



Maison de Solenn

**MAISON DES ADOLESCENTS
COCHIN-PARIS**

Réseau ADOS.COCHIN

Dr Corinne Blanchet-Maison de Solenn

Mardi 09 Novembre 2010



Goût et dégoût de la nourriture chez l'enfant et l'adolescent



PLAN

1. Introduction

2. Physiologie du goût et de la construction des conduites alimentaires

1. Définition du goût et de la prise alimentaire
2. Facteurs déterminants le goût et la prise alimentaire
3. Formation du goût et évolution des conduites alimentaires en fonction de l'âge
4. Données anthropologiques sur les choix alimentaires chez l'enfant

3. Aspects pathologiques du comportement alimentaire

1. Définition et rappel
2. Troubles des conduites alimentaires chez le bébé
3. Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant
4. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence

4. Conclusions et perspectives



1. Introduction

La prise alimentaire est un comportement complexe et paradoxal intégrant plusieurs fonctions:

- **La faim:** besoin primaire et fondamental, avec apaisement des tensions
- **Le plaisir:** mordre, croquer, sucer; exutoire à l'agressivité normale
- **Echange et attachement:** mise en relation avec l'autre (mère), acte d'amour
- **Le dedans et le dehors:** l'aliment vient du dehors (l'autre) et va en dedans (soi), mettant en jeu des mécanismes inconscients complexes et la notion de limite
- **La structuration de la personnalité et les relations à l'autre:** formation du moi à partir d'éprouvés corporels
- **Significations sociales, culturelles, imaginaires et symbolique**

PARTIE 2

Physiologie du goût et de la construction des conduites alimentaires

2.1 Définition du goût et de la prise alimentaire (1/2)

Définition du goût: est le sens qui permet d'identifier les substances chimiques sous forme de solutions par l'intermédiaire de chémorecepteurs situés sur la langue. Il joue un rôle important dans la prise alimentaire en permettant d'analyser la saveur des aliments.

Le goût résulte de l'association de plusieurs sensations

- **la saveur:** « le goût » proprement dit (**sucré, salé, acide, amer**). Ces 4 saveurs définies par Adolphe Fick (XIX^e) sont reconnues au niveau international, mais récemment une nouvelle saveur « **umami** » (**savoureux**) a été identifiée par Kikunae Ikeda (1908) liée aux récepteurs aux glutamates.
- **la flaveur:** ensemble des sensations en bouche (saveur, odeur, texture)
- **l'hédonisme:** « j'aime ou j'aime pas »

2.1 Définition du goût et de la prise alimentaire (2/2)

Définition de l'aliment:

La déclinaison peut se faire à l'infini tant il est **primordial, essentiel, vital** mais peut aussi devenir **objet de haine, de refus, de dégoût, de dépendance.**

- Aliment besoin primaire
- Aliment et lien de nourrissage précoce
- Aliment et transmission familiale
- Aliment et appartenance sociale ou communautaire
- Aliment et modes alimentaires
- Aliment plaisir et convivialité
- Aliment symptôme et addiction

2.2 Facteurs déterminants le goût et la prise alimentaire

Compétences innées (prédispositions génétiques déterminant la sensibilité olfactive et gustative):

- **La phénylthiocarbamide (PTC)** perçue par 75% de la population (US-Europe) comme amère et désagréable (groupe « goûteurs » vs « non goûteurs »)
- **L'étude du réflexe gusto-facial** chez des enfants de 2 ans permet de définir 3 groupes: « hypoguesiques », « normoguesiques », « hyperguesiques ». Il semble que le groupe hyperguesique soit plus sélectif et capricieux dans ses choix alimentaires (*Matty Chiva, 1986*).

Environnement psycho-affectif: influence par le comportement des parents et l'ambiance affective (*Harper 1975*), influence par les pairs (*Birch, 1980*).

Contexte socio-culturel: transmission et conditionnement précoce de l'enfant par les adultes et le groupe

2.3 Formation du goût et évolution des conduites alimentaires en fonction de l'âge (1/6)

In utéro, le foetus (appareil gustatif et olfactif fonctionnel) est sensible aux modifications de concentration en sucre du liquide amniotique et autres saveurs. Cependant on ignore l'influence ultérieure de l'allaitement maternel sur les goûts et choix alimentaires de l'enfant.

Dès la naissance, le bébé manifeste de fortes compétences olfactives et gustatives (lait maternel), et une appétence innée pour le sucré et ce de façon universelle. Ceci favorisera la consommation de lait et donc le développement du nouveau-né.

2.3 Formation du goût et évolution des conduites alimentaires en fonction de l'âge (2/6)

Vers l'âge de 1 ou 2 ans l'enfant part à la découverte d'aliments de « grands » et apprécie des goûts prononcés (fromage, saucisson, céleri etc...)

La situation se complexifie vers 3-4 ans où la sélectivité alimentaire prend place et où 2/3 des enfants se construisent un véritable « répertoire » alimentaire, apprenant à structurer leur alimentation, mais évitant de nouvelles expériences gustatives.

Entre 4 et 7 ans le phénomène de « **néophobie** » (sentiment de peur éprouvé par l'omnivore face à des aliments inconnus) est maximal. L'évitement de produits inconnus, plus ou moins intense selon les enfants, est une étape quasi-obligatoire: comportement adaptatif de survie face à une pléthore d'aliments dans une période où l'autonomisation se met en place, et où l'extérieur peut être menaçant.

2.3 Formation du goût et évolution des conduites alimentaires en fonction de l'âge (3/6)

Vers l'âge de **10-11 ans**, le comportement alimentaire s'assouplit, avec la recherche de plats inconnus, et on observe une modification de l'opinion du pré-ado.

A l'adolescence (*étude Alimados, colloque OCHA*)

- Depuis la naissance l'enfant intègre de multiples apprentissages et construit son identité de mangeur.
- A l'adolescence, le **processus de séparation-individuation** associé à la quête identitaire, l'appartenance à un groupe de pairs, favorisent de nouveaux choix et modes alimentaires (snacking, sauts de repas...), s'opposant parfois aux habitudes alimentaires familiales.

2.3 Formation du goût et évolution des conduites alimentaires en fonction de l'âge (4/6)

Certains comportements alimentaires suivent les stéréotypes sexués: augmentation des produits sucrés (bonbons...) chez **les garçons** entre 11 et 15 ans), avec réduction de la consommation de fruits et légumes dans cette même population.

A l'inverse, chez **les filles** on observe une plus grande consommation de fruits et légumes et une réduction des apports protéiques et lipidiques

L'aspect visuel et esthétique semble particulièrement important à cet âge (assiettes colorées...), les légumes crus ou croquants ayant une connotation de fraîcheur sont très appréciés.

2.3 Formation du goût et évolution des conduites alimentaires en fonction de l'âge (5/6)

A l'inverse les plats en sauce, les viandes sont habituellement peu investis voir source de **dégoût**.

Les produits laitiers sont largement consommés mais sous des formes « transportables » (yaourts à boire...), le lait résidu de l'enfance est essentiellement consommé dans l'intimité du milieu familial, sa consommation entre copains restant quelque peu honteuse.

La culture alimentaire adolescente intègre également des **modèles transculturels** et favorise le partage entre pairs.

2.3 Formation du goût et évolution des conduites alimentaires en fonction de l'âge (6/6)

Malgré une tendance à la **déstructuration du rythme alimentaire** qui s'est accentuée au cours de la dernière décennie, les valeurs du repas traditionnel et le plaisir alimentaire reste de mise chez nos adolescents.

Progressivement et au fil des années, le bébé puis l'enfant passera d'un mode alimentaire de « **non-choix** » (nourrissage familial) à un mode alimentaire d'« **hyper-choix**» influencé par les pairs et la socialisation horizontale.

L'adolescent est ainsi soumis à des **changements multiples** pouvant induire des moments d'angoisse ou de dépressivité qui peuvent favoriser les écarts alimentaires sur un mode pulsionnel ou à l'inverse de contrôle.



2.4 Données anthropologiques sur les choix alimentaires chez l'enfant (1/4)

Il existe peu d'études anthropologiques sur les choix alimentaires des enfants dans notre pays:

- *Fischler (1985)*
- *Fischler et Chiva (1986)*
- *Chiva et Baudier (1990)*
- *Bellisle (1992)*
- *Rigal (1996)*

2.4 Données anthropologiques sur les choix alimentaires chez l'enfant (2/4)

Les aliments « vedettes » sont ceux à forte densité calorique, de préférence gras, sucres à faible index glycémique, flaveur peu développée, et texture molle, ayant une capacité satiétogène élevée

Les aliments détestés, à l'inverse sont les saveurs amères, piquantes; les abats et la plupart des légumes

L'existence d'un « goût enfantin » est corroboré par toutes les études. Le rejet des légumes et des aliments au goût prononcé également.

Il faut noter des **différences significatives** en fonction du **sexe** (socialisation selon les stéréotypes sexuels) et de **l'âge**.

2.4 Données anthropologiques sur les choix alimentaires chez l'enfant (3/4)

L'appropriation des habitudes alimentaires, et **l'actualisation** des choix alimentaires se fait en fonction des **facteurs familiaux** (rôle différencié de la mère nourricière et du père favorisant les expériences nouvelles), **du contexte** (choix individuel ou collectif), **du lieux** (domicile ou « self-service » de la cantine)

Le célèbre cliché: « jambon/pâtes, steak/frites, saucisse/purée... » est-il un « choix » « par goût » ou est-il indirectement imposé par les contraintes et habitudes socio-culturelles et familiales

2.4 Données anthropologiques sur les choix alimentaires chez l'enfant (4/4)

Du nourrissage maternel « passif » aux particularités alimentaires adolescentes jusqu'à **l'autonomisation** adulte, la construction du comportement alimentaire à l'image de la construction individuelle peut se révéler plus ou moins chaotique, plus ou moins aboutie

Les inhibitions et les dégoûts alimentaires se construisent de manière identique, en miroir des goûts et préférences alimentaires

Dans le **continuum** allant de prises alimentaires « normales », en passant par des choix singuliers il n'est pas rare de voir survenir des **troubles des conduites alimentaires** sévères dont l'émergence se situe durant le processus d'adolescence

PARTIE 3

Aspects pathologiques du comportement alimentaire

3.1 Définition et rappel

La définition des troubles des conduites alimentaires et les **critères** utilisés restent problématiques pour décrire les **modifications pathologiques** des conduites alimentaires survenant chez le **nourrisson ou l'enfant**.

Il existe en effet un continuum entre « **feeding** » et « **eating disorders** », ces derniers étant décrits à **l'adolescence ou l'âge adulte** et répondent aux classiques critères « **DSM IV** » ou « **CIM-10** » mais présentent des limites chez l'enfant ou le jeune adolescent.

3.2 Troubles des conduites alimentaires chez le bébé (1/7)

Pour le nourrisson l'alimentation est une **fonction quotidienne instinctive** répondant aux besoins physiologiques mais faisant intervenir des mécanismes conscients et inconscients complexes.

L'alimentation par le biais de l'allaitement est la première relation avec le monde extérieur, pouvant être à l'origine de **fixations et de régressions** au stade oral.

Au-delà des **difficultés nosographiques** rencontrées durant cette période de la vie nous évoquerons quelques altérations des conduites alimentaires ou des difficultés de nourrissage (« feeding disorders ») chez

3.2 Troubles des conduites alimentaires chez le bébé (2/7)

Chez le bébé, il existe une **phase initiale de dépendance** puis une **seconde phase d'autonomisation** à partir de 2 ans

Une altération du comportement alimentaire peut néanmoins survenir très précocement, dès les **premiers mois de vie**, reflet parfois de troubles somatiques qu'il convient de diagnostiquer (**reflux-gastro-oesophagien**), de difficultés relationnelles avec un état de tension manifeste mère-enfant, de souffrance maternelle (**dépression du post-partum**), ou parfois et plus gravement annonciateur de **troubles du développement ultérieur** (trouble autistique, dysharmonie...) où se mêlent troubles de déglutition, distorsion sensorielle...

3.2 Troubles des conduites alimentaires chez le bébé (3/7)

L'anorexie du second trimestre:

- Fréquent, survient entre 5 et 8 mois
- Installation progressive ou brutale
- Parfois associé à un changement de régime alimentaire (sevrage)
- Pathologie de refus et d'opposition aux soins maternels
- Le développement psychologique est habituellement normal
- La mère est habituellement très angoissée par la situation

3.2 Troubles des conduites alimentaires chez le bébé (4/7)

- L'évolution est variable:

a) anorexie simple, réactionnelle et passagère, parfois conduite de refus liées à une attitude de forçage alimentaire parentale

b) anorexie mentale grave, inscrite dans le comportement de l'enfant.

b.1) D'autres troubles comme des difficultés du sommeil, des crises de colère face à la nourriture...

b.2) Les vomissements sont fréquents, avec parfois un ralentissement somatique et une pâleur

b.3) L'évolution peut être fluctuante, où le nourrisson mange mieux mais reste capricieux

3.2 Troubles des conduites alimentaires chez le bébé (5/7)

Après l'âge de 6 mois, d'autres troubles alimentaires peuvent survenir:

- **Le mérycisme:** régurgitation active de nourriture et mâchonnements répétés, indifférence à l'environnement, manifestations stéréotypées. Ce trouble est associé à un contexte carenciel, troubles de l'attachement. Un trouble psychopathologique grave comme un retard mental ou un autisme est un facteur favorisant

3.2 Troubles des conduites alimentaires chez le bébé (6/7)

- **L'hyperphagie:** souvent conséquences d'habitudes alimentaires liées à des conflits psychiques, une intolérance à la frustration dans le cadre du couple mère-enfant. L'évolution ultérieure vers l'obésité et/ou une dépression d'origine carencielle est fréquente.
- **Les caprices alimentaires:** « goûts et dégoûts » de certains aliments (excès de sucreries, dégoût sélectif des légumes etc...), témoin de l'investissement fantasmatique de certains aliments et moyen de manipulation de l'entourage

3.2 Troubles des conduites alimentaires chez le bébé (7/7)

- **La potomanie:** ingestion de grandes quantités d'eau ou autres liquides survenant dans le cadre de troubles régressifs ou dans un comportement d'opposition à l'entourage
- **Le pica:** ingestion de substances non nutritives (plâtre, terre, ficelle, tissus...). Ce comportement peut être banal entre 6 et 12 mois dans la phase d'exploration, mais pathologique s'il est durable, inadapté au stade de développement de l'enfant et non inscrit dans une pratique culturellement admise.

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (1/11)

Contrairement à certaines croyances, les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant ne sont pas récents mais décrits depuis le moyen âge dans les écrits religieux avec les « anorexies mystiques » :

- Sainte Catherine de Sienne (1380)

Premières **descriptions médicales** publiées dans le *Lancet*

- *Collins 1894*
- *Marshall 1895*

Il existe de réelles difficultés à diagnostiquer (difficultés de classification et de terminologie) et à évaluer le devenir des troubles alimentaires chez l'enfant

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (2/11)

Selon une étude Canadienne, **50% des 7-15 ans** se présentant en consultation pour des difficultés alimentaires **ne répondent pas aux critères** actuels DSM IV de l'anorexie ou de la boulimie nerveuse

Toutes les classifications évoquent néanmoins, de façon ou plus moins pertinente, les troubles alimentaires de l'enfance:

- DSM-IV et CIM-10: ***Trouble de l'alimentation de la première ou deuxième enfance***
- CFTMEA 2000: ***TCA du nouveau-né, nourrisson, enfant***

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (3/11)

Les **études épidémiologiques** laissent supposer que la prévalence de l'anorexie mentale (critères DSM-IV) augmente chez les adolescents depuis 50 ans, et ces études attestent qu'elle est devenue la troisième maladie chronique en importance chez les adolescentes.

L'âge d'apparition de l'anorexie mentale a peut-être **encore diminué**, même si très peu de données d'incidence sont disponibles pour les enfants plus jeunes (moins de 13 ans) ayant des troubles de l'alimentation et que les quelques évaluations disponibles varient de manière considérable.

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (4/11)

- En **2007**, une nouvelle classification relative à l'étendue des troubles alimentaires chez les enfants a été proposée par *Bryant-Waugh & Lask*:
la **Great Ormond Street (GOS)**. Cette classification présente un meilleur coefficient d'objectivité (parfait) comparée à la DSMIV (important) et la CIM10 (appréciable).
- **Great Ormond Street:**
 - Anorexie Mentale
 - Boulimie Nerveuse
 - Trouble Affectif d'Evitement Emotionnel
 - Alimentation Sélective
 - Dysphagie fonctionnelle (ou phobie de déglutition)
 - Syndrome de refus global (ou envahissant)

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (5/11)

Critères de la Great Ormond Street

Trouble Affectif d'Évitement Alimentaire	Alimentation restrictive	Phobie de déglutition
Évitement alimentaire	Sélection alimentaire depuis 2 ans	Évitement alimentaire
Perte de poids	Réticence à l'essai de produits nouveaux	Crainte d'avaler, étouffer, vomir
Trouble de l'humeur	Absence de cognition poids/corps anormale	Absence de cognition poids/corps anormale
Absence de cognition poids/corps anormale	Pas de crainte d'étouffement /vomissements	Absence de préoccupations morbides corporelles
Absence de préoccupations morbides poids/corps	Poids bas, normal ou élevé	Absence de trouble neurologique/psychotique
Absence de trouble neurologique/psychotique		

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (6/11)

Les quelques études réalisées chez l'enfant retrouvent de façon assez consensuelle:

- une **stabilité des problèmes alimentaires** à type de lenteur des repas (laborieux), de faible intérêt pour les aliments voire d'évitement alimentaire...
- **pas ou peu de cognitions anorexiques** (pas de peur de grossir ou de dysmorphophobie...)
- **peu de vraies anorexies/boulimies**
- **de nombreux symptômes somatiques** à type de plaintes, douleurs abdominales, perte d'appétit, nausées...
- **des facteurs de risque** pour l'apparition ultérieure:
 - boulimie: pica et repas conflictuels
 - anorexie: problèmes digestifs et petit mangeur

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (7/11)

Notion de trouble alimentaire post-traumatique

(Chatoor et al, 2001):

- refus alimentaire après un évènement impliquant l'oropharynx/œsophage
- évènements suscitant une grande détresse chez l'enfant
- anticipation anxieuse des situations alimentaires
- retentissement nutritionnel variable selon l'intensité du refus
- complications possibles

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (8/11)

Anorexie infantile:

- refus alimentaire depuis au moins un mois
- retard statural
- préoccupations parentales autour de l'alimentation
- relations mère-enfant empreintes de tension
- pas de traumatisme des sphères oro-gastriques

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (9/11)

Binge eating chez l'enfant et l'adolescent (Marcus, 2003):

- Episodes récurrents de binge eating caractérisés par:
 - quête de nourriture sans faim
 - sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation

- Episodes associés avec au moins un signe suivant:
 - quête de nourriture en réponse à un affect négatif
 - recherche de nourriture comme récompense
 - dissimulation de nourriture

- Symptômes durant depuis au moins trois mois
 - Absence de comportement d'élimination et absence de maladie anorexique ou boulimique

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (10/11)

Un certain nombre de points spécifiques aux troubles alimentaires chez l'enfant méritent d'être résumés:

- **caractère « atypique »** de la symptomatologie par rapport aux critères de l'adulte, par défaut et pour coller à une norme réductionniste
- **la perte de poids est inconstante et non volontaire**, c'est **l'absence de prise de poids** au cours de cette période de développement et de croissance qui doit alerter
- **les cognitions anorexiques** autour du poids et de la silhouette sont souvent absentes et les échelles utilisées non appropriées (EDI)
- **le ralentissement de la croissance** du fait de la dénutrition ou de la sélectivité alimentaire peut **faussement rassurer** en maintenant un IMC « normal »

3.3 Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (11/11)

Face aux **difficultés d'autoperception du corps** et son incapacité à exprimer sa détresse vis-à-vis de son image corporelle, l'enfant exprime des symptômes somatiques autour de la sphère digestive mais pas uniquement

Fréquence des **troubles alimentaires « post-traumatiques »** révélant une fragilité psychique (chirurgie dentaire, gastro-entérite avec vomissements, chirurgie ORL...)

Le **syndrome de refus global** doit faire rechercher un abus sexuel ou est associé à une dysharmonie d'évolution sous-tendus par une comorbidité psychiatrique plus lourde

3.4 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent (1/10)

Les troubles alimentaires concernent essentiellement les jeunes filles (9 filles/1 garçon) avec **2 pics de fréquence: 13-14 ans (phénomène pubertaire et féminisation) et 18-20 ans (processus d'autonomisation avec problématique de dépendance vis-à-vis de la famille)**

Il s'agit pour les formes caractérisées d'un trouble psychopathologique ayant des répercussions somatiques potentiellement graves; à l'inverse les troubles somatiques peuvent entretenir voire aggraver les dysfonctionnements psychiques

3.4 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent (2/10)

Les troubles alimentaires rencontrés au cours de cette période de la vie sont variables dans leur présentation et leur sévérité:

- **Grignotages, compulsions, hyperphagie, fringales, préoccupations alimentaires excessives, choix alimentaires singuliers (végétarisme...), régimes « à la mode »...**
- **Anorexie mentale sévère** avec critères d'urgence vitale obligeant à l'hospitalisation en urgence...
- **Boulimie avec vomissements** avec hypokaliémie sévère, et/ou décompensée, désorganisée (état de mal boulimique)...
- **Trouble alimentaire débutant** nécessitant évaluation, approche diagnostique, alliance thérapeutique et mise en place de la prise en charge ambulatoire
- **Trouble alimentaire ancien**, parfois chronicisé, multicompliqué, nécessitant une prise en charge individuelle adaptée et un accompagnement des complications

3.4 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent (3/10)

- Les **troubles psychopathologiques** associés aux troubles des conduites alimentaires ne sont pas sans rappeler certaines **conduites de dépendance** (alcoolisme, toxicomanie...)
- **La comorbidité psychiatrique** observée est variable, tout autant que **l'intensité de la symptomatologie alimentaire**, la sévérité de cette dernière entravant parfois l'évaluation psychique du patient.
- Les troubles anxio-dépressifs, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), les troubles de l'humeur, les troubles sévères de la personnalité (états limites...) sont parmi les plus fréquemment retrouvés.

3.4 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent (4/10)

La **Classification DSMIV** actuellement la plus utilisée en matière de troubles des conduites alimentaires définit:

- **Anorexie Mentale**
- **Boulimie Nerveuse**
- **Trouble alimentaire non spécifié (EDNOS)**; formes atténuées ou subsyndromiques

L'obésité ne fait pas partie de ces classifications

Les TCA évoluent selon un continuum au cours de la vie d'un même sujet: **50%** des anorexiques développeront un trouble boulimique, et **20 à 36%** des boulimiques ont des antécédents d'anorexie nerveuse

3.4 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent (5/10)

Anorexie mentale:

- Critères **DSM IV**
- Concerne **1% des adolescentes**
- **Origine polyfactorielle** (hérédité, environnement, facteurs socio-culturels, facteurs psycho-affectif...)
- Pathologie psychiatrique ayant le plus fort taux de mortalité
- Troisième pathologie chronique à l'adolescence
- Type restrictif (restricting type)
- Type mixte (binge-eating/purging type): vomissements ou laxatifs

3.4 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent (6/10)

Anorexie mentale (suite):

- Hyperactivité motrice (marches forcées, course, entraînement au domicile...) sans perception de la fatigue
- Désinvestissement relationnel: fréquent
- Sexualité désinvestie, refus de la puberté , effacement des caractères sexuels secondaires
- Relations de dépendance avec les parents, avec illusion du contrôle affectif
- Hyperinvestissement scolaire, hyperintellectualisation avec mise à distance émotionnelle
- Faible estime de soi et dépression

3.4 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent (7/10)

Diagnostics différentiels

- **Somatiques**

- Maladies digestives (Chron, RCH, maladie coeliaque)
- Tumeurs cérébrales
- Mucoviscidose
- Maladies métaboliques

- **Psychiatriques**

- Trouble psychotique: la présence de certains éléments sont évocateurs de troubles psychiatriques graves (mérycisme, pica, potomanie...) où le trouble alimentaire est secondaire, devant laisser la place à la prise en charge psychiatrique spécialisée

3.4 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent (8/10)

- **Complications somatiques de l'anorexie mentale**
 - **Complications aiguës** pouvant menacer le pronostic vital:
 - sepsis (urinaire) défaillance multiviscérale, hypoglycémie aiguë, hypokaliémie...
 - **Complications chroniques** pouvant altérer le pronostic fonctionnel à moyen ou long terme:
 - Retard staturo-pubertaire (formes prépubères avec aménorrhée primaire)
 - Ostéopénie ou ostéoporose avec augmentation du risque fracturaire: débute 6 mois après début de la perte de poids, 30% des anorexiques « guéries » conservent des séquelles osseuses
 - Aménorrhée secondaire
 - Troubles de la fertilité et complications obstétricales

3.4 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent (9/10)

Evolution

- **Rechutes fréquentes (50% des cas)**
- 30% de chronicité
- 30% de guérison
- 30% d'évolution intermédiaire
- 10% de mortalité (>10 ans après le début du trouble):
dénutrition, complication métabolique aigüe, suicide

3.4 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent (10/10)

Prise en charge de l'anorexie mentale:

- Pluridisciplinaire (somatique, psychiatrique, diététique)
- Adaptée individuellement
- Adolescent et sa famille (parents, fratrie)
- Objectifs
 - Intervenir en situation critique (somatique ou psychiatrique)
 - Intervenir dans des situations figées malgré l'absence de critères de gravité
 - Intervenir au long cours, prendre en charge les complications chroniques
- Rendre à l'adolescent sa liberté, son goût de vivre et le raccompagner sur le chemin de l'adolescence

PARTIE 4

Conclusions et perspectives



4. Conclusions et perspectives (1/2)

Le rapport à la nourriture relève de **mécanismes individuels (intrapersonnels) et relationnels (interpersonnels)** complexes.

La construction des conduites alimentaires est sous-tendue par des **mécanismes psychiques complexes et participe largement au devenir adolescent et adulte sur le plan somatique** (état nutritionnel, croissance, puberté).

Ces troubles alimentaires sont, à l'inverse, associés à un degré de souffrance psychique variable allant de la crise d'adolescence aux **troubles psychiatriques plus graves.**

Les troubles des conduites alimentaires au sens large sont la manifestation de **conflits traversés par l'enfant ou l'adolescent, dont l'évolution ultérieure** est mal connue et difficilement prévisible.

4. Conclusions et perspectives (2/2)

Une meilleure compréhension du **spectre** et de la présentation de ces troubles, de leur signification et de leur **évolution naturelle** semble nécessaire

L'établissement de **critères plus adaptés pour l'enfant** permettront de ne pas sous-diagnostiquer des troubles graves de l'alimentation et de proposer une prise en charge adaptée psychiatrique et médicale.

Les complications à type de **retard pubertaire et troubles de la croissance à bas-bruit** sont redoutables ainsi que « l'empêchement » de la mise en route de la puberté

Les troubles alimentaires à l'adolescence sont complexifiés par le processus adolescent et les mécanismes de la puberté physique et psychique.

Le risque de chronicité sous des formes diverses à l'âge adulte nécessite là aussi une prise en charge multidisciplinaire et adaptée.