



J'accompagne

MON ENFANT FACE AUX TROUBLES ALIMENTAIRES (TCA)

Stéphanie Legras
Solange Cook-Darzens



Introduction

Parents, votre enfant a besoin de vous pour guérir.

Vous avez ce livre entre les mains et vous vous demandez si votre enfant a un trouble du comportement alimentaire, ou si votre adolescent a un trouble des conduites alimentaires (TCA).

Il est possible que vous ayez déjà la réponse à cette question et que vous souhaitiez simplement mieux comprendre la maladie dont il(elle) souffre et avoir des points de repère sur la meilleure manière de l'aider à dépasser ce problème. Ce livre est pour vous tous, parents, grands-parents et autres adultes soucieux de rejoindre l'enfant dès l'âge de 7 ans ou l'adolescent jusqu'à l'âge adulte dans sa lutte contre l'anorexie, la boulimie, ou un autre trouble du comportement alimentaire.

Les parents sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant. Cependant si vous êtes inquiets, il ne faut pas rester seuls face à votre enfant. L'adolescent est parfois plus secret que l'enfant, cependant là aussi il faut vous faire confiance. Il s'agit de demander un avis médical, et au besoin si l'avis ne vous rassure pas de ressolliciter et de demander un avis spécialisé.

Attention, pour bien traiter, il faut bien identifier et il faut le faire le plus tôt possible. Notre ouvrage souhaite répondre à cet objectif. Mais il faut reconnaître que cette démarche d'identification ou de diagnostic est rendue complexe du fait de la rareté des troubles alimentaires avant l'adolescence. Chez le jeune enfant, l'anorexie mentale tout comme les autres troubles restrictifs sont particulièrement méconnus et le caractère pathologique de la restriction alimentaire rencontre beaucoup d'incrédulité à ce jeune âge, sans parler de la suspicion qui peut peser sur l'environnement proche d'être à l'origine du trouble, et parfois d'une réticence idéologique. Chez l'adolescent, les signes observés sont voisins de ceux observés chez l'adulte, et la définition et la reconnaissance des troubles portent moins à confusion. Néanmoins dans les deux cas, vous pouvez avoir honte de faire cette démarche, ou vous pouvez avoir peur des réactions de votre enfant ou de votre entourage. Ces écueils et réticences sont fréquemment rencontrés par les parents au début de leur parcours, comme ils en témoignent souvent lors des consultations spécialisées.

Ce livre cherche aussi à vous aider à sortir de l'angoisse de ne pas comprendre, de ne pas savoir, de se sentir coupable...

Cet ouvrage est le témoignage d'un parcours humain et professionnel qui nous a fait et nous fait toujours rencontrer beaucoup d'enfants et d'adolescents et de familles, tous confrontés à des troubles alimentaires plus ou moins sévères. Aussi, parmi les moyens thérapeutiques que nous avons souhaité développer, un guide destiné aux parents (et en conséquence à leurs enfants) nous est apparu être une pierre nécessaire à ajouter à notre construction thérapeutique.

Au final, cet ouvrage souhaite vous apporter des informations et des conseils sur trois thématiques :

- Vous aider à identifier et comprendre la maladie dont souffre votre enfant.
- Vous informer sur les traitements disponibles et prouvés efficaces afin que vous puissiez prendre des décisions éclairées.
- Vous transmettre un état d'esprit et un savoir-faire qui vous permettent d'accompagner au mieux votre enfant vers la guérison.

En résumé, nous voulons vous proposer un ouvrage offrant la synthèse la plus large possible des connaissances et des traitements des troubles alimentaires, vous permettant de faire vos propres choix et de mobiliser votre énergie face à la maladie de votre enfant.

L'alimentation tient une place importante dans les besoins vitaux de l'enfant, notamment dans son développement et dans sa taille. Il s'agit non seulement de besoins physiques mais aussi de besoins relationnels et affectifs. Les troubles de l'alimentation, lorsqu'ils existent, sont donc sources de fortes inquiétudes.

UNE IMPLICATION NATURELLE

Vous le pressentez, ces trois démarches de compréhension, de décision, et de participation, vous impliquent énormément. Pourquoi, direz-vous, insister autant sur l'importance d'un rôle actif de la part des parents et plus largement de l'entourage adulte. Après tout, quand vous souffrez d'une grippe ou d'une autre maladie somatique, vous allez voir un médecin et vous vous en remettez à lui pour qu'il vous soigne ; et vous n'avez pas vraiment besoin de comprendre l'origine de la maladie et le mode d'action du traitement pour aller mieux. Vous faites confiance à votre médecin pour que, grâce à ses connaissances et son expérience pratique, il vous guide. Alors pourquoi ne pas suivre la même démarche dans le cas d'un trouble des conduites alimentaires ?

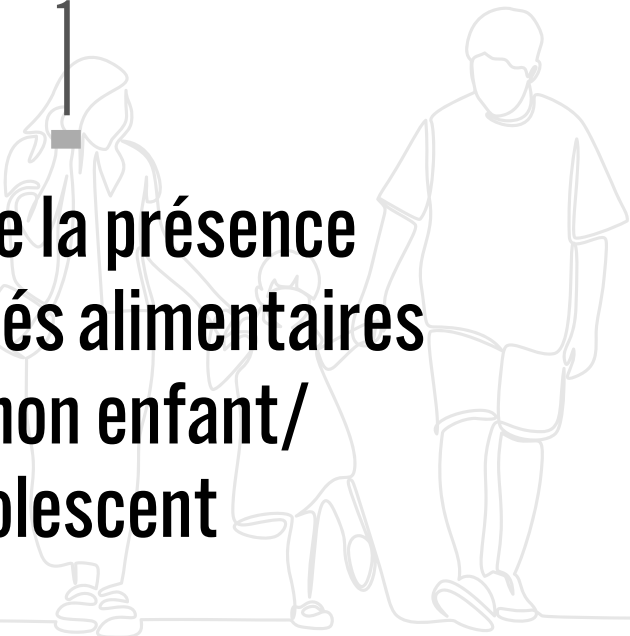
Parce que forcément, **les pathologies alimentaires de l'enfant et de l'adolescent impliquent toute la famille**. Nous ne voulons nullement insinuer ici que vous êtes responsables de la survenue des problèmes alimentaires de votre enfant. Mais, vous, les parents qui donnez à manger à votre enfant, vous détenez la fonction nourricière de la famille, c'est donc vous qui vivez de plein fouet le refus, l'opposition, l'amaigrissement ou les débordements alimentaires, le sentiment d'échec, d'impuissance ou de culpabilité imposés par la maladie. Pendant l'enfance et l'adolescence, c'est inévitablement dans le contexte familial que le trouble alimentaire va se développer et s'installer, et c'est également dans ce contexte qu'il va s'améliorer (ou s'aggraver dans certains cas). Nous savons d'expérience que les relations familiales, et notamment conjugales sont souvent malmenées ou remises en cause par les difficultés alimentaires de l'enfant, comme toutes les pathologies sévères de l'enfant qui impliquent le quotidien (un cancer, une pathologie neurodéveloppementale, etc.), et pour les pathologies alimentaires, nous savons que la solution implique la famille. Après tout, **l'enfant pour guérir doit pouvoir (re) manger normalement à la maison, autour de la table familiale. L'alliance de travail avec la famille et surtout avec vous, les parents, est fondamentale, le devenir de votre enfant en dépend.**

L'alliance est la véritable pierre angulaire de nos choix thérapeutiques, reflétant notre conviction profonde que vous ne faites pas toujours partie du problème, mais que vous faites toujours partie de la solution.



Fille ou garçon ?

La plupart des ouvrages portant sur les TCA choisissent le genre féminin pour parler de votre enfant malade, à moins qu'ils n'optent pour l'écriture inclusive. Nous ne sommes à l'aise avec aucune de ces deux options. La première tend à renforcer l'idée que les TCA sont des maladies de filles, alors que ceci est loin d'être le cas comme nous le soulignons dans le chapitre 2. La deuxième option entraîne quant à elle une lourdeur de style que nous souhaitons éviter. Dans la mesure du possible, nous choisirons des expressions plus neutres ou inclusives telles que « votre enfant », « votre adolescent », « le jeune », « le patient » ou « la personne concernée », sauf lorsque le type de TCA et l'âge de votre enfant impliquent spécifiquement ou majoritairement des filles (par exemple une anorexie mentale de l'adolescence) ou des garçons (TCA du garçon). Il nous arrivera également d'alterner entre le sexe masculin et féminin. Mais dans l'ensemble, nous avons à cœur de souligner que les informations, conseils et savoir-faire transmis dans cet ouvrage concernent autant les garçons que les filles.



1 Je repère la présence de difficultés alimentaires chez mon enfant/ adolescent

LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET SON DÉVELOPPEMENT

➡ L'alimentation

L'alimentation joue un rôle **important** dans la **croissance** de votre enfant et contribue beaucoup à sa bonne santé d'aujourd'hui, notamment **sa croissance staturale** et **son développement pubertaire**, mais aussi à sa bonne santé de demain : **la consolidation osseuse**. Nous n'oublions pas non plus bien sûr que cette « bonne santé » participe aussi au bien-être global de votre enfant dans tous les sens du terme : personnel, scolaire, relationnel... Votre enfant en a besoin pour devenir un adulte autonome et être bien dans sa peau.

L'alimentation fait partie de l'hygiène de vie de votre enfant dès le plus jeune âge, tout comme le jeu, l'activité physique, le sommeil et le calme. Lui apprendre à bien manger, avec plaisir, et faire du repas un moment agréable et d'échange est donc importants.

➡ **Outil indispensable de la bonne santé de l'enfant : le carnet de santé bien rempli**

Il est capital que le carnet de santé soit bien rempli !

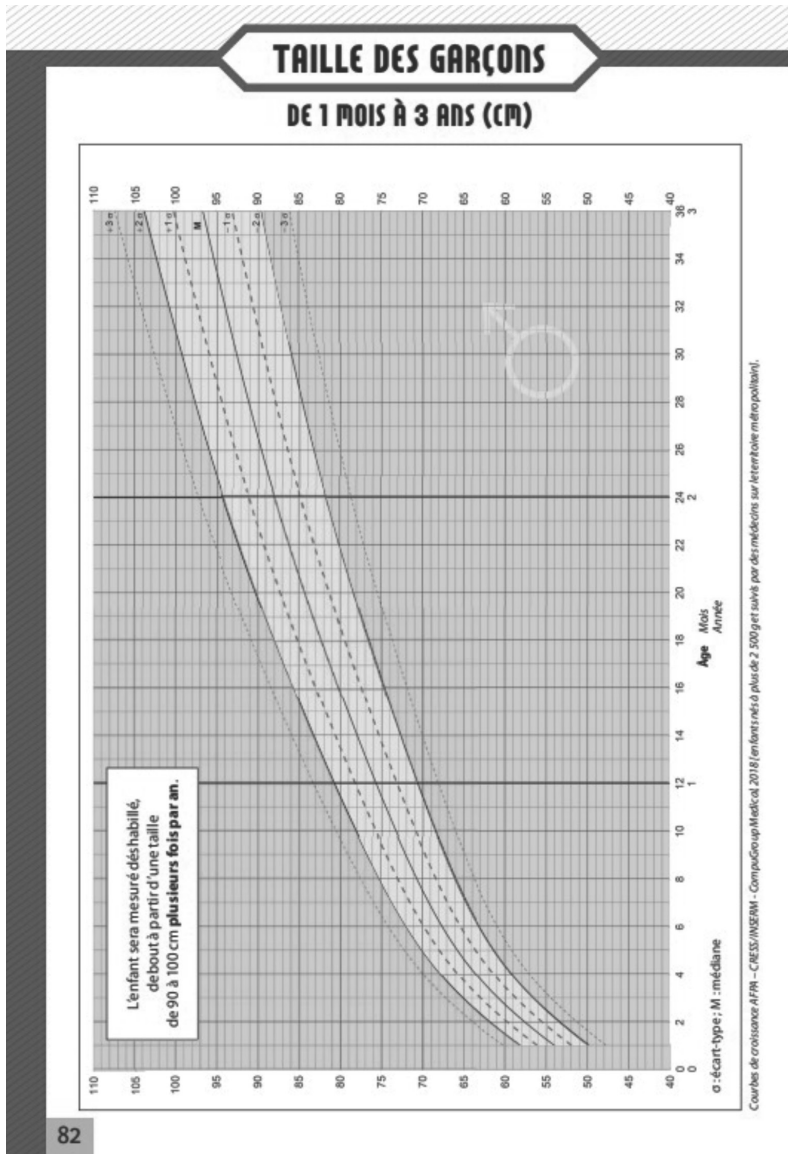
Votre enfant a une histoire de poids, de taille et de corpulence, qui est déterminante pour savoir s'il faut s'inquiéter ou se rassurer sur son attitude alimentaire.

La génétique est importante dans l'histoire du poids, de la taille et de la corpulence. Un enfant puis un adolescent sont censés suivre leur histoire de poids, de taille, de corpulence, une histoire unique à chacun. Ainsi, on attend que chaque enfant reste dans « son » couloir (voir les courbes de poids et de taille présentées ci-dessous). À la puberté, le « boom » hormonal induit parfois un « boom » du poids, mais qui se régule le plus souvent dans le temps.

Un poids stagnant dans l'enfance est anormal : le poids est dynamique jusqu'à 18 ans et la corpulence progresse jusqu'à 18 ans ! Par conséquent, même à taille égale, le poids bouge jusqu'à 18 ans ! La progression poids/taille n'est pas nécessairement strictement harmonieuse, mais le temps régule cette progression. La mesure du rapport poids/taille s'appelle Indice de Masse Corporelle ou IMC¹.

Chaque enfant, puis adolescent puis adulte a son propre métabolisme ; la progression pondérale et la progression staturale sont un bon guide permettant de savoir si l'apport métabolique est correct en fonction des dépenses physiques.

Figure 1. Courbes de taille et de poids pour les garçons



POIDS DES GARÇONS

DE 1 MOIS À 3 ANS (KG)

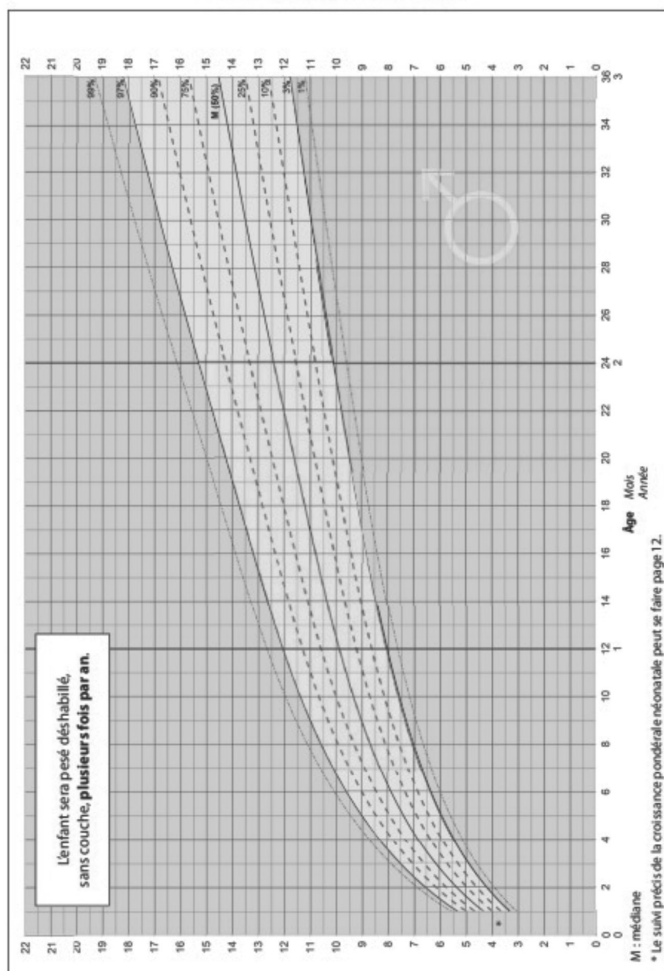
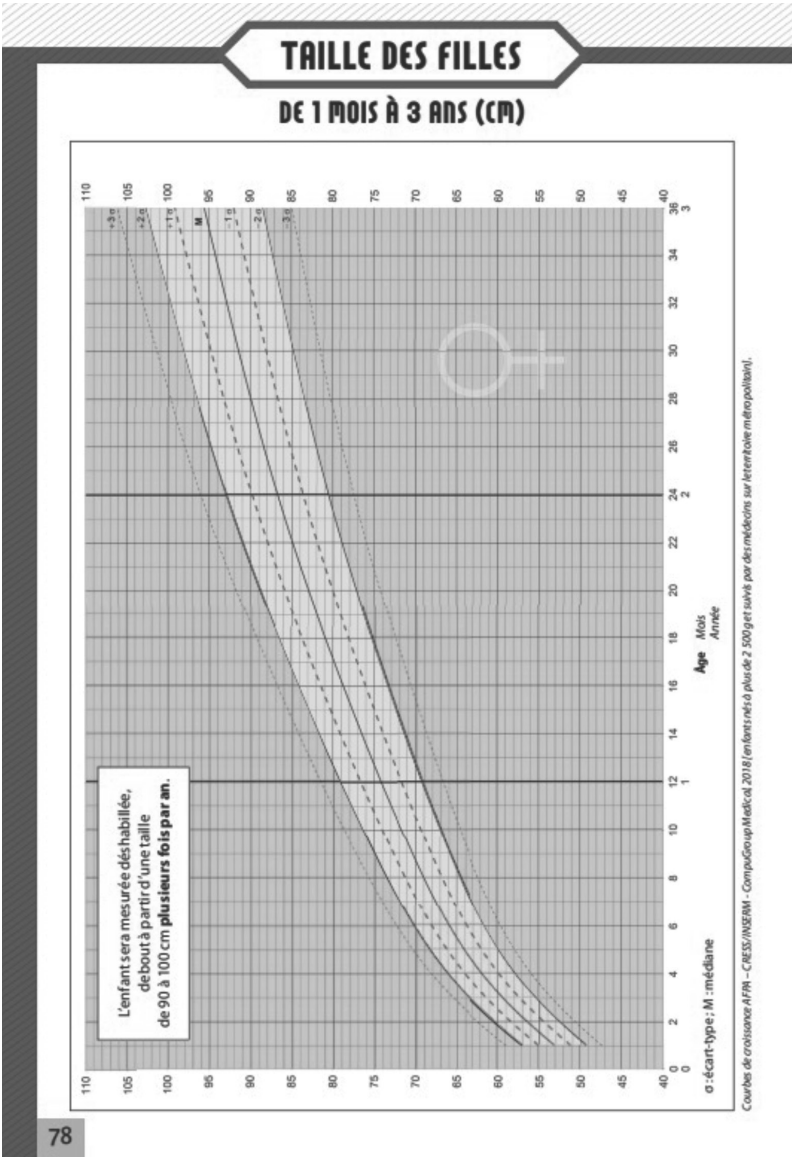


Figure 2. Courbes de poids et de taille pour les filles



POIDS DES FILLES

DE 1 MOIS À 3 ANS (KG)

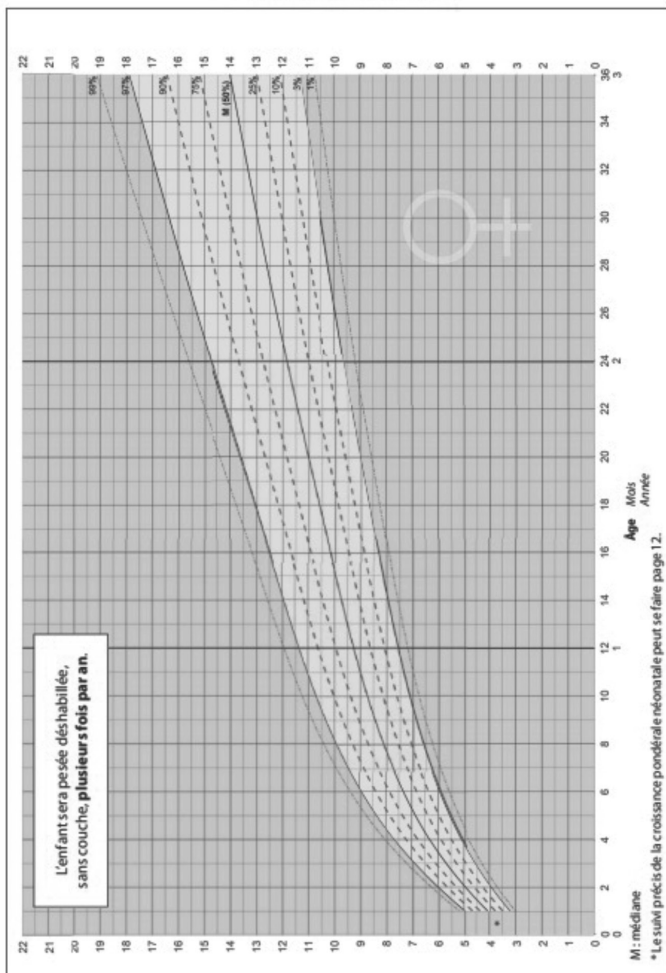
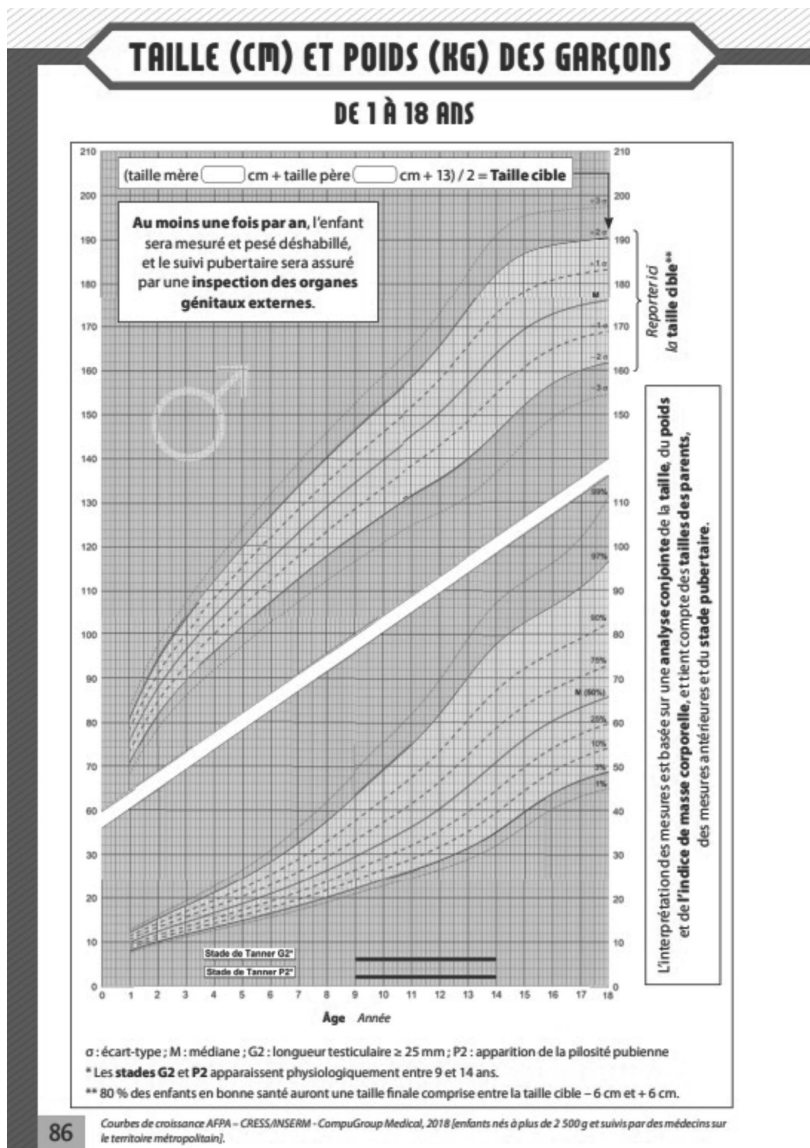
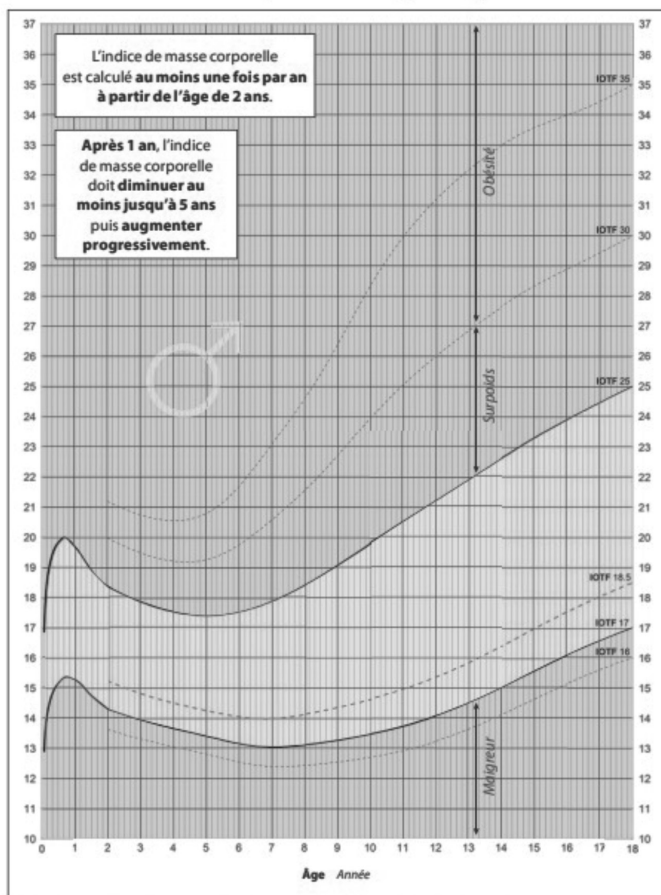


Figure 3. Rapport taille/poids et IMC chez les garçons



INDICE DE MASSE CORPORELLE DES GARÇONS

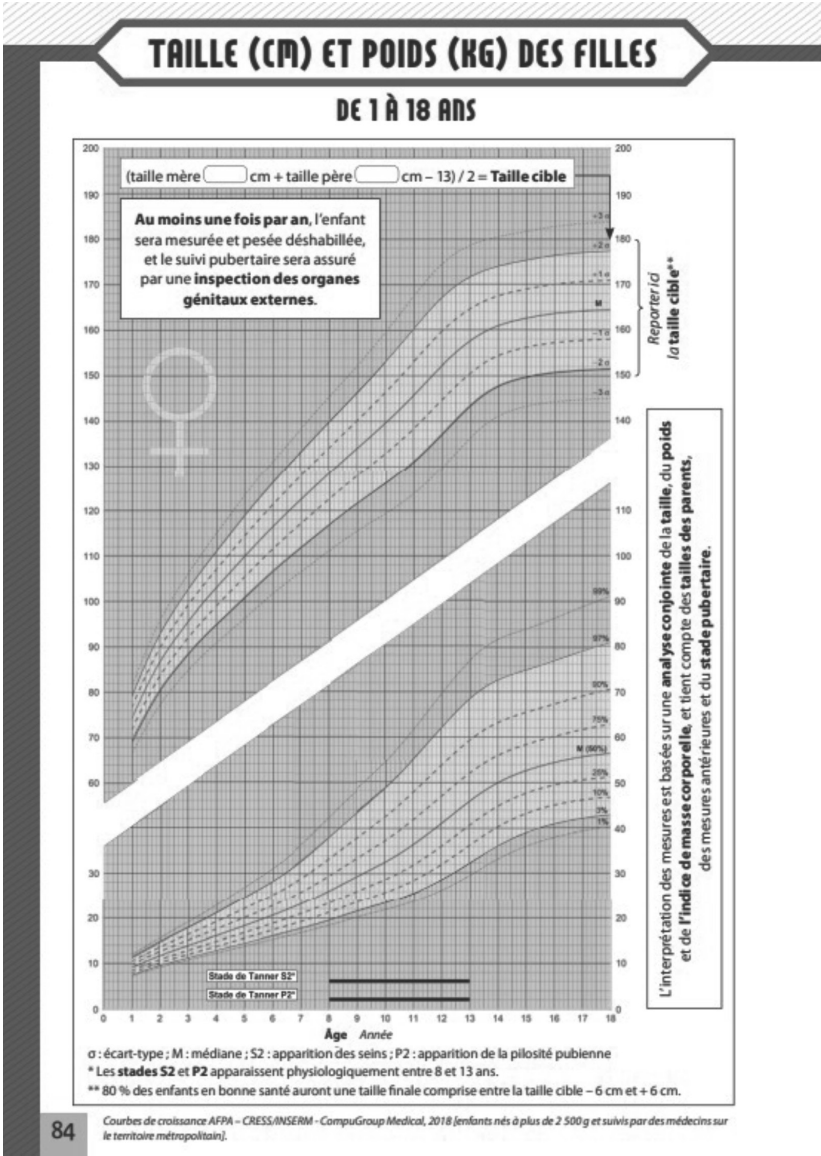
DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)



Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

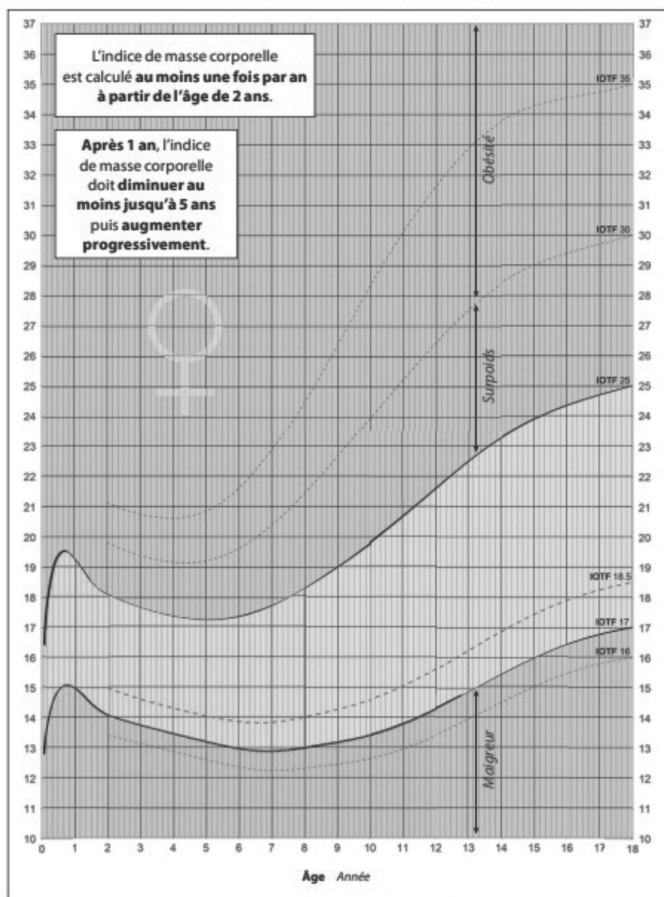
Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA - CREDES/INSERM - CompuGroup Medical, 2018.

Figure 4. Rapport taille/poids et IMC chez les filles²



INDICE DE MASSE CORPORELLE DES FILLES

DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)



Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF), Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

➡ **L'alimentation et sa diversification**

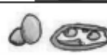
Le lait est l'aliment le plus adapté pour votre enfant au cours des 6 premiers mois.

Dès les 4 mois (révolus) de votre bébé, en lien et sur les conseils de votre médecin, vous pourrez commencer à lui donner d'autres aliments que le lait. Vous trouverez pages 30-31 du carnet de santé les repères d'introduction des aliments chez l'enfant de 0 à 3 ans. L'hydratation est également importante, notamment sur le transit digestif.

Figure 5. Introduction des aliments de 0 à 3 ans³

REPÈRES D'INTRODUCTION DES ALIMENTS

CHEZ L'ENFANT DE 0 À 3 ANS¹

	1 ^{er} mois	2 ^e mois	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois		
Lait 	Lait maternel exclusif ou « Lait 1 ^{er} âge » exclusif ²					« Lait 1 ^{er} âge » ou « Lait 2 ^e âge » ²		
Produits laitiers³ 								
Fruits 					Tous : très mûrs			
Légumes 					Tous : purée lisse			
Pommes de terre 					Purée			
Légumes secs 								
Farines infantiles (céréales) 								
Pain, produits céréaliers 								
Viandes⁵, poissons, très cuits 								
Œufs 								
Matières grasses ajoutées 								
Boissons 	Eau pure : proposer à volonté							
Sel 								
Produits sucrés⁶ 								

1. S'il existe dans votre famille un risque d'allergie, parlez-en à votre médecin avant toute diversification.

2. Appellations réglementaires : préparation pour nourrissons, préparation de suite et aliment lacté destiné aux enfants en bas âge.

3. Les fromages et produits laitiers au lait cru sont déconseillés.

30

D'après les recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS).

Pas de consommation Consommation possible Consommation recommandée

	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois	10 ^e mois	11 ^e mois	12 ^e mois	2 ^e année	3 ^e année
	Lait maternel ou							
	« Lait 2 ^e âge » 500 ml/j ²						« Lait 2 ^e âge » ou « de croissance » ² (ou lait de vache entier)	
	Yaourt	Yaourt ou fromage blanc nature → Fromages						
	Très mûrs ou cuits, mixés ; texture homogène, lisse → Crus, écrasés ⁴						En morceaux, à croquer ⁴	
	→ Petits morceaux ⁴						Écrasés, en morceaux ⁴	
	Lisse → Petits morceaux ⁴							
							15-18 mois : en purée ⁴	
		Pain, pâtes fines, semoule, riz ⁴						
	Tous, mixés et très cuits ⁴ : 10 g/j = 2 cuillères à café		Hachés et très cuits : 20 g/j = 4 cuillères à café				30 g/j = 6 cuillères à café très cuits	
	1/4 (dur)		1/3 (dur)				1/2	
	Huile (olive, colza, etc.) ou beurre (1 cuillère à café d'huile ou 1 noisette de beurre au repas)							
	Eau pure							
							Peu pendant la cuisson ; ne pas resaler à table	
	À limiter							

4. À adapter en fonction de la capacité de mastication, de déglutition et de la tolérance digestive de l'enfant.

5. Limitez les charcuteries, sauf le jambon blanc.

6. Biscuits, bonbons, crèmes desserts, desserts lactés, chocolats, boissons sucrées, confitures.

➡ **L'activité physique**

Un enfant, tout comme un adolescent, est une personne en plein développement, et en effet les besoins hydriques et alimentaires augmentent avec l'âge. Quand l'enfant doit reprendre du poids, cette reprise est difficile : changer de couloir de corpulence est très difficile, long, laborieux, les besoins sont fortement augmentés et l'activité physique doit être adaptée en fonction de l'état de santé.

Selon les Recommandations mondiales de l'OMS de 2010 portant sur l'impact de l'activité physique sur la santé, on considère aujourd'hui que la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial. La sédentarité progresse dans bon nombre de pays, avec une incidence majeure sur la prévalence des maladies non transmissibles et la santé générale des populations.

Vus l'importance de l'activité physique pour la santé publique, et le faible nombre de recommandations nationales élaborées dans ce domaine dans les pays à faible revenu ou à développement intermédiaire, il est clairement nécessaire d'élaborer des recommandations mondiales portant sur le lien entre la fréquence, la durée, l'intensité, le type, et la quantité totale d'activité physique nécessaire à la prévention des maladies non transmissibles.

Les Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé (2010) sont essentiellement axées sur la prévention primaire des maladies non transmissibles par l'activité physique au niveau des populations et s'adressent principalement aux décideurs à l'échelle nationale.

Pour la classe d'âge de 5 à 17 ans, l'activité physique englobe le jeu, les sports, les déplacements, les activités récréatives, l'éducation physique, ou l'exercice planifié, dans le contexte familial, scolaire ou communautaire.

Figure 6. Alimentation à partir de l'âge de 3 ans⁴

ALIMENTATION ET ACTIVITÉS PHYSIQUES		
REPÈRES POUR LES ENFANTS À PARTIR DE 3 ANS ET LES ADOLESCENTS		
D'après les recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS).		
Fruits et/ou légumes 	Frais, en conserve ou surgelés, au moins 5 par jour	
Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs 	À chaque repas et selon l'appétit	
Lait et produits laitiers 	3 ou 4 par jour en fonction de la taille de la portion et de leur richesse en calcium	
Viandes, poissons et produits de la pêche, œufs 	Bien cuits, 1 ou 2 fois par jour	
Matières grasses ajoutées 	Limiter la consommation Privilégier les matières grasses d'origine végétale	
Produits sucrés 	Limiter la consommation	
Boissons 	De l'eau à volonté Limiter les boissons sucrées	
Sel 	Limiter la consommation	
Activités physiques 	Au moins l'équivalent d'une heure de marche rapide chaque jour Limiter le temps passé devant la télévision, les jeux vidéo, l'ordinateur, etc. (voir p. 14)	

Pour améliorer l'endurance cardio-respiratoire, la forme musculaire et l'état osseux, et réduire le risque de maladies non transmissibles, il est recommandé ce qui suit :

- Les enfants et jeunes gens de 5 à 17 ans devraient accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.
- La pratique d'une activité physique pendant plus de 60 minutes par jour apportera un bénéfice supplémentaire pour la santé.
- L'activité physique quotidienne devrait être essentiellement une activité d'endurance. Des activités d'intensité soutenue, notamment celle qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être incorporées, au moins trois fois par semaine.

Quand un jeune doit reprendre du poids, les recommandations des médecins vont toujours dans le sens d'une activité physique minimale pour retrouver un poids de bonne santé. Mais quel que soit l'état nutritionnel de l'enfant, un seuil *maximum* d'activité physique par jour n'est pas décrit. Il est laissé au bon sens clinique des parents et des professionnels qui s'en occupent de jauger l'équilibre à trouver entre état nutritionnel, âge de développement, santé globale physique et psychique de l'enfant, et nécessité d'activité physique pour la bonne santé globale.

➡ **Quels sont les besoins qui régissent l'alimentation ?**

- **L'alimentation est une réponse à la faim.**
La faim est l'expression d'un besoin physiologique

L'alimentation répond à un besoin vital de l'organisme. D'autres besoins participent aussi à la prise alimentaire que nous développerons ci-dessous. Nous reverrons dans un premier temps les mécanismes physiologiques impliqués dans les comportements alimentaires.

Le comportement alimentaire répond à une mécanique neuronale complexe⁵. Le comportement alimentaire, qui se définit par l'ensemble des décisions et actions d'un individu en lien avec sa consommation d'aliments, est influencé et parfois même déterminé par de nombreux facteurs tant physiologiques, comme la demande métabolique en nutriments et en énergie, que psychoaffectifs, émotionnels ou bien sociaux et culturels.

De nombreux parents s'interrogent sur la régulation de l'alimentation, la sensation de faim, la satiété.

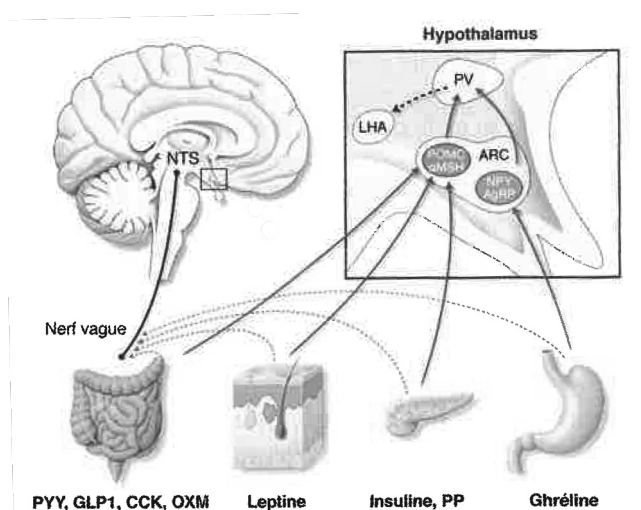
L'alimentation et la recherche d'un équilibre métabolique sont contrôlées par un circuit complexe qui comprend certaines structures cérébrales, ainsi que les organes périphériques que sont l'estomac, l'intestin, le tissu adipeux (graisse), le pancréas et les muscles.

Le système central de récompense est responsable de la production de l'appétit et des préférences alimentaires. Lorsque la nourriture arrive dans le système digestif, la présence de nutriments initie une série de sécrétions d'hormones qui transmettent un signal au cerveau via le nerf vague.

Le contrôle de la prise alimentaire fait intervenir un réseau complexe de peptides et de neurones, orexigènes et anorexigènes. Le sujet normal alterne des périodes de prise alimentaire avec des périodes de jeûne qui concourent à une stabilité du poids, en rapport avec le poids génétiquement programmé.

Les hormones de régulation de l'appétit présentent un profil différent en cas de crise boulimique et peuvent être une aide au diagnostic. Les hormones de la régulation de l'appétit sont un élément de phénotypage de la maigreur en permettant de différencier anorexie mentale et maigreur constitutionnelle chez une jeune fille maigre.

Figure 7. Les différentes voies de la régulation de l'appétit⁶



Le comportement alimentaire est le produit d'un ensemble de systèmes sensoriels qui s'informent de la demande métabolique, d'une part, et de l'offre en énergie et nutriments présente dans le tube digestif ou disponible pour la consommation, d'autre part. Afin d'ajuster les prises alimentaires et besoins

métaboliques, le système de la récompense excite ou éteint l'appétit, c'est-à-dire l'envie de manger. Cependant, ce fonctionnement simple n'explique en réalité qu'une infime part des conduites alimentaires humaines, de multiples facteurs d'influence viennent s'ajouter à cette mécanique basique, comme le contrôle cognitif et le plaisir d'être nourri au sein d'une relation privilégiée, comme nous le verrons plus loin. Les comportements humains sont complexes et multifactoriels, et le comportement alimentaire ne déroge pas à cette règle.

- **L'alimentation se développe au sein d'une relation précoce privilégiée**

Dès la naissance, le repas est source de plaisir, non seulement parce que la faim est apaisée mais parce que la prise alimentaire se fait au sein d'échanges de regards, de paroles, de touchers et de mouvements avec la personne nourricière, qui participent à une expérience répétée de confort, de sécurité et de chaleur pour le bébé. Ainsi, la mère ou le père prend le bébé dans ses bras, le change, lui sourit, le berce et lui parle pendant la tétée. Si dans ces moments privilégiés, la mère ou le père parvient à repérer et décoder les messages transmis par son enfant et à y répondre de manière appropriée, ces échanges quotidiens tisseront un lien d'attachement « sécuritaire » entre les parents et l'enfant, comme le suggère la théorie de l'attachement de Bowlby⁷. Grâce à la construction progressive de cette « base de sécurité », l'enfant un peu plus grand osera s'éloigner, temporairement puis de manière plus franche, du parent sécurisant pour aller explorer le monde extérieur. Dans la durée, cet attachement sécuritaire contribuera au bien-être futur de l'enfant, à sa confiance en soi, sa bonne socialisation et son autonomisation.

Bowlby s'est inspiré des observations de Harlow qui, en 1958, a constaté qu'en situation expérimentale, de jeunes singes rhésus allaités par un mannequin métallique préféraient être nourris par un mannequin au contact soyeux plutôt que par le mannequin métallique. Les singes qui avaient été nourris par le mannequin soyeux présentaient ensuite plus de comportements d'exploration de leur environnement que ceux nourris par un mannequin métallique. Par la suite, l'observation de dyades humaines mère-enfant⁸ lors des repas a montré qu'à 12 mois, les enfants dont les mères avaient les comportements précoces les plus appropriés autour de l'alimentation étaient décrits comme plus sécurisés, et que cet attachement sécuritaire était associé à un meilleur statut nutritionnel. Ces enfants sécurisés peuvent donc explorer leur environnement alimentaire de façon élargie, s'engageant plus aisément dans les processus de diversification alimentaire.