



## PROGRAMME de la 16<sup>e</sup> journée de recyclage du 29 mars 2019

« J'ai pas faim ... Moi, j'ai trop la dalle »

Les troubles alimentaires infantiles

- **9H00** : Introduction - Présidente du G.I.P.P.L. : Mme Micheline Désiron

### Modération de la journée :

Mme Christelle Froidecoeur, Psychologue Pédiatrie - CHBA

Mme Patricia Menti, Maître-Assistant - Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine et Secrétaire AISPN

- **9H15** : « Troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant »

Dr. Alexandra Roberti, Médecin ORL - CHR Citadelle Liège et CHR Huy

- **10H00** : « Les jeunes face aux régimes « tendance » Comment s'y retrouver ? »

Mme Céline Lagasse, Diététicienne pédiatrique - CHU Liège (Site NDB)

- **10H45 à 11H15** : Pause et visite des stands.

- **11H15** : « Prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité morbide des adolescents dans une unité résidentielle à Clairs Vallons »

Dr. Marie François, Pédiatre, Clairs Vallons

Mme Emanuelle Chmielewski, Diététicienne, Clairs Vallons

Mme Sabine Thienpont, Psychologue, Clairs Vallons

- **12H00** : « Prise en charge d'adolescents souffrant d'anorexie mentale dans un service spécialisé en psychiatrie »

Mme Laurence Massart, Infirmière psychiatrique - Clinique La Ramée Uccle

Mme Ann Zdravkov, Infirmière psychiatrique - Clinique La Ramée Uccle

- **12H45** : « Les troubles alimentaires : En pratique ... »

Mme Caroline Matte, Kinésithérapeute pédiatrie - CHC Espérance Montegnée

- **13H30 à 14H30** - Buffet sandwiches et visite des stands,

- **14H30** : « Tu viens vivre avec nous ? » « J'peux pas, j'ai ANOREXIA » Du plaisir à l'enfer ...

Trajet de la prise en charge de l'anorexie chez les Adolescents.

Mme Barbara Quarta, Psychologue, Psychothérapeute

CHR Liège-Service de Pédopsychiatrie et Cabinet privé

- **15H15** : « Non maman, j' veux pas ça ! » -Témoignage d'un parent-

Mme Peggy Baroth, ISPN, CHR Huy

Mme Emilie Chevalier, ISPN, CHR Huy

- **16H00** : Conclusion de la journée.

# **Les jeunes face aux régimes « tendance » Comment s'y retrouver ?**

Céline LAGASSE – Diététicienne pédiatrique



# Evolution de l'alimentation

**L'alimentation dans les pays industrialisés a beaucoup changé ces 60 -70 dernières années :**

- Changements dans la composition des repas :
  - nouveaux aliments (ex : fruits exotiques, aliments très sucrés, aliments transformés,...)
  - diminution de la consommation de pain, de pommes-de terre, de légumineuses, de lait ...

- Changements liés à des facteurs :
  - **technologiques** :
    - \* ↗ agriculture et élevage intensifs
    - \* évolution des techniques de conservation des aliments (aliments disponibles à toutes les saisons)
    - \* apparition du four à micro-ondes
  - **sociologiques** : ↗ du travail des femmes, familles monoparentales, désorganisation des horaires de travail, ...
  - **économiques** : accès plus facile à la nourriture (200.000 produits alimentaires différents dans les nations occidentales)

En plus des changements d'habitudes alimentaires viennent s'ajouter des **modifications profondes du mode de vie** :

→ **diminution des dépenses énergétiques** à tous les niveaux :

- déplacements (moins de marche, plus de voiture-bus, ascenseurs, ...)
- au travail (utilisation de machines, robots, ...)
- domestique ( apparition du lave-linge, du lave vaisselle, aspirateur, ...)
- L'Homme n'a plus besoin de lutter contre le froid (↘ des dépenses de thermorégulation)

# Conséquences sur le plan nutritionnel et la santé :

- ↘ du besoin énergétique global en rapport avec la diminution des dépenses physiques
- ↘ de l'apport en glucides complexes et en fibres par ↘ de la consommation de féculents et de produits céréaliers/légumineuses
- ↘ de l'apport en micronutriments (Vitamines, S.M.) par ↗ de la consommation de produits sucrés à calories vides (sodas, bonbons, ...)
- ↗ de la consommation d'AGS néfastes pour le système CV par ↗ de la consommation de viande, de fromage, l'aliments transformés, ...
- ↗ de la consommation des protéines animales et ↘ des protéines végétales (lien avec le cancer colorectal ?)

# Avantages de ces changements :

- Moins de monotonie, repas plus variés
- Accès à la nourriture qui se démocratise  
ex : la viande n'est plus réservée à la classe sociale élevée
- ↙ des carences **sévères** et de la malnutrition  
(→ Autre forme de malnutrition)

# Suite à ces changements rapides, on observe aussi des changements sur le mode de consommation de la population:

- Evolution des goûts des consommateurs, toujours plus attirés par des aliments à haute palatabilité
- Incitation à la consommation (marketing) / accès facile à la nourriture / risque d'excès / ↗ taille des portions et des emballages
- Messages paradoxaux : consommez plus, mais soyez minces
- Peurs alimentaires, fondées ou non et amplifiées par les médias / réseaux sociaux



- De plus, la **parole des professionnels** de la santé, basée sur des preuves scientifiques fondées, est de plus en plus **remise en cause**
- Des « pseudo guérisseurs » ont à présent une **vitrine sur les réseaux** pour faire passer les messages santé les plus farfelus sans aucun filtre ni contrôle
- Des groupes vont axer leur communication sur la **politique de la peur** :
  - maltraitance animale
  - molécules dites « cancérigènes » comme l'aspartame par exemple
  - scandales sanitaires comme la crise de la dioxine, la viande impropre à la consommation, les œufs contaminés, la viande de cheval cachée, ...

- Des personnes (blogueurs/youtoubeurs) vont partager leur expérience personnelle et inciter à penser que leur choix est le meilleur et est conseillé à tout le monde

*67 % de la population prend les réseaux sociaux comme source d'information concernant l'alimentation (INRA, septembre 2018)*

Tous ces facteurs vont influencer les personnes dans leurs choix alimentaires, sans plus trop savoir qui a tort et qui a raison

**→ Risque de se perdre dans tous ces messages contradictoires**

**→ Les adolescents qui veulent faire leurs propres expériences et se démarquer peuvent se laisser tenter par ces messages**

BEL PROXIMUS 91% 14:08

Rechercher

**Neila Mezrai**  
5 févr. 2016 à 01:47

" Dans certains élevages, les porcs sont tout simplement enfermés dans de minuscules cages afin de les empêcher de bouger dans le but de les engraisser plus rapidement, comme le montre la vignette de l'article. "

Lorsque l'on sait qu'un cochon est 4 fois + intelligent qu'un chien & + intelligent qu'un enfant humain de 3 ans comment leur infliger c... Voir plus



Écrivez un commentaire...

BEL PROXIMUS 37% 10:56



La seule profession 100% cruautés

**c'est tuer dans les abattoirs !**

CONTRE LA SOUFFRANCE ANIMALE!

www.100CHEVAUX.BE

Écrivez un commentaire...

BEL PROXIMUS 51% 16:00

Aspartame is Poison

Produit/service

7 526 personnes aiment ça

Envoyer un message

À propos

Demander le site web  
Poser cette question dans Messenger.

Envoyer un message

Produit/service

Voir tout

Photos · 2

Aspartame is Aspartame is

BEL PROXIMUS

Feed. Sponsorisée

2019, mangez mieux !  
Feed. et Thierry Marx, chef ont collaboré pour cette gamme certifiée BIO.  
Un repas complet naturel et délicieux dans un format pratique.  
Gagnez du temps  
Faites du bien à votre corps  
Régalez-vous  
... Voir plus



Rechercher

Accueil Vidéos Photos À propos Communauté

**Comme j'aime**  
9 nov. 2018 à 18:11

Laetitia s'était lancée le défi de retrouver sa silhouette d'avant  
Elle y est arrivée avec #CommeJaime



113 181 commentaires · 22 partages

Écrivez un commentaire...

# Besoins nutritionnels (CSS 2016) :

- Énergie :

- Période de forte croissance et de puberté !!! **Besoins +++**
- Filles : 10 à 13 ans (+- 2500 Kcal/ j)
- Garçons : 12 à 15 ans ( +- 3000 Kcal/ j)

- Protéines :

- Les apports sont souvent trop importants chez les jeunes enfants !!!
- Pour rappel, l'excès de protéines dans la petite enfance est un facteur de risque d'obésité à l'âge adulte

Exemple :

**3 ans** : 30g viande + 500 ml lait + 25g charcuterie =  
Apport de **25g** de protéines – Besoins : **13g** / jour  
= presque **200%** des besoins !!!



- **Lipides :**

Tableau 16: Recommandations nutritionnelles pour les nourrissons, enfants en bas-âge et de plus de 3 ans: lipides

	0-6 mois % de l'apport énergétique total	7-12 mois % de l'apport énergétique total	1-3 ans % de l'apport énergétique total	> 3 ans % de l'apport énergétique total
Lipides totaux	40-50	40	35-40	30-35

- **Glucides :**

Le CSS recommande, pour les enfants âgés de 1 an et plus, les adolescents et les adultes :

- que l'apport représente **50 à 55 % de l'apport énergétique total**,
- que l'apport en glucides soit principalement couvert via la consommation **d'aliments riches en fibres alimentaires et en micronutriments** comme les céréales complètes, les pommes de terre, les légumineuses, les fruits et les légumes
- que l'apport énergétique via les sucres ajoutés/miel/sirop/jus représente **au maximum 10 % de l'apport énergétique total**.

L'OMS en 2015 suggère maximum 5%.

Soit idéalement 25g / jour et maximum 50g



33cl = 35g de sucre

Les régimes à la mode :

# Les cures de jeûne

Que de l'eau, des tisanes, du bouillon

- 0 glucides → ↗ hypoglycémies → nervosité
- 0 protéines → fonte musculaire → ↗ de la fonction rénale pour éliminer les déchets azotés
- 0 fibres → constipation
- 0 vitamines/minéraux → carences
- ↗ CC → mauvaise haleine, fatigue, nausée, maux de tête
- Risque de tachycardie
- Sentiment d'échec → ↘ estime de soi
- ↗ du risque de TCA - yoyo
- !!! déconseillé si prolongé



## Régime monomaniaque :

Cure avec un seul aliment autorisé mais à volonté

Ex : soupe au chou, ananas, régime rose / blanc, ...etc

Même genre de risques que pour le jeûne car régime extrêmement limité

+ frustration / lassitude rapide

## Régime loup-garou :

Jeûne le jour de la pleine lune où on est autorisé à ne boire que de l'eau ou du jus.

La lune agirait sur l'eau du corps comme sur la marée des océans (marée détoxifiante)

Plus souple – objectif détoxifiant plutôt que minceur

# Régimes hyperprotéinés

## Dukan :

100 aliments autorisés à volonté (72 **protéines** et 28 **légumes**)

Dont: VVPO maigres, protéines végétales, laitages 0% MG, aliments allégés, la plupart des légumes en phase 2

Régime en 4 phases : réintroduction progressive des légumes, des fruits et enfin d'un peu de féculents

- Objectif hypocalorique
- Selon les études, 80 à 90% des patients reprennent le poids perdu (et parfois plus)
- ↗ des quantités des aliments autorisés à volonté → risque de perte de contrôle

## Cure Hyperprotéinée en sachets

Sachets de protéines à délayer, substituts de repas, encas hyperprotéinés

- Objectif hypocalorique ++
- Monotonie → lassitude
- Perte de plaisir du goût
- Vie sociale atteinte

## Régime cosmonaute :

Dérivé d'une diète mise au point par la NASA pour les missions spatiales.

Plan alimentaire très précis et très strict de 13 jours

- **Très** hypocalorique
- Difficile à tenir et à supporter (très rigide) → frustration

## Régime paléolithique :

Retour aux pratiques des chasseurs-cueilleurs avant l'apparition de l'agriculture, afin d'éviter des maladies dites de civilisation.

A base de fruits, légumes, VVPO, oléagineux, graines, aliments bio

Exclusion des aliments transformés, du sucre, des produits laitiers, **des céréales, des féculents**, des légumineuses, huiles

-Hypoglycémique ++

-Objectif santé - bio - non transformé plutôt qu'amaigrissant

- ↗ des AGS néfastes pour le système CV (viande ++)
- ↘ des céréales → ↘ glucides/fibres/vitamines/minéraux
- Chez le rat, après 8 semaines de régime : ↗ 15% du poids et de 4% de la masse grasse + intolérance au glucose et hyperinsulinisme (Andrikopoulos 2016)
- .... On oublie que nos ancêtres chassaient parfois pendant des jours pour manger ....

## Régime 100% carnivore (+ poisson et eau OK) :

Certaines variantes autorisant le fromage, le beurre, les œufs, le café, les épices, le bouillon d'os

- 0 glucides
- 0 fibres
- 0 vitamines/minéraux (sauf fer et vitamines du groupe B)
- Objectif : ↗ masse musculaire
  
- Contrepied du végétalien
- ↗ des AGS néfastes pour le système CV

# Analyse des régimes hyperprotéinés :

- ↗ **protéines** :
  - ↗ acide urique → goutte/calculs urinaires
  - ↗ viandes rouges → ↗ risque cancer colorectal
- ↙ **glucides** :
  - ↗ hypoglycémies → nervosité
  - ↗ CC → mauvaise haleine, fatigue, nausée, maux de tête
- ↙ **fibres** → constipation
- Risque de **carences** par déséquilibre alimentaire
- ↗ **frustrations** → ↗ TCA et yoyo
- Reprise pondérale fort probable

Une étude américaine menée sur 130.000 patients entre 1980 et 2006 a montré qu'une alimentation riche en protéines et pauvre en glucides augmentait le risque de mortalité de 23% par rapport à la population générale (14 % par crise cardiaque) et que le risque de décès suite à un cancer était de 28% plus élevé (Fung T. et coll., septembre 2010)



# Régime cétogène

En l'absence de glucose, les graisses sont métabolisées et entraînent un état de cétose

## Atkins :

A base de : aliments gras (oléagineux, olives, MG, ...), fromage, VVPO,

4 phases de réintroduction progressive des glucides

- Hypoglucidique ++
- **Lipides à volonté contrairement aux autres régimes hyperprotéinés**
- Limitation des fruits et légumes
  
- Production de beta-hydroxybutyrate : CC à action supposée anti-inflammatoire non démontrée (S Chriett et coll., 2019)
- La nouvelle version du régime met l'accent sur la qualité des graisses
- Suggéré en cas de cancer (Warburg, 1956), les cellules cancéreuses se développant principalement à partir de l'énergie fournie par les glucides. Les nombreuses études recensées sur les humains ne permettent pas de conclure à son efficacité à l'heure actuelle.
- Proposé en cas d'échec des autres traitement pour les personnes épileptiques (Hopkins,1998) / mécanisme méconnu.

# Analyse :

- ↘ glucides → ↗ hypoglycémies → nervosité
- ↗ CC → mauvaise haleine, fatigue, nausée, maux de tête
- ↘ fruits/céréales/légumes → ↘ fibres → constipation  
et ↘ vitamines → carences
- ↗ protéines → ↗ acide urique → goutte/calculs urinaires
- ↗ viandes rouges → ↗ risque cancer colorectal
- ↗ graisses → ↗ AGS → maladies CV

Etude sur les rats : ↗ intolérance au glucose et stéatose hépatique (foie gras) (Parks et coll., janvier 2017)

Hypocalorique plus souple

## Weight Watchers

27,000 aliments répertoriés avec un système de points + réunions de soutien hebdomadaire sur le web

Principe : gestion des portions sans interdits + boire 1,5 à 2L de boissons dont minimum 1 L d'eau + 5 fruits et légumes / j + 2 produits laitiers / j + réduction des lipides + activité physique

- Contrairement aux autres régime, inclus la notion **d'activité physique**
- 70 % maintiendraient un poids au-dessous du poids initial, 1 à 5 ans après la fin du régime
- Perte de poids plus lente et donc plus sûre
- Réunions de groupe → ↗ motivation

MAIS ...

- Aucun interdit → ↗ tentations / risque de perte de contrôle
- Onéreux
- Aspect comptable qui peut casser le rapport naturel à la nourriture
- Axé sur les calories mais **pas de notion de qualité nutritionnelle**

# TOP mode du moment :

- Comme j'aime

(testé par un journaliste de la RTBF pendant 1 mois, novembre 2018)

- Marketing ++
- 500 euros /mois « pension complète »
  - 5.5 euros/repas
- 1000 Kcal / jour en moyenne
- 1 mois de régime livré par la poste, **aucun produit frais**, beaucoup à réchauffer au micro-onde, déchets ++
- Texture « tricatel », ultra-transformé
- Taux de fer sanguin effondré après 1 mois de régime
- Perte de 2 kg en 1 mois – reprise du poids initial 2 mois après la fin du régime

# !!! Perte de poids trop rapide :

## Des mécanismes de défenses s'enclenchent :

- Quand on perd rapidement du poids, **on perd le muscle avant la graisse**, donc on est plus léger mais proportionnellement plus gras qu'avant
- Au début du régime, tout se passe bien, puis le corps prend conscience du manque énergétique
- **Mécanisme de survie** qui s'enclenche → Le corps réagit pour éviter une perte de poids non voulue (famine) → **⚡ du MB** pour équilibrer la balance  
On brûle alors moins de calories en réponse au fait qu'on mange moins → perte de poids plus lente

- ↗ de la fatigue par manque d'énergie → moins envie de bouger → ↘ des dépenses liées aux AP  
→ reprise de poids
- Stress physiologique du manque → production de cortisol → le corps se met à **stocker les graisses** au cas où le processus de « famine » se reproduirait (réserve d'énergie)  
→ reprise de masse grasse au profit de la masse musculaire et **rattrapage pondéral initial**
- Comme on est frustré, on a tendance à vouloir commencer un régime encore plus strict  
→ **TCA et yoyo**

La sécrétion de ghréline, hormone de la faim libérée lorsqu'on maigrit, persisterait jusqu'à 2 ans après la fin du régime .



Pilules minceur

- **Orlistat (Alli / Xenical)**

Empêche l'absorption des graisses et donc réduit l'apport énergétique

Peut être contributif dans le traitement de l'obésité (Rucker, 2007) mais bien dans le traitement du diabète 2 (Diabetes Care, 2004)

Contre-indiqué < 18 ans (prescription médicale)

- **Hormones thyroïdiennes**

Entraînent une  $\nearrow$  du MB et donc des dépenses énergétiques.

Agissent sur la fonte musculaire plutôt que sur la masse grasse

Reprise du poids à l'arrêt du traitement + risques cardiaques

Prescription déconseillée, mais ...

- **Dérivés amphétaminiques** : Action anorexigène

Risque cardiaque / œdème pulmonaire  $\rightarrow$  retirés du marché en 2009

!!! On trouverait des contrefaçons sur internet

- **Gélules « minceur »**

Aucun effet scientifiquement prouvé

*« Si cela fonctionnait, ce serait remboursé par la sécu » ;-)*

- Action coupe faim (gommes) !!! troubles digestifs par distension de l'estomac si utilisation prolongée
- « Brûleurs de graisses » : action non démontrée et souvent associés à de la caféine avec risque cardiaque
- Draineurs (diurétiques) : risque de déshydratation, perte d'eau et non de masse grasse
- Onéreux

# Recommandations générales :

- **Déconseiller les régimes trop stricts** → pas d'efficacité à long terme, ↘ de l'estime de soi et ↗ du risque de TCA 5 à 18 fois plus élevé que chez les adolescents qui ne font pas régime (Paediatrics Child Health, 2004 )
- **!!! Adolescence = période à risque** : recherche d'un idéal beauté + choix nutritionnels parfois dangereux  
*Près de la moitié des adolescents québécois fréquentant l'école publique seraient insatisfaits de leur poids (société canadienne de pédiatrie, 2004)*
- Surveiller l'évolution staturo-pondérale (**courbes**) = pédiatre
- En cas de doute sur les pratiques alimentaires, rediriger pour mise au point (pédiatre/diet)
- Informer de la différence entre un « poids santé » et un « poids esthétique », expliquer les risques des régimes, de l'auto-vomissement, de l'usage de diurétiques/laxatifs, ...
- Accompagnement pluridisciplinaire des enfants en excès de poids (endocrino - psy – APA – diet) **rééquilibrage de la balance énergétique** en fonction de l'anamnèse

# Végétarisme

**Végétariens** : sans viande-volaille-poisson  
OK œufs et/ou P.L. en général

**Pseudo-végétariens** : OK poisson/crustacés  
et parfois OK volaille

**Végétaliens** : aucun produit d'origine animale

**Végans** : mode de vie, rupture totale avec le  
monde animal (mouvement à caractère  
politique)

Facebook :



# Risque de carences :

- **Protéines**  
→ Besoin en protéines + 20% (taux de digestibilité des protéines végétales plus bas)  
!!! Nécessaires ++ à la croissance
- **AA essentiels**  
→ Varier les sources de protéines pour mieux couvrir les besoins en AAE « limitant » dans certains aliments d'origine végétale
- **Calcium**  
→ Minimum 2 PL / jour, choisir des jus végétaux enrichis pour couvrir les besoins  
+ Vit D (jeune d'œuf, beurre, PL entiers, compléments en hiver)
- **B12** (entretien du sang, du cerveau)  
→ Aliments non allégés, enrichis en W3 (œufs) et jus végétaux enrichis pour couvrir les besoins
- **Fer** (d'origine végétal, il est moins bien absorbé)  
→ Légumineuses, œufs, chocolat, céréales complètes, oléagineux , poisson/crustacés pour couvrir les besoins  
+ Vit C qui facilite son absorption
- **Zinc**  
→ Céréales complètes, jaune d'œuf, légumineuses, oléagineux, PL pour couvrir les besoins



# Risque d'excès :

- **Méthyle mercure (ANSES)**
  - Max. 60g de gros poisson /semaine < 30 mois
- **Arsenic inorganique (SPF santé publique)**
  - Riz blanc de préférence
  - Cuisson dans un grand volume d'eau
  - Limiter la consommation des aliments à base de riz (jus végétaux)
- **Phyto-oestrogènes (Isoflavones)**
- **= perturbateurs endoc. (ANSES)**
  - Fèves de soja déconseillées < 3ans
  - 1 produit laitier à base de soja / j. max. jusqu'à 12 ans
- **Iode (ANSES)**
  - Limiter la consommation de certaines algues

# Recommandations :

- Végétalisme/Véganisme → très déconseillés
- Végétariens : OK si consommation de poisson/crustacés et de PL (AAE, Fe et Ca)
- Bio tous les 6 mois pour surveiller les risques de carences  
+ dosage albumine chez les adolescents (marqueur de dénutrition)
- Suivi régulier chez le diététicien (1X/an)  
particulièrement pour l'évolution staturo-pondérale
- Dépistage des TCA qui seraient plus présents chez les jeunes végétariens (binge eating, vomissements volontaires, prise de laxatifs, ...)(Neumark-Steiner,2004)

Les régimes « sans »

# Sans lactose

- Argument : prise de poids liée à des troubles digestifs
- Serait responsable de ballonnements qui font gonfler le ventre
- Souvent associé au régime sans gluten
- Les aliments « sans » sont perçus comme plus sains que les autres
- L'éviction du présumé coupable rassure le consommateur
- Aucun argument scientifique recevable pour une perte de poids efficace
- Régime déconseillé sans avoir fait un test qui confirme l'intolérance (concerne 10 à 30 % de la population à des degrés divers d'intolérance)
- La plupart des « vrais » intolérants au lactose peuvent supporter l'équivalent de 250 ml de lait par jour → tolérance individuelle, pas de prescription identique pour tous = AU CAS PAR CAS
- Uniquement justifié de manière **transitoire** en cas de diarrhée avec déshydratation ou diarrhée infectieuse (GEA) et en phase de crise du colon irritable.

- Risque de carences si pas de suivi régulier chez le diététicien (protéines haute qualité bio, calcium, B2, B12, vit A)
- Contraignant au quotidien (vie sociale, qualité de vie) → retentissement psychique
- Pour tenter de combler le déficit en calcium, les patients modifient leurs habitudes alimentaires (↗ eau minéralisée, ↗ légumes riches en calcium)

Ces changements alimentaires sont certainement la cause de leur **mieux-être par rééquilibration de l'alimentation dans son ensemble (et non l'éviction du lactose en soi)**

# Sans gluten

- *Blé, Triticale, Orge, Seigle, Épeautre, Kamut, (Avoine ?)*
- Mêmes arguments que les patients suivant un régime sans lactose
- Justifié uniquement si maladie cœliaque (1% de la population en Europe) ou si allergie au blé (IGE positifs pour 3,2 % enfants, après TPO seulement 0,3 % et 1 adulte/1000 (CICBAA, mai 2007))
- Efficacité non prouvée pour : fibromyalgie, polyarthrite rhumatoïde, autisme (AFSSA 2009), perte de poids, performances sportives.
- Les céréales sans gluten sont moins riches en vit du groupe B, fibres, Mg, Fer, Zinc
- Les produits sans gluten sont généralement plus gras, plus sucrés, moins riches en protéines et en fibres, riches en additifs émulsifiants et épaississants. Ils sont aussi jusqu'à 7 fois plus chers

# Hyper-sensibilité au gluten non cœliaque (HSGNC) :

- L'HSGNC est une **réaction immunologique** jusqu'ici inexpliquée
- Se manifeste par des troubles intestinaux et extra-intestinaux qui apparaissent après la consommation de gluten, chez des **patients pour lesquels ont été écartées l'allergie au blé et la maladie cœliaque.**
- Prévalence : varie de 0.5 à 13 % selon les études
- Piste de réflexion : les patients souffrant d'HSGNC ne réagissent peut-être pas au gluten, mais aux **ATI** (protéines de défense du blé contre les insectes) présents dans les céréales contenant du gluten. Il s'agit de gènes résistants dont la présence a augmenté au cours des dernières décennies en raison du type de culture.

- Autre piste : une alimentation pauvre en FODMAPs (= oligo-di-mono-saccharides et polyols **fermentables**) pourrait aussi être envisagée

→ blé, orge, seigle, oignon, poireaux, ail, échalote, artichauts, betterave, fenouil, pois, chicorée, pistache, cajou, légumineuses, lait, yaourt, fromage frais, pomme, poire, abricot, cerise, nectarine, pêche, prune, pastèque, champignon, chou fleur, chewing-gum sans sucre et friandises sans sucre (polyols) ....



# Conclusion :

- Pas de régime strict car pas d'efficacité prouvée à long terme, voire comportant des risques pour la santé
- Plaisir de la table (pleine conscience)
- Pratiquer une AP régulière / limiter les écrans  
→ Bouger 1 heure /j. jusqu'à la fin de la croissance (jeux, marche, récréation, ... OK)
- Diminuer les sucres ajoutés, favoriser les glucides complexes et les céréales complètes
- Limiter les AGS (viande, PL entiers, aliments transformés, huile de coco et de palme, biscuits, ...) et privilégier un bon rapport W6/W3 (poisson gras, huile de colza, œufs enrichis, graines de lin, oléagineux)

- Varier les aliments pour bénéficier des qualités nutritives de chacun d'entre eux → !! pas d'aliment tabou, chaque aliment supprimé est risque de carence
- Gestion des portions aux repas (ex : taille des assiettes, repères des mains)
- Gestion des grignotages : limiter les tentations à la maison, ne pas acheter trop « au cas où »  
Plus de choix = plus de consommation
- Limiter les aliments ultra-transformés, consacrer un minimum de temps à la préparation des aliments (et aux courses)
- Mettre facilement à disposition des fruits et des produits laitiers maigres

# Si vous rencontrez des patients qui adoptent ce type de régimes :

- **Informez sans juger !!!**
- Ne pas vouloir imposer ses convictions
- Encourager à une surveillance médicale régulière (courbes / bio)
- Orienter vers un diététicien spécialisé en pédiatrie (CEDE)
- Signaler des pratiques dangereuses pour la santé de l'enfant  
ex : nourrisson alimenté uniquement avec des jus végétaux classiques (jus d'amande, de riz ...)

**Attention**

**Le nutella  
fait  
rétrécir  
les  
jeans...!!**



*merci*

– BEACOU P –

**POUR VOTRE ATTENTION**



**Centre Médical Pédiatrique**

**Clairs Vallons asbl**

# **Traitement de l'obésité à Clairs Vallons**



Clairs Vallons

# CLAIRS VALLONS

- Centre Médical Pédiatrique
- 120 lits de rééducation fonctionnelle pédiatrique
- Convention INAMI
- 4 groupes cibles:
- -maltraitance
- -troubles des relations précoces mère-bébé
- -maladies chroniques
- **-Obésité**



- Le projet a débuté en 9/2000
- Depuis lors > 500 jeunes ont bénéficié de la prise en charge
- Durée moyenne de séjour: 1 an
- Critères d'inclusion: BMI>35 ou > P97(insertion)
- Projet en constante évolution



# Évolution du projet

- Au départ, projet essentiellement centré sur la perte de poids
- Selon un modèle médical, comportemental et rééducatif
- Excellents résultats à la sortie pour ce qui concerne le poids mais taux de rechute élevé et difficultés d'ordre psychologique éventuellement exacerbées





## En 2010, étude de la population hospitalisée (2004-2009):

- Montre l'importance et la sévérité de la psychopathologie tant individuelle que familiale
- Problématique complexe avec une intrication de la pathologie somatique et psychique rendant l'efficacité et la compliance au traitement visant préférentiellement la perte de poids caduque
- Nécessité de prendre en compte les différents axes du développement de l'enfant ainsi que son environnement



- Complexité des déterminants de l'obésité qui inclut les déterminants psychologiques dont la grossesse est probablement plus importante dans les obésités sévères.
- Fréquence importante des traumatismes multiples (maltraitance, événements ayant entraîné la rupture des liens, carences,...)
- Fréquence notoire de troubles limites de la personnalité (selon Misès :failles narcissiques, échecs de l'élaboration de la position dépressive et de l'absence, la quête d'étayage, les conflits identificatoires).
- Des échecs scolaires, des troubles instrumentaux
- Troubles de la symbolisation, troubles de l'image du corps



# Évolution du modèle de prise en charge

- Allongement du temps de prise en charge
- Avant max. 1 an
- Maintenant:
  - 1 an de travail préparatoire à l'admission
  - 1 an de séjour résidentiel (renouvelable 2X6 mois)
  - 3 ans de follow-up

Donc la prise en charge peut actuellement s'étaler sur 6 ans



# Prise en charge intégrée pluridisciplinaire

- Médicale: pédiatrique **et** pédopsychiatrique
- Diététique
- Psychologique
- Kinésithérapeutique
- Psycho-sociale
- Logopédique
- Éducative
- Scolaire



# Prise en charge intégrée pluridisciplinaire...

- Travail indispensable de mise en commun et de synthèse des différents apports
- Nécessite de nombreuses réunions de travail
- Nécessite un intérêt des différents intervenants pour les champs de travail qui ne sont pas les leurs
- Travail de supervision et d'intervision d'équipe
- Formations



# ABORD PEDIATRIQUE

- **BMI relatif : 200%** en moyenne
- **75% de comorbidité somatique:**
  - -troubles lipidiques: +/- 30%
  - -hyperinsulinémie: +/-47%
  - -HTA: +/-10%
  - -problèmes ortho.: +/-25%
  - -autres...
- **BMI relatif à la sortie env. 150%** en moyenne
- **55% n'ont plus de pathologie médicale associée en fin de séjour**



- *Evaluation fin de séjour*

Mesures	Moyenne ou nb % entrée	Moyenne ou nb % sortie	t	Significati on
BMI relatif	198.4	148.7	31.504 <sup>2</sup>	0.000
Pathologie médicale	75.3%	45%	37.961 <sup>3</sup>	0.000
Caract. morpho.	95.6%	84.6%	23.310 <sup>3</sup>	0.000

<sup>2</sup> Test t pour échantillons pairés

<sup>3</sup> Test de Mc Nemar – Khi - deux



# Abord kinésithérapeutique

- Bilans à l'entrée et bilans d'évolution morphostatiques et dynamiques
- Prises en charges individuelles et groupales

Buts:

- Amélioration de la condition physique
- Rendre goût au mouvement et à l'exercice physique
- Travail de l'image et de la perception du corps par le travail de psychomotricité
- Découverte de sports
- Accompagnement dans la mise en place d'activités sportives à la sortie





# Abord logopédique

- Proportion importante de troubles instrumentaux chez les enfants et adolescents obèses
- Retard scolaire(>40%) voire décrochage très fréquent
- Travail de rééducation logopédique individuel et en groupe
- Soutien scolaire
- Travail groupal en cothérapie (ateliers divers)



# Abord psychologique

- Travail psychothérapeutique individuel
- Entretiens familiaux
- Groupes de parole
- Animation d'ateliers en cothérapie



# Abord psycho-social

- Guidance sociale
- Travail de réseau
- Visites à domicile
- Mise en place de SAJ voire SPJ dans un nombre croissant de situations afin de soutenir le cadre de travail ou d'assurer des mesures protectionnelles



# Abord scolaire

- École de type V sur le site
- Maternel , primaire et secondaire (niveau 4<sup>ème</sup> sec.)
- Travail scolaire individualisé en lien avec l'école « mère » pour le secondaire
- Rendre le goût aux apprentissages, « ré-accrochage » scolaire
- Éducateur de crise présent pour soutenir l'insertion scolaire
- Travail en petites classes et en ateliers



# Abord éducatif

- Accompagnement du quotidien
- Organisations d'activités ludiques, sportives et culturelles
- Animation d'ateliers en cothérapie



# En conclusion:

- L'obésité morbide est une pathologie complexe intriquant des aspects somatiques et psychiques de manière particulièrement serrée
- Nécessite donc une prise en charge plurielle INTEGREE
- Maladie chronique qui nécessite un traitement au long cours et la mise en place impérative d'un réseau de soins à la sortie



# Objectifs:

- Avancer dans la compréhension des déterminants somatiques mais aussi psychopathologiques de l'obésité afin de parvenir à une meilleure intégration des aspects psychiques et somatiques
- Affiner nos dispositifs de soins en conséquence
- Renforcer la pratique en réseau
- Réflexion autour de la place de la chirurgie pédiatrique bariatrique actuellement en développement dans le cadre de prises en charge intégrées pour les cas sévères résistants au traitement médical



- **Merci de votre attention!**



**Clairs Vallons**



# Les troubles alimentaires

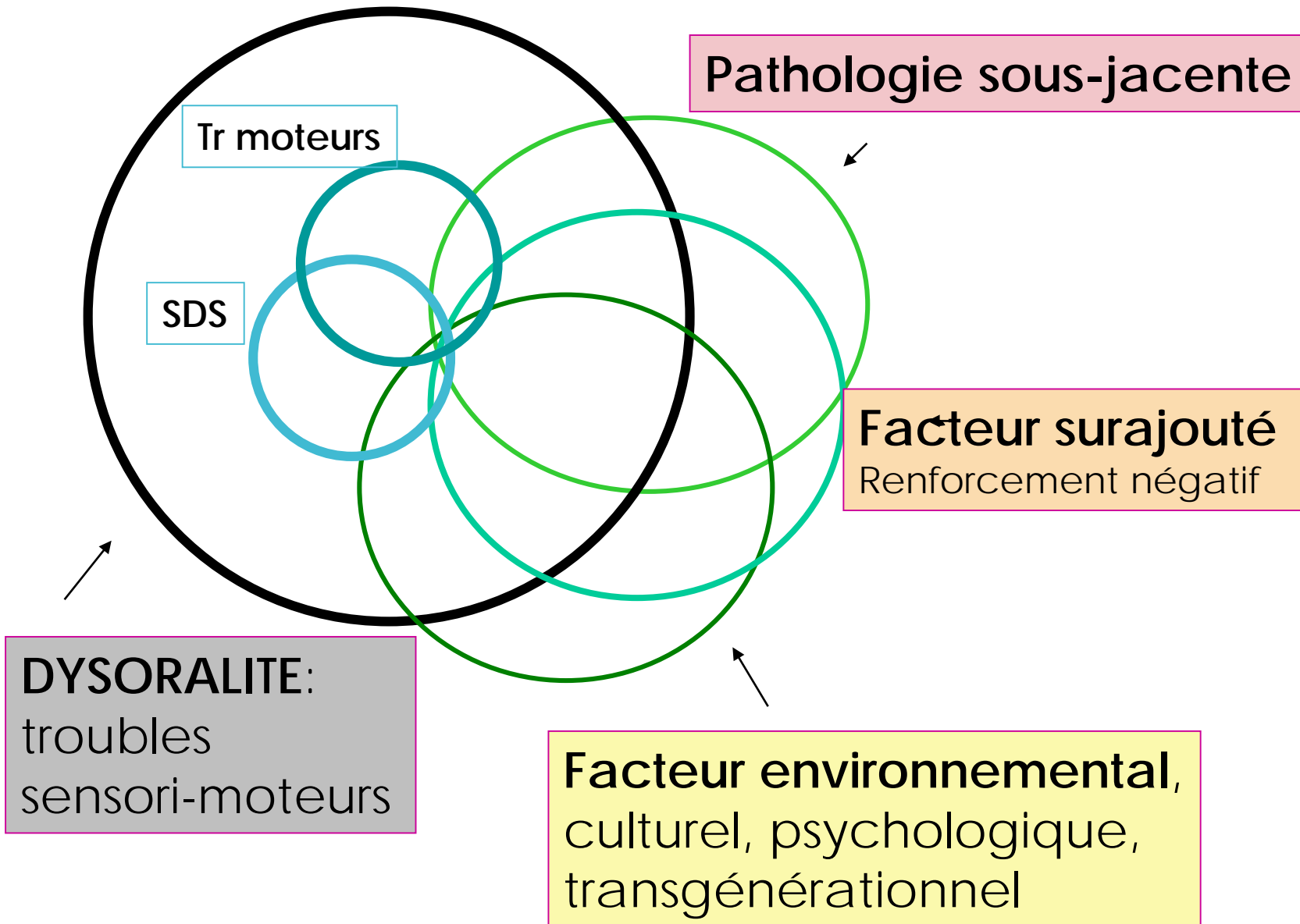
## En pratique ...

- Caroline Matte
- Kinésithérapeute CHC L'Espérance - Convention Aversion Alimentaire

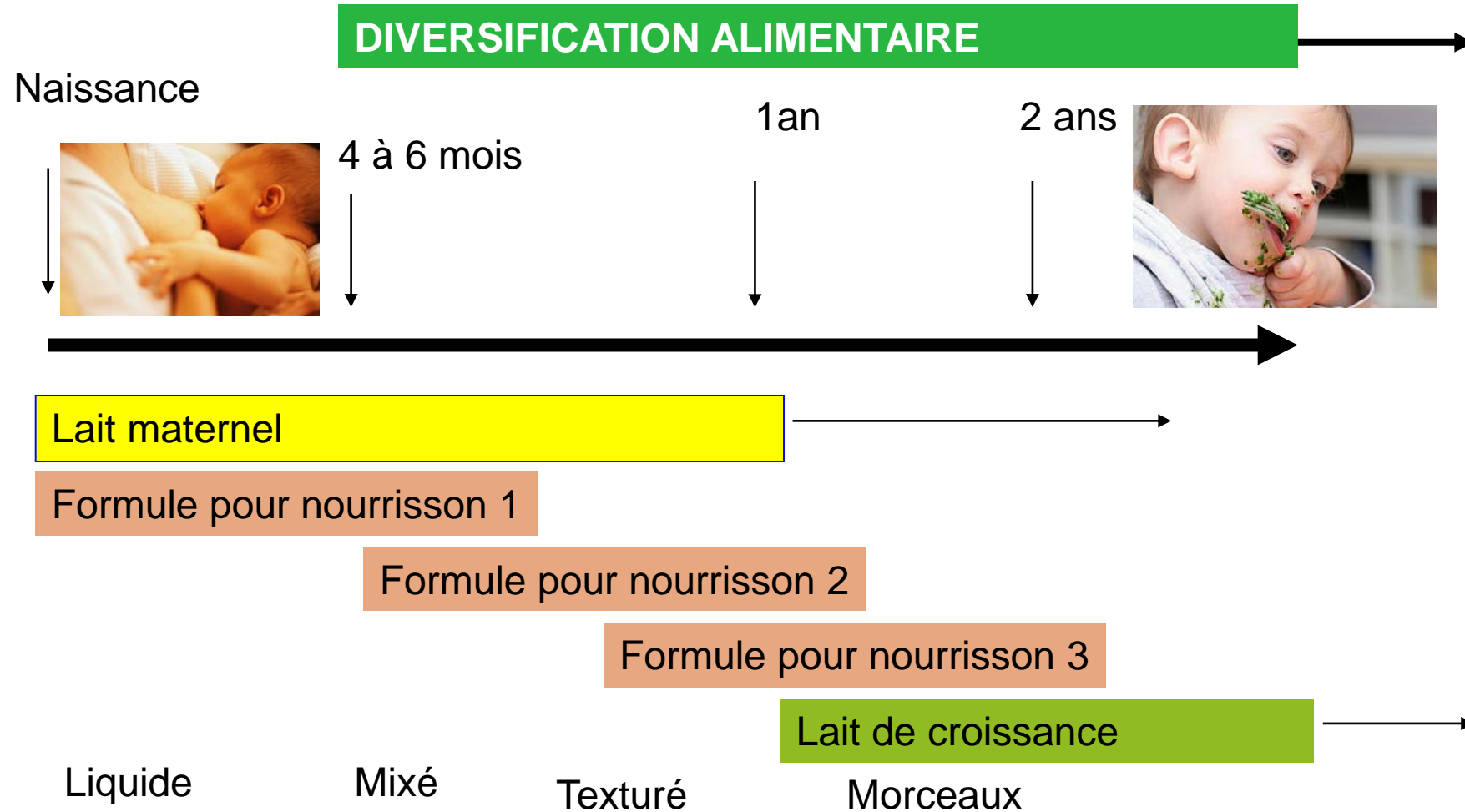
# L'oralité: bref rappel

- **Toutes les fonctions de la sphère orofaciale:**
  - Capacité ventilatoire
  - Capacité sensorielle
  - Capacité expressive
  - Capacité alimentaire
- **La fonction alimentaire :**
  - Ensemble des fonctions de succion / malaxage / mastication et de la déglutition
  - Dépendante de l'ensemble musculaire complexe du massif facial  
synchronisation avec la respiration
- **La dysoralité:**
  - Ensemble de difficultés de l'alimentation par voie orale.
  - C'est un comportement inadéquat par rapport à un besoin majeur de l'être vivant.
  - Avec pour conséquences des répercussions graves et un désarroi émotionnel chez les parents

# L'oralité



# Alimentation nourrisson



# Prise en charge multidisciplinaire

- **Médicale**
  - Traitement anti-reflux
  - Régime hypoallergénique
  - Nutrition artificielle si retard de croissance
- **Psychologique**
- **Kinésithérapie, logopédie**
- **Diététique**
- **Infirmière**

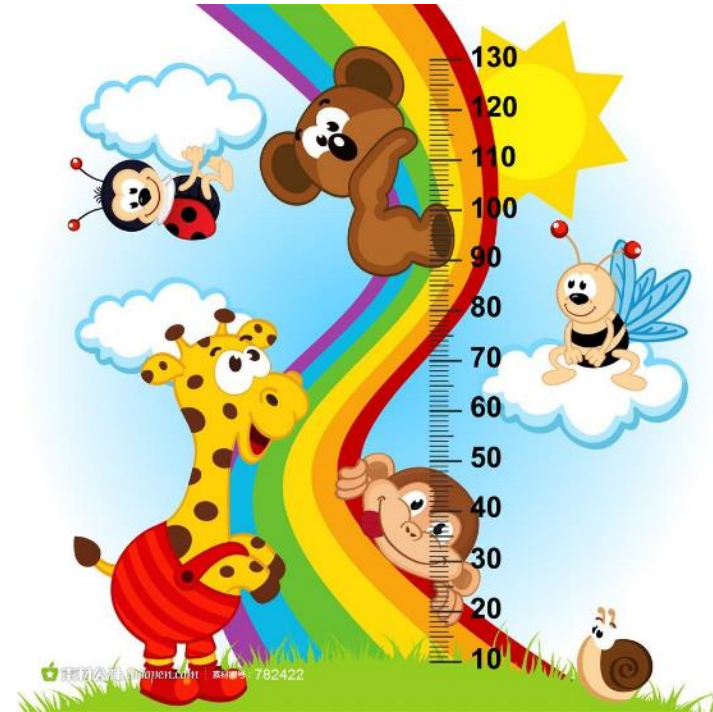


# Kinésithérapie - Logopédie

- **Réalisation d'un bilan**
- **Sensibiliser et former l'équipe des soignants**
  - Faire attention aux postures
  - Eviter un maximum les gestes invasifs et agressifs
  - Respecter les règles des soins aux développements
  - Informer et sensibiliser sur l'intérêt de la prise en charge sensorimotrice
- **Prise en charge sensorimotrice et/ou comportementale**
- **Expliquer et rassurer les parents.**

# Réalisation d'un bilan: anamnèse

- Antécédents
- Histoire personnelle
- Milieu d'accueil
- Pathologie
- Hospitalisation
- Etat de santé
- Dentition



# Réalisation d'un bilan: développement alimentaire

Le développement alimentaire se décompose en 5 étapes:

## 1<sup>ère</sup> étape: 0-4 mois

- Allaitement
  - Oui/Non
  - Facile/Difficile (utilisation d'une tétérnelle)
- Passage au biberon
  - A partir de quel âge?
  - Facile/Difficile?
  - Quelle sorte de lait?



# Réalisation d'un bilan: développement alimentaire

## 2<sup>ème</sup> étape: 4-9 mois

- Diversification alimentaire
  - Facile/Difficile
  - Légumes? Fruits?
  - Texture?
- Positionnement de l'enfant pour manger

## 3<sup>ème</sup> étape: 9-12 mois

- Texture acceptée
- L'enfant est-il assis à table avec le reste de la famille?
- S'intéresse-t-il à ce qu'il y a dans l'assiette
- Joue-t-il avec la nourriture
- Boit il de l'eau? Dans quel contenant?

## 4<sup>ème</sup> étape: 12mois et +

- Acceptation des morceaux, aliments non mélangés?

# Réalisation d'un bilan: infos supplémentaires

- **Journée type de l'enfant**
  - Matin, 10h, 12h, 16h, soir, ...
- **Brossage de dents: Facile/Difficile → Pourquoi**
- **Marcher à pieds nus dans l'herbe, le sable, ... ?**
- **Avoir les mains et la bouche sâle**
- **Présence de nausées et/ou de vomissements? Dans quelles conditions?**



# Bilan: évaluation de la sensorialité non-alimentaire

- **Matériel:**

- Balles sensorielles
- Chewy-Tube
- Mousse à dents
- Z-vibe
- Doigtier médical



- **Extérieur du visage et intra-buccal: progressif**
- **Evaluer la réaction: hypo, normale, hyper**
- **Evaluer le réflexe nauséeux**

# Bilan: évaluation de la morsure et de la mastication

- **Seulement si l'enfant a des dents**
- **Evaluation non-alimentaire dans un premier temps**
  - Morsure : incisives et pré-molaires
  - Mastication: 10 répétitions d'ouverture et de fermeture de la bouche
- **Evaluation alimentaire dans un second temps**
  - A l'aide d'un bâton apéritif ou chipito



# Bilan: observation d'un repas

- Choix du repas en fonction de l'âge de l'enfant, de la texture qui pose problème :
- Liquide: boisson
- Texture molle: crème, cake, banane, tartine,...
- Texture craquante: biscuit, chips, ...



# Prise en charge : quelques règles

- **Prise en charge posturale**
- **Thérapie d'intégration sensorielle vs thérapie comportementale**
- **Ludique, respecter le rythme et s'adapter aux réactions de l'enfant**
- **Les 4 étapes:**
  - On me touche
  - On peut entrer dans ma bouche
  - Je goûte
  - Je mange

# La rééducation sensori-motrice: au niveau praxique

- **But:**
  - Améliorer les compétences alimentaires
  - Augmenter les expériences sensorimotrices de la zone buccale
- **Comment:**
  - En stimulant et en tonifiant les différentes structures anatomique de la face: les joues, les mandibules, les lèvres et la langue
- **Conditions:**
  - Moment de plaisir et d'échange
  - S'adapter aux réactions de l'enfant

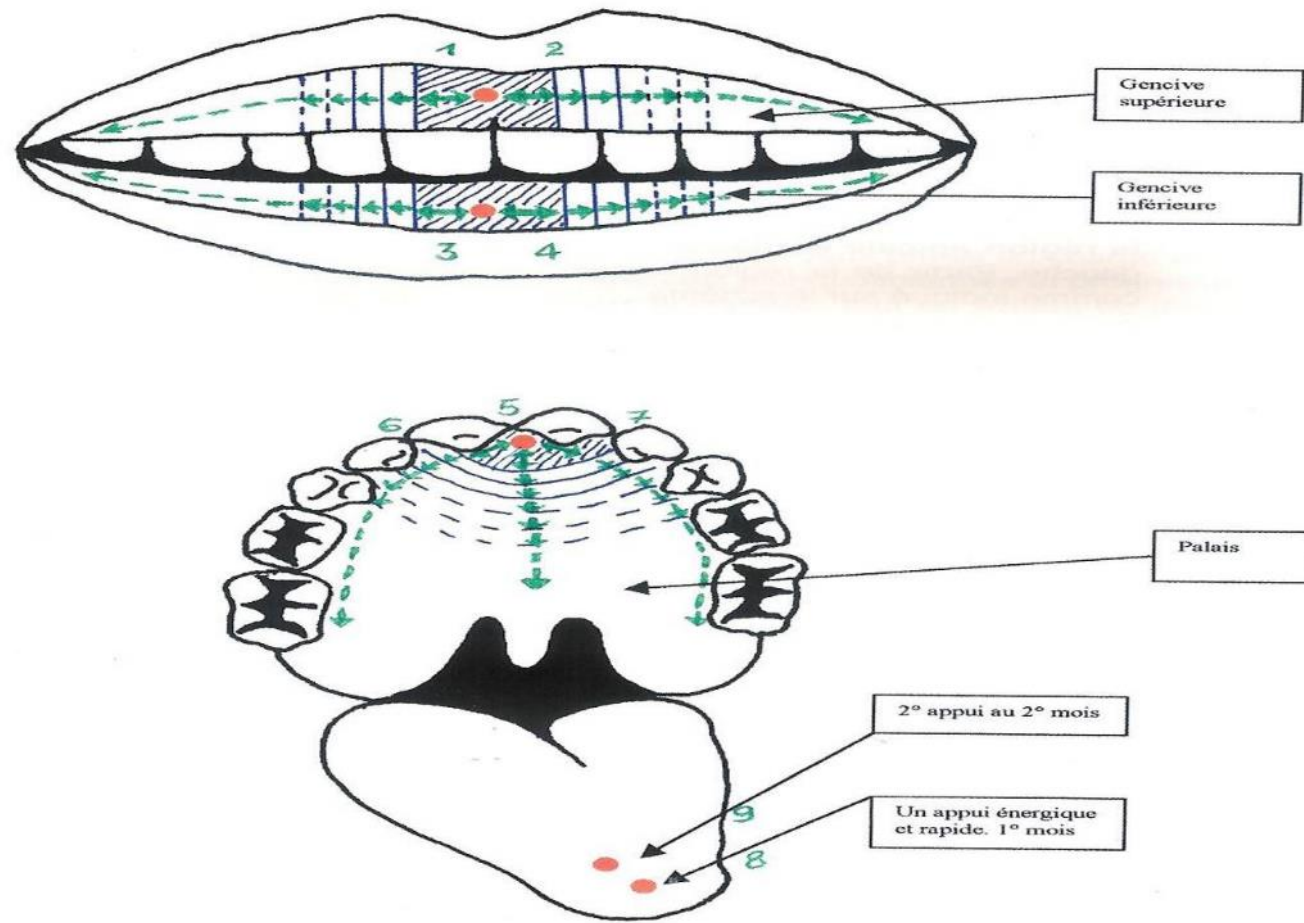
## Chez les petits.....

- **En externe :**
  - Massage des joues de l'arrière vers l'avant en partant des oreilles jusqu'aux commissures des lèvres
  - Massages circulaires de la joue de l'arrière vers l'avant et du bas vers le haut soit les 2 cotés en même temps soit un coté et puis l'autre
  - Exercices d'ouverture et de fermeture en plaçant les doigts du milieu sous le menton et le pouce entre celui-ci et la lèvre inférieure pour ouvrir et la lèvre supérieure pour fermer.
  - Pression des points cardinaux
  - Massage des lèvres.



## Chez les petits....

- **En Interne :**
  - Provoquer l'avancée de la langue en titillant la pointe sur la face supérieure de la langue au niveau de la ligne médiane, du bout du petit doigt réaliser un appui vers le bas et vers l'avant. On obtient ainsi une incurvation en forme de cuillère.
  - Massage des gencives ou de la face interne des joues de l'arrière vers l'avant. Cela suscite un déplacement de la langue en direction du doigt et permet de travailler plus spécifiquement la motricité latérale.



**Figure 1 : Les massages de désensibilisation de l'hyper-nauséeux.**

Les points rouges indiquent les points de repère d'où partent et reviennent les 3 passages aller-retour.

Les flèches  $\longleftrightarrow$  indiquent les 3 allers-retours.

Les chiffres verts donnent l'ordre dans lequel les massages sont faits.

La zone hachurée en bleu indique l'amplitude du mouvement la première semaine.

Les traits bleus indiquent l'amplitude à atteindre chaque semaine.

Le pointillé vert indique le trajet et l'amplitude des massages au cours du traitement.



# La rééducation: au niveau sensoriel

- Phénomène d'habituation et d'adaptation à des stimulations continues et répétées
- Ne faire que ce que l'enfant supporte
- Permet aux parents d'être acteurs dans le processus de réhabilitation

## PRINCIPES

- Si pas possible démarrer par un travail externe
- Zones peu sensibles vers plus sensibles
- Quotidien sans manquer un jour à raison de 8 x par jour avant et / ou loin des repas.
- Ne jamais déclencher de réflexes nauséux.

# Chez les plus grands: prise en charge multifactorielle

- **Importance d'utiliser tous les inputs sensoriels:**
  - Vue
  - Odorat
  - Toucher
  - Audition
  - Goût
- **Comment?**
  - Massage, mobilisation, tappotements, étirements-relâchements
  - Jeux bucco-faciaux
  - Thérapie comportemental avec renforçateur
  - Atelier en groupe





**MERCI**  
pour votre attention



« Tu viens vivre avec nous? »

« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »

Du plaisir à l'enfer...

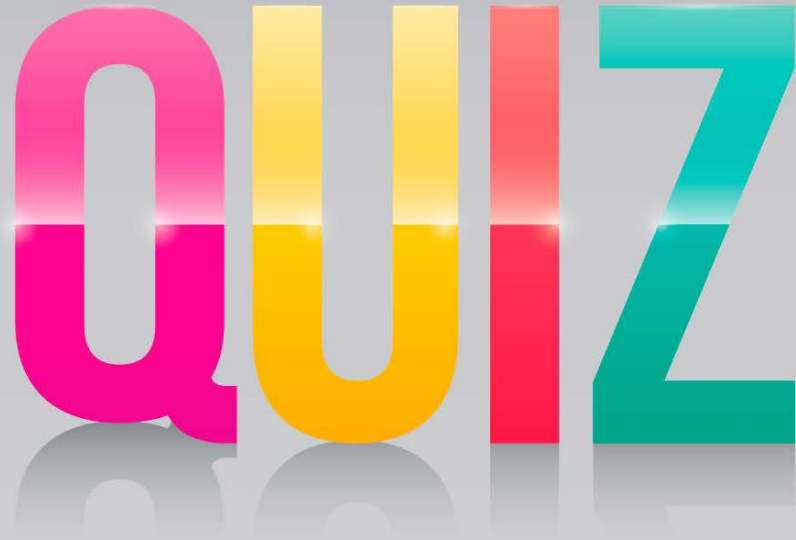
Trajet de la prise en charge de l'anorexie chez les adolescents

Barbara Quarta  
Psychologue - Psychothérapeute



« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »

---



QUIZ



« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »

---

Les intervenants scolaires  
sont très souvent les intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne à  
signaler  
un trouble alimentaire et à solliciter une prise en  
charge?



« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »

---

VRAI

SANS AVIS

FAUX



QUIZ

FAUX



# La demande et ses moteurs

---

## Demande

- Par la famille et/ou le jeune
- Par le Médecin traitant
- Les psychologues en cabinet privé

## Moteurs

- Dynamique familiale altérée
- Perte de poids importante
- Aphagie complète
- Levée du déni familial vs déni de la patiente
- Épuisement de la famille et/ou du jeune



# A la fin de mon exposé

---

- Approche globale de l'anorexie chez les adolescents
- A quoi faut-il être attentifs?
- Éclairage sur la prise en charge de l'anorexie: de l'ambulatoire à l'hospitalisation



« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »

---

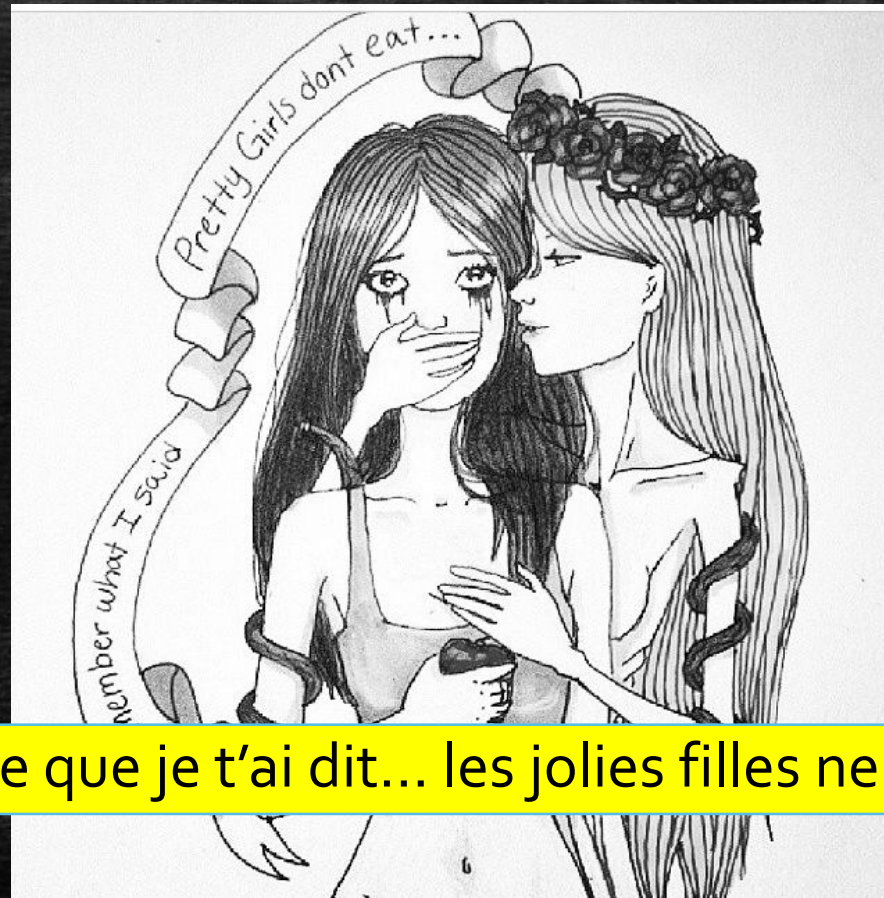
Il était une fois....

Un message de détresse...

ECOUTEZ-BIEN....



« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »



Souviens toi de ce que je t'ai dit... les jolies filles ne mangent pas!!!!



# Quels éléments à retenir?

## Critères diagnostiques (DSM 5)

- **Restriction alimentaire**, conduisant à un poids corporel significativement bas pour l'âge, le sexe et le développement.
- **Altération de la perception du poids** ou de la forme de son propre corps
- Influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur **l'estime de soi**
- **Déni**: manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.
- **Peur intense** de prendre du poids

= ANOREXIE MENTALE





# Restriction alimentaire

---

- Restrictions Quantitatives :
  - diminution des portions
  - saut de repas
  - dissimulation ou stockage de nourriture



# Restriction alimentaire

---

- Restrictions Qualitatives :
  - Exclusion d'une catégorie d'aliments
  - Végétarisme, Véganisme...
  - Préférence pour des produits allégés

Idées obsédantes sur l'alimentation et le corps = Mécanisme de restriction cognitive



## Mais encore...

- Sentiment de honte
- Épuisement physique et psychologique
- Hyperactivité
- Expressivité émotionnelle réduite
- Surinvestissement intellectuel
- Perfectionnisme (pensée inflexible)
- Sentiments d'incompétence
- Besoin de contrôle
- Troubles de l'attention, concentration, mémorisation

Caractéristiques  
cognitives



« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »





« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »

---

La pression sociale peut-être un facteur précipitant l'apparition d'un trouble alimentaire chez les adolescents?



« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »

---

VRAI

SANS AVIS

FAUX



QUIZ

VRAI



# La pression Sociale

---

Désir de se conformer aux « standards »

*"La minceur est un critère puissant de réussite sociale et personnelle.  
Et elle est accessible à tous!"*

*En réalité?*

**C'est un « idéal » inaccessible (voire dangereux) pour un grand nombre**

Médias: **33%** des F ont 1 BMI < 17,5 <> **3%** population F générale

**99%** des photos sont photoshoppées... pour que ces femmes extrêmement maigres aient l'air moins malades!



# Pression sociale

Culte de la minceur

Culte de la maîtrise de soi

Mésestime de soi  
Insatisfaction / corps



Thin pressure: 18 %  
Dieting: 40 %  
Binge eating: 8 %  
Purge: 2,4 %

Méthodes de contrôle  
pondéral compromettantes  
pour la santé



Thin pressure: 3 %  
Dieting: 12 %  
Binge eating: 3,5 %  
Purge: 0,8 %



# Pression sociale



# Et la puberté?





# Témoignage

---

« Pour ma part, je ne saurais pas spécialement dire à quel moment précisément mon anorexie s'est manifestée, aujourd'hui je suis en rhéto, et aussi loin que je me souviens, mon rapport à la nourriture était déjà conflictuel à partir de la deuxième secondaire. J'avais dès lors, déjà beaucoup d'angoisses et d'appréhension par rapport à ce que je mangeais, je mangeais très souvent avec mes émotions et c'était pour moi compliqué de trouver un balancement entre les deux extrêmes, de la restriction aux fringales »

Julie



## Et la puberté?

---

« Les modifications somatiques liées à la puberté sont nombreuses. L'adolescent voit son corps se transformer, se modifier malgré lui, dans un sentiment de grande passivité ...

l'adolescent va devoir composer avec une nouvelle « enveloppe ». Outre ce développement physique majeur, le développement psychoaffectif se poursuit ...



## Et la puberté?

---

Le processus d'adolescence étant intimement lié aux transformations physiologiques de la puberté, le corps se retrouve au premier plan ...

C'est une véritable métamorphose physique : l'image de soi et les contours du corps changent. Le visible est nouveau, inconnu et le corps jusqu'alors relativement maîtrisé par l'enfant va en quelque sorte échapper à l'adolescent. »



« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »

---

The word 'QUIZ!' is rendered in large, 3D, glossy letters. The 'Q' is blue, the 'U' is red, the 'I' is green, the 'Z' is yellow, and the exclamation mark is pink. The letters are set against a white background with soft shadows underneath. A faint 'dreamstime' watermark is visible across the middle of the letters.

QUIZ!



« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »

---

Il suffit d'un peu de  
volonté pour sortir de  
l'anorexie mentale?



# QUIZ!!!

VRAI

SANS AVIS

FAUX





QUIZ!

FAUX



## Nous avons vu...

L'approche globale de l'anorexie chez les Adolescents, ainsi que les mécanismes psychiques et cognitifs actifs les plus fréquents dans le cas d'anorexie chez les adolescents... mais aussi ce qui motive leur demande...

---



# La prise en charge : de l'ambulatoire à l'hospitalisation

---

Comment évaluer la possibilité d'une anorexie chez les adolescents?

JULIE

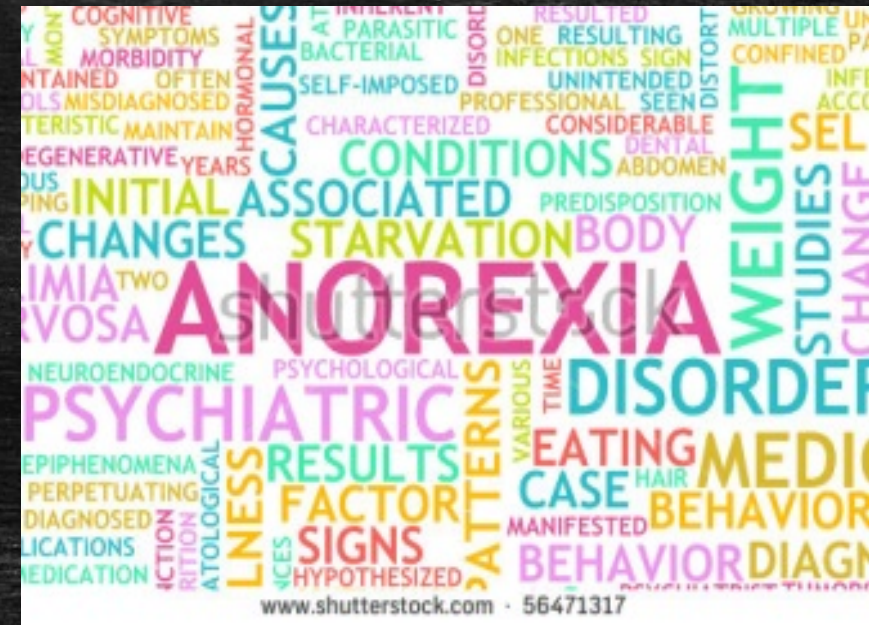
Va encore nous aider....





# La prise en charge : de l'ambulatoire à l'hospitalisation

« On en parle très peu, mais cette maladie est très compliquée à gérer et à surmonter pour les proches et sont souvent synonymes de conflits, de ruptures, et bien d'autres. Pour ma part j'estime avoir été chanceuse : Au début, ma famille n'a pas réagi, je ne pense pas qu'ils ne se soient pas rendus compte que quelque chose n'allait pas, je pense juste qu'ils ont été pris de court, ils étaient inquiets mais ils étaient persuadés que j'allais m'en sortir de moi-même »





# La demande et ses moteurs

---

## Demande

- Par la famille et/ou le jeune
- Par le Médecin traitant
- Les psychologues en cabinet privé

## Moteurs

- Dynamique familiale altérée
- Perte de poids importante
- Aphagie complète
- Levée du déni familial vs déni de la patiente
- Épuisement de la famille et/ou du jeune



# Comment évaluer la possibilité d'une anorexie chez les adolescents?

---

- Première consultation:
  - Chez le pédiatre, chez le pédopsychiatre, le psychologue...
  - Souvent avec le jeune ET sa famille (souvent la mère)

## Chez le psychologue:

### ANAMNESE

Habitudes alimentaires            changements?

Histoire pondérale    (max – min – qd?) – ligne du temps

Investiguer                            envahissement cognitif / restriction / croyances  
    méthodes de contrôle pondéral  
    comportements conjoints / compensatoires

Conséquences                            sur la santé globale    (sommeil, énergie, transit, ...)  
    sur les capacités intellectuelles  
    sur la qualité de vie



# Comment évaluer la possibilité d'une anorexie chez les adolescents?

---

## ANAMNESE

- Contexte de vie (scolaire, social, activités,...)
- Retrait social
- Dépression
- Anxiété
- TOC
- Auto-mutilations
- Idées / tentatives de suicide
- Contexte familial

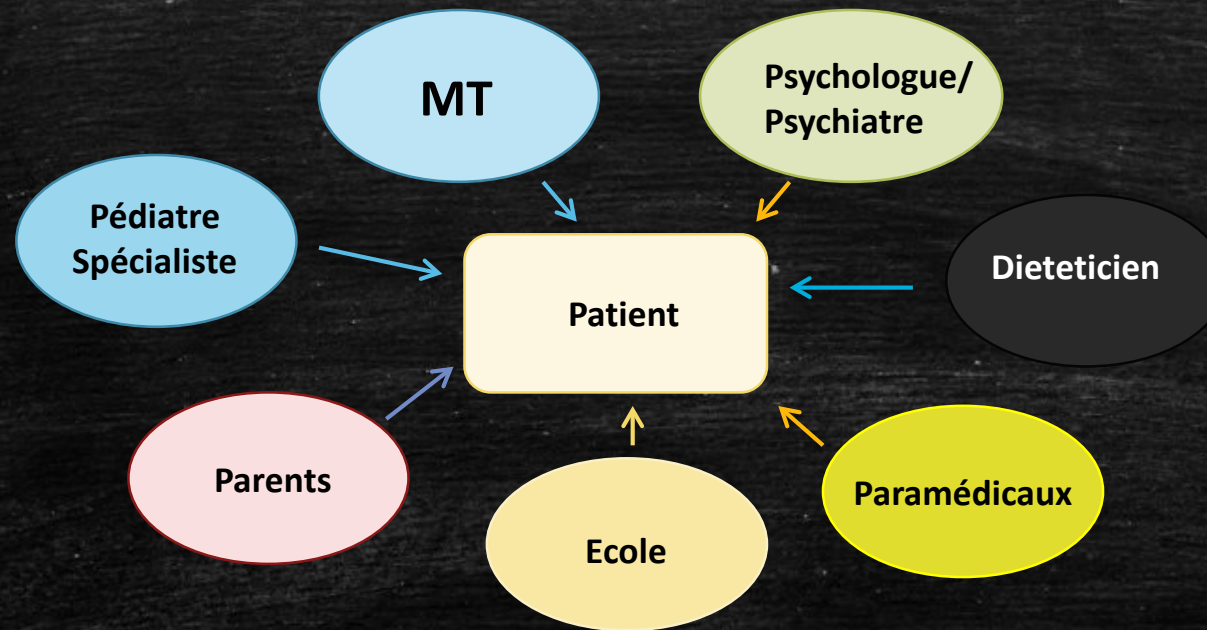




# La prise en charge : de l'ambulatoire à l'hospitalisation

La clé de la prise en charge

NE PAS travailler SEUL!!!!!!





# La prise en charge : de l'ambulatoire à l'hospitalisation

---

- Parfois le travail en ambulatoire est insuffisant.
  - déni trop important ou levée du déni
  - dynamique familiale altérée ++
  - paramètres somatiques alarmants
  - épuisement de la jeune et/ou de la famille



# La prise en charge : de l'ambulatoire à l'hospitalisation

---

La clé de la prise en charge

NE PAS travailler SEUL!!!!!!



D'autant plus dans la prise en charge hospitalière



# La prise en charge : de l'ambulatoire à l'hospitalisation

---

Julie explique





# De la pédiatrie à la pédopsychiatrie

---

« L'hôpital est un endroit très particulier quand il s'agit d'anorexie. On arrive dans le service pédiatrie, on pose notre valise, on nous pèse, nous mesure, on dit au revoir à nos parents, on nous prend notre tension, nos paramètres, on nous file un plateau sous le nez qu'on mange ou non, ensuite un éducateur note tout ce qu'on a mangé. Puis on rentre dans nos chambres, on se sent seul alors on va dans la salle de jeux, on fait des puzzles, on mange, on note, on nous prend notre tension, notre pouls, on nous donne des médicaments, on prend une douche, on dort, on se réveille, on mange, on note, on part faire des examens médicaux qui sont comme par hasard pas bons, on revient, on mange, on note et ainsi de suite »



# De la pédiatrie à la pédopsychiatrie

---

- Prise de contact avec la patiente et la famille
- Installation et mise en place du cadre
- Mise en place du plan de soin alimentaire
- Après acclimatation → introduction du contrat
- A ce stade, le travail d'équipe à déjà commencé.
- Mise en place du plan de soin thérapeutique
- Accompagnement psychologique et/ou pédopsychiatrique
  - Travail psychique inutile < de 13 et jusqu'à 15 de BMI



# La prise en charge : de l'ambulatoire à l'hospitalisation

---

La clé de la prise en charge

NE PAS travailler SEUL!!!!!!



D'autant plus dans la prise en charge hospitalière



## Et vous dans tout ça?

---

- Vos observations sont précieuses
- Vos interrogations encore plus!!
- Bienveillance- Accompagnement-Patience
- Maintenir la cohérence du cadre
- Objectivation sans jugement
- Eviter les implications personnelles

# OBJECTIFS DU TRAITEMENT POUR L'ANOREXIE MENTALE

- Restaurer un poids de bonne santé physique
- Traiter les complications physiques
- Travailler sur la motivation de la patiente
- Donner une éducation nutritionnelle
- Modifier les pensées/attitudes dysfonctionnelles face à l'alimentation
- Traiter les troubles psychiatriques associés
- Mobiliser la famille
- Prévenir la rechute



# De la pédiatrie à la pédopsychiatrie

---

*Un jour*  
*j'irai vivre*  
*en Théorie*  
**CAR EN THÉORIE**  
*tout se*  
*passé bien*



# La prise en charge de l'anorexie chez les adolescents

- Patience et CREATIVITE
- Approche franche et directe
- Travail (re)pas à(près) (re)pas



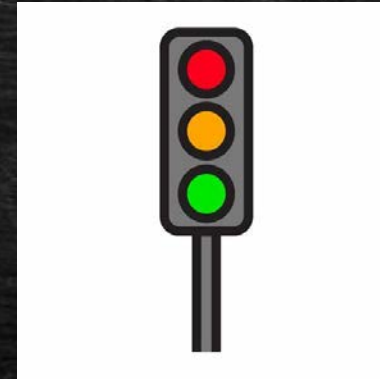
S'adapter au cas par cas



# Prise en charge psychothérapeutique en pédopsychiatrie

---

- Passage en pédopsychiatrie évaluée au cas par cas  
→ parfois, l'hospitalisation en pédiatrie peut faire à elle seule, levier.
- Installation du cadre pédopsychiatrique : les 3 feux
- Mise en place des entretiens individuels
- Mise en place des entretiens de Famille!
- Définition du plan de soins en EQUIPE!
- Être adaptables et créatifs!!





## JULIE dit...



« Une hospitalisation n'est pas facile, ne convient pas à tout le monde et il y a bien d'autres méthodes pour guérir. Cependant c'est quand même grâce à cet hôpital que j'ai réappris à manger, et grâce aux médecins que je m'en suis sortie alors que cette maladie aurait pu dégénérer »



# Tout est bien qui finit presque bien...

« Aujourd'hui je vais parfaitement bien, j'ai continué à prendre un peu de poids supplémentaire, mes rapports avec la nourriture sont bons, je continue à voir la psy..

. Quand j'y repense... ça a été toute une histoire les rendez vous psy. Au début je n'aimais pas, je pleurais tout le temps, j'avais l'impression de reculer à la place d'avancer. Je me sentais constamment jugée, je pleurais dans la voiture au retour des rendez-vous et je répétais que je ne voulais pas continuer. Avec le temps, j'ai appris à faire confiance à cette inconnue qui me proposait son aide et quand j'ai réussi à me dire que cette personne voulait m'aider et que j'ai accepté de contribuer les choses sont allées d'elles-mêmes. Aujourd'hui je me surprends à rentrer dans la voiture en disant « Elle m'a fait rire Quarta aujourd'hui » alors qu'il y a quelque mois, le schéma était tout à fait différent »





« Tu viens vivre avec nous? »  
« J'peux pas, j'ai ANOREXIA »

---

Merci de votre attention



« Non maman, j'veux pas ça ! »

# Contexte

- Naissance
- Maman de 37 ans
- Pas de soucis de grossesse
- Accouchement compliqué
- Séjour en néonatalogie
- Allaitement maternel exclusif compromis
- Torticolis congénital

# Constats

- De la **naissance** jusqu'à **5 mois** : allaitement mixte
- A **6 mois** : début de la diversification



**T'inquiète pas !  
Quand tu seras vieille  
Moi aussi,  
je te ferai manger  
de la purée de carottes !**

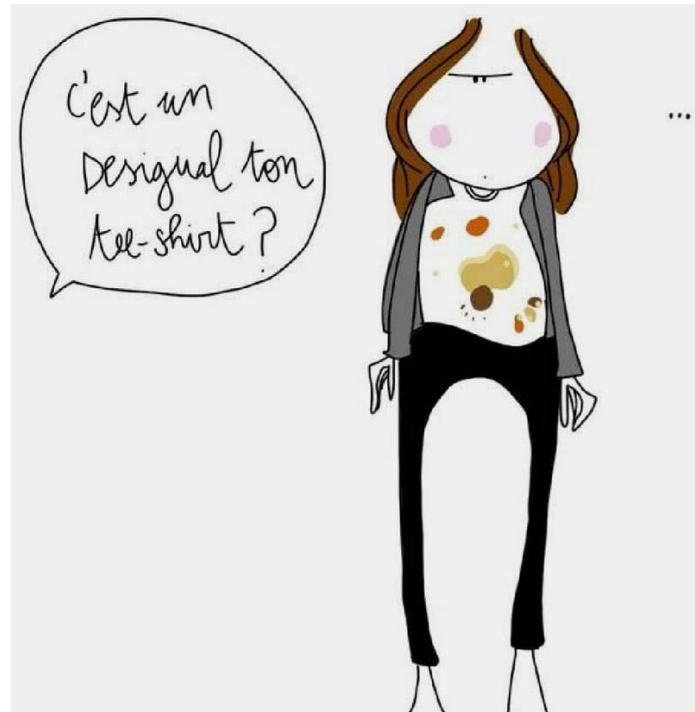


# Constats

- A partir de **8 mois** : introduction des morceaux ... Rejet complet :

## Quentin 1 – morceaux 0.

→ Nausées, détournement du regard, repousse les aliments solides ...



# Constats

- A partir de **8 mois**...

**MIXAGE OBLIGATOIRE : aliments à structures lisses**

**Néophobie alimentaire**

Boissons acceptées : eau, tisane et lait de croissance

**UNIQUEMENT**



# Constats

- **Durant 2 ans**, consultations obligatoires chez le pédiatre et ...  
Aucune inquiétude, **discours rassurant** malgré une lutte permanente pour lui faire avaler des morceaux
- Par contre, les gardiennes de la crèche étaient **interpellées** par le comportement alimentaire de Quentin
- Errance sur internet avec **peu d'études sur le sujet**



# Constats

- Arrivée en **maternelle** :
  - Nos inquiétudes (mise à l'écart de l'institutrice et des autres enfants) → rencontre avec le directeur de l'école et les institutrices pour apaiser nos craintes et trouver des solutions
  - Solution trouvée : repas mixés de la maison





# Constats

- La **2<sup>ème</sup> maternelle** se déroule de la même manière au niveau des repas ... Mais nos questions prennent le dessus :
  - Rdv chez un autre pédiatre
  - Gastroentérologue pédiatrique conseillé
  - Bilan d'investigation pluridisciplinaire



MON ENFANT NE MANGE RIEN...  
TROUBLES DE L'ORALITÉ ?

# Constats

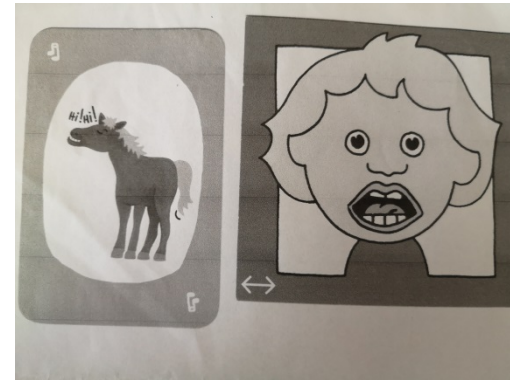
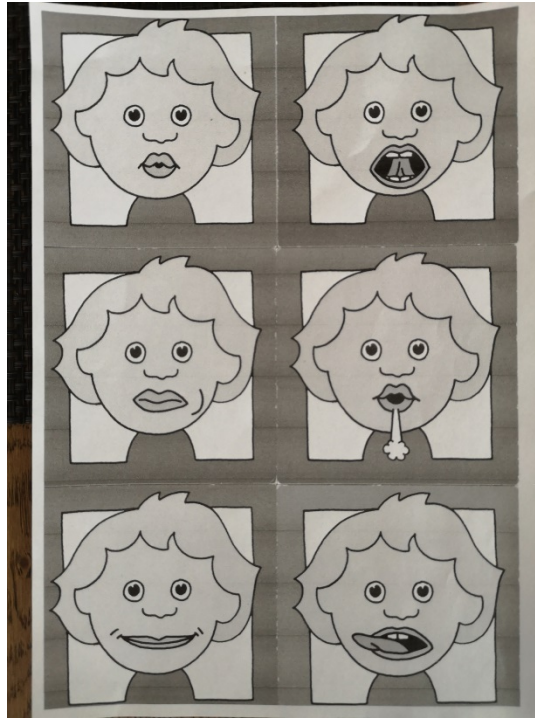
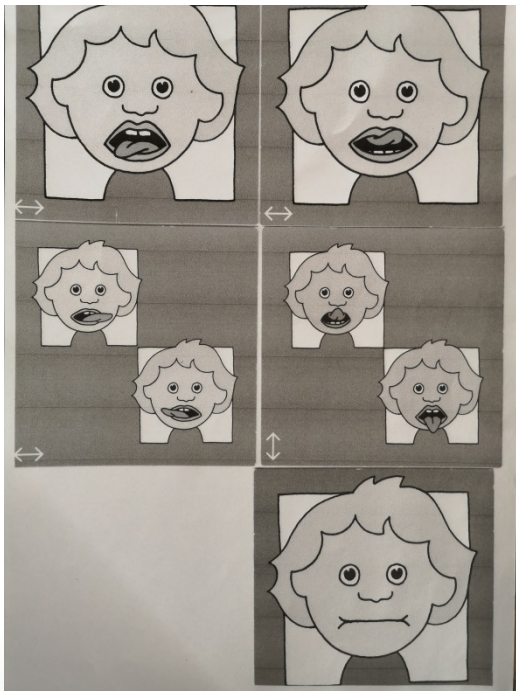
→ Volet MAJEUR dans la prise en charge pluridisciplinaire : la **LOGOPEDIE**

- Travail sur le toucher/hypersensibilité
- Travail sur le positionnement de la langue
  - Le souffle
- Travail de la langue de l'extérieur vers l'intérieur

## - Travail sur le toucher/hypersensibilité



## - Positionnement langue

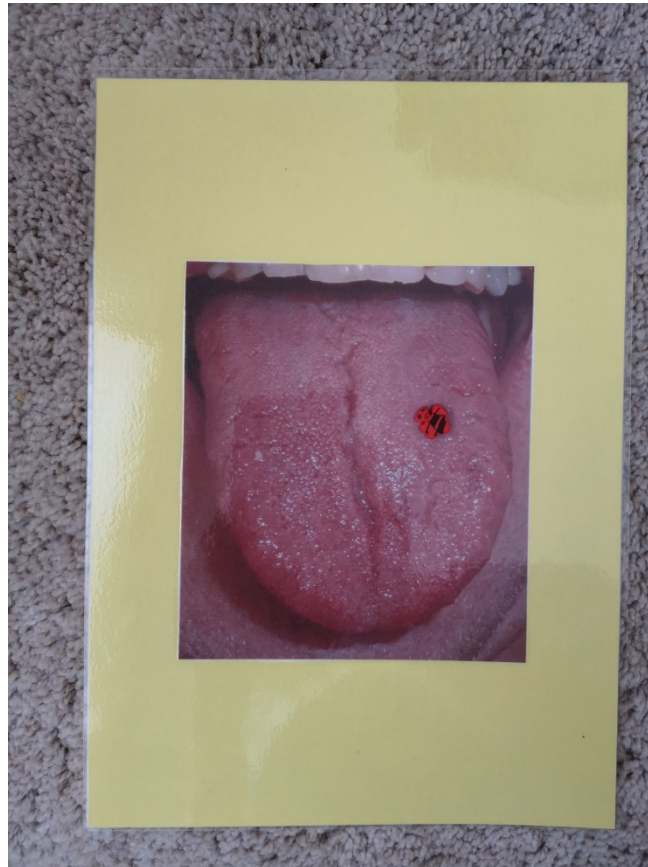




- Le souffle



- Sphère buccale de l'extérieur vers l'intérieur  
(vibrations, vrais aliments)



# Constats

- **Fin de 2<sup>ème</sup> maternelle** : début **psychomotricité relationnelle**  
→ travail sur le schéma corporel et les émotions





# Constats

- Juin 2017, **4 ans et demi** ... La révélation.

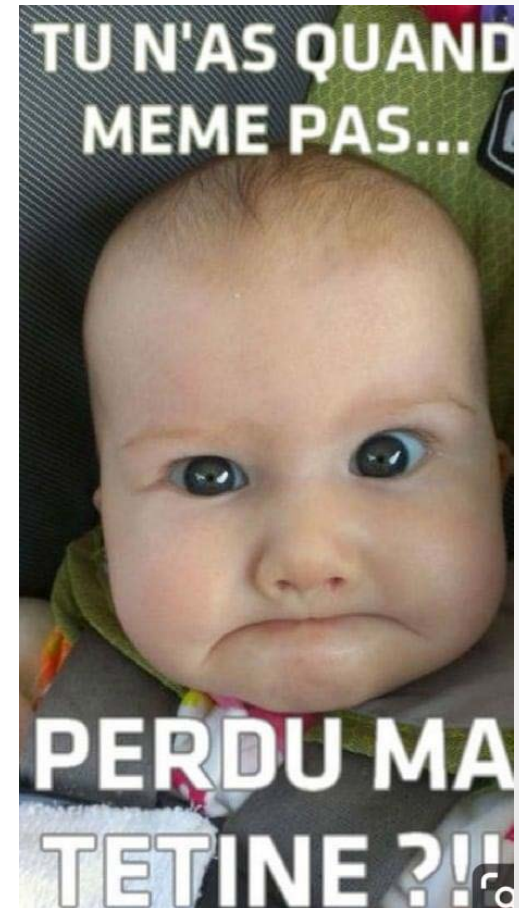


→ Acceptation d'un **éventail plus large** d'aliments mais 1 seul fruit accepté, au niveau des boissons inchangé



# Constats

- Arrivée en **3<sup>ème</sup> maternelle**... : repas en **morceaux** de la **maison** :
  - Début : mange très lentement.
  - Contraignant mais accepté ... Avec des aménagements.
- Plats de l'**école** 1 à 2x/semaine, mais connus de la maison (idée acceptée par Quentin)
- Autre étape : **abandon de la succion** (sucette, biberon, ...)



# Constats

- Avant de rentrer en première primaire, vers **5 ans et demi** : introduction du **pain** dans l'alimentation de Quentin (dans les yaourts, puis yaourt sur le pain, et enfin les tartines).
- A présent, son dîner à l'école ne se résume souvent qu'à des tartines (sans croûtes 😊)



# A ce jour

- Au même niveau alimentaire que sa sœur (3 ans plus jeune).
- Mange des choses plutôt **faciles à mâcher**
- Boit toujours la **même** chose
- **Mêmes** collations, **mêmes** desserts



# Conclusion

- Mélange de difficultés **physiques** et **psychologiques**
- **Aucun problème neurologique**
- Besoin de patience et de **bienveillance**
- Brusquer ne marche pas (en tout cas pas pour lui)
- Accepter l'intervention de tiers

Quentin est malgré tout en bonne santé, mise à part la découverte d'un trouble de l'attention, mais ça ... C'est une autre histoire.





# Merci pour votre écoute !

- Courage, la journée s'achève ;)

