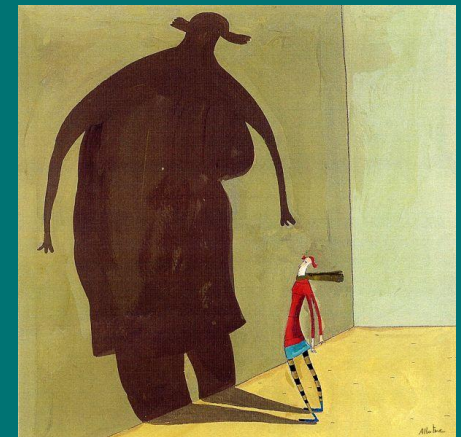


TCA & Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent

Pr Bernard KABUTH

Journée de la Société Psychiatrie de l'Est
20 mars 2026



Epidémiologie

> 1% des adolescents (1,4% des femmes)

Début: 15-24 ans, avec 2 pics de survenue: 12-13 ans et 18-20 ans

25 % des jeunes filles font un régime, 45 % sont mécontentes de leur poids

10 % des jeunes filles auraient un comportement de type AM qui serait spontanément résolutif

Sexe ratio: 1 homme/ 8 femmes, à Nancy pour les adolescents: 1 garçon/ >20 filles

Remarque: rapport genré dans mon expérience du vécu de l'effet anorexigène du méthylphénidate chez les adolescent(e)s TDAH.

Epidémiologie

La majorité des récentes études épidémiologiques révèle une augmentation de la fréquence des TCA à l'adolescence, particulièrement des formes dites partielles ou atypiques, encore appelées TCA autres non spécifiés:

Critère positif:

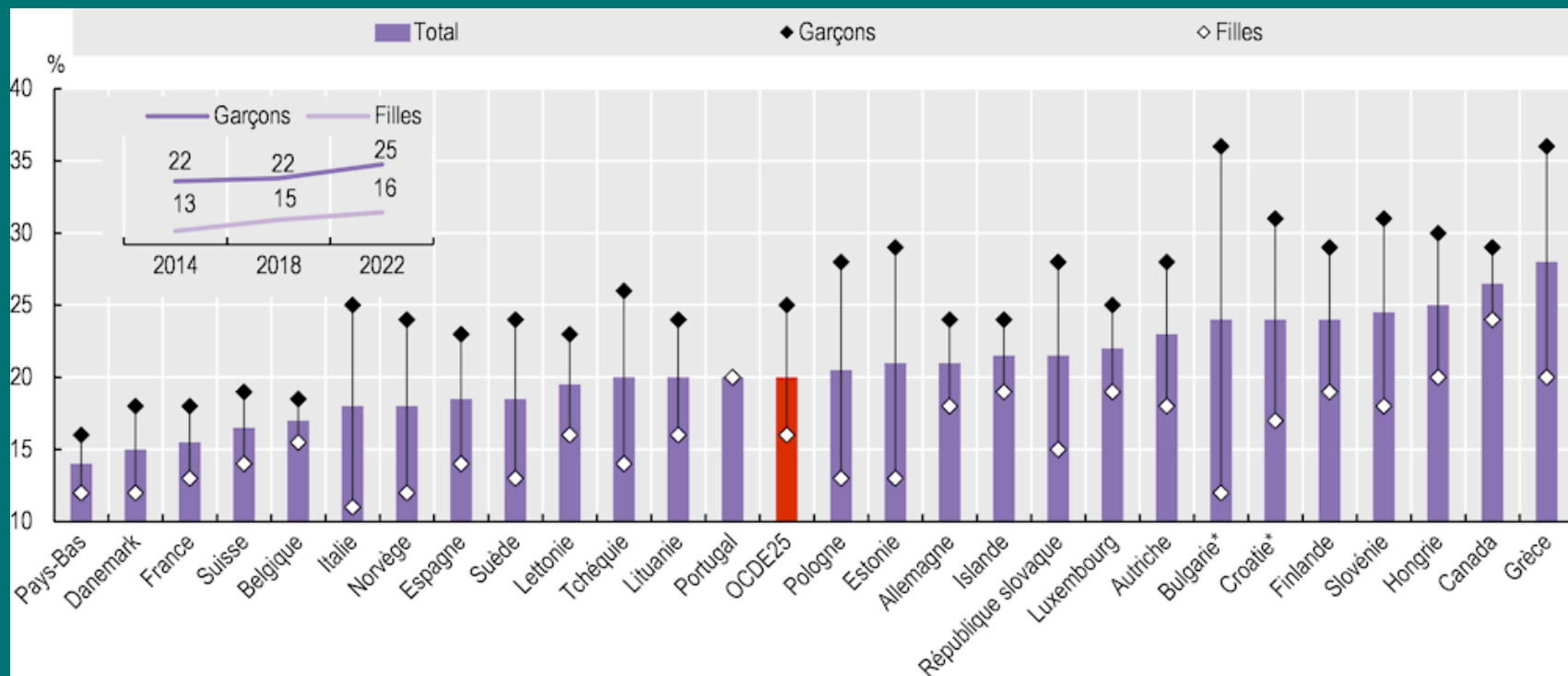
Individu diagnostiqué comme ayant un trouble alimentaire sévère cliniquement

Critère négatif:

TCA ne remplissant pas la totalité des critères de l'anorexie mentale et la boulimie

Ex: jeunes abandonniques avec période de restriction, de vomissements ou d'excès alimentaire , aggravé par le fait que beaucoup ont de la Risperidone

Obésité et pédopsychiatrie



Obésité et pédopsychiatrie

- Confirmation de plus de garçons (car les filles se font plus vomir ?).
- Différents si famille d'obèses ou pas (avec la chirurgie bariatrique, ça ne se voit moins chez le parent, pensez à demander les ATCD - ex).
- Comorbidité , dans mon expérience avec les troubles anxieux
- Augmentation des refus scolaires anxieux depuis la période Covid.
- Prise charge différente si comorbidité psy ou pas : ex: obésité- tr anxieux – TDAH).

Le trouble d'évitement/de restriction de la consommation alimentaire

ARFID: Avoidant/Restrictive Food
Intake Disorder

L'ARFID est-il en augmentation ? IA

- introduit officiellement dans le DSM-5 en 2013. Depuis, on observe: une forte augmentation des publications scientifiques, une hausse des diagnostics en pratique clinique, chez l'enfant et l'adulte, une reconnaissance croissante dans les services de pédiatrie, de psychiatrie, de gastro-entérologie et de nutrition.
- l'augmentation observée est en grande partie liée à une meilleure identification, à des outils de dépistage standardisés, il n'existe pas encore de données longitudinales solides permettant d'affirmer une augmentation réelle de l'incidence dans la population générale.
- Prévalence estimée entre 0,3 % et 15,5 % selon les études (E ADO), Incidence clinique estimée à ≈ 2 pour 100 000 enfants/an.
- Contextes cliniques Services spécialisés des troubles alimentaires: ARFID représente 5 à 22 % des diagnostics, Cliniques spécialisées de l'alimentation pédiatrique :Jusqu'à 32–64 % des patients.

ARFID

- Répertoire extrêmement restreint d'aliments
 - L'enfant mange parfois si peu que leur poids diminue considérablement. Les enfants atteints du trouble présentent souvent un retard de croissance.
 - Les carences nutritionnelles sont fréquentes et peuvent menacer le pronostic vital.
 - En raison de leurs problèmes liés à l'alimentation, ces enfants ont des difficultés à participer aux activités sociales normales, telles que partager un repas avec d'autres personnes et entretenir des relations avec autrui.
 - Aucun signe d'une perception déformée de l'image corporelle
-
- Ex:

ARFID

Comorbidités:

- Autisme
- troubles anxieux
- Anorexie mentale ?

Groupes à risque élevé:

- Trouble du spectre de l'autisme : prévalence estimée autour de 20 %,
- Pathologies digestives chroniques (ex. MICI) : 10–17 % chez l'adulte, jusqu'à 15–26 % chez les adolescents selon les critères utilisés.

ARFID

2 types de patients ARFID

- Les patients à court terme ont récemment reçu un diagnostic d'ARFID. Une apparition récente peut être associée à la peur de s'étouffer ou de vomir après avoir vécu ou été témoin d'un événement grave, et/ou à la peur de problèmes gastro-intestinaux.
- Les patients à long terme sont ceux qui signalent une longue histoire de symptômes d'ARFID qui ont eu un impact sur les comportements alimentaires tout au long de l'enfance ou au cours des dernières années → jusqu'à la dépendance à une sonde d'alimentation ou à des compléments alimentaires

ARFID

Programme thérapeutique américain pour les enfants en 4 étapes basé sur les principes de la désensibilisation systématique

- 1° phase d'enregistrement
- 2° phase de récompense
- 3° phase de relaxation
- 4° L'étape finale, la révision

L'anorexie mentale restrictive de la jeune fille:

une psychopathologie identique dans
un monde qui bouge

L'anorexie mentale restrictive de la jeune fille:

= un essai inconscient d'arrêter le temps :

rester à jamais la petite fille de papa/maman

ou

ne pas devenir un adulte avec les risques de cette vie

Dans l'AM, c'est aussi ne pas manger de peur de trop manger (et ne pas se laisser aller à ses désirs)

Mêmes enjeux inconscients à l'adolescence

- ▶ Sexualisation de la pensée due à la puberté.
- ▶ Processus de séparation/individuation par réactivation du complexe d'Oedipe
- ▶ Les objets partiels (oral, anal, oedipien) se rassemblent vers un objet total source d'investissement libidinal (un amour)
- ▶ Si ce processus est impossible: régression aux stades antérieurs

Psychopathologie de l'AM

- Le conflit se situe essentiellement au niveau du corps, qui est idéalisé sous l'apparence d'un corps mince, érigé, asexué et impubère.
- tout pour avoir un corps toujours plus mince ou plus maigre et pour retarder ou empêcher l'arrivée de la puberté qui les effraie, car les transformations corporelles qu'elle provoque, remettent en cause la relative indifférenciation sexuée de la période de latence.
- Mais quelles implications sur les soins ?

L'anorexie mentale restrictive de la jeune fille:

une même allure clinique,

une même difficulté des soignants à gérer « la clinique des bords » autour des contrats,

une même difficulté des jeunes internes à mener les entretiens individuels en raison de l'alexithymie,

un même épuisement des chefs de clinique à la sortie des entretiens familiaux « interminables »

une même attitude parentale pointilleuse et revendicatrice

une même difficulté des équipes non spécialisées à s'occuper de ces jeunes et leur famille

Même attitude psychologique

A la phase d'état, la maigreur induit un état physique et psychique particulier qui conduit le patient à aller toujours plus loin,

L'anorexie peut être considérée comme une addiction, celle du désir d'être vide, de n'être rien.

Et le temps joue contre elle si les symptômes perdurent

Même étiopathogénie

Les événements causaux sont pluri factoriels :

sociaux (idéal de minceur et de maîtrise du corps de la Société Occidentale),

familiaux (génétiques- proches des TOC , événements difficiles, pathologie psy d'un parent,...),

personnels (classiquement à l'adolescence trop grande dépendance aux parents avec impossibilité d'abandonner la position « d'enfant parfait comblant totalement les parents » et de se lancer dans les aléas de la vie amoureuse et sexuelle

+ traits de personnalité pathologique (anxieux, obsessionnels, faible estime de soi...).

Mêmes traitements de l'AM de l'adolescent ?

- Contrat de poids et pesées régulières
- Surveillance somatique
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Thérapie familiale (+++ aux USA)
- Thérapie médicamenteuse
- Thérapie (de soutien, psychodynamique un peu plus tard)

Même Prise en charge somatique et de la renutrition nécessaire ?

un arrêt de la perte de poids est le premier objectif avant d'envisager un gain de poids.

Dans la phase de reprise, un gain de 1 kg par mois en ambulatoire semble un objectif mesuré et acceptable.

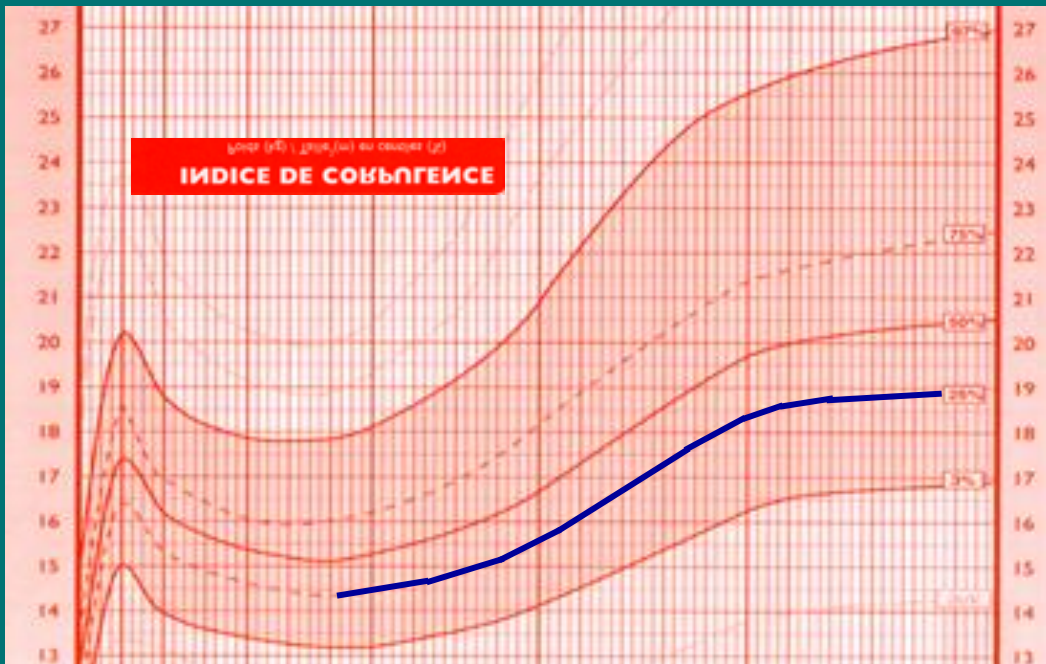
Une surveillance pondérale bihebdomadaire est recommandée, voire quotidienne si la dénutrition est sévère, puis hebdomadaire lorsque l'état nutritionnel se stabilise.

Un contrat de poids reste un objectif thérapeutique souvent nécessaire à tout âge

Le poids contrat

- Il faut revenir à la ligne de la minceur

- Calculée en présence de l'anorexique



- Objectivité ++

- 25^{ème} percentile du BMI

- Non négociable

Prise en charge somatique et de la renutrition

- Une rééducation diététique, doit être mise en place : améliorer les repas par étapes, avec précaution, afin d'assurer les apports suffisants. En cas de dénutrition sévère,

il est recommandé d'initier une renutrition de façon prudente et progressive; de compléter en phosphore, vitamines, et oligoéléments par voie orale afin d'éviter le syndrome de renutrition inappropriée.

Le Refeeding syndrome

- Complications survenant lors d'une renutrition trop rapide.
- Cytolyse hépatique, troubles de l'hémostase, hyperphosphorémie
- Entraînant de graves troubles du rythme cardiaque.

Prise en charge psychologique, psychiatrique

- Psychothérapie de soutien : quand le patient est très dénutri, l'abord psychologique est surtout une aide à l'adhésion et à la motivation au traitement en essayant l'aider à retrouver une meilleure estime de lui-même.
- Psychothérapie cognitivo-**comportementale**: travail sur les croyances alimentaires irrationnelles et les stratégies de contrôle du poids et de l'alimentation.
- Psychothérapie psycho-dynamique : très peu enclin à parler de lui-même et de son monde intérieur au début, le patient peut y adhérer avec le temps pour tenter de comprendre ce qui l'a amené à ce trouble.

Prise en charge psychologique, psychiatrique

- Psychothérapie familiale : est très recommandée pour l'enfant et l'adolescent ou lors de conflits familiaux importants, se fait en complément du suivi individuel.
- Psychopharmacologie : les antipsychotiques et les antidépresseurs sont à utiliser avec précaution du fait de leurs effets indésirables sur un terrain dénutri (allongement du QT). Cependant, ils sont utiles pour traiter les comorbidités (troubles dépressifs, anxieux, TOC) si elles ne sont pas améliorées par la reprise pondérale.
- Les approches corporelles, l'art-thérapie, la musicothérapie, etc. peuvent être proposées en association.

Prise en charge hospitalière

Elle doit se faire dans des services spécialisés qui ont l'habitude de ce type de pathologie.

Les soins somatiques, nutritionnels et psychologiques se font alors de manière plus intensive.

Questions délicates autour de la séparation thérapeutique
(même si elle est de plus en plus partielle , elle reste à mon avis indispensable pour les formes les plus sévères)

La séparation thérapeutique:

Couper un « cordon ombilical inconscient » est douleur mais indispensable pour s'aimer dans la filiation et pas dans la fusion mortifère

Paroles de parents:

- *Je ne vois pas pourquoi je n'embrasserais pas ma fille sur la bouche,*
- *Il est hors de questions que ma fille fasse un poids supérieur au mien,*
- *Je tiens un journal au quotidien pour que ma fille ne perde rien de la vie familiale pendant son hospitalisation,*
- *Une infirmière de l'équipe a fait une réflexion inadmissible à ma fille, les infirmières ne croient pas ma fille*
- *Docteur rendez la nous comme avant !*

La séparation thérapeutique

Elle est à Nancy de plus en plus partielle mais toujours aussi redoutée.

- Pas chez les petites filles (prépubères)
- « Une semaine pour se dire au revoir »
- Jeune fille et parents peuvent s'écrire (pas de portable)
- De plus en plus de participation des jeunes aux entretiens familiaux mais toujours en 2 temps
- Exception pour les fêtes symboliques
- Pas lors des ré-hospitalisations
- Le vécu des permissions est central pour la dernière partie de l'hospitalisation

Critères psychiatriques d'hospitalisation

Disponibilité de l'entourage

- Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires
- Épuisement familial

Stress environnemental

- Conflits familiaux sévères
- Critiques parentales élevées
- Isolement social sévère

Disponibilité des soins

- Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)

Traitements antérieurs

- Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

Conclusion:

Au delà des similitudes et des changements dans la clinique, les TCA de l'enfant et l'adolescent nécessitent des équipes spécialisées, en parallèle des suivis libéraux ou de CMPEA