide pour :  préparer le repas  mettre la table  débarrasser/nettoyer

---

---

## Caractéristiques alimentaires

Textures :  morceaux  mastiqués  mixés  
Quantité :  normale  excessive  faible  
Mange des éléments non comestibles :  non  oui ; *préciser* :

Liquides :  normal  épais  aromatisé  
 gazeux  gélifié  autre :  
Quantité :  normale (1- 1,5L)  excessive  faible  
Si faible quantité :  signes de déshydratation *préciser* :

Déglutition du bol alimentaire :

Blocages :  buccal  pharyngé  hémage  stases buccales  
Bruits anormaux :  lors du repas  après le repas  
Voix :  mouillée  soufflée  faible  irrégulière  
Toux :  lors du repas  après le repas  à distance des repas  nocturne

Signes de Syndrome de Dysoralité Sensorielle (SDS) :

difficultés pour mastiquer  garde les aliments en bouche  
 recrache  a des haut-le-cœur  
 vomissements  s'étouffe en mangeant  
 refuse les morceaux durs ou fibreux  refus des textures mixtes (lisses + morceaux)

RGO :  non  oui ; *manifestations* :  
Traitement du RGO :  non  oui ; *fréquence* :

Etat buccal :

odeur buccale désagréable  mycoses intra buccales  aphtes  autres

Douleurs liées à l'alimentation :

non  gingivales  gastriques  
 intestinales  autres :

---

---

Sélectivité alimentaire particulière :

	Accepte : + (préférence marquée ++)	Refuse : - (aversion marquée --)
Goût - sucré - salé - acide - amer		
Textures - lisse - mixé - mastiqué - morceaux		
Température - chaud - froid - tiède		

Sélectivité visuelle des aliments:     non                       oui ; *préciser* :  
Mange avec les doigts :             non                       oui                       parfois

Préférences alimentaires	Refus alimentaires

---

---

## 2. OBSERVATION D'UN REPAS

Menu du jour :

### a. Contexte du repas

Taille de la pièce :

Nombre de personnes dans la pièce :  entourage familial  pairs  professionnels

Nombre de convives à table :

### b. Installation

#### Matériel

Mobilier :  chaise  siège adapté  marchepied  
 table échançrée  table rectangulaire  table ronde  
Emplacement à table :  dos au mur  dans un coin  autre ; *préciser* :

Couverts :  cuillère  fourchette  couteau  
 en métal  en plastique  
 manche rond  manche épais  coudé  lesté  
Verre :  normal  paille  verre échançré  verre à bec  
Assiette :  normale  creuse  tour d'assiette  assiette surélevée  
 set de table  timer  tapis anti dérapant  autres ; *préciser* :

#### Position spontanée de l'enfant

Appui podal :  au sol  marchepied  jambes croisées  non  
Appui dorsal :  oui  coussin  non  
Flexion de la tête :  correcte  excessive  renforcée  absente  
Autre position de la tête :  extension  rotation (D ou G)  inclinaison (D ou G)

Réactions de l'enfant lors de l'installation à table :

*Autres remarques :*

---

---

### c. Déroulement

Réactions à la mise en bouche :

#### Rythme du repas

- normal       pauses       endormissements       nourriture vite avalée       nourriture gardée en bouche

#### Techniques de l'enfant

- Respiration :                       buccale     nasale     mixte  
Succion :                               vigoureuse     fuites labiales     coordination avec  
respiration/déglutition
- Utilisation des couverts :       préhension du couvert       préhension des aliments avec le couvert  
     trajet jusqu'à la bouche       préhension labiale du couvert

Mastication :

Qualité de la mastication en fonction des textures :

Fatigabilité de la mastication :  oui  non

Déglutition de liquides au verre :

- normale                       difficile                       impossible                       lente                       rapide

Difficultés ou impossibilités liées :

- mauvaise préhension du verre  
 mauvaise approche du verre à la bouche  
 déficit d'aspiration du liquide :                       problème de fermeture labiale       problème de protrusion linguale  
     fuites labiales     problème de sensibilité  
 trouble de la coordination aspiration/déglutition/respiration

#### Observation du stade pharyngé

	Aliments	Liquides
Reflux nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalies d'ascension laryngée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

#### d. Fin du repas

A l'initiative :  de l'enfant  de l'entourage  
Résidus alimentaires en bouche :  non  oui

#### Observations complémentaires

Plaisir à s'alimenter :  normal  excessif  inexistant  opposition  
 seulement pour les aliments appréciés  
Désir d'autonomie :  normal  excessif  inexistant  opposition  
Durée du repas :

#### Influence de l'environnement

Réactions aux stimuli de l'environnement :  normales  modérées  excessives  
*Préciser le type de stimuli (auditif, visuel...)* :  
Importance de la personne qui donne le repas :  normale  modérée  excessive  
*Préciser :*

#### Observation de la situation de communication

Compréhension des sollicitations :  normale  variable  faible  nulle  
Capacité à faire des demandes :  geste  verbal  CAA  non observé  
 sollicitations non compréhensibles (tentatives de demandes infructueuses)  
Capacité à effectuer un choix entre un aliment aimé et un déprécié :  non  instable  non observé  
 prend  pointe  verbal  CAA  
Capacité à effectuer un choix entre deux aliments aimés :  non  instable  non observé  
 prend  pointe  verbal  CAA  
Capacité à exprimer un refus :  jette  repousse  se détourne  non observé  
 mimique  verbal  CAA  autres :

---

---

### 3. EXAMEN ORO-FACIAL ET SENSORIALITE

#### a. Examen bucco-facial au repos

Etat bucco-dentaire :	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> bruxisme	<input type="checkbox"/> caries	<input type="checkbox"/> tartre
Etat des gencives :	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> inflammations	
Mâchoires :	<input type="checkbox"/> occlusion normale	<input type="checkbox"/> prognathie	<input type="checkbox"/> rétrognathie
ATM :	<input type="checkbox"/> mobilité symétrique <input type="checkbox"/> mobilité asymétrique :	<input type="checkbox"/> craquements <input type="checkbox"/> droite/gauche	<input type="checkbox"/> avant/arrière
Langue :	<input type="checkbox"/> forme normale <input type="checkbox"/> longueur normale <input type="checkbox"/> étalée dans la bouche <input type="checkbox"/> apex en pointe au palais	<input type="checkbox"/> forme anormale ; <i>préciser</i> : <input type="checkbox"/> courte <input type="checkbox"/> rétractée au fond de la bouche <input type="checkbox"/> sortie en pointe	<input type="checkbox"/> longue <input type="checkbox"/> protrusion
Voile du palais :	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> autres ; <i>préciser</i> : <input type="checkbox"/> mobilité normale	<input type="checkbox"/> bifide <input type="checkbox"/> difficile	<input type="checkbox"/> impossible
Etat des lèvres :	<input type="checkbox"/> jointes <input type="checkbox"/> asymétriques <input type="checkbox"/> hypotoniques	<input type="checkbox"/> ouvertes <input type="checkbox"/> immobiles <input type="checkbox"/> lèvre supérieure rétractée	<input type="checkbox"/> symétriques <input type="checkbox"/> tremblantes
Joues :	<input type="checkbox"/> normales	<input type="checkbox"/> hypotoniques <input type="checkbox"/> épaisses	<input type="checkbox"/> hypertoniques <input type="checkbox"/> fines

#### b. Praxies

	Facile	Difficile	Impossible
<u>Lèvres</u>			
Fermeture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit du baiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Joues</u>			
Gonfler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentrer les joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer l'air d'une joue à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Langue</u>			
Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs tirer/rentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs droite/gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements alternatifs haut/bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

### c. Sensorialité

#### - Réflexes

Réflexe nauséux :  vif     modéré     normal     faible

Préciser le lieu du déclenchement du réflexe :

impossible à déterminer

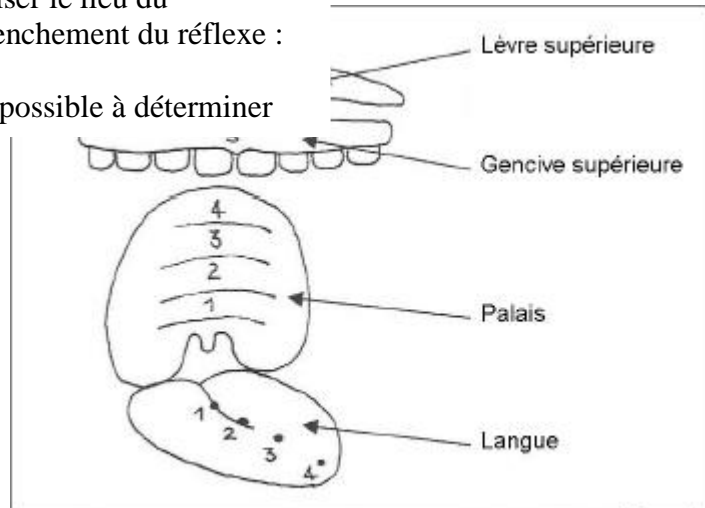


Figure 1 : Schéma des stades de l'hyper-nauséux. (SENEZ)

Réflexe de morsure :  absent  occasionnel  fréquent ; préciser :

#### - Sensibilité olfactive : *Reconnaissance de senteurs*

	Réaction			Identification
	Positive	Négative	Neutre	
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### - Sensibilité tactile : *Toucher la personne*

Perception :	Réaction				Réaction
	Excessive	Normale	Absence de réaction	Toucher impossible	
Extérieur des joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intérieur des joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

---

Palais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Sensibilité thermique : *Utiliser de l'eau ou un guide-langue*

Perception :	Excessive	Normale	Absence de réaction	Refus	Identification	Réaction
Chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Sensibilité gustative

Perception :	Excessive	Normale	Absence de réaction	Refus	Identification	Réaction
Eau sucrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eau salée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eau citronnée (acide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thé (amer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### d. Déglutition et mastication au repos

Capacité de déglutition au verre :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> refus
Capacité d'aspiration à la paille :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> refus
Capacité d'aspiration au scoubidou :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> refus

Nombre de coups de dents pour un morceau de pain (moy = 20-30) :

Morceau envoyé par la langue entre les molaires :	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui :	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
Langue plaquée au palais et morceau sucé :	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		
Morceau rejeté par la langue :	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		
Rythme et vigueur de la mastication :	<input type="checkbox"/> vigoureuse et rythmée	<input type="checkbox"/> lente et déprimée		
Déglutitions secondaires :	<input type="checkbox"/> nettoie sa bouche avec sa langue			
	<input type="checkbox"/> nettoie sa bouche avec ses doigts			<input type="checkbox"/> aucune

## Menu des trois journées types

Adapté de l'outil réalisé par Geneviève Nadon, Cr La Myriade, programme TED.

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Questionnaire complété par (entourer) :** mère père structure autre

Voici un journal de bord dans lequel vous indiquerez ce que la personne a mangé pendant trois journées typiques. Nous vous demandons de choisir deux journées durant la semaine et une journée durant le week-end, pour une meilleure représentativité. Pendant ces trois jours, nous vous demandons de noter, au fur et à mesure, les prises alimentaires de la personne.

Pour chaque aliment, estimez grossièrement la portion mangée (pour référence, 1 portion = environ à grosseur d'une pomme). Indiquez également l'heure et le lieu du repas ou de la collation.

JOUR 1	DATE :	
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		
Déjeuner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		
Dîner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		

JOUR 2		DATE :
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		
Déjeuner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		
Dîner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		

JOUR 3		DATE :
Repas	Aliment/liquide	Portion
Petit Déjeuner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		
Déjeuner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		
Dîner Heure : Lieu :		
Collation Heure : Lieu :		

## FICHE PERSONNELLE D'ADAPTATIONS POUR L'ALIMENTATION

Nom :  
Prénom :

Age :

Aménagement du contexte

Place à table :

- Seul
- Avec un accompagnant
- Avec d'autres personnes.
- Nombre maximum de convives à la table :
  - Dos contre un mur
  - Dans un coin

Lieu du repas :

Aménagements recommandés pour l'installation de la personne :

- Marchepied
- Table échancrée ou accoudoirs
- Sets de table
- Aucun

Adaptation des outils du repas :

- Couvert adaptés
  - Manches rond
  - Manches épais
  - Couverts coudés
  - Couverts lestés
- Verre échancré
- Utilisation d'une paille
- Tour d'assiette
- Assiette surélevée
- Aucune

Adaptation des textures et consistances :

Alimentation :

- Petits morceaux
- Moulinée
- Mastiquée
- Mixée
- Aucune adaptation des aliments

Boisson :

- Froide
- Chaude
- Aromatisée
- Gazeuse
- Epaisse
- Gélifiée

Adaptation de la situation de communication :

- Objets référence
- Photos
- Pictogrammes

Lieu de rangement de l'outil de communication :