

# Trousse d'introduction clinique : soutien aux personnes TDAH et autistes présentant un trouble alimentaire

Les troubles alimentaires sont des conditions de santé mentale complexes qui entraînent des changements importants dans les comportements alimentaires et d'exercice. Lorsqu'ils ne sont pas pris en charge, ces changements peuvent avoir un impact sérieux sur le bien être physique et psychologique d'une personne.

Les personnes de toutes les silhouettes, de tous les âges, de tous les genres, de tous les milieux socioéconomiques, de toutes les races, de toutes les origines ethniques et de toutes les capacités peuvent vivre avec un trouble alimentaire. Toutefois, certaines populations sont touchées à des taux plus élevés. Par exemple, les troubles alimentaires sont plus fréquents chez les personnes neurodivergentes, notamment les personnes TDAH et les personnes autistes.

Ce document vise à offrir aux clinicien-ne-s un point de départ pour fournir des soins neuroaffirmatifs aux personnes TDAH et autistes vivant avec un trouble alimentaire.

---

## Neurodiversité, TDAH, autisme et soins neuroaffirmatifs

La **neurodiversité** renvoie à la diversité naturelle des façons de penser, d'apprendre, de se comporter et de percevoir le monde. Elle reconnaît que les différences neurologiques — comme le TDAH, l'autisme, la dyslexie ou d'autres profils — font partie de la variation humaine, au même titre que la diversité corporelle ou culturelle.

Le **TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité)** est une condition neurodéveloppementale caractérisée par des difficultés à réguler l'attention et/ou l'hyperactivité et l'impulsivité. Ces particularités ne relèvent pas d'un manque d'effort ou de volonté : elles sont liées à des différences neurologiques réelles et documentées.

L'**autisme** est une condition neurodéveloppementale caractérisée par des différences dans la communication sociale, la régulation émotionnelle, le traitement sensoriel et les fonctions exécutives. Parmi les traits clés, on retrouve une tendance à se concentrer intensément sur un nombre restreint d'intérêts (monotropisme) ainsi qu'un besoin de s'autoréguler par la répétition (p. ex. auto stimulation ou *stimming*, ou encore le recours à des routines spécifiques).

Il existe une grande diversité parmi les personnes TDAH et les personnes autistes. De plus, le TDAH et l'autisme coexistent fréquemment, et les recherches suggèrent une importante convergence génétique et neurobiologique entre les deux. Toutefois, pour de nombreuses personnes, obtenir un diagnostic précis demeure difficile. La sous-identification, le masquage diagnostique et les erreurs de diagnostic sont fréquents.

**Les soins neuroaffirmatifs** (ou soins axés sur la neurodiversité) sont une approche clinique qui s'appuie sur les principes du paradigme de la neurodiversité, lesquels incluent :

- 1 Les variations du développement et du fonctionnement neurologiques sont une composante naturelle et précieuse de la diversité humaine.
- 2 Les différences neurologiques peuvent représenter des avantages ou des défis, selon la manière dont elles interagissent avec l'environnement physique et socioculturel d'une personne.

Les soins neuroaffirmatifs :

- 1 *Ne vise pas* à "traiter" ou "guérir" la neurodivergence. Cela implique de rejeter toute tentative de réduire ou d'éliminer les façons d'être neurodivergentes (p. ex. : monotropisme, auto stimulation, répétition de mots ou de phrases entendus).
- 2 S'appuie sur une approche fondée sur les forces de la personne et présume la compétence.
- 3 Agisse sur les facteurs externes afin d'améliorer la qualité de vie. Cela inclut la modification de l'environnement physique et socio-émotionnel de la personne pour qu'il réponde réellement à ses besoins.
- 4 Priorise l'autonomie, l'autonomisation et le droit de dire "non".
- 5 Respecte et encourage les intérêts, activités et compétences qui nourrissent la joie, l'apprentissage, la connexion sociale et le bien-être.
- 6 Sont centré sur la personne, informé par les approches sensibles au trauma, affirmante du genre et ancrée dans une perspective intersectionnelle.



## Types de troubles alimentaires

Les troubles de l'alimentation et de l'ingestion suivants sont reconnus en clinique. Pour une liste complète des diagnostics formels et des critères diagnostiques, veuillez vous référer au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition (DSM 5).

- [Anorexie Mentale \(AN\)](#)
- [Boulimie \(BN\)](#)
- [Trouble du comportement alimentaire restrictif ou évitant \(ARFID\)](#)
- [Hyperphagie Boulimique \(BED\)](#)
- [Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion spécifié \(OSFED\)](#)
- [Syndrome de rumination](#)
- [Pica](#)

Les symptômes courants comprennent la fatigue, les étourdissements, les changements d'humeur ainsi que des difficultés de concentration ou de prise de décision.

## L'intersection entre la neurodivergence et les troubles alimentaires

Les personnes neurodivergentes sont touchées de façon disproportionnée par les difficultés alimentaires et les troubles de l'alimentation, et plusieurs vivent avec un trouble alimentaire. Les études montrent que :

Les personnes ayant un TDAH sont environ **quatre fois plus** susceptibles de vivre un trouble alimentaire que celles qui n'en ont pas.

Les enfants ayant un TDAH présentent des probabilités environ **douze fois plus** élevées de vivre des épisodes d'alimentation avec perte de contrôle que ceux qui n'en ont pas.

Au moins **20 à 37 %** des personnes vivant avec une anorexie mentale sont également autistes.

Jusqu'à **21 %** des personnes autistes présentent un ARFID, contre environ 0,3 % dans la population générale.

**L'ensemble des sous types de troubles alimentaires présente une prévalence** accrue chez les personnes autistes et TDAH, même si l'on associe souvent certains diagnostics particuliers (AN/ARFID avec l'autisme; BN/HBE avec le TDAH) à des neurotypes précis.

Chez les personnes neurodivergentes, les facteurs qui contribuent au développement et au maintien des troubles de l'alimentation diffèrent souvent de ceux observés chez les personnes neurotypiques, notamment :

- 1 Des **différences dans le traitement sensoriel**, incluant l'hypersensibilité, l'hyposensibilité et la recherche sensorielle
- 2 Des **différences interoceptives** affectant la perception de la faim, de la satiété, de la douleur, et d'autres signaux corporels
- 3 La présence d'**alexithymie**, caractérisée par des difficultés à identifier, différencier et exprimer ses émotions
- 4 Des **différences de fonctionnement exécutif** (p. ex., initiation des tâches, mémoire de travail, planification, perception/gestion du temps, contrôle inhibiteur)
- 5 Une **Insistance** sur la similitude (p. ex., préférence pour la routine ou les aliments sécurisants)
- 6 Des **médicaments** sur ordonnance (p. ex., stimulants) dont les effets secondaires influencent l'appétit et la prise alimentaire
- 7 Capacité fluctuante et expériences d'**épuisement, d'inertie, de débordement émotionnel (meltdown) et de fermeture (shutdown)**
- 8 De l'**anxiété sociale** et/ou inconfort face aux règles et attentes neuronormatives lors des repas
- 9 Des **traumatismes liés à l'alimentation** découlant de pratiques coercitives et/ou d'alimentation forcée
- 10 La présence de **dysphorie sensible au rejet (RSD)**
- 11 Comprendre que chez les personnes neurodivergentes les exigences explicites ou implicites peuvent provoquer **de l'anxiété, de l'évitement des demandes et/ou un besoin marqué d'autonomie (PDA)**
- 12 Des taux élevés de **problèmes gastro intestinaux concomitants**
- 13 Des taux élevés de problèmes de santé concomitants et **de maladies chroniques**, comme le syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile (SEDh)/les troubles du spectre de l'hypermobilité (TSH), le syndrome de tachycardie posturale orthostatique (POTS) et le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).
- 14 Des taux élevés de **préoccupations et de troubles de santé mentale concomitants**

Les personnes ayant un TDAH ou étant autistes ont tendance à vivre de moins bons résultats que les personnes neurotypiques lorsqu'elles accèdent aux soins pour les troubles de l'alimentation. Il est essentiel que les clinicien-ne-s développent une meilleure compréhension des liens entre la neurodivergence et les troubles de l'alimentation, et que les services de santé soient adaptés en conséquence.

# Conseils, outils et stratégies pour offrir des soins neuroaffirmatifs pour les troubles alimentaires



## Neurodivergence

- 1 Se familiariser davantage avec la neurodivergence** en consultant des ressources créées par ou avec des personnes neurodivergentes, afin d'ancrer sa pratique dans des perspectives vécues; les ressources disponibles sur le [site du NEDIC](#) offrent une bonne base pour commencer.
- 2 Intégrer un dépistage de la neurodivergence** chez les personnes qui consultent pour des difficultés alimentaires ou un trouble alimentaire, en utilisant des outils adaptés comme l'[ASRS-5](#) pour le TDAH ou le [RAADS-R](#) pour l'autisme.
- 3 Intégrer un dépistage des difficultés alimentaires** chez les personnes TDAH et les personnes autistes (p. ex. : [SWEAA](#), [AEQ](#)).
- 4 Utiliser des modèles qui affirment la neurodiversité**, comme le modèle [SAFETY](#), plutôt que le modèle RAVES.
- 5 Demander aux personnes comment elles s'identifient** dans leur neurodivergence (p. ex. ADHDeur vs personne avec un TDAH; *Autiste vs personne autiste*) et *respecter que les préférences varient d'une personne à l'autre*.
- 6 Adapter (ou mettre de côté) les approches d'alimentation intuitive** pour les personnes ayant des difficultés de fonctionnement exécutif et/ou d'interoception.
- 7 Explorer des stratégies individualisées pour soutenir une alimentation régulière**, telles que :
  - Utiliser des alarmes ou d'autres types de rappels.
  - Utiliser le *body doubling* (présence d'une autre personne) pour aider à préparer et à manger les repas.
  - Proposer des repas déjà préportionnés dans les moments où les signaux de satiété sont peu présents ou difficiles à percevoir
  - Privilégier des repas plus fréquents et de plus petite taille lorsque les signaux de satiété sont présents et bien perçus.
- 8 Évaluer toute préoccupation de santé**, indépendamment de la manière dont la douleur est exprimée ou rapportée, puisque des variations de seuil de douleur, d'interoception et d'alexithymie peuvent influencer la présentation



## Différences dans le traitement sensoriel

- 1 Évaluer le profil sensoriel** (p. ex. : [GSQ](#), [SPQ](#), [SP2](#)).
- 2 Adapter l'environnement alimentaire** selon les **préférences sensorielles** de la personne — par exemple offrir un espace calme ou des écouteurs antibruit, tamiser l'éclairage, ou permettre l'usage de musique, d'objets de régulation (fidgets) ou d'un iPad — afin de réduire l'anxiété.
- 3 Tenir compte des préférences sensorielles de la personne en dehors des repas** lorsque c'est possible — par exemple dans les programmes de jour ou en hospitalisation pour troubles alimentaires — afin de soutenir un environnement plus sécurisant et régulant.
- 4 Adapter l'alimentation en fonction des préférences sensorielles** de la personne (p. ex. : odeur, goût, texture, couleur) lorsque possible, afin de réduire le risque de traumatisme lié à l'alimentation.
- 5 Si des carences nutritionnelles sont présentes, une évaluation alimentaire et une supplémentation** peuvent être indiquées, idéalement avec l'accompagnement d'une diététiste.
- 6 Adapter les objectifs et les stratégies de traitement** en fonction de la **conscience intéroceptive** de la personne — des outils comme l'[ISQ](#) ou le [MAIA](#) peuvent être utilisés pour l'évaluer.
- 7 Soutenir le développement de la conscience intéroceptive** lorsque c'est pertinent et approprié.
- 8 Soutenir des expositions alimentaires autonomes et sans pression**, au besoin, tout en tenant compte — et en respectant — les préférences alimentaires de la personne.
- 9 Permettre de la flexibilité dans les mouvements et les positions corporelles** pendant les repas ou les collations — par exemple manger debout, en marchant ou en étant allongée — afin de favoriser une expérience alimentaire positive.



## Différences cognitives, communicationnelles et sociales

- 1 Évaluer le **fonctionnement exécutif** (p. ex. : [BRIEF-A](#)).
- 2 **Adapter les objectifs thérapeutiques, le rythme et les stratégies en** fonction du profil des fonctions exécutives — par exemple en décomposant les tâches complexes et en utilisant des soutiens externes pour la planification, l'organisation, la gestion du temps et la mémoire.
- 3 Adapter les repas **aux préférences sociales** de la personne — par exemple en retirant les attentes liées aux interactions sociales durant les repas et en respectant, lorsque c'est possible, son souhait de manger seule.
- 4 Répondre **aux besoins de communication** de la personne — par exemple en utilisant le courriel ou les messages texte, en permettant l'usage d'outils de CAA, ou en combinant les modes verbal et écrit selon les besoins; prévoir des consultations plus longues ou supplémentaires.
- 5 Permettre le **stimming** (gestes de régulation sensorielle) dans tous les contextes sans jugement, et ne rediriger ces comportements que s'il existe des préoccupations médicales liées aux troubles de l'alimentation (p. ex. : dépense énergétique) ou si le s'il est auto blessant et met la personne en danger (p. ex. : se cogner la tête).
- 6 Fournir **l'information** le plus tôt possible, avec autant de détails que nécessaire, afin d'aider à gérer l'anxiété — particulièrement avant les changements de routine et les transitions entre les activités.
- 7 Accorder **plus de temps** pour répondre aux questions et pour traiter l'information ou les consignes.
- 8 Prendre en compte — et au besoin évaluer — **l'évitement des demandes** ainsi que l'anxiété qui y est associée (p. ex. : [EDA-QA](#)).
- 9 Si une tendance à l'évitement des demandes est soupçonnée, adopter des stratégies qui **diminuent la perception de la demande** pour la personne, par exemple :
  - offrir du contrôle et de l'autonomie lorsque c'est possible
  - utiliser un langage déclaratif pour donner des consignes ou des indications
  - réduire la charge sensorielle et cognitive
  - s'appuyer sur leurs motivateurs intrinsèques



## Autres éléments à considérer

- 1 Intégrer la "**théorie des cuillères**" afin de soutenir la conservation de l'énergie et d'adapter les attentes aux variations de capacité d'une personne.
- 2 Réfléchir à la façon dont les identités qui s'entrecroisent, combinées à la neurodivergence, peuvent influencer l'expérience d'une personne face aux troubles de l'alimentation et à l'accès aux soins en troubles alimentaires (par exemple : [PANDC](#), [2SLGBTQ+](#), maladie chronique et handicap).
- 3 Remettre en question — voire résister à — des **pratiques de documentation** qui imposent des normes comportementales neuronormatives, par exemple : le contact visuel, le ton de la voix ou le niveau de mouvement.

## Sources

Cobbaert, L. & Rose, A. (2023). *Eating Disorders and Neurodivergence: A Stepped Care Approach*. [https://www.researchgate.net/publication/369334237\\_Eating\\_Disorders\\_and\\_Neurodivergence\\_A\\_Stepped\\_Care\\_Approach](https://www.researchgate.net/publication/369334237_Eating_Disorders_and_Neurodivergence_A_Stepped_Care_Approach)

Leadbitter, K., Buckle, K. L., Ellis, C., & Dekker, M. (2021). Autistic self-advocacy and the neurodiversity movement: Implications for autism early intervention research and practice. *Frontiers in Psychology*, 12, 635690. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635690>

Neff, M. A. (2025). *Neurodivergent Insights*. <https://neurodivergentinsights.com/>



**NEDIC offre des services d'assistance en anglais. Vous pouvez contacter NEDIC pour obtenir des informations, du soutien, des ressources et des références par clavardage en direct sur [nedic.ca](https://nedic.ca), ou par téléphone sans frais au 1-866-NEDIC-20 (416-340-4156 dans la région du Grand Toronto).**