



HAL
open science

Étude des liens entre les troubles de l'intégration sensorielle et les troubles du comportement alimentaire

Coline Billon

► **To cite this version:**

Coline Billon. Étude des liens entre les troubles de l'intégration sensorielle et les troubles du comportement alimentaire. Sciences cognitives. 2019. dumas-02268509

HAL Id: dumas-02268509

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02268509>

Submitted on 21 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Normandie Université

MEMOIRE

Pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

Préparé au sein du Département d'Orthophonie,

UFR Santé, Université de Rouen Normandie

Étude des liens entre les troubles de l'intégration sensorielle et les troubles du comportement alimentaire.

Présenté et soutenu par

Coline BILLON

Mémoire professionnel

Mémoire soutenu publiquement le 29 Juillet 2019
devant le jury composé de

Grigioni, Sébastien	Nutritionniste	DM
Dubois-Levasseur, Caroline	Orthophoniste	DM
Plaziat-Lecroq, Marie	Orthophoniste	Président du jury
Robert, Séverine	Orthophoniste	Membre du jury

Mémoire dirigé par Grigioni Sébastien et Dubois-Levasseur Caroline



Remerciements

A Monsieur le Docteur Sébastien Grigioni, je vous remercie très sincèrement de m'avoir ouvert les portes du Service de Nutrition du CHU. Merci pour votre encadrement toujours bienveillant, vos commentaires constructifs et au temps passé à l'étude de mes statistiques. Je vous prie de recevoir le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

A Madame Caroline Dubois-Levasseur, tu m'as fait l'honneur d'encadrer mon mémoire. Merci pour tous ces apports cliniques, pour ta bonne humeur, pour ta rigueur, pour ta confiance. Tes encouragements et ta bienveillance ont été essentiels à faire de moi la future orthophoniste que je suis. J'espère que ce travail sera à la hauteur de tes attentes.

A Madame Séverine Robert, vous me faites l'honneur de participer à mon jury de mémoire. Merci de m'avoir transmis votre passion de l'orthophonie et vos connaissances qui me sont si précieuses. Merci de m'avoir redonné confiance. Recevez également mes remerciements pour le temps passé à la lecture de ce mémoire.

A Madame Marie Plaziat-Lecroq, vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie pour l'intérêt porté à ce mémoire, pour le temps consacré à la lecture de celui-ci. Veuillez accepter mon profond respect.

Merci à l'ensemble du service de Nutrition du CHU de Rouen et de la Croix Rouge pour le temps passé à la distribution de mes questionnaires et pour vos commentaires toujours avisés et bienveillants sur mon travail.

Je remercie Monsieur Frédéric Pasquet, directeur du département d'orthophonie de Rouen, ainsi que toute l'équipe pédagogique, pour leur dévouement envers cette école, pour m'avoir permis d'effectuer ces études à la fois riches et passionnantes. Merci pour cette belle vision de l'orthophonie que vous m'avez transmise. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mes parents, merci pour votre amour indéfectible. Merci de m'avoir toujours soutenue et encouragée dans mes choix de vie. Merci pour l'exemple que vous me donnez chaque jour.

A Arnaud, mon conjoint, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Merci pour ton écoute, ton immense patience, ton soutien sans faille. Merci pour la confiance que tu as eue en moi quand je n'y croyais plus. Merci pour ces dix années où tu as partagé ma vie et pour toutes celles à venir.

A mes frères et sœurs, pour leur amour, leur soutien, leur force et tous ces morceaux de vie partagés.

A mes amies d'enfance, Marion et Océane, pour nos moments de bonheur passés ensemble, pour votre soutien et pour avoir fait de moi la personne que je suis en train de devenir.

A Louis, mon ami, merci pour tous ces moments passés ensemble sur les bancs de la faculté et ceux en dehors. Merci pour ton analyse, ta réflexion, tes lectures et re-lectures. Merci pour ton amitié qui, je l'espère, durera encore longtemps. Crois en toi.

A Pauline et Jérôme, merci pour ces moments.

LISTE DES ABREVIATIONS

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- TCA : Troubles du comportement alimentaire
- DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Vème version
- CHU : Centre universitaire hospitalier
- SCOFF-F : Sick, Control, One, Fat, Food version Française
- CPP : Comité de protection des personnes
- CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
- BEP : Brevet d'études professionnelle
- ORL : Oto-rhino-laryngologiste

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Typologie des facteurs de modulation de la néophobie alimentaire et des « mangeurs difficile » issu de (Lafraire et al., 2016) p 347-357	5
Figure 2 : Les piliers des troubles de l'oralité.....	7
Figure 3 : Mécanismes physiologiques de l'intégration sensorielle.	11
Figure 4 : Classification diagnostique des troubles du traitement de l'information. Issue de (Ray-Kaeser & Dufour, 2013).	12

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'aversion sensorielle alimentaire selon (Chatoor, 2009)	10
Tableau 2 : Critères d'inclusion et de non-inclusion de l'étude.....	24
Tableau 3 : Analyse du nombre d'individus par groupe présents dans l'étude.	26
Tableau 4 : Comparaison des paramètres socio-démographiques des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.....	27

Tableau 5 : Comparaison des antécédents médicaux personnels des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.....	31
Tableau 6 : Comparaison des antécédents médicaux familiaux des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.....	32
Tableau 7 : Comparaison des habitudes alimentaires personnelles des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.....	35
Tableau 8 : Comparaison des données sensorielles de type hyporéactif des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.	37
Tableau 9 : Comparaison des données sensorielles de type hyperréactif des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.....	39

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	1
Problématique et hypothèse générale.....	2
1 – Partie Théorique	3
Chapitre 1 : L’oralité	3
1.1 Le développement de l’oralité	3
1.1.1 L’oralité primaire.....	4
1.1.2 L’oralité secondaire.....	4
1.1.3 La diversification alimentaire	5
1.2 Les troubles de l’oralité alimentaire.....	6
1.2.1 Généralités	6
1.2.2 Classification.....	7
Chapitre 2 : L’intégration sensorielle	9
1.3 Définition, rôle et prévalence	9
1.4 Les sens	10
1.5 Mécanismes physiologiques et classification du trouble	11
Chapitre 3 : Les troubles du comportement alimentaire.....	15
1.6 Anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie.....	15
1.6.1 L’anorexie mentale.....	15
1.6.2 La boulimie nerveuse	16
1.6.3 L’Hyperphagie boulimique	17
1.7 Facteurs prédisposants, déclenchants	18
1.8 Objectifs	19
2 – Partie Methode et résultats	21
2.1 Méthodes	21
2.1.1 Matériel.....	21
2.1.2 Population	23
2.1.3 Procédure.....	24

2.1.4	Analyse statistique	25
2.2	Résultats	26
3	– Partie discussion	41
3.1	Commentaires des principaux résultats.....	41
3.1.1	Hypothèse générale	41
3.1.2	Première hypothèse secondaire	43
3.1.3	Seconde hypothèse secondaire.....	44
3.1.4	Dernière hypothèse secondaire	45
3.2	Limites, points forts et perspectives.....	46
3.2.1	Limites	46
3.2.2	Forces	47
Conclusion	47
4	– Bibliographie	49
5	-Annexes	57
5.1	Annexe 1 : le questionnaire	57
5.2	Annexe 2 : Le SCOFF-F	63

INTRODUCTION

Depuis la convention d'avril 2018, les troubles de l'oralité font partis de la nomenclature orthophonique. Les patients atteints de troubles du comportement alimentaire ayant aujourd'hui entre 18 et 25 ans n'auront donc potentiellement pas pu être diagnostiqués porteur de trouble de l'oralité alimentaire durant leur enfance. Ils n'auront donc pas eu de prise en charge. Cette prédisposition à un trouble potentiel de l'oralité alimentaire de type sensoriel devrait donc être toujours présente à l'âge adulte.

L'oralité alimentaire est à la base du fonctionnement de l'être humain. Elle est un des deux sous-types d'oralité. La seconde étant l'oralité verbale. L'alimentation est en effet un besoin primaire et vital permettant au niveau physiologique de couvrir l'ensemble des besoins. Elle a un impact social. En effet, elle permet dans de nombreuses cultures de créer des moments d'échanges comme, par exemple, lors la préparation ou la prise des repas (Kerlan 2017). Au niveau culturel, elle diffère d'un pays à l'autre de par ses préférences, ses modes de consommation, ses enjeux mais aussi dans ses représentations de la diversification alimentaire. Diversification alimentaire que l'on sait être un pilier essentiel dans la création du futur inventaire individuel alimentaire de l'Homme (Nicklaus 2009), (Juchet 2014), (Lalanne 2008).

Une alimentation fonctionnelle dépend de nombreuses étapes du développement se déroulant en continu de l'embryogénèse jusqu'à l'âge adulte de manière dynamique en mêlant des aspects sensoriels, moteurs, organiques et environnementaux (Levavasseur, 2017).

Ce développement peut être mis à mal suite à la dysfonction d'un des aspects de cette dynamique complexe.

La prévalence des difficultés alimentaires est approximativement de 25 à 35% pour les enfants avec un développement neurotypique et de 40 à 80% pour ceux ayant des particularités développementales (Hye Ran, 2017). De plus, 28,7% des jeunes adultes atteints

de troubles restrictifs de la prise alimentaire ont présenté des troubles de l'alimentation de type « sélectivité » durant la petite enfance (Fisher et al., 2014).

Compte tenu de l'importance de la prévalence de ces troubles et de leurs impacts à long terme, il semble intéressant de se questionner sur les effets d'une absence de prise en charge des troubles alimentaires d'origine sensorielle durant l'enfance.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE GENERALE

Nous savons que des difficultés alimentaires d'origines organique et neurologique sont prédisposantes aux troubles du comportement alimentaire de type anorexie/boulimie.

Par conséquent, les troubles sensoriels peuvent-ils être un facteur prédisposant aux troubles du comportement alimentaire par modification de la trajectoire développementale ?

Dans une première partie, nous ferons un point théorique sur l'oralité, son développement et les troubles qui lui sont liés. Nous expliciterons par la suite la notion d'intégration sensorielle. Puis nous définirons la critériologie des troubles du comportement alimentaire.

Dans une seconde partie, nous expliquerons notre méthode et nos résultats. Enfin, dans une dernière partie, nous discuterons et conclurons cette étude.

1 – PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : L'ORALITE

1.1 LE DEVELOPPEMENT DE L'ORALITE

L'oralité recouvre toutes les fonctions de la zone oro-faciale telles que la respiration, la succion, la nutrition et la communication. Il s'agit d'un concept d'accompagnement pluridisciplinaire intégrant, en cas de troubles, des médecins tels que les ORL, les pédiatres mais aussi des professions paramédicales parmi lesquelles les orthophonistes ou les psychomotriciens. Elle se dissocie en deux sous-types qui se développent conjointement : l'oralité alimentaire et l'oralité verbale (vecteur de communication) (Fisher et al., 2014).

L'oralité alimentaire se construit en deux ou trois temps selon les auteurs et cela de manière continue depuis la phase embryonnaire. Elle résulte d'un processus développemental complexe et dynamique impliquant la maturation des représentations sensorielles, motrices, organiques et environnementales (Levavasseur, 2017, Mouren et al., 2011). « Ce comportement alimentaire suit le même cour développemental que les autres compétences sensori-motrices et qui dépendent toutes de la maturation neurologique et des capacités d'apprentissage » (Ramsay, 2001,p 13).

Pour que ce développement se fasse de manière harmonieuse, il est nécessaire que les stimulations proposées par l'environnement soient en accord avec les attentes sensorielles. Ces stimulations multisensorielles donnent du sens à l'environnement par « redondance multisensorielle ». C'est-à-dire que chaque stimulation viendra affecter l'ensemble des sens (Ramsay, 2001).

Nous allons donc maintenant définir les différentes phases du développement de l'oralité.

1.1.1 L'oralité primaire

L'oralité primaire repose sur la maturation du tronc cérébral permettant l'amélioration et la diversification des capacités sensorielles. Elle se développe in utero créant ainsi les premières recherches sensorielles suite à des stimulations endogènes (Senez 2015) et continuera d'évoluer tout au long des expériences faites par le bébé puis le jeune enfant. Au niveau moteur, les mouvements de propulsion et de rétropropulsion viendront modeler la mandibule et auront pour conséquence de modifier les schèmes moteurs. L'enfant passera ainsi d'une oralité primaire à secondaire puis tertiaire.

L'oralité primaire est réflexe. Elle est possible via la coordination du mécanisme succion-respiration-déglutition mais aussi par le respect du cycle faim satiété (Couly, 2017). Elle va permettre à l'enfant de développer les prémices de sa mémoire sensorielle. Le goût du liquide amniotique puis le goût du lait lors de l'allaitement qui tous deux changeront en fonction de ce que la mère aura ingérée. Quant au lait artificiel, puisqu'il est produit de façon industrielle, il portera toujours les mêmes saveurs et donc apportera moins de diversité dans les expériences sensorielles que le lait maternel (Boggio & Schaal, 2010, Schaal et al., 2008).

A la suite de cela, la diversification alimentaire permettra à l'enfant de développer son oralité secondaire.

1.1.2 L'oralité secondaire

L'oralité secondaire se développe grâce à la maturation neurologique du cortex frontal moteur et du faisceau cortico-géniculé (Couly, 2017). Elle co-existera un temps avec l'oralité primaire et permettra progressivement à l'enfant de mettre en place les schèmes moteurs plus précis tels que la mastication-déglutition via l'introduction de l'outil cuiller et le développement de la dentition temporaire. En effet, le sevrage va permettre de complexifier le répertoire des connaissances sensorielles et alimentaires de l'enfant mais aussi d'améliorer la précision et la diversité des praxies bucco-faciales. Toutes ces modifications seront rendues possibles par la présentation de nouveaux aliments lors de la diversification. Cette oralité se développera via la pratique alimentaire jusqu'à 6 ans (Senez, 2005).

Lorsque que le développement cognitif de l'enfant le permet l'oralité se modifiera en se reposant sur la sensorialité, la motricité, les composantes organiques et l'environnement mais aussi sur les représentations construites via l'alimentation. E. Levavasseur parle alors d'oralité tertiaire ou cognitive. L'attrait ou le refus envers les aliments peut donc se faire aussi en fonction de ces représentations (Levavasseur, 2017).

J. Lafraire et al en 2016 propose une typologie des facteurs influençant la sélectivité alimentaire. Selon ces auteurs, elle reposerait sur des facteurs cognitifs, sociaux et environnementaux mais aussi sur la cognition sociale. L'oralité reposerait donc sur de nombreuses composantes interconnectées. (Lafraire et al., 2016)

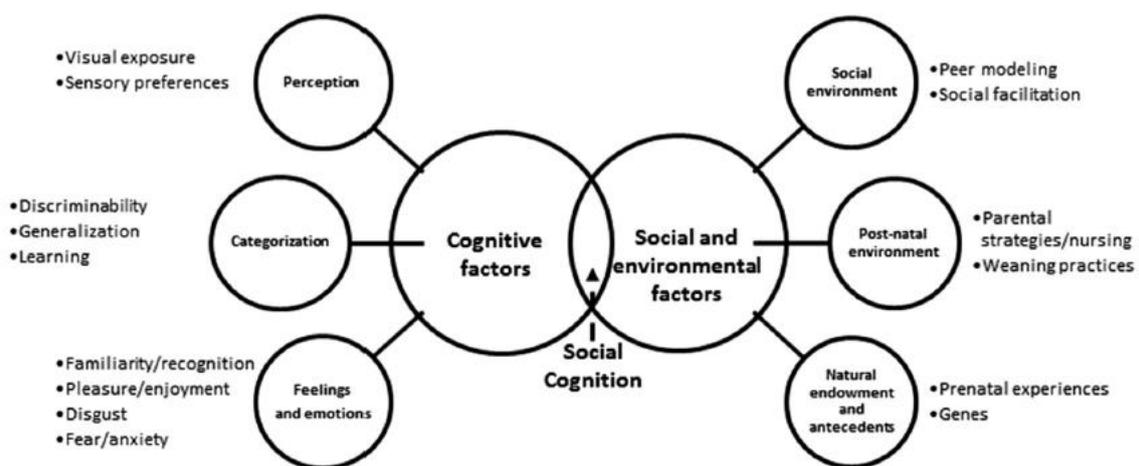


Figure 1 : Typologie des facteurs de modulation de la néophobie alimentaire et des « mangeurs difficile » issu de Lafraire et al., 2016 p 347-357

1.1.3 La diversification alimentaire

D'après l'OMS (Organisation mondiale de la santé) la diversification alimentaire correspond à « l'introduction physiologique, sensorielle et psycho-affective d'une alimentation autonome et omnivore ». Dans les sociétés industrialisées, elle a pour but l'introduction d'aliments solides chez l'enfant allaité ou recevant une préparation pour nourrissons (Turck et al., 2015). Selon les recommandations de l'OMS l'allaitement doit être exclusif jusqu'à 6 mois mais il est observé de grandes disparités entre les pays (Boggio & Schaal, 2010) mais aussi entre les enfants. On relève, en effet, une fenêtre de tolérance allant de 4 à 6-7 mois post- partum selon les études (Juchet et al., 2014) (Pham-Thi, Bidat, 2014).

Il s'agira donc pour l'enfant de passer d'une attirance innée pour certains goûts (sucré/gras) ou certaines textures (liquide), à une habitude sensorielle de ces nouvelles propositions (Dupuy & Poulain, 2008). La finalité étant de donner l'accès à l'enfant aux aliments typiques de la culture dans laquelle il est né et vivra, en poursuivant dans un premier temps une alimentation lactée parallèlement (Boggio & Schaal, 2010).

Pour cela, l'enfant aura besoin d'une présentation multiple des aliments afin que son système sensoriel s'habitue (Boggio & Schaal, 2010, Maier, Blossfeld, & Leathwood, 2008) mais aussi de modèles familiaux stables et bienveillants (Lalanne & Tibère, 2008). En effet, l'alimentation repose d'une part sur le plaisir de manger mais aussi sur le processus de socialisation (Schaal & Soussignan, 2008).

L'âge de la diversification dépendra donc de l'enfant, selon son développement sensoriel, moteur et psychoaffectif mais aussi de la mère. L'étude OPALINE montre ainsi qu'il existe des facteurs environnementaux entraînant une diversification alimentaire plus tardive. Parmi ces facteurs, nous pouvons citer, par exemple, l'âge de la mère, le nombre d'enfants ou encore le niveau socio-éducatif (Boggio & Schaal, 2010).

1.2 LES TROUBLES DE L'ORALITE ALIMENTAIRE

1.2.1 Généralités

Les troubles de l'oralité alimentaire ou syndrome de dysoralité sensorielle sont des concepts français pouvant être plus ou moins apparentés à des terminologies anglophones telles que « feeding disorders », « picky eater » ou encore « fussy eater » touchant environ 25% des tout-venants (Hye Ran, 2017, Johnson et al., 2018, Lafraire et al., 2016). Notons tout de même qu'il est nécessaire de différencier ces troubles de la néophobie alimentaire. Souvent confondus, ils n'ont ni même fonction, ni les mêmes conséquences à long terme.

En effet, la néophobie alimentaire est mécanisme typique et évolutif de l'espèce humaine permettant d'éviter l'ingestion de produits nocifs. Cela produit un rejet naturel pour les aliments amers et la nouveauté sur des critères principalement visuels. De plus, cette

expression comportementale diminue avec l'âge. Les études décrivent un effet un pic de 2 à 6 ans puis diminuerait pour devenir relativement stable à l'âge adulte (Dovey et al., 2008, Lafraire et al., 2016). Les troubles de l'oralité sont eux persistants et peuvent entraver le développement global de l'enfant. Le rejet porte, dans ce cas-là, sur une plus grande proportion d'aliments en raison de leurs textures, de leurs goûts ou leurs températures (Dovey et al., 2008, Lafraire et al., 2016).

1.2.2 Classification

Les troubles de l'oralité alimentaire peuvent se diviser en quatre sous-groupes : les troubles d'origine moteur, les troubles d'origine sensorielle, les troubles d'origine organique et les troubles cognitifs.

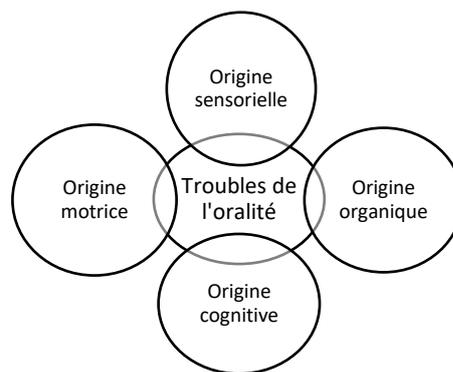


Figure 2 : Les piliers des troubles de l'oralité.

Les troubles d'origine moteurs tels que les troubles de la succion, les troubles posturaux ou les troubles praxiques peuvent venir modifier le processus développemental alimentaire puisqu'ils ne permettent pas une alimentation efficace du bébé dès le plus jeune âge. Cela peut créer des fausses routes, un dysfonctionnement du rythme faim/satiété et donc entraîner des expériences sensorielles négatives pouvant mener à un trouble de l'oralité alimentaire (Miller et al., 2007)

Les troubles alimentaires d'origine sensorielles sont ceux auxquels nous allons nous intéresser plus particulièrement dans cette étude. Selon les classifications, ce type de troubles

peut porter différents noms : syndrome de dysoralité sensorielle (Senez, 2005), aversion alimentaire d'origine sensorielle (Chatoor, 2009) ou évitements alimentaires (Mouren et al., 2011). Ces différentes appellations ont pour point commun une hyperréactivité sensorielle entraînant des difficultés d'acceptation des différents aliments nécessaires au bon développement. Or, nous pouvons noter qu'une hyporéactivité sensorielle pourrait elle aussi entraîner des conséquences néfastes comme nous l'expliquerons par la suite (Miller et al., 2007).

Les troubles d'origine organiques sont multiples. Nous pouvons citer parmi celles-ci : les atrésies de l'œsophage, les infirmités motrices cérébrales sévères, les tumeurs ou encore les anoxies cérébrales. Ces pathologies peuvent entraîner des douleurs, des reflux gastro-oesophagiens (Kerzner et al., 2015), des vomissements, des remontées acides, des difficultés respiratoires et « un manque d'investissement de la sphère orale comme lieu de plaisir et d'exploration »(Lecoufle, 2017) venant ainsi modifier l'intégration sensorielle alimentaire (Senez, 2005).

Enfin les troubles reposant sur les représentations cognitives, qui apparaissent plus tardivement dans le développement (30/36 mois), sont dus aux schémas alimentaires que l'enfant aura acquis au cours de ces expériences sensorielles antérieures mais aussi à l'étayage proposé par son environnement. Ces représentations peuvent être un frein à une alimentation diversifiée et autonome (Levavasseur, 2017).

CHAPITRE 2 : L'INTEGRATION SENSORIELLE

1.3 DEFINITION, ROLE ET PREVALENCE

Même si le concept de trouble de l'intégration sensorielle a beaucoup évolué depuis sa première définition par J.Ayres en 1979. Il n'existe toujours pas de consensus sur sa terminologie. En effet, plusieurs sont utilisées dans la littérature : syndrome de dysoralité sensorielle (Senez, 2005), trouble de l'intégration sensorielle (Bogdashina, 2012), dysrégulation sensorielle (Bar-Shalita et al., 2008), trouble du traitement sensoriel (Miller et al., 2007), aversion alimentaire d'origine sensorielle (Chatoor, 2009),... Ce dernier terme est celui utilisé au sein du « Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental of Infancy and Early Childhood »(Nadon et al., 2011).

Ce dérèglement sensoriel se manifeste par des « schémas de réponses atypiques persistants à des stimuli sensoriels neutres, quotidiens et non nocifs [...] entraînant des problèmes relationnels aux niveaux scolaire et/ou professionnel » (traduit librement de Brout, Miller, 2015). Il s'agit donc d'une incapacité à moduler, à discriminer, à organiser la sensation et à y répondre de manière adaptée (Bar-Shalita et al., 2008, Miller & Hanft, 2000). Chatoor en 2009 propose des critères diagnostiques pour ce qu'elle nomme « aversion sensorielle alimentaire ». Ces enfants présenteraient selon elle :

Critère A	Refus persistant de manger certains types d'aliments pour des raisons de goût, texture, température ou odeur. Ce refus persiste depuis plus d'un mois
Critère B	L'apparition du refus apparaît lors de l'introduction de nouveaux types d'aliments
Critère C	Les réactions aversives sont de type : grimacer, cracher, vomir. La réaction aversive peut se généraliser à d'autres aliments présentant des critères communs (texture, goût...)
Critère D	L'enfant hésite à essayer de nouveaux aliments mais mange sans difficulté ses aliments préférés
Critère E	Sans supplémentation, l'enfant démontre des carences alimentaires

Critère F	Le refus n'est pas dû à un événement traumatique de l'oropharynx
Critère G	Le refus n'est pas dû à une allergie alimentaire ou à une autre cause médicale

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'aversion sensorielle alimentaire selon (Chatoor, 2009)

De nombreuses études mettent en avant l'influence de l'intégration sensorielle dans le développement global de l'individu, notamment dans l'élaboration du schéma corporel (Guardia, 2012). En effet, une perturbation de ce système peut avoir « une cascade d'effets sur le développement et ce, dans de nombreux domaines, pouvant entraîner une constellation de troubles" (traduit librement de :Feldman et al., 2018). Ce dérèglement limite donc les activités quotidiennes et routinières (Case-Smith, Weaver, Fristad, 2015, Schaaf et al., 2003).

La prévalence de ce trouble d'intégration sensorielle est variable d'une étude à l'autre. Elle peut s'étendre de 10 à 55% pour les enfants sans handicap à 40 à 88% pour les enfants avec handicap (Pfeiffer, May-Benson, Bodison, 2018), (Schaaf et al., 2003).

1.4 LES SENS

Le trouble du traitement sensoriel repose donc sur l'ensemble des sens humains. Ces différents sens sont à la base du mécanisme de l'intégration sensorielle. C'est pourquoi il semble nécessaire de définir chacun d'eux.

- Le système gustatif : responsable des goûts primaires en traitant les éléments chimiques solides par les bourgeons du goût (Bogdashina, 2012).
- Le système olfactif : permettant le traitement des odeurs mais aussi des éléments chimiques gustatifs contenus dans l'air via les récepteurs de l'épithélium olfactif.
- Le système visuel : servant par l'entrée de la lumière dans l'œil à percevoir les propriétés physiques de l'environnement (Guardia, 2012),(Math, Kahn, Vignal, 2008).
- Le système auditif : traitant les informations auditives environnantes par captation des sons par le pavillon qui sont ensuite acheminés jusqu'au cortex (Bogdashina, 2012), (Math et al., 2008).

- Le système vestibulaire : informant sur l'orientation de la tête et sur l'inclinaison corporelle. La réception de ce système se fait par l'oreille interne (Guardia, 2012).
- Le système somesthésique : réceptionne l'ensemble de la sensibilité somatique (Hollins, 2010), ((Guardia, 2012). Il se divise en :
 - o Extéroception : le toucher, la nociception et la thermoception.
 - o Intéroception : donnant des informations sur les sensations viscérales et vasculaires.
 - o Proprioception : responsable de la sensibilité musculaire et articulaire via la kinesthésie informant des mouvements, statesthésie de la posture et la baresthésie rendant compte du poids.

L'ensemble de ces récepteurs sensoriels (les yeux, les cellules olfactives...) transmettent leurs différentes informations au cortex pariétal. Celui-ci est responsable de l'intégration multisensorielle. Il met en lien les différentes informations recueillies et établit une réponse comportementale adaptée. Parallèlement à cette réponse comportementale, il envoie des stimuli modulateurs aux différents récepteurs sensoriels (Guardia, 2012), (Math et al., 2008). Nous allons décrire ce mécanisme plus en détails au sein du prochain chapitre.

1.5 MECANISMES PHYSIOLOGIQUES ET CLASSIFICATION DU TROUBLE

L'intégration sensorielle se déroule en plusieurs étapes successives.

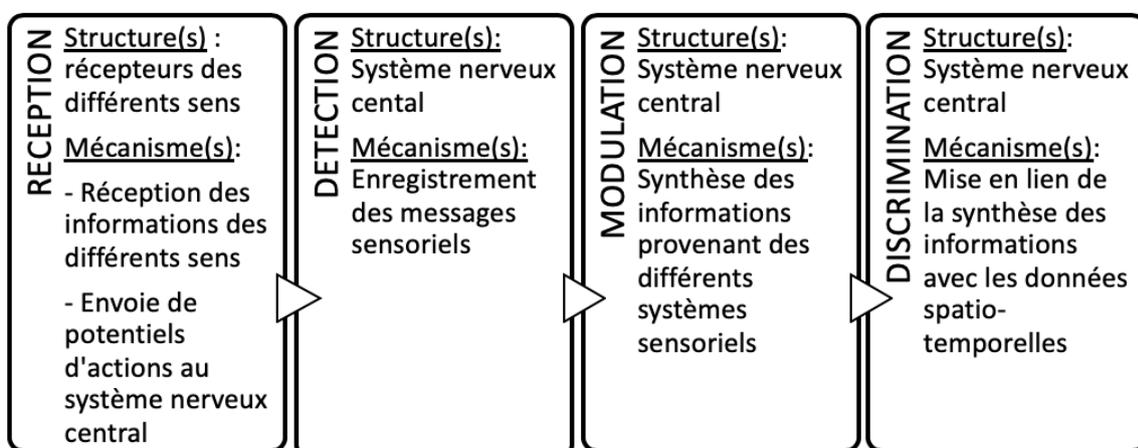


Figure 3 : Mécanismes physiologiques de l'intégration sensorielle.

- La première étape est la réception de l'information sensorielle par les récepteurs des sens (cellules olfactives, papilles gustatives...) au sein du système nerveux central périphérique. Les différentes informations recueillies sont envoyées sous forme de potentiels d'action au système nerveux central (Hallet, 2011).
- Puis vient l'étape de la détection. Le système nerveux central repère et enregistre les différents messages sensoriels (Miller, Hanft, 2000).
- Ce message est, par la suite, modulé. C'est-à-dire que l'information provenant de chaque système sensoriel est favorisé ou inhibé par rapport aux autres. Ceci permet au cerveau de mieux comprendre le message sensoriel car seules les informations les plus pertinentes pour ce message seront mises en exergue (Miller, Hanft, 2000).
- Ce n'est qu'à partir de ce moment que l'intégration multisensorielle est mise en œuvre par le système nerveux central. Il s'agit à cette étape de rassembler les entrées sensorielles provenant de différents systèmes pour en faire un message global (Miller, Hanft, 2000).
- La dernière étape est la discrimination. Le cortex traite les informations sensorielles en parallèle et les organise spatio-temporellement (Miller, Hanft, 2000). Ce traitement permettra une réponse adaptée à la stimulation (Miller, Hanft, 2000).

Chaque nouveau traitement sensoriel est alors encodé en mémoire à long terme et permettra de traiter plus efficacement les prochaines stimulations rencontrées.

Ce processus de traitement peut dysfonctionner de différentes manières et donc entraîner des réponses comportementales différentes. Miller, Azalon & al ont donc tenté de les classer en sous-catégories (Miller et al., 2007).

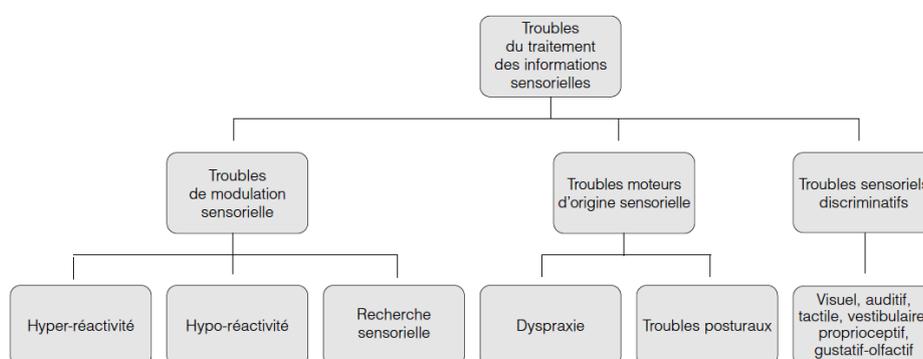


Figure 4 : Classification diagnostique des troubles du traitement de l'information. Issue de (Ray-Kaeser & Dufour, 2013).

Ces sous-types de trouble du traitement de l'information sensorielle entraînent des déficits différents (Miller et al., 2007, Miller, Hanft, 2000). En effet, ces troubles peuvent être dus à une mauvaise modulation sensorielle, à un déficit moteur ou une difficulté à discriminer les informations provenant des différents sens.

Dans ce mémoire, nous allons nous intéresser plus particulièrement aux troubles de la modulation sensorielle. Miller, Azalon & al en 2007 en a décrit différents types :

- Le type « hyperréactif » : produisant des réponses plus rapides, intenses et longues que la population générale.
- Le type « hyporéactif » : entraînant une absence de réponse sauf si les stimulations sensorielles sont très fortes.
- Le type « recherche sensorielle » : ayant tendance à rechercher des stimulations de haute intensité.

Les auteurs précisent qu'il est possible d'appartenir à deux sous-catégories. Par exemple, un même individu peut être à la fois « hyperréactif » pour la modalité visuelle et « hyporéactif » pour la modalité gustative. Par ailleurs, pour un même sens, il est possible d'être « hyperréactif » et dans un processus de « recherche sensorielle » afin de d'abaisser les ressources cognitives nécessaires au traitement d'un stimulus sensoriel. L'individu va donc rechercher des stimuli en vue de s'y habituer. Ceci permettra d'abaisser le niveau de ressources cognitives nécessaires lors du prochain traitement.

Des études récentes tentent de comprendre sur quels processus physiologiques reposent ces dysfonctionnements. Elles mettent en évidence un déficit dans l'homéostasie entre le système sympathique et parasympathique du système nerveux autonome. Différentes techniques sont utilisées pour mettre en évidence ce déficit : mesure du taux de cortisol présent dans l'organisme lors de la présentation d'un stimulus sensoriel (Case-Smith et al., 2015), analyse la réactivité neuronale lors de la perception de différents stimuli auditifs (Davies, Gavin, 2007), comparaison d'électro-encéphalogrammes d'enfants présentant des troubles de l'intégration sensorielle par rapport à un groupe témoin (Schaaf et al., 2003, Schaaf et al., 2010).

Ces études montrent toutes des différences dans le processus de traitement chez les individus présentant un trouble de l'intégration sensorielle. De plus, elles mettent en évidence une absence d'amélioration de ce traitement chez les enfants ayant eu un diagnostic de trouble de l'intégration sensorielle : une présentation répétée et fréquente d'un stimulus n'entraînera donc pas d'ajustement des réponses cérébrales et comportementales.

Les expériences négatives alimentaires et les difficultés de traitement impactant le développement général de l'individu semblent donc pouvoir avoir des conséquences à long terme. Ces troubles de l'intégration sensorielle peuvent-ils être un facteur prédisposant aux troubles du comportement alimentaire ? L'objectif de ce mémoire est donc d'étudier l'impact potentiel de ces troubles précoces de l'intégration sensorielle chez une population atteinte de troubles du comportement alimentaire (TCA) à l'âge adulte.

CHAPITRE 3 : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

1.6 ANOREXIE MENTALE, BOULIMIE NERVEUSE, HYPERPHAGIE

Le DSM-V définit les troubles du comportement alimentaire (TCA) comme suit : « Les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments se caractérisent par des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique et le fonctionnement mental » (American Psychiatric Association et al., 2015). Il existe de nombreux troubles du comportement alimentaire. Dans cette étude nous nous intéresserons à l'anorexie mentale, à la boulimie nerveuse et à l'hyperphagie boulimique. Il semble néanmoins nécessaire de préciser que de nombreux patients passent d'une catégorie diagnostique à l'autre au cours de l'évolution de leurs maladies.

1.6.1 L'anorexie mentale

L'anorexie mentale est définie par les critères suivants dans le DSM-V (American Psychiatric Association et al., 2015):

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge et du sexe, du stade de développement et de la santé physique.
Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimal ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur

l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

La prévalence de ce trouble est stable mais diverge selon les études pour certaines 1 à 4% en Europe (Duriez & Gorwood, 2018). Pour d'autres, elle se situerait davantage aux alentours de 0,3 à 0,9% (Ostiguy et al., 2017). Le ratio homme/femme quant à lui serait de 1 pour 9 (Ostiguy et al., 2017).

Il existe deux formes distinctes d'anorexie mentale (American Psychiatric Association et al., 2015) :

- Le type restrictif : absence d'épisodes récurrents de compulsions alimentaires, d'hyperphagie ou de conduites purgatives durant les 3 derniers mois.
- Le type avec compulsions alimentaires (hyperphagie) ou conduites purgatives : accès récurrents de glotonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou des comportements purgatifs durant les 3 derniers mois.

Les études chiffrées sur le devenir de ces patients sont assez rares. Ils mettent en évidence une rémission complète dans la moitié des cas, un quart évoluerait vers une rémission partielle et l'autre quart se chroniciserait (Duriez, Gorwood, 2018).

1.6.2 La boulimie nerveuse

La boulimie est définie par le DSM-V selon les critères suivants (American Psychiatric Association et al., 2015):

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques. Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - Absorption, en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.
- C. Les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant les épisodes d'anorexie mentale.

La prévalence de ce trouble serait de l'ordre de 1 à 3% avec un ratio homme/femme de 1/8 à 1/3 selon les études (Sulimovic et al., 2018).

1.6.3 L'Hyperphagie boulimique

L'hyperphagie boulimique est caractérisée dans le DSM-V par (American Psychiatric Association et al., 2015) :

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques. Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - Absorption, en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.
- B. Les accès hyperphagiques sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :
 - Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
 - Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.
 - Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim.
 - Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.

- Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- C. Les accès hyperphagiques entraînent une détresse marquée.
- D. Les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- E. Les accès hyperphagiques ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme la boulimie et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

La prévalence de l'hyperphagie boulimique semble être de l'ordre de 2 à 3,5% (Sulimovic et al., 2018).

1.7 FACTEURS PREDISPOSANTS, DECLENCHANTS

Les troubles du comportement alimentaire sont multifactoriels. Ils comportent des facteurs prédisposants, des facteurs déclenchants et des facteurs pérennisant (Achamrah, 2012, Cheylan, 2017). Les facteurs prédisposants peuvent se diviser en trois catégories :

- Les facteurs individuels sont biologiques et psychologiques. Parmi les facteurs biologiques, les dernières hypothèses avancent qu'il existerait des modifications multi-génétiques susceptibles d'engendrer des TCA par dysrégulation de l'homéostasie. D'autres hypothèses évoquent une composante biologique cérébrale modifiant le développement psychologique et la transmission des informations entre l'hypothalamus et l'hypophyse. Au niveau psychologique, des événements de vies difficiles durant l'enfance ou encore des troubles psychiatriques parentaux pourraient venir gêner le développement psychique de l'enfant augmentant ainsi le risque de développer des TCA.
- Les facteurs familiaux tels que des antécédents de troubles du comportement alimentaire chez l'un des parents, une difficulté à identifier ou exprimer ses émotions, une sur-exigence parentale ou encore une préoccupation importante des parents pour la silhouette.

- Les facteurs culturels dépendent de la société dans laquelle vit la personne. Une société prônant la minceur et le contrôle alimentaire engendrerait davantage de risque pour la population de développer des TCA.

Les facteurs déclenchants recensés actuellement sont : un événement marquant, la puberté par modifications corporelles et hormonales entraînant un stress difficilement gérable conduisant à l'entrée dans les TCA.

Parmi mes facteurs pérennisants, il est admis que l'impression de maîtrise consécutive à la perte de poids, la dénutrition et les troubles digestifs qu'entraîne la reprise alimentaire peuvent entretenir les TCA.

Les troubles du comportement étant multifactoriels, dans cette étude, nous allons tenter d'évaluer s'il existe ou non un lien entre les troubles de l'intégration sensorielle et les troubles du comportement alimentaire.

1.8 OBJECTIFS

Cette étude vise à tenter d'établir une association entre les troubles sensoriels et les troubles du comportement alimentaire.

L'hypothèse générale est définie comme suit : existe-t-il une prévalence statistiquement plus élevée de profils hyporéactifs chez les patients diagnostiqués troubles du comportement alimentaire (TCA) que dans une population saine, volontaire, appariées en âge et en sexe ?

Les hypothèses secondaires sont les suivantes :

- Les patients (18-25ans) du secteur de nutrition du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Rouen atteints de troubles du comportement alimentaire présentent davantage de particularités développementales que la population saine, volontaire, appariée.

- Les patients (18-25ans) du secteur de nutrition du CHU de Rouen atteints de troubles du comportement alimentaire présentent davantage d'antécédents familiaux du comportement alimentaire que la population saine, volontaire, appariée.
- Les patients (18-25ans) du secteur de nutrition du CHU de Rouen atteints de troubles du comportement alimentaire présentent davantage de particularités dans le développement de l'oralité que la population saine, volontaire, appariée.

2 – PARTIE METHODE ET RESULTATS

2.1 METHODES

2.1.1 Matériel

Le questionnaire :

Dans cette étude transversale, non-interventionnelle, multicentrique, nous avons soumis un auto-questionnaire visant à mettre en évidence des facteurs de risques de développer des troubles de l'oralité mais aussi des profils de réactivité sensorielle.

180 questionnaires ont été distribués, 154 ont été complétés. Soit un taux d'exhaustivité 85%. Les principales raisons sont de l'absence de retour étaient :

- La non-venue du patient.
- Un refus du patient de répondre au questionnaire.
- Une incapacité physique ou psychique à remplir le questionnaire.

Le questionnaire se divise en 5 parties :

- Les informations socio-démographiques de la personne : Permettant d'identifier les patients et donc d'accéder à leurs dossiers médicaux, à la suite de cela les questionnaires ont été anonymisés. Pour les volontaires sains les noms, prénoms n'ont pas été demandé afin de préserver l'anonymat. Il a été seulement demandé aux sujet leur date de naissance, leur sexe et leur niveau d'étude. L'objectif de cette partie est d'identifier à quel sous-groupe appartient le patient/volontaire sain.
- Les éléments médicaux personnels : date du terme, âge de la marche, âge des premiers mots, présence d'un tic de succion, hospitalisation durant la petite enfance, mise en place d'une nutrition artificielle, présence de reflux gastro-œsophagiens, allergies alimentaires, mise en place de traitements pour ces

troubles, existence d'une pathologie digestive. L'objectif est de déterminer la présence de facteurs de risque d'un développement atypique de l'oralité sur le versant moteur, sensoriel et/ou digestif.

- Les éléments médicaux familiaux : la présence de troubles alimentaires au premier et au second degré. La présence de troubles psychiatriques au premier et au second degré. L'existence d'une dépression post-partum maternelle. L'objectif est de déterminer les antécédents familiaux pouvant influencer le développement de l'oralité.
- Les habitudes alimentaires personnelles : le type d'alimentation lactée, les difficultés lors de la diversification alimentaire, les catégories alimentaires non-mangées à 6 ans, à 12 ans et aujourd'hui, l'acceptation de nouveaux aliments, la manifestation du refus et les aliments jamais appréciés. L'objectif est de déterminer les schémas sensoriels, moteurs et réactionnels auxquels ont été soumis les patients/volontaires sains.
- Le profil sensoriel : l'hypo/ hyperréactivité gustative, l'hypo/ hyperréactivité olfactive, l'hypo/ hyperréactivité visuelle, l'hyporéactivité vestibulaire, l'hypo/ hyperréactivité auditive, l'hyperréactivité aux textures.

L'objectif est de déterminer un profil sensoriel global. Pour cela, nous établirons une analyse statistique binaire. Les quatre réponses possibles « toujours vrai », « souvent vrai », « parfois vrai » et « jamais vrai » seront classées en deux catégories : Les réponses « toujours vrai » et « parfois vrai » seront définies comme un score positif correspondant à 1. Alors que les réponses « parfois vrai » et « jamais vrai » comme un score négatif correspondant à 0. Par exemple, pour le sens olfactif un individu ayant répondu « toujours vrai » ou « parfois vrai » à la question portant sur l'hyperréactivité olfactive sera classé comme positif. Cette question sera analysée en lien avec la réponse à la question sur l'hyporéactivité olfactive mais aussi aux réponses portant sur les autres sens.

Ainsi un individu ayant répondu « toujours vrai » ou « souvent vrai » à plusieurs questions sur l'hyperréactivité sensorielle et « parfois vrai » ou « jamais vrai » à plusieurs questions portant sur l'hyporéactivité sensorielle sera classé comme présentant un profil hyperréactif.

Les réponses aux questions étaient : binaire (oui/non), à choix multiples ou encore quelques réponses ouvertes pour préciser certaines réponses. La possibilité de cocher la case « je ne sais pas » a été ajoutée afin de limiter les réponses hasardeuses ou par défaut.

Le SCOFF-F : Questionnaire de dépistage des troubles du comportement alimentaire version française

Pour les volontaires sains, il a été ajouté un SCOFF-F. Le SCOFF-F est la traduction française validée du questionnaire britannique SCOFF. Pour l'anorexie mentale sa sensibilité est de 94,6% et sa spécificité de 94,8%. Ce questionnaire a aussi une bonne sensibilité (78%) et spécificité (84%) dans la population générale. Ce questionnaire permet de détecter l'existence probable d'un trouble du comportement alimentaire. Il ne permet pas de poser un diagnostic car il peut détecter de faux positifs.

Le SCOFF-F est composé de 5 questions :

- Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
- Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3 mois ?
- Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Les réponses possibles sont binaires : oui/non. La présence de plus d'un « oui » signe l'existence possible d'un trouble du comportement alimentaire (Haute Autorité de Santé, 2010). Pour poser un diagnostic de troubles du comportement alimentaire, il s'agira d'ajouter à ce SCOFF-F, une consultation nutritionnelle. Les volontaires présentant deux réponses positives ou plus ont été exclus de l'échantillon. Cela permet de recueillir des données statistiques d'individus ne présentant aucun trouble du comportement alimentaire.

2.1.2 Population

Deux populations ont été intégrées dans cette étude transversale, multicentrique. Une population de volontaires sains et une population de patients présentant des troubles du

comportement alimentaire. Le recueil a été réalisé en consultation au sein du service de nutrition de Rouen ainsi qu'en hospitalisation au sein du service de nutrition de la Croix Rouge. Le recueil de données s'est fait de décembre 2018 à avril 2019.

Critères d'inclusion		Critères de non-inclusion	
Volontaires	Patients présentant un TCA	Volontaires	Patients présentant un TCA
<ul style="list-style-type: none"> - Avoir entre 18 et 25 ans - Parler français - Ne pas avoir de TCA diagnostiqué - Avoir une SCOFF-F inférieur ou égal à 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir entre 18 et 25 ans - Parler français - Avoir un diagnostic de TCA de type anorexie, boulimie ou hyperphagie 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir moins de 18 ans ou plus de 25 ans - Présenter un TCA diagnostiqué - Avoir un SCOFF-F supérieur ou égale à 2 - Ne pas comprendre le français 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir moins de 18 ans ou plus de 25 ans - Présenter un TCA autre que : anorexie, boulimie ou hyperphagie - Ne pas présenter de TCA - Ne pas comprendre le français

Tableau 2 : Critères d'inclusion et de non-inclusion de l'étude

2.1.3 Procédure

Dans un premier temps, nous avons fait une présentation de notre projet à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du service de nutrition. Cela nous a permis de préciser les explications à fournir aux patients lors de la distribution du questionnaire et du formulaire de consentement.

Par la suite, nous avons consulté les dossiers médicaux des patients âgés de 18 à 25 ans afin de sélectionner les personnes ayant un diagnostic d'anorexie, de boulimie ou d'hyperphagie. Cela nous a permis de déposer les questionnaires dans les dossiers de consultation des patients. Le médecin qui les recevait pouvait ainsi leur fournir le questionnaire à la suite des explications nécessaires à la bonne compréhension de l'étude.

Les patients ont été prévenus de l'étude lors de leur arrivée en consultation, en hôpital de jour (HDJ) ou hospitalisation complète par le médecin qui les recevaient. Leur médecin expliquait les objectifs de l'étude, remettait un formulaire de consentement élaboré par la Commission de Protection des Personnes (CPP) et proposait de remplir le questionnaire avant leur départ. Les patients déposaient les questionnaires au secrétariat avant de repartir.

Les volontaires sains ont été contacté via le site de l'association. Il leur a été proposé de remplir le même questionnaire dans sa version en ligne. Nous avons ajouté au questionnaire un SCOFF-F.

Cet auto-questionnaire a été distribué au niveau régional sur 3 sites :

- Pour les volontaires sains, via un questionnaire google forms accessible sur le site de l'Association des étudiants en orthophonie de Rouen. Cet auto-questionnaire était le même que celui des patients à l'exception de l'ajout d'un SCOFF-F en fin de questionnaire. Ce SCOFF-F permettait de dépister les éventuels troubles du comportement alimentaire dans la population saine.
- Pour les patients, le questionnaire a été donné au sein de la consultation du service de nutrition du CHU de Rouen, ainsi qu'au service de nutrition de la Croix Rouge de Bois Guillaume.

Le questionnaire proposé ne demandait pas plus de dix minutes à chaque patient.

2.1.4 Analyse statistique

Calcul du nombre de sujets nécessaires :

Afin de calculer le nombre de sujets nécessaires à notre étude avons estimé que les troubles sensoriels avaient une prévalence 2 fois plus importante chez les cas que chez les témoins. Nous avons choisi une prévalence 15% dans la population générale, en accord avec la littérature. Par conséquent une prévalence 30% dans la population diagnostiquée TCA. Les tests ont été effectués sur des séries indépendantes bilatérales au risque alpha de 5%. Ainsi le nombre de sujets nécessaires pour mettre en évident le critère de jugement principal était de 45 sujets par groupes.

Les sujets présentant des données manquantes sur certains items ont bénéficié d'une imputation de ces items par la moyenne des autres items jusqu'à hauteur de 15% des items. Au-delà, le score n'était pas calculable et le sujet était exclu de l'analyse de cet item.

Tests utilisés pour l'analyse statistique :

- Un test du Khi2 a été utilisé pour comparer des proportions indépendantes si l'effectif par groupe était supérieur à 5.
- Un test de Fisher a été utilisé pour comparer des proportions indépendantes si l'effectif par groupe était inférieur à 5.
- Un test de Student a été utilisé pour comparer deux moyennes.

2.2 RESULTATS

Les données recueillies sont subjectives et dépendantes de chaque patient, de ses souvenirs développementaux ou de ceux de ses parents.

Analyse population générale :

Troubles du comportement alimentaire N= 45	Population générale N= 109
Anorexie restrictive N= 24 (53%)	SCOFF-F négatif N= 67 (61%)
Anorexie mixte N=17 (38%)	SCOFF-F positif N= 42 (39%)
Boulimie nerveuse N=3 (7%)	
Hyperphagie N=1 (2%)	

Tableau 3 : Analyse du nombre d'individus par groupe présents dans l'étude.

Chez les témoins, les 38 individus présentant un SCOFF-F positif ont été exclus de l'étalonnage de la population saine car présentant un risque élevé de TCA. Au sein de la population TCA, nous n'avons pas créer de sous-groupes puisque certains n'auraient pas présentés assez d'effectifs pour une analyse statistique.

Analyse socio-démographique:

		Sexe				
		Masculin	Féminin			
<i>Population saine</i>	1,5% (n=1)	98,5% (n=66)	Non-significatif			
<i>Population TCA</i>	2,2% (n=1)	97,8% (n=45)				
		Niveau d'étude				
		BEP/CAP/ Brevet	Bac	Bac+3	Bac+5	
<i>Population saine</i>	0,0% (n=0)	50,7% (n=34)	35,8% (n=24)	13,4% (n=9)	P=0,002*	
<i>Population TCA</i>	17,8% (n=8)	53,3% (n=24)	17,8% (n=8)	11,1% (n=5)		

Tableau 4 : Comparaison des paramètres socio-démographiques des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.

Le tableau 3 montrait que la population TCA présent un niveau d'étude statistiquement inférieur à celui de la population saine. En effet, nous pouvons observer davantage de niveau CAP/BEP/Brevet chez les TCA que dans la population saine.

Analyse des antécédents médicaux personnels :

		Age de la marche			
		Avant 12 mois	Après 12 mois		
<i>Population saine</i>		35,8% (n=43)	64,2% (n=24)		Non-significatif
<i>Population TCA</i>		19,6% (n=37)	80,4% (n=9)		
		Terme de naissance			
		A terme	Prématurité		
<i>Population saine</i>		92,5% (n=62)	7,5% (n=5)		Non-significatif
<i>Population TCA</i>		87,0% (n=40)	13,0% (n=6)		
		Age des premiers mots			
		<12 mois	12-18 mois	Après 18 mois	
<i>Population saine</i>		55,6% (n=25)	40,0% (n=18)	4,4% (n=2)	
<i>Population TCA</i>		50,0% (n=16)	46,9% (n=15)	3,1% (n=1)	
		Tics de succion			
		Absents	Présents		
<i>Population saine</i>		19,4% (n=13)	80,6% (n=54)		Non-significatif
<i>Population TCA</i>		11,1% (n=5)	88,9% (n=40)		

Age arrêt du tic de succion				
		Avant 6 ans	Après 6 ans	
<i>Population saine</i>		50,9% (n=28)	49,1% (n=27)	Non-significatif
<i>Population TCA</i>		33,3% (n=9)	66,7% (n=18)	
Hospitalisation durant l'enfance				
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>		64,2% (n=43)	35,8% (n=24)	Non-significatif
<i>Population TCA</i>		67,4% (n=31)	32,6% (n=15)	
Mise en place d'une sonde naso-gastrique				
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>		93,9% (n=62)	6,1% (n=4)	Non-significatif
<i>Population TCA</i>		95,6% (n=43)	4,4% (n=2)	
Présence d'un reflux gastro-oesophagien				
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>		83,3% (n=55)	16,7% (n=11)	Non-significatif
<i>Population TCA</i>		80,0% (n=36)	20,0% (n=9)	

Traitement pour les reflux gastro-oesophagiens			
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	95,5% (n=64)	4,5% (n=3)	Non-significatif
<i>Population TCA</i>	89,1% (n=41)	10,9% (n=5)	
Présence d'une allergie aux protéines de lait de vache			
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	97,0% (n=65)	3,0% (n=2)	Non-significatif
<i>Population TCA</i>	93,3% (n=42)	4,5% (n=3)	
Présence d'autres allergies alimentaires			
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	92,5% (n=62)	7,5% (n=5)	Non-significatif
<i>Population TCA</i>	91,1% (n=41)	8,9% (n=4)	
Traitements pour les allergies alimentaires			
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	95,5% (n=64)	4,5% (n=3)	Non-significatif
<i>Population TCA</i>	95,7% (n=44)	4,3% (n=2)	

		Pathologies digestives		
		Non	Oui	
Population saine	97,0% (n=65)	3,0% (n=2)	P<0,0001*	
Population TCA	63,0% (n=29)	37,0% (n=17)		

Tableau 5 : Comparaison des antécédents médicaux personnels des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.

Nous pouvons mettre en évidence que la population présentant des TCA a significativement eu plus de troubles digestifs que la population saine (3% contre 37%) comme indiqué dans le tableau54.

Pour toutes les autres variables, il n’y a pas eu de différence significative entre les cas et les témoins. Néanmoins, nous avons pu observer une tendance à l’absence de tics de succion dans la population saine par rapport à celle atteinte de TCA (11,1% contre 19,4%). De plus, nous notions une tendance à la conservation du tic de succion plus tard dans la population TCA par rapport à la population saine. Le tableau 5 nous permet aussi d’observer la présence d’antécédents de prématurité deux fois plus importante chez les TCA que dans la population saine (7,5% contre 13%) même si ce résultat est non-significatifs.

Analyse des antécédents médicaux familiaux :

		Présence d’antécédents de TCA chez des parents au premier degré		
		Non	Oui	
Population saine	94,0% (n=64)	6,0% (n=4)	P=0,002*	
Population TCA	71,1% (n=32)	28,9% (n=13)		

		Présence d'antécédents de TCA chez des parents au second degré		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	97,0% (n=65)	3,0% (n=2)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	88,9% (n=40)	11,1% (n=5)		
		Présence d'antécédents psychiatriques chez des parents au premier degré		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	79,1% (n=53)	20,9% (n=14)	P=0,02*	
<i>Population TCA</i>	57,8% (n=26)	42,2% (n=19)		
		Présence d'antécédents psychiatriques chez des parents au second degré		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	82,1% (n=55)	17,9% (n=12)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	86,7% (n=39)	13,3% (n=6)		
		Présence d'une dépression post-partum maternelle		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	95,5% (n=64)	4,5% (n=3)	P=0,01*	
<i>Population TCA</i>	80,4% (n=37)	19,6% (n=9)		

Tableau 6 : Comparaison des antécédents médicaux familiaux des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.

La population TCA présenta significativement plus d'antécédents de TCA chez des parents au premier degré que la population saine (voir tableau 5). De plus, nous retrouvons que la population TCA présente significativement plus d'antécédents de troubles psychiatriques chez des parents du premier degré ainsi que davantage d'antécédents de dépression post-partum maternelle que la population saine.

Les autres résultats ne sont pas significatifs. Nous notons tout de même une tendance ($p=0,011$) non-significative à présenter davantage d'antécédents de TCA chez les parents au second degré dans la population TCA par rapport à la population saine.

Analyse des habitudes alimentaires personnelles :

		Type d'alimentation lactée		
		Sein	Absence de sein	
<i>Population saine</i>	44,8% (n=30)	55,2% (n=37)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	60,9% (n=28)	39,1% (n=18)		
		Problèmes lors de l'alimentation lactée		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	65,8% (n=25)	34,2% (n=13)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	59,3% (n=16)	40,7% (n=11)		

Problèmes lors de la diversification alimentaire			
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	95,5% (n=64)	4,5% (n=3)	P=0,006*
<i>Population TCA</i>	77,8% (n=35)	22,2% (n=10)	
Au moins 3 catégories alimentaires non-mangées avant 6 ans			
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	86,6% (n=58)	13,4% (n=9)	P=0,02*
<i>Population TCA</i>	66,7% (n=30)	33,3% (n=15)	
Au moins 3 catégories alimentaires non-mangées entre 6 et 12 ans			
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	85,1% (n=57)	14,9% (n=10)	P=0,04*
<i>Population TCA</i>	68,9% (n=31)	31,1% (n=14)	
Au moins 3 catégories alimentaires non-mangées aujourd'hui 45 109			
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	59,3% (n=64)	40,7% (n=45)	P<0,0001*
<i>Population TCA</i>	40,7% (n=18)	59,3% (n=27)	

		Accepte de goûter de nouveaux aliments		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	23,9% (n=16)	76,1% (n=51)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	21,7% (n=10)	78,3% (n=36)		
		Présence d'aliments jamais appréciés		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	40,3% (n=27)	59,7% (n=40)	P=0,04*	
<i>Population TCA</i>	22,2% (n=10)	77,8% (n=35)		

Tableau 7 : Comparaison des habitudes alimentaires personnelles des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.

Le tableau 6 nous permet de constater que la présence de difficultés lors de la diversification alimentaire chez les TCA est significativement supérieure à celle de la population saine. De plus, nous pouvons mettre en évidence que la population TCA refuse significativement plus souvent de manger plus de 3 catégories alimentaires avant 6 ans par rapport à la population saine. Nous retrouvons cette significativité entre 6 et 12 ans ainsi qu'au moment de la passation du questionnaire par les deux groupes.

Les autres items ne sont pas significatifs. Nous pouvons tout de même mettre en exergue une tendance à un allaitement exclusivement au biberon dans la population des saine par rapport à la population TCA.

Profil hyporéactif :

		Score hyporéactivité gustative		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	98,5% (n=66)	1,5% (n=1)	P=0,007*	
<i>Population TCA</i>	84,4% (n=38)	15,6% (n=7)		
		Score hyporéactivité olfactive		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	71,6% (n=48)	28,4% (n=19)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	60,9% (n=28)	39,1% (n=18)		
		Score hyporéactivité vestibulaire		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	65,7% (n=44)	34,3% (n=23)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	60,9% (n=28)	39,1% (n=18)		
		Score hyporéactivité visuelle		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	73,1% (n=49)	26,9% (n=18)	P<0,0001*	
<i>Population TCA</i>	39,1% (n=18)	60,9% (n=28)		

	Score hyporéactivité auditive		
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	65,7% (n=44)	34,3% (n=23)	P=0,04*
<i>Population TCA</i>	47,8% (n=22)	52,2% (n=24)	

Tableau 8 : Comparaison des données sensorielles de type hyporéactif des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.

Le tableau 8 nous pouvons observer que la population TCA présent significativement un profil plus hyporéactif à la gustation que la population saine (1,5% contre 15,6%). Nous pouvons observer cette significativité pour l'hyporéactivité auditive (34,3% contre 52,2%) et l'hyporéactivité visuelle (26,9% contre 60,9%).

Les autres items ne sont pas statistiquement significatifs.

Profil hyperréactif :

	Score hyperréactivité gustative		
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	74,6% (n=50)	25,4% (n=17)	Non-significatif
<i>Population TCA</i>	60,0% (n=27)	40,0% (n=18)	

	Score hyperréactivité olfactive		
	Non	Oui	
<i>Population saine</i>	69,7% (n=46)	30,3% (n=20)	Non-significatif
<i>Population TCA</i>	67,4% (n=31)	32,6% (n=15)	

		Score hyperréactivité pour les textures		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	58,2% (n=39)	41,8% (n=28)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	62,2% (n=28)	37,8% (n=17)		
		Score total hyperréactivité gustative (goût + texture)		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	46,3% (n=31)	53,7% (n=36)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	38,6% (n=17)	61,4% (n=27)		
		Score hyperréactivité auditive		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	51,6% (n=16)	62,2% (n=51)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	32,6% (n=15)	67,4% (n=31)		
		Score hyperréactivité à la lumière		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	79,1% (n=53)	20,9% (n=14)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	71,7% (n=33)	28,3% (n=13)		

		Score hyperréactivité au noir		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	91,0% (n=61)	9,0% (n=6)	P=0,007*	
<i>Population TCA</i>	71,7% (n=33)	28,3% (n=13)		
		Score hyperréactivité aux couleurs vives		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	95,5% (n=64)	4,5% (n=3)	Non-significatif	
<i>Population TCA</i>	91,3% (n=42)	8,7% (n=2)		
		Score hyperréactivité visuelle totale (lumière+noir+couleurs)		
		Non	Oui	
<i>Population saine</i>	73,1% (n=49)	26,9% (n=18)	P<0,0001*	
<i>Population TCA</i>	52,2% (n=24)	47,8% (n=22)		

Tableau 9 : Comparaison des données sensorielles de type hyperréactif des patients présentant un trouble du comportement alimentaire et une population saine.

Nous pouvons observer un score d'hyperréactivité au noir statistiquement supérieur au sein de la population TCA (28,3%) qu'au sein de la population saine (9%) (voir tableau 9). Ce tableau nous permet aussi de mettre en évidence que la population TCA (52,2%) présente moins d'hyperréactivité visuelle que la population saine (73,1%) sur le score d'hyperréactivité visuelle totale, comprenant les scores d'hyperréactivité à la lumière, au noir et aux couleurs vives.

Les autres scores ne sont pas significatifs au sein de ce tableau.

Points clés :

- La population TCA présente davantage de troubles digestifs.
- La population TCA conserve les tics de succion présents plus longtemps.
- On observe deux fois plus de prématurité dans la population TCA.
- La population TCA a plus d'antécédents familiaux de troubles du comportement alimentaire, de troubles psychiatriques et de dépression post-partum maternelle.
- La population TCA a présenté plus de difficultés lors de la diversification alimentaire.
- La population TCA mange moins de catégories alimentaires que la population saine.
- La population TCA a davantage été sujette à un allaitement exclusivement au sein.
- La population TCA est plus hyporéactive sur le plan gustatif, auditif et visuel.

3 – PARTIE DISCUSSION

3.1 COMMENTAIRES DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Cette étude avait pour but d'établir une association entre les troubles sensoriels et les troubles du comportement alimentaire. L'objectif de ce chapitre est de discuter les résultats obtenus en lien avec les données recueillies au sein de la littérature. Dans un premier temps, nous discuterons l'hypothèse générale : existe-t-il une prévalence statistiquement plus élevée de troubles sensoriels chez les patients diagnostiqués troubles du comportement alimentaire (TCA) que dans une population saine, volontaire, appariées en âge et en sexe ? Dans un second temps, nous discuterons des hypothèses secondaires.

Nous avons donc recueilli 154 questionnaires au total : 45 questionnaires au sein de la population atteinte de TCA et 109 questionnaires dans la population générale. La population générale a par la suite été divisée en deux groupes : la population saine et la population ayant un score SCOFF-F positif et donc à risque de TCA. Afin de comparer des données d'individus sains à aux individus atteints de TCA, nous avons exclu de l'étalonnage les 42 individus présentant un SCOFF-F positif.

3.1.1 Hypothèse générale

Nous avons émis l'hypothèse qu'il existerait plus de profils de type hyporéactivité sensoriels dans la population TCA que dans la population saine. Cette hypothèse s'appuyait sur deux études de Chatoor en 2009 et Miller et al en 2007 (Chatoor, 2009 et Miller et al., 2007). Notre étude a montré que la population atteinte de TCA présente un score d'hyporéactivité statistiquement supérieur à la population saine pour les sens suivants : le goût, la vision et l'audition.

L'hyporéactivité :

La réactivité au goût était statistiquement plus faible dans la population TCA que dans la population saine. Comme l'explique Bogdashina en 2012 le goût est le sens le plus mis en jeu lors de la prise alimentaire puisqu'il permet de percevoir les goûts des aliments (Bogdashina, 2012). Cette hyporéactivité gustative est donc en accord avec les données antérieures.

La réactivité visuelle était significativement inférieure dans la population TCA que dans la population saine. La vue est quant à elle, un sens essentiel lors de l'alimentation puisque nos attentes sensorielles sont définies en grande partie avant même la mise en bouche. Comme le montre l'étude de Dovey, la vue d'un aliment peut entraîner un refus avant même la mise en bouche (Dovey et al., 2008). Ce qui est le cas, notamment, des néophobies alimentaires. De plus, une étude de Courty en 2013 démontrait que les anorexiques présenteraient un défaut de cohérence centrale (Courty, 2013). Or, il s'agit de la population TCA la plus représentée au sein de cette étude. Ce défaut de cohérence centrale pourrait entraver la perception visuelle globale et donc potentiellement la prise alimentaire.

La réactivité auditive est significativement inférieure dans la population saine que dans la population TCA. Ceci est en accord avec les précédentes études. Notamment celles de Bogdashina en 2012 et de Math en 2008 (Bogdashina, 2012), (Math et al., 2008) qui expliquaient le rôle de l'audition dans la prise alimentaire. En effet, lors des repas l'audition est sollicitée notamment dans la perception des textures des aliments notamment croquants.

Cette hyporéactivité pourrait être la cause ou la conséquence des TCA. En effet, les patients présentant un TCA peuvent présenter une intégration sensorielle différente. Celle-ci est liée notamment aux émotions lors de la prise alimentaire (Lafraire et al., 2016). Miller en 2007 et Ramsay en 2001 expliquent que les expériences négatives sont encodées à long terme et modifient le processus d'intégration sensorielle et donc les prochaines attentes alimentaires (Miller et al., 2007) (Ramsay, 2001). De plus, nous pouvons aussi nous questionner sur l'impact des vomissements sur la sensorialité de la population TCA. En effet, des vomissements réguliers après la prise alimentaire pourraient avoir un impact sur la perception du goût des aliments, engendrer des douleurs lors de la déglutition des aliments

et créer une émotion négative supplémentaire lors de l'alimentation (Lecoufle, 2017). Il aurait pu être intéressant de regarder la portion d'hyporéactivité en divisant la population TCA en deux sous-groupes : celle purgative et celle restrictive. Ceci aurait permis de mieux comprendre l'impact des vomissements sur la sensorialité.

L'hyperréactivité :

Nous avons observé une hyperréactivité au noir statistiquement plus élevée que la population saine. Ceci pourrait être mis en lien avec les nombreuses peurs que présentent les populations anorexiques. Celle-ci étant potentiellement liées à un défaut de flexibilité, particulièrement présent au sein de cette population (Langlois, Gagnon-Girouard, & Douillez, 2018).

Nous nous sommes questionnés sur l'absence d'hyper-réactivité aux textures au sein de la population atteinte de TCA. En effet, compte tenu de leurs difficultés lors de la diversification alimentaire et de nombre restreint de catégorie alimentaire que peut manger cette population par rapport à la population saine. Il aurait donc pu être observé une hypersensibilité aux textures. Il aurait pu être judicieux de proposer un item pour l'hyporéactivité aux textures au sein de notre questionnaire afin de comparer ce score avec les autres résultats de type hyporéactif.

Notre hypothèse principale semble donc partiellement confirmée. Les patients atteints de TCA présenteraient une hyporéactivité à certains sens liés à l'alimentation par rapport à la population saine.

3.1.2 Première hypothèse secondaire

Nous avons émis l'hypothèse que la population TCA présenterait davantage de particularités développementales que la population saine. Comme le montre l'étude d'Achamrah en 2012, nos résultats ont confirmé en partie la présence de particularités développementales chez les individus présentant des TCA. Au sein de notre étude, nous avons pu mettre en évidence :

- Un nombre de pathologies digestives statistiquement plus importante dans la population TCA que dans la population saine. Ceci peut être la conséquence des TCA car ces troubles entraînent des modifications des processus liés à la digestion (Achamrah, 2012). Il aurait pu être intéressant d'avoir connaissance de la date de début de ces troubles digestifs par rapport au début des TCA. Cela aurait pu permettre de définir si ces troubles digestifs sont la conséquence des TCA ou s'ils étaient préexistants.
- Des antécédents deux fois plus fréquents de prématurité dans la population TCA (13%) par rapport à la population saine (7,5%). Nous pouvons nous questionner sur l'impact qu'a pu avoir cette prématurité sur le développement de TCA. En effet, la prématurité est un facteur de risque d'un développement atypique de l'oralité. Les prématurés ont une moins bonne maturation motrice et digestive ce qui peut entraîner des difficultés dans la coordination du mécanisme succion-déglutition-respiration qui est essentielle dans l'évolution harmonieuse de l'oralité (Couly, 2017). De plus, les attentes sensorielles d'un prématuré ne sont pas les mêmes que celle d'un enfant né à terme puisqu'il a eu moins de temps pour expérimenter sa sensorialité durant la grossesse (Schaal, Soussignan, 2008). Toutes ces modifications dès le début de la vie auraient pu entraîner un ensemble de dysfonctionnements qui pourraient aboutir à long terme sur des troubles du comportement alimentaire et des expériences sensorielles négatives lors de la prise alimentaire.
- Enfin, nous avons pu observer que la population TCA (66,7% contre 49,1%) conservait plus longtemps les éventuels tics de succion. Ces tics impactent le développement de la sphère oro-faciale, sa motricité et donc la prise alimentaire (Couly, 2017).

Notre hypothèse semble donc validée.

3.1.3 Seconde hypothèse secondaire

Notre seconde hypothèse (la population TCA présente davantage d'antécédents familiaux de TCA que la population saine) basée sur les études de Achamrah en 2012 et Cheylan en 2017 semble être confirmée (Achamrah, 2012, Cheylan, 2017). Notre étude

montre une présente statistiquement plus forte d'antécédents de TCA dans la famille, notamment au premier degré, que dans la population saine. Ces résultats pourraient d'une part s'expliquer par des facteurs génétiques (Cheylan, 2017) mais aussi par des facteurs environnementaux. En effet, comme l'expliquent Levavasseur en 2017 et Mouren en 2011, l'alimentation est un moment de socialisation. Des troubles du comportement alimentaire dans la famille au premier degré pourraient donc avoir modifié l'environnement émotionnel et les réponses apportées aux propositions alimentaires faites. Cela aurait donc pu avoir un impact sur le développement de l'oralité (Levavasseur, 2017, Mouren et al., 2011) et sur la sensorialité de la personne. Notre étude a aussi permis de mettre en avance une présence statistiquement supérieure de troubles psychiatriques et de dépression post-partum maternelle dans la population TCA par rapport à la population saine. Ces résultats peuvent encore une fois être expliqués par la modification de l'environnement lors des repas comme nous l'expliquions précédemment.

Notre hypothèse paraît donc validée.

3.1.4 Dernière hypothèse secondaire

Nos résultats semblaient confirmer les résultats de l'étude d'Achamrah (Achamrah, 2012). Nous avons pu mettre en évidence une différence statistiquement significative aux items portant sur les difficultés lors de la diversification alimentaire, sur le nombre de catégories alimentaires non-mangées et sur la présence d'aliments jamais appréciés. La population TCA présente davantage de difficultés lors de la diversification alimentaire. Celle-ci implique la découverte de nouvelles textures, de nouveaux goûts, mais aussi un étayage environnemental positif (Senez, 2005). Ces difficultés lors de la prise alimentaire dès la diversification alimentaire pourraient être en lien avec un potentiel trouble de l'oralité. Ce trouble de l'oralité aurait un impact durable sur les moments de prise alimentaire (Dovey et al., 2008) (Lafraire et al., 2016).

Ceci semblait être confirmé par les résultats aux items sur le nombre de catégories alimentaires non-mangées avant 6 ans, entre 6 et 12 ans et aujourd'hui. Dans notre étude, la population TCA présente un score significativement supérieur à la population saine pour l'ensemble de ces items. Or, dans les critères 2009 de Chatoor, les troubles de l'oralité sont

entre autres définis par un « refus persistant de manger certains types d'aliments pour des raisons de goût, texture, température ou odeur » (Chatoor, 2009).

De plus, ceci peut être mis en lien avec la présence d'aliments jamais appréciés qui est significativement plus élevée dans la population TCA (77,8%) que dans la population saine (59,7%). Ces données sont encore une fois en accord avec la critériologie définie par Chatoor en 2009. Elle explique en effet que la personne atteinte de ce trouble présenterait une hésitation à essayer de nouveaux aliments mais serait capable de manger sans difficulté ses aliments préférés.

Enfin, nous pouvons noter une différence statistiquement significative d'individus n'ayant pas eu d'allaitement maternel durant leur enfance dans la population TCA par rapport à la population saine. Ces résultats pourraient être mis en lien avec les études de Schaal en 2008 et 2010 qui montrent qu'un allaitement permet une plus grande diversité stimulations sensorielles qu'un allaitement artificiel (Schaal & Soussignan, 2008) (Boggio & Schaal, 2010).

Notre hypothèse paraît donc validée.

3.2 LIMITES, POINTS FORTS ET PERSPECTIVES

3.2.1 Limites

Lors de la rédaction de notre partie théorique, nous nous sommes retrouvés en difficulté. En effet, la terminologie des troubles de l'oralité et des troubles de l'intégration sensorielle est variée et regroupe une grande variété de tableaux cliniques. Cette absence de consensus nous a obligés à n'adopter qu'une seule terminologie dans le cadre de ce mémoire.

De plus, les données recueillies lors de notre étude comportent des informations rétrospectives, elles sont donc soumises à un biais de rappel. Certains items n'ont pas pu être traités statistiquement à cause du trop faible nombre de réponses recueillies.

La population saine présente quant à elle un biais de « non-réponse ». En effet, les étudiants ayant refusé de répondre au questionnaire en ligne pouvaient craindre la mise en

exergue d'un éventuel trouble du comportement alimentaire. Cette population implique aussi un biais de sélection. Les étudiants en orthophonie étant informés tôt dans leurs cursus du développement de l'oralité et de ses troubles. Il se peut que les réponses fournies en aient été impactées.

Par ailleurs, le questionnaire n'est pas un questionnaire validé. Ses capacités diagnostiques sont donc limitées et les items peuvent donc manquer de spécificité et influencer les réponses à d'autres items.

Aux vues des résultats, des items auraient pu être ajoutés notamment au sujet des vomissements, de l'antériorité des troubles digestifs ainsi que de l'hyporéactivité aux textures afin de préciser l'analyse de nos résultats.

3.2.2 Forces

Notre étude présente néanmoins des forces. Parmi lesquelles :

- Une bonne taille d'échantillon permettant une analyse statistiquement satisfaisante.
- La population saine présente le même sex-ratio que la population pathologique. Ce qui permet d'analyser les résultats en limitant ce biais de confusion.
- Notre population témoin est dépourvue de troubles du comportement alimentaire puisqu'un SCOFF-F a été ajouté aux questionnaires fournis à cette population.
- Notre étude est une étude préliminaire sur les liens potentiels qui peuvent être faits entre les troubles de l'oralité et les troubles du comportement alimentaire.

CONCLUSION

Compte tenu de l'incidence des troubles du comportement alimentaire dans notre société et de leur pronostic vital, il semble essentiel de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à la mise en place de ces troubles.

Cette étude est un premier pas dans la compréhension des liens qui peuvent unir les troubles de l'oralité alimentaire et les troubles du comportement alimentaire. Le questionnaire proposé nous a permis de mettre en évidence des particularités sur le développement de l'oralité et de la sensorialité chez les individus diagnostiqués TCA telles que la présence d'un profil hyporéactif à certains sens, l'existence de nombreux troubles digestifs, la mise en exergue des difficultés rencontrées lors de la diversification alimentaire mais aussi dans l'acceptation de nouveaux aliments.

De plus, en accord avec la littérature nous avons pu mettre en exergue la présence d'antécédents familiaux de troubles du comportement alimentaire et de troubles psychiatriques au sein de la population présentant des troubles du comportement alimentaire.

Enfin, nous avons tenté de faire du lien entre les différentes particularités de cette population et les piliers nécessaires au bon développement de l'oralité tels que la motricité, la digestion, la cognition et la sensorialité.

A la suite de cette étude, il pourrait être intéressant de recueillir davantage de données sur le développement général et de l'oralité de la population TCA afin de confirmer ou d'infirmer les résultats de la présente étude.

Il semblerait également pertinent de modifier le questionnaire en y ajoutant des items pour plus de spécificité et de significativité. Puis par la suite le faire valider afin de recueillir des données de meilleures qualités.

Une autre perspective en vue d'un meilleur recueil des données seraient d'utiliser un questionnaire déjà validé en français, ou encore d'en traduire un en vue de le faire valider.

Enfin, il pourrait être intéressant de tenter d'établir si les troubles de l'oralité sont un facteur prédisposant aux troubles du comportement alimentaire.

Identifier précocement d'éventuels troubles de l'intégration sensorielle permettrait de prévenir d'éventuelles complications alimentaires à l'adolescence et à l'âge adulte. De ce fait,

un suivi pluridisciplinaire à long terme semble nécessaire à l'évolution favorable de cette population.

4 – BIBLIOGRAPHIE

1. Achamrah, N. (2012). *Caractéristiques cliniques et biologiques de 160 patients anorexiques suivis à l'unité de nutrition du CHU de Rouen de 2009 à 2011*. Thèse d'exercice de médecine. Université de Rouen.

2. American Psychiatric Association. (2015). *DSM 5: manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux*. 5^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
3. Bar-Shalita, T., Vatine, J.-J., et Parush, S. (2008). *Sensory modulation disorder: a risk factor for participation in daily life activities*. *Devl Med Child Neurol.*, 50(12), 932-937.
Disponible sur <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03095.x>.
4. Bogdashina, O. (2012). *Questions sensorielles et perceptives dans l'Autisme et le Syndrome d'Asperger: des expériences sensorielles différentes, des mondes perceptifs différents*. Grasse: AFD éditions.
5. Boggio, V., & Schaal, B. (2010). *Aspects sensoriels de l'alimentation infantile*. Edition et communication médicales.
6. Brout, J., & Miller, L. J. (2015). *DSM-5 Application for Sensory Processing Disorder Appendix A(part1)*. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/285591455_DSM-5_Application_for_Sensory_Processing_Disorder_Appendix_A_part_1.
7. Case-Smith, J., Weaver, L. L., & Fristad, M. A. (2015). *A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders*. *Autism*, 19(2), 133-148. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24477447>.
8. Chatoor, I. (2009). *Sensory Food Aversions in Infants and Toddlers*. *Zero to Three*, 29(3), 44-49.
9. Cheylan, J.-M. (2017). *Régulation de l'appétit et prise en charge des troubles alimentaires*. Thèse d'exercice de pharmacie. Université de Marseille. Disponible sur : <https://hal-univ-bourgogne.archives-ouvertes.fr/MEM-UNIV-AMU/dumas-01586195v1>

10. Couly, G. (2017). Conférence inaugurale: L'oralité fœtale, fondement du langage. Dans *Rééduc. orthoph.*, 54(271) p. 13-29.
11. Courty, A. (2013). *Difficultés socio-affectives dans l'anorexie mentale: impact sur la sévérité du trouble et comparaison avec le syndrome d'Asperger*. Thèse de doctorat de psychologie. Université Paris Descartes. Disponible sur <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00961271/document>.
12. Davies, P. L., & Gavin, W. J. (2007). Validating the diagnosis of sensory processing disorders using EEG technology. *Am J Occup Ther.*, 61(2), 176-189.
13. Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., & Halford, J. C. G. (2008). Food neophobia and « picky/fussy » eating in children: a review. *Appetite*, 50(2-3), 181-193. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17997196>.
14. Dupuy, A., et Poulain, J.-P. (2008). "Le plaisir dans la socialisation alimentaire" dans Schaal B. et Soussignan R. L'enfant face aux aliments : de préférences en programmations. . *Enfance*, Vol. 60(3), 261-271.
15. Duriez, P., & Gorwood, P. (2018). Apports récents des neurosciences dans la compréhension de l'anorexie mentale : génétique, épigénétique, neurocognition et circuit de la récompense. *Cah. nutr. diét.*, 53(3), 136-140. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007996018300701>.
16. Feldman, J. I., Dunham, K., Cassidy, et al., (2018). Audiovisual multisensory integration in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 95, 220-234. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30287245>.

17. Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, et, al. (2014). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A “New Disorder” in DSM-5. *J Adolesc Health*, 55(1), 49-52. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24506978>.
18. Guardia, D. (2012). *Représentation du corps et anorexie mentale: approche neurocognitive du phénomène de distorsion corporelle : de l'intégration sensorielle à l'action*. Thèse de doctorat de neuroscience. Université de Lille.
19. Hallet, F. (2011). *L'intégration sensorielle D'après The Out of Sync Child de Carol Stock Kranowitz*. Disponible sur <http://ekldata.com/ted-caetera.eklablog.com/perso/jeux-integration-sensorielle-kranowitz.pdf>.
20. Haute Autorité de Santé. (2010). *Recommandations de bonne pratique : anorexie mentale : prise en charge*. Disponible sur https://www.has-santé.fr/portail/upload/docs/applicatin/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf.
21. Hollins, M. (2010). Somesthetic Senses. *Annu Rev Physiol*, 61(1), 243-271. Disponible sur <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.093008.100419>.
22. Hye Ran, Y. (2017). How to approach feeding difficulties in young children. *Korean J Pediatric*, 60(12), 379-384. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29302261>.
23. Johnson, C. R., Brown, K., Hyman, et, al. (2018). Parent Training for Feeding Problems in Children With Autism Spectrum Disorder: Initial Randomized Trial *Trial. J. Pediatr. Psychol.*, 44(2). Disponible sur <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy063>.

24. Juchet, A., Chabbert, A., Pontcharraud, R., et al. (2014). Diversification alimentaire chez l'enfant : quoi de neuf ? - *Rev. fr. allergo.*, 54(6) 462-468. Disponible sur <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877032014003122>.
25. Kerzner, B., Milano, K., MacLean, et al. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *APP*, 135(2), 344-353. Disponible sur <https://pediatrics.aappublications.org/content/135/2/344>.
26. Lafraire, J., Rioux, C., Giboreau, A., et al. (2016). Food rejections in children: Cognitive and social/environmental factors involved in food neophobia and picky/fussy eating behavior. *Appetite*, 96(1), 347-357. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26391004>.
27. Lalanne, M., & Tibère, L. (2008). Quand les enfants font craquer les modèles alimentaires des adultes. *Enfance*, 60(3), p. 271-279.
28. Langlois, F., Gagnon-Girouard, M.-P., & Douillez, C. (2018). Le rôle de la flexibilité cognitive comme médiateur de la relation entre le perfectionnisme et le fonctionnement psychologique. Thèse d'exercice de psychologie. Université de Québec.
29. Lecoufle, A. (2017). Atrésie de l'oesophage: une histoire d'oralité qui ne commence pas comme les autres. *Réeduc. orthoph.*, 54(271), p. 29-43.
30. Levavasseur, E. (2017). Prise en charge précoce des difficultés alimentaires chez l'enfant dit « tout-venant » ou « vulnérable ». *Réeduc. orthoph.*, 54(271), p. 151-171.
31. Maier, A., Blossfeld, I., & Leathwood, P. (2008). L'expérience précoce de la variété sensorielle et ses conséquences sur l'alimentation future. *Enfance*, Vol. 60(3), 231-240.

32. Math, F., Kahn, J.-P., & Vignal, J.-P. (2008). *Neurosciences cliniques: de la perception aux troubles du comportement. (159-230). Louvain-la-Neuve: De Boeck*. Disponible sur <https://www.cairn.info/neurosciences-cliniques--9782804156725-p-159.htm>
33. Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, et al.(2007). Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis.*Am. J. Occup. Ther.*, 61(2), 135-140.
34. Miller, L. J., & Hanft, B. (2000). Toward a Consensus in Terminology in Sensory Integration Theory and Practice: Part 2: Sensory Integration Patterns of Function and Dysfunction. *Am. J. Occup. Ther.*, 23(2). Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/242419604_Toward_a_Consensus_in_Terminology_in_Sensory_Integration_Theory_and_Practice_Part_2_Sensory_Integration_Patterns_of_Function_and_Dysfunction.
35. Mouren, M.-C., Doyen, C., Le Heuzay, et al.(2011). *Troubles du comportement alimentaire de l'enfant - Du nourrisson au pré-adolescent: manuel diagnostique et thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
36. Nadon, G., Feldman, D. E., Dunn, W.,et al.. (2011). Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment*, Disponible sur <https://doi.org/10.1155/2011/541926>.
37. Ostiguy, C., Meilleur, D., Taddeo, et al. (2017). Intensité du trouble alimentaire et motivation au changement chez des adolescentes atteintes d'anorexie mentale.*Neuropsychiatr enfance adolesc.*, 65(3), 137-145. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/314657714_Intensite_du_trouble_alimentaire_et_motivation_au_changement_chez_des_adolescentes_atteintes_d%27anorexie_mentale.

38. Pfeiffer, B., May-Benson, T. A., & Bodison, S. C. (2018). State of the Science of Sensory Integration Research With Children and Youth. *Am. J. Occup. Ther.*, 72(1), Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29280710>.
39. Pham-Thi, N., & Bidat, E. (2014). Diversification alimentaire et risque allergique. *Arch. fr. pédiatr.* 21, 1392-1395. Disponible sur <https://www.em-consulte.com/article/939373/article/diversification-alimentaire-et-risque-allergique>
40. Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir.* 13(2), 11-28.
41. Schaaf, R. C., Benevides, T., Blanche, et al. (2010). Parasympathetic Functions in Children with Sensory Processing Disorder. *Front. Integr. Neurosci.*, 4(4). Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2839854/>.
42. Schaaf, R. C., Miller, L. J., Seawell, D., et al.. (2003). Children with disturbances in sensory processing: a pilot study examining the role of the parasympathetic nervous system. *Am. J. Occup. Ther.*, 57(4), 442-449. Disponible sur
43. Schaal, B., Delaunay-el-allam, M., & Soussignan, R. (2008). Emprise maternelles sur les goûts et les dégoûts de l'enfant: mécanismes et paradoxes. *Enfance* 60(3). Disponible sur <http://dx.doi.org/10.3917/enf.603.0219>.
44. Schaal, B., & Soussignan, R. (2008). L'enfant face aux aliments : d'avant-goûts en préférences en programmations. *Enfance*, 60(3), 213-218. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911086>
45. Senez, C. (2005). Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition. Louvain-la-Neuve : De Boeck. Disponible sur

https://www.unitheque.com/Livre/solal/Le_monde_du_verbe/Reeducation_des_troubles_de_l_alimentation_et_de_la_deglutition-83786.html?gclid=EAlalQobChMlk_a3-bbZ3glVxjLTCh1qYQh-EAQYAyABEgKI-_D_BwE

46. Sulimovic, L., Votadoro, P., Nicolas, I., et al. (2018). Troubles des conduites alimentaires a l'adolescence : de l'importance d'allier nos disciplines pour passer au-delà des clivages parentaux et médicaux. *J. pédiatr. puéric.*, 31(4), 196-211. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0987798318300872>
47. Turck, D., Dupont, C., Vidailhet, et al. (2015). Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. *Arch. pédiatr.*, 22(5), 457-460. Disponible sur <https://www.em-consulte.com/en/article/970629>

5 -ANNEXES

5.1 ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE

Questionnaire historique et ressenti alimentaire :

*L'ensemble des informations ci-dessous sera **anonymées et soumises au secret médical et professionnel.***

*Vous pourrez trouver certaines réponses dans votre **carnet de santé**. Si vous ne connaissez pas certaines réponses vous pouvez y répondre avec votre famille.*

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

Niveau d'études : Brevet/CAP/BEP BAC BAC +3 BAC +5

Début des troubles selon vous :

Éléments médicaux personnels:

1) Êtes-vous né :

A terme Prématurité moyenne (7 à 8 mois)

Grande prématurité (6 à 7 mois) Très grande prématurité (avant 6 mois)

Je ne sais pas

A votre connaissance :

2) A quel âge avez-vous marché ?

< 12 mois Entre 12 et 18 mois > 18 mois Je ne sais pas

3) A quel âge avez-vous dit vos premiers mots ?

< 12 mois Entre 12 et 18 mois > 18 mois Je ne sais pas

4) Avez-vous déjà : eu une tétine sucé votre pouce Je ne sais pas

Jusqu'à quel âge ?..... Je ne sais pas

- 5) Hospitalisation durant la petite enfance (0-6ans) ? OUI NON Je ne sais pas
- a. Si oui, précisez la raison :.....
- b. A quel âge ?.....
- c. Y-a-t-il eu une nutrition artificielle (sonde nasogastrique, gastrostomie, perfusion) OUI NON Je ne sais pas

- 6) Avez-vous eu :
- Reflux gastro-œsophagiens Allergie aux protéines de lait de vache
- Allergie(s) alimentaires autres Je ne sais pas
- Rien de cela

- 7) Y-a-t-il eu un traitement mis en place pour :
- Reflux gastro-œsophagiens : OUI NON Je ne sais pas
- Allergie : OUI NON Je ne sais pas

- 8) Avez-vous eu une pathologie digestive ?

- Maladie de Crohn Rectocolite hémorragique
- Maladie coeliaque Sténose du pylore
- Constipation sévère Je ne sais pas
- Rien de cela

Éléments médicaux familiaux :

Dans la famille, y-a-t-il (parents, frère(s), sœur(s))

- 1) Des troubles alimentaires : OUI NON Je ne sais pas
- Si oui, quel(s) trouble(s) ?.....
- Si oui, qui en est atteint ?
- 2) Des troubles psychiatriques (schizophrénie, bipolarité, dépression...) :
- OUI NON Je ne sais pas
- Si oui, quel(s) trouble(s) ?.....
- Si oui, qui en est atteint ?

3) Une dépression post-partum (après l'accouchement) :

OUI NON Je ne sais pas

Si oui, qui en est atteint ?

Habitudes alimentaires personnelles :

1) L'alimentation lactée se faisait-elle:

Au sein Biberon Les deux Je ne sais pas

a. Age approximatif du dernier biberon :.....

Je ne sais pas

b. Avez-vous eu : différentes tétines régurgitations épaissement

Je ne sais pas Rien de tout cela

2) Avez-vous connaissance de difficultés rencontrées lors de votre diversification alimentaire :

OUI NON Je ne sais pas

Si oui, précisez :

3) Avant 6 ans, quels sont les aliments que vous ne mangiez pas :

Viandes Poissons Fromages Yaourts

Féculents Fruits Légumes Confiseries

Morceaux Purées/comptes Aucun

Je ne sais pas

4) Entre 6 et 12 ans, quels sont les aliments que vous ne mangiez pas :

Viandes Poissons Fromages Yaourts

Féculents Fruits Légumes Confiseries

Morceaux Purées/comptes Aucun

Je ne sais pas

5) Aujourd'hui, quels sont les aliments que vous ne mangez pas:

Viandes Poissons Fromages Yaourts
Féculents Fruits Légumes Confiseries
Morceaux Purées/compotes Aucun
Je ne sais pas

Si aucune catégorie ne convient, précisez les aliments :

.....
.....
.....

Durant l'enfance :

a. Acceptiez-vous facilement de goûter de nouveaux aliments

OUI NON Je ne sais pas

b. Si non, comment se manifestait votre refus :

Pleurs Haut-le-coeur Vomissement Toux Je ne sais pas

Autre :

6) Y-a-t-il des aliments que vous n'avez jamais appréciés ?

OUI NON

Si oui, lesquels ?

7) Avez-vous des difficultés à percevoir les goûts des aliments (mangez-vous plus sucré,
plus salé, plus pimenté que le reste votre entourage ?)

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

8) Aimez-vous les odeurs fortes ? (Le dissolvant, l'essence...)

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

9) Aimez-vous les activités dites « à risque » ? (escalade, saut à l'élastique....)

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

10) Oubliez-vous souvent de mettre des lunettes de soleil lorsque vous avez le soleil dans les yeux ?

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

11) Aimez-vous écouter la musique très fort ?

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

12) **Avez-vous des souvenirs de gênes particulières :**

a. Avec certains goûts ? (*Les aliments amers tels que le pamplemousse ou encore les aliments pimentés*)

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

b. Avec certaines odeurs ? (*Les odeurs fortes telles que l'essence ou les produits ménagers*)

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

c. Avec certaines textures ? (*Les craies, les tissus rugueux, la laine contre la peau...*)

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

d. Avec certains bruits ? (*Le bruit des couverts sur les dents, celui de la craie contre le tableau, les ongles contre les surfaces...*)

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

e. Avec la lumière ?

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

f. Avec le noir (laissez-vous les volets entrouverts pour voir la lumière la nuit, par exemple) ?

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

g. Avec les couleurs vives ?

TOTALEMENT VRAI PLUTOT VRAI PARFOIS VRAI JAMAIS VRAI

Ce questionnaire est maintenant terminé. Nous vous remercions d'avoir pris le temps d'y répondre. Vous pourrez le donner au médecin lors de votre consultation. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à lui en faire part.

5.2 ANNEXE 2 : LE SCOFF-F

- 1- Vous faites vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
- 2- Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
- 3- Avez-vous récemment perdu plus de 6kg en 3 mois ?
- 4- Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- 5- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?



Normandie Université

Étude des liens entre les troubles de l'intégration sensorielle et les troubles du comportement alimentaire.

Présenté et soutenu par
Coline BILLON

Résumé

La prévalence des troubles du comportement alimentaire est en constante évolution dans de nombreux pays développés. Il semble intéressant de se questionner sur les précurseurs de ces troubles. L'intégration sensorielle est nécessaire au bon développement de l'alimentation. L'objectif de cette étude est de déterminer le profil sensoriel d'une population TCA en le comparant au profil d'une population saine. Les données recueillies mettent en exergue un profil plus hyporéactif sur les sens suivants : le goût, la vue et l'odorat. De plus, nous avons observé des particularités dans le développement général et le développement de l'oralité. Enfin nous avons noté une recrudescence d'antécédents familiaux de troubles du comportement alimentaire et de troubles psychiatriques dans la population pathologique. Cette étude est préliminaire quant à l'analyse du lien entre troubles du comportement alimentaire et troubles de l'intégration sensorielle.

Mots clés : Troubles de l'intégration sensorielle, Troubles du comportement alimentaire.

Study of connection between sensory processing disorders and eating disorders

Summary

The prevalence of eating disorders is constantly increasing in many developed countries. Sensory processing is necessary to alimentary development. This study will evaluate sensory profiles of a population with eating disorders in comparison to a healthy population. Collected datas enlighten a hyporesponsive profile on the following senses: taste, sight and smell. Moreover, we were able to determine unusual pattern in general and orality development. Finally, we observed an important family background of eating and psychiatric disorders among people who currently present eating disorders. This constitute a preliminary study towards the establishment of a link between eating disorders and sensory processing disorders.

Key words: Sensory processing disorder, Eating disorder.

Mémoire dirigé par Sébastien, GRIGIONI et Caroline, DUBOIS-LEVASSEUR.

