

Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Anorexie Mentale à début Précoce (AMP)

Texte du PNDS

**Centre de Référence Anorexie Mentale à début Précoce,
Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris**

15/07/2022

Sommaire

Liste des abréviations.....	4
Synthèse à destination du médecin traitant.....	5
Texte du PNDS.....	8
1 Introduction	8
2 Objectifs du protocole national de diagnostic et de soins.....	10
3 Diagnostic et évaluation initiale	11
3.1 Objectifs	11
3.2 Professionnels impliqués (et modalités de coordination)	11
3.3 Circonstances de découverte/ Suspicion du diagnostic	11
3.4 Confirmation du diagnostic/diagnostic différentiel et comorbide/intriqués	12
3.5 Evaluation de la sévérité /extension de la maladie/recherche de comorbidités/évaluation du pronostic	12
3.6 Critères d'hospitalisation temps plein et recherche de contre-indications au traitement ambulatoire	15
3.7 Annonce du diagnostic et information du patient et de la famille	16
3.8 Conseil génétique	16
3.9 Autres	17
4 Prise en charge thérapeutique	17
4.1 Objectifs	17
4.2 Professionnels impliqués (et modalités de coordination)	17
4.3 Prise en charge thérapeutique (pharmacologique et autre)	18
4.4 Éducation thérapeutique et modification du mode de vie	23
4.5 Recours aux associations de patients	24
4.6 MDPH	24
5 Suivi	24
5.1 Objectifs	24
5.2 Professionnels impliqués (et modalités de coordination)	25
5.3 Rythme et contenu des consultations	25
5.4 Examens complémentaires	26
5.5 Transition enfant-adolescent et adolescent-adulte dans le parcours de soins	27
Annexe 1. Liste des participants	28
Annexe 2. Coordonnées du(des) centre(s) de référence, de compétence et de(s) l'association(s) de patients.....	30
Annexe 3. Référentiel de compétences du Programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) avec une anorexie mentale prépubère du CRMR AMP, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris.	31
Annexe 4. Outil à destination du clinicien : Méthode pratique de détermination du Poids Minimum de Bonne Santé	35
Annexe 5. Anomalies du bilan standard et hormonologique dans l'anorexie mentale.	41

Annexe 6. Autres	43
Références bibliographiques	66

Liste des abréviations

AJPP	Allocation Journalière de Présence Parentale
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
ALD	Affection de Longue Durée
AM	Anorexie Mentale
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMP	Anorexie Mentale à début Précoce
ARFID	Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (Trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement)
CRMR	Centre de Référence Maladie Rare
EDC	Episode Dépressif Caractérisé
ETP	Education Thérapeutique du Patient
GH	Hormone de croissance
HDJ	Hôpital de jour
HTP	Hospitalisation temps plein
IMC	Indice de Masse Corporelle
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
PAI	Projet d'Accueil Individualisé
PAP	Plan d'Accompagnement Personnalisé
PMBS	Poids Minimum de Bonne Santé
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation
PNDS	Protocole National de Diagnostic et de Soins
TCA	Trouble des Conduites Alimentaires
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TMF	Thérapie Multi-Familiale
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif
TSA	Trouble du Spectre Autistique

Synthèse à destination du médecin traitant

L'Anorexie Mentale (AM) est un trouble des conduites alimentaires (TCA) d'origine multifactorielle grave avec un risque de mortalité parmi les plus élevés des troubles psychiatriques. L'AM est définie selon les critères des classifications internationales par des apports nutritionnels insuffisants ne permettant pas de maintenir un poids minimum normal pour son âge et sa taille, une peur intense de prendre du poids et une perturbation de son image corporelle. L'AM a un double impact physique et psychologique sur l'enfant. Cette pathologie touche le plus souvent l'adolescent (pic de fréquence à 14 ans), mais il existe des formes rares pouvant se voir dès l'âge de 6-7 ans. Elle est alors considérée comme « à début précoce » (AMP), ou dite, « anorexie mentale prépubère », avec un âge maximum de début de 13 ans. **L'Anorexie Mentale à début Précoce** est une **maladie rare** avec une incidence entre 1.1 et 7.5/100 000.

Le diagnostic repose sur l'examen clinique, l'analyse des courbes de croissance (Poids, Taille, IMC) et sur certains examens complémentaires permettant d'éliminer les diagnostics différentiels (pathologies endocriniennes, digestives, tumorales...). Les principaux signes cliniques d'appel sont des nausées ou douleurs abdominales répétées, une modification des choix alimentaires, une rigidité autour de l'alimentation avec des rituels, une stagnation ou une perte pondérale, un ralentissement de la croissance staturale, des préoccupations corporelles, et parfois, une activité physique problématique car excessive, voire compulsive et /ou un hyperinvestissement scolaire. **A chaque consultation médicale, le poids et la taille doivent être mesurés, l'IMC calculé. L'ensemble de ces valeurs doivent ensuite être reportées sur les courbes correspondantes afin d'analyser les trajectoires staturo-pondérales et d'IMC.** Il est essentiel de se préoccuper d'un changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence et d'un ralentissement de la croissance staturo-pondérale. Un **retard pubertaire** est également un signe évocateur.

La prise en charge globale de l'enfant (atteint d'AMP) repose sur une coopération pluridisciplinaire coordonnée de façon explicite par l'un des médecins et faisant intervenir : au minimum pédopsychiatre, médecin traitant (généraliste ou pédiatre), endocrinologue pédiatre (au minimum pour un avis ponctuel), psychologue, diététicien ou médecin avec une compétence en nutrition.

Caractéristiques du trouble : L'AMP présente une spécificité liée à la gravité de la symptomatologie somatique et psychiatrique et à son pronostic. En effet, la perte de poids est souvent plus sévère et plus rapide que chez l'adolescent ou le jeune adulte. Elle est associée à une plus grande fréquence d'aphagie totale, à la présence de symptômes somatiques « non spécifiques » (douleurs abdominales, nausées en particulier) retardant le diagnostic en faisant suspecter une pathologie organique non psychiatrique. Elle est aussi fréquemment associée à une **restriction hydrique** importante.

Facteurs de risque : L'existence d'un trouble des conduites alimentaires chez les parents ou d'un surpoids pré morbide chez l'enfant sont associés à la survenue de l'AM chez l'enfant et chez l'adolescent.

La présence de moqueries ou remarques/critiques pouvant aller jusqu'au harcèlement et des caractéristiques psychologiques pré morbides (par exemple difficultés à exprimer ses émotions, rigidité, perfectionnisme), sont associées à la survenue de l'AMP.

Complications : Les conséquences somatiques sur le plan de la croissance staturale et du développement pubertaire et osseux sont spécifiques de l'enfance et de l'adolescence, avec

un ralentissement sévère ou un arrêt de la croissance staturale associé à un retard pubertaire et à une ostéopénie, voire une ostéoporose, avec défaut d'acquisition de masse osseuse et risque fracturaire augmenté. En fonction de l'évolution du trouble, la taille adulte peut être réduite, la fonction gonadotrope peut rester perturbée avec comme conséquences des troubles de la sexualité et de la fertilité.

Un diagnostic et une prise en charge précoces permettent d'améliorer le pronostic. Le trouble peut rechuter, récidiver ou évoluer vers une forme chronique. L'enfant peut aussi développer un autre trouble des conduites alimentaires et/ou un autre trouble psychiatrique secondairement. Les comorbidités anxieuses et dépressives sont fréquentes mais il est déconseillé d'introduire un anti-dépresseur chez un enfant dénutri. Un TCA comorbide doit être recherché (en particulier un mérycisme*).

Les conduites purgatives (vomissement, prise de traitements laxatifs, diurétiques) sont très rares chez les enfants mais peuvent apparaître secondairement ainsi que la potomanie.

Une **prise en charge adaptée pluridisciplinaire** est essentielle. L'ambulatoire est à privilégier en l'absence de critères d'hospitalisation temps plein mais une hospitalisation temps plein peut être nécessaire.

Parmi les **critères d'hospitalisation**, on peut citer de manière non exhaustive :

- sur le plan somatique : aphagie totale, refus de boire, malaise, perte de poids de plus de 2kg par semaine, hypoglycémies, Fréquence cardiaque <40/min**
- sur le plan psychiatrique : crise suicidaire
- sur le plan environnemental : échec de la prise en charge ambulatoire, épuisement parental

Un [bilan paraclinique minimal](#) du praticien de première ligne est proposé dans les recommandations.

Un enfant sortant d'une hospitalisation temps plein nécessite un suivi rapproché et prolongé. Même chez un enfant qui semble « guéri » et qui se réalimente de manière adaptée à ses besoins, une vigilance particulière reste nécessaire pendant au moins un an après la rémission des symptômes.

Rôle du médecin traitant/généraliste ou pédiatre

- Repérer précocément la stagnation ou la cassure pondérale
- Rechercher un diagnostic différentiel
- Rechercher des signes de gravité indiquant une hospitalisation en urgence
- Assurer la confirmation diagnostique par un centre de référence ou de compétence
- Assurer le suivi médical et, si besoin, adresser l'enfant vers un centre de référence (CRMR) ou de compétence (CCMR).
 - Veiller à ce que le suivi soit réalisé par une équipe habilitée comprenant au minimum pédopsychiatre, psychologue, pédiatre et diététicien ou médecin avec une compétence en nutrition. Prévoir au minimum un avis endocrinologique pédiatrique.
 - Assurer la surveillance et la prévention des complications du trouble en lien avec les équipes référentes.

Pour se procurer des informations complémentaires il est possible de consulter (par ordre alphabétique) : le site Anorexiclic, le site de l'association FNA-TCA, le site CléPsy, le site du CRMR AMP, le site Orphanet, le site de la HAS, le site de la FFAB (cf. liens ci-dessous).

Sur l'AMP :

- <https://www.clepsy.fr/category/troubles-du-comportement-alimentaire/>
- <http://crmerc.aphp.fr/pathologie/anorexie-mentale-enfant/>

- <http://www.orpha.net>

Sur les TCA :

- <https://www.ffab.fr>
- <https://www.fna-tca.org/bienvenue>
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_3_cdp_300910.pdf (critères d'hospitalisation temps plein dans l'AM)
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_urgences_v3.pdf (urgences et TCA)
- <http://tca-poitoucharentes.fr/anorexiclic/> (AM en médecine générale)

Notes de bas de page :

**Mérycisme : Régurgitations répétées de nourriture pendant au moins 1 mois ; aliments remastiqués, ré avalés ou recrachés*

*** Pour certains membres du groupe de travail, une Fc <50 battements par minute en journée chez l'enfant de moins de 12 ans peut constituer un critère d'hospitalisation temps plein.*

Texte du PNDS

1 Introduction

1.1. Définitions, épidémiologie de l'AMP

L'Anorexie Mentale (AM) est un trouble des conduites alimentaires (TCA) d'origine multifactorielle, grave du fait de son impact physique et psychologique sur le fonctionnement et le développement de l'individu et du risque de mortalité parmi les plus élevés des troubles psychiatriques. Elle touche le plus souvent l'adolescent (pic de fréquence vers 14 ans), mais il existe des formes rares pouvant se voir dès l'âge de 6-7 ans. Elle est alors considérée comme « à début précoce », ou dite, « anorexie mentale prépubère » ou « préménarchale » (AMP) selon les publications, avec un âge maximum de début de 13 ou 14 ans, selon les études.

Elle se définit selon les critères des classifications internationales par des apports nutritionnels insuffisants ne permettant pas de maintenir un poids normal pour son âge et sa taille, une peur intense de prendre du poids et une perturbation de son image corporelle. Chez l'enfant et l'adolescent, il est recommandé d'utiliser le percentile d'IMC selon l'âge et le sexe pour déterminer le poids dans les normes pour l'âge et la taille. Les évolutions récentes des classifications internationales permettent également de retenir le diagnostic d'AMP lorsque la perte de poids est rapide (plus de 20% du poids total lors des 6 derniers mois) ou lorsque l'individu ne parvient pas à prendre du poids pour maintenir sa trajectoire staturo-pondérale et son développement pubertaire.

En Europe et en Amérique du Nord, il est décrit ces dernières décennies une diminution de l'âge de début des troubles, comme en témoigne d'une part directement le rajeunissement du pic de prévalence (de 15-19 ans à 13-18 ans) et d'autre part indirectement l'augmentation du nombre d'admissions des jeunes de moins de 15 ans pour anorexie mentale, avec un passage de 6/100 000 à 15/100 000 entre 2005 et 2015, . L'AMP reste une maladie rare avec une incidence qui varie selon les études entre 1.1 et 7.5/100 000.

Afin de mieux caractériser les spécificités de l'AMP par rapport aux formes classiques de l'adolescent, il nous semblerait pertinent de retenir un critère d'âge de début du trouble inférieur à 13 ans et, si possible, d'évaluer le développement pubertaire.

Pour certains membres du groupe de travail et dans le cadre de recherches futures, un critère de développement pubertaire (de début du trouble) constituerait un critère supplémentaire nécessaire, ce qui équivaldrait dans la majorité des cas aux enfants prépubères ou en cours de développement pubertaire, soit un stade de Tanner <IV.

Il nous semble important de différencier au sein des AMP, les AM à début très précoce (« very-early-onset ») survenant chez l'enfant avant l'âge de 10/11 ans, non encore engagé dans un processus adolescent sur le plan psycho-affectif et pubertaire. Ces dernières sont des formes touchant les enfants prépubères avec un stade de Tanner I.

1.2. L'AMP : différence avec la forme classique

L'anorexie mentale à début précoce présente certaines spécificités à la fois sur le plan épidémiologique, en termes de présentation et de retentissement clinique mais aussi sur la fréquence des comorbidités qui diffèrent par rapport à la forme classique débutant à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Sur le plan épidémiologique, on retrouve :

- Un pourcentage de garçon touché plus élevé qu'à l'adolescence, même si le trouble affecte davantage de filles que de garçons.
- Un facteur de précipitant fréquent est la présence de moqueries ou remarques/critiques pouvant aller jusqu'au harcèlement (avec ou sans lien avec le poids ou l'apparence physique), décrit comme plus souvent associés à la survenue de l'AMP chez l'enfant ; alors que chez les adolescents ou les jeunes adultes atteints d'anorexie mentale les phénomènes psychologiques, biologiques et hormonaux liés au développement pubertaire sont les facteurs déclenchants les plus fréquemment rapportés.

Des arguments cliniques font envisager qu'elle constitue une pathologie distincte de l'AM de l'adolescent, et non juste un sous-groupe rare de la forme classique. Ces spécificités portent à la fois sur la gravité des symptômes, sur des spécificités cliniques liées à la période de développement du trouble, sur les particularités cognitives des enfants avec AMP, sur le lien avec les troubles comorbides neuro-développementaux et sur le pronostic.

Comparés aux adolescents, les enfants atteints d'AMP présentent une perte de poids souvent plus sévère et plus rapide (avec un pourcentage de perte de poids du corps plus important), associée à une plus grande fréquence de l'aphagie totale imposant un recours plus fréquent à la nutrition entérale par sonde naso-gastrique.

Le retentissement sur le plan de la croissance staturale, du développement pubertaire et osseux est aussi plus marqué dans cette tranche d'âge du fait de sa survenue à une période critique du développement.

On retrouve fréquemment la présence de symptômes somatiques « non spécifiques » associés (plaintes digestives, douleurs abdominales en particulier). Ces enfants semblent particulièrement attentifs à la sensation de remplissage gastrique et abdominale plus qu'au comptage des calories. Cela contribuerait selon nous à expliquer la fréquence de la restriction hydrique. Certains enfants disent qu'ils n'ont pas de préoccupations corporelles à la phase initiale du trouble.

Chez l'enfant les formes restrictives sont également plus fréquentes avec moins de conduites d'hyperphagie, moins de conduites de purge et une activité physique problématique parfois décrite comme moins fréquente mais la symptomatologie clinique, lorsque ce symptôme était présent, était significativement plus sévère.

L'AMP présente aussi des spécificités du fait de l'âge de début des troubles et de l'immaturité cognitive/réflexive des enfants. Les enfants ont une moindre verbalisation des cognitions anorexiques. Ils présentent également un manque de flexibilité cognitive, une faible cohérence centrale, une altération des processus de décision retrouvée aussi dans l'AM. Ils sont particulièrement rigides. Cette rigidité cognitive à la phase aiguë du trouble persiste avec l'âge. Elle retentit sur le fonctionnement social et relationnel de ces jeunes, qui décrivent un isolement relationnel avec leurs pairs. On retrouverait cependant un perfectionisme moins marqué et une estime de soi moins impactée que chez l'adolescent. Ces résultats restent limités par la taille des échantillons étudiés.

On retrouve un lien avec les troubles comorbides neuro-développementaux comme la présence de symptômes obsessionnels compulsifs pré morbides et d'aggravation concomitante au début du trouble. Le manque de flexibilité cognitive des enfants avec AMP fait par ailleurs également discuter les liens entre AMP et le trouble du spectre de l'autisme (TSA). Les enfants avec un diagnostic de TSA de haut niveau présente une association fréquente avec le diagnostic d'AM.

L'AMP est de plus une maladie grave avec une durée moyenne d'hospitalisation et un nombre d'hospitalisation supérieurs à l'AM dans sa forme plus classique. Le retard diagnostic reste globalement important dans les formes prépubères d'anorexie mentale mais il tend à diminuer dans les pays avec un repérage précoce comme l'Allemagne, où la durée d'évolution du trouble à l'admission a diminué, probablement grâce à une meilleure information, contribuant à une augmentation de la demande de soins.

La sévérité du trouble et les spécificités observées dans cette population justifient de proposer des recommandations centrées sur cette tranche d'âge, les résultats des études réalisées chez les plus âgés ne pouvant pas être extrapolés à cette population. Cependant, la littérature dans l'AMP reste peu abondante et de faible niveau de preuve, et même s'il apparaît de nombreuses spécificités épidémiologiques et cliniques, le manque de recueil de données standardisées sur un large échantillon, représente une limite majeure pour mieux caractériser cette population. Or, une meilleure caractérisation de cette population est nécessaire à un meilleur repérage précoce et à la mise en place de dispositifs de soins spécifiques adaptés.

2 Objectifs du protocole national de diagnostic et de soins

L'objectif de ce protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) est d'explicitier aux professionnels concernés la prise en charge diagnostique et thérapeutique optimale actuelle et le parcours de soins d'un enfant/adolescent atteint d'AMP. Il a pour but d'optimiser et d'harmoniser la prise en charge et le suivi du trouble rare sur l'ensemble du territoire. Il permet également d'identifier les spécialités pharmaceutiques utilisées dans une indication non prévue dans l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) ainsi que les spécialités, produits ou prestations nécessaires (soins diététiques et prises en charge psychothérapeutiques) à la prise en charge des enfants avec AMP mais non habituellement pris en charge ou remboursés.

Ce PNDS peut servir de référence au médecin traitant (médecin désigné par les parents du patient ou par le patient auprès de la Caisse d'assurance maladie) en concertation avec le médecin spécialiste notamment au moment d'établir le protocole de soins conjointement avec le médecin conseil et le patient, dans le cas d'une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection hors liste.

Le PNDS ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques, toutes les comorbidités ou complications, toutes les particularités thérapeutiques, tous les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne peut pas revendiquer l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles, ni se substituer à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient. Le protocole décrit cependant la prise en charge de référence d'un patient atteint d'AMP. Il doit être mis à jour en fonction des données nouvelles validées.

Le présent PNDS a été élaboré selon la « Méthode d'élaboration d'un protocole national de diagnostic et de soins pour les maladies rares » publiée par la Haute Autorité de Santé en 2012 (guide méthodologique disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr).

Un document plus détaillé ayant servi de base à l'élaboration du PNDS et comportant notamment l'analyse des données bibliographiques identifiées (argumentaire scientifique) est disponible sur le site internet du centre de référence (<http://crmerc.aphp.fr/pathologie/anorexie-mentale-enfant/>).

Les préconisations du présent document sont à adapter en fonction de l'offre locale de soins et de ses limites.

3 Diagnostic et évaluation initiale

3.1 Objectifs

Il s'agit de :

- détecter la maladie
- confirmer le diagnostic
- en apprécier la sévérité et identifier les comorbidités
- préciser la prise en charge thérapeutique et expliquer le parcours de soins nécessaire
- délivrer une information claire à l'enfant et à ses parents (psychoéducation, phase initiale de la démarche d'éducation thérapeutique du patient) favorisant une prise de conscience du trouble et l'adhésion aux soins.

3.2 Professionnels impliqués (et modalités de coordination)

Le diagnostic est souvent suspecté par le médecin traitant (généraliste ou pédiatre) et/ou le service de médecine scolaire (médecin, infirmière).

La confirmation du diagnostic du trouble relève du médecin spécialiste (pédiatre, pédopsychiatre).

Le diagnostic, l'évaluation initiale et la prise en charge globale de l'enfant avec AMP reposent sur une coopération pluridisciplinaire de professionnels formés aux TCA , et font intervenir :

- des médecins de plusieurs disciplines: pédopsychiatres, pédiatres (généraliste, endocrinologue pédiatre), médecin généraliste, médecin nutritionniste
- autres professionnels et paramédicaux : infirmier, psychologue, diététicien, éducateur spécialisé, assistant social. Ces professionnels travaillent conjointement avec le médecin généraliste, le pédopsychiatre et le pédiatre pour une prise en charge globale de l'enfant.

La coordination des soins est assurée explicitement par l'un des médecins de l'enfant.

3.3 Circonstances de découverte/ Suspicion du diagnostic

Chez l'enfant, les signes évocateurs d'une anorexie mentale sont (cf annexe : [Fiche Clépsy](#) Répérage et prévention de l'anorexie mentale chez l'enfant) :

- Perte de poids ou stagnation pondérale avec changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe d'IMC
- Cassure ou arrêt de la croissance staturale
- Plaintes digestives (nausées, douleurs...)
- Restriction hydrique
- Rupture avec le fonctionnement antérieur de l'enfant (fléchissement thymique, isolement social...)
- Modification des choix alimentaires, restriction qualitative et/ou quantitative et apparition de conduites alimentaires rigides
- Opposition, état d'agitation lors des repas

- Un usage de l'activité physique problématique (excessive en fréquence, durée, en intensité et modalités ...)
- Malaise

Le critère d'un seuil au 5^{ème} ou du 3^{ème} percentile d'IMC (kg/m²) ne semble pas souhaitable à utiliser car il exclut beaucoup d'enfants du diagnostic (notamment ceux avec un IMC prémorbide plus élevé). C'est l'évolution des courbes de poids, de taille et de corpulence qui doit être prise en compte.

A chaque consultation médicale, le poids et la taille doivent être mesurés, l'IMC calculé. L'ensemble de ces valeurs doit ensuite être reporté sur les courbes correspondantes afin d'analyser les trajectoires staturo-pondérales et d'IMC.

(Cf. Annexe : Méthode détermination du Poids Minimum de Bonne Santé et exemples de courbes en [annexe 4](#))

Rappelons aussi l'importance de l'utilisation des courbes de croissance les plus récentes, les courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018, disponible sur le site suivant : <https://cress-umr1153.fr/index.php/courbes-carnet-de-sante/>

3.4 Confirmation du diagnostic/diagnostic différentiel et comorbide/intriqués

L'anorexie mentale n'est pas un diagnostic d'élimination.

Les critères diagnostics sont bien décrits (DSM 5, CIM 10, CIM 11).cf [Annexe 6](#)

En cas de signes cliniques associés, il est nécessaire de rechercher d'autres causes d'amaigrissement :

- Maladie chronique invalidante : tuberculose, cancer, VIH
- Tumeur cérébrale (en particulier craniopharyngiome)
- Pathologies digestives : inflammatoire (maladie de Crohn), malabsorption (maladie coeliaque)
- Pathologies endocriniennes : dysthyroïdie, diabète insulino-dépendant, insuffisance surrénalienne, maladie de Cushing
- Pathologies psychiatriques : épisode dépressif majeur, trouble d'alimentation sélective et /ou d'évitement dit ARFID (dont phagophobie et émétophobie, éventuellement d'origine post-traumatique)

3.5 Evaluation de la sévérité /extension de la maladie/recherche de comorbidités/évaluation du pronostic

L'évaluation initiale recherche les critères de situation urgente (critères d'hospitalisation) somatiques ou psychiatriques et réalise un bilan somatique, paraclinique, nutritionnel, psychiatrique et social. Lors des premiers entretiens, chaque professionnel tend à instaurer une alliance thérapeutique avec l'enfant et sa famille.

Examen somatique initial complet

- Antécédents personnels et familiaux somatiques, sans oublier taille et âge de la puberté (âge de la ménarche chez la mère) chez les parents et la fratrie.

- Présentation générale : asthénie, pâleur, frilosité, ralentissement psycho-moteur, humeur, anxiété
 - Poids, taille (en déviation standard), IMC (en kg/m² et en percentile) rapportés aux courbes de référence avec description d'évolution de la croissance staturale, pondérale et de la corpulence (IMC).
 - Stade pubertaire de Tanner, aménorrhée primaire ou secondaire
 - Cardiovasculaire : recherche de signes d'insuffisance cardiaque et/ou de trouble du rythme (ne pas oublier fréquence cardiaque, recherche de bradycardie ou de tachycardie, pression artérielle, recherche d'hypotension orthostatique), péricardites non compressives, acrocyanose, antécédent de malaise, syncope
 - ORL et état bucco-dentaire
 - Digestif : troubles du transit en particulier (diarrhées, constipations, douleurs abdominales)
 - Dermatologique : peau et phanères (peau sèche, perte de cheveux, lanugo)
 - Signes ostéoarticulaires (douleurs articulaires ou osseuses)
 - Signes de dénutrition, hypothermie, degré d'hydratation (signes de déshydratation ou plus rarement hyperhydratation)
- Cet examen recherchera des critères somatiques de gravité indiquant une hospitalisation à temps complet.

Bilan paraclinique initial

Bilan standard de première intention

- Numération formule sanguine (anémie, leucopénie, thrombopénie)
- Ionogramme sanguin (hypokaliémie, hyponatrémie)
- Calcémie, phosphatémie, (hypocalcémie, hypophosphorémie)
- Glycémie, vit 25OH-D3 (hypoglycémie, déficit en vitamine D)
- Urée, Créatinine, clairance de la créatinine (calculée selon la formule de Cockcroft qui est recommandée par les néphrologues)
- CRP
- ASAT, ALAT, PAL et TP, TCA (augmentation des transaminases)
 - si allongement du TCA doser alors les facteurs de coagulation dépendant de la vitamine K , et faire un test de supplémentation en vitamine K.
- ECG

Bilan spécialisé

- Folates, B12,
- Ferritine, uniquement en présence d'une anémie
- Préalbumine (marqueur sensible de dénutrition)
- TSH, T4 libre et T3 libre (hypothyroïdie fonctionnelle)
- IGF-1
- FSH, LH, oestradiol (fille), testostérone (garçon)
- Cortisolurie/24h
- ACTH, cortisolémie 8h00
- Dosage IgA anti-transglutaminase (en l'absence de déficit connu en Ig A) mais attention, en présence d'un déficit connu en Ig A alors dosage IgG antitransglutaminase ou IgG anti-endomysium. Si recherche d'Ig A Anti-transglutaminase négatives et suspicion de maladie coeliaque persistante après réévaluation clinique, alors doser les Ig A totales, selon recommandations HAS.

- Ostéodensitométrie après six mois d'évolution du trouble ou avant en cas de douleurs osseuses ou de fractures
- Age osseux : radiographie de la main et du poignet gauche, interprétation selon l'Atlas de Greulich et Pyle, pour apprécier la maturation osseuse et le potentiel de croissance résiduelle
- Echographie pelvienne par voie transpéritonéale : pour évaluer l'imprégnation oestrogénique de l'utérus et des ovaires.
- Echographie abdominale et calprotectine sur point d'appel clinique ou biologique pour éliminer un diagnostic différentiel ou une pathologie intriquée
- IRM cérébrale avec coupes centrées sur la région hypophysaire : atrophie corticale, élargissement des sillons secondaires à la dénutrition et recherche de diagnostic différentiel

Pour plus de précisions : Cf. [Annexe 5](#) « Anomalies du bilan standard et hormonologique dans l'anorexie mentale »

Bilan diététique ou nutritionnel

Evaluation qualitative et quantitative des ingestas (apport alimentaires et hydriques), établissement du répertoire alimentaire, répartition dans la journée des prises alimentaires et hydriques, répertoire alimentaire antérieur à l'épisode d'anorexie mentale

Repérage de régimes d'exclusion (« régimes sans... »)

Recueil d'informations sur les habitudes familiales alimentaires et autour des repas.

Evaluation psychiatrique initiale

Les premiers entretiens avec le pédopsychiatre doivent permettre de commencer à mettre en place une alliance thérapeutique entre le médecin, l'enfant et ses parents et, en même temps, de réaliser un bilan initial.

Ce bilan, au travers d'un entretien qui peut être semi-structuré afin de ne rien oublier, caractérisera au mieux l'AMP tout en déculpabilisant la famille afin de mieux mobiliser ses ressources. Le médecin informera de l'origine multi-factorielle du trouble, recherchera des critères psychiatriques d'hospitalisation temps plein (dont un risque suicidaire) et recherchera des comorbidités psychiatriques (troubles anxieux, trouble dépressif, trouble obsessionnel compulsif ou symptômes obsessionnels compulsifs, trouble du spectre de l'autisme, troubles du sommeil mais aussi mérycisme...).

Il recueillera également :

- les antécédents personnels et familiaux psychiatriques
- la symptomatologie précise de l'AMP (préoccupations corporelles, cognitions anorexiques envahissantes (« petite voix » de l'anorexie), activité physique problématique, hyperinvestissement scolaire)
- les suspicions de diagnostic différentiel (hyporexie secondaire à un épisode dépressif caractérisé, notamment)
- les facteurs pédisposants (tempérament perfectionniste, trouble psychiatrique antérieur à l'AMP)
- les facteurs précipitants : moqueries, évènement de vie négatifs concomittant du début des troubles notamment maltraitance dont violences sexuelles, harcèlement, stress environnementaux...
- le retentissement (psychiatrique) du TCA (idées suicidaires, symptômes, anxieux, lésions auto-infligées...)

- l'histoire développementale alimentaire et la présence de signes fonctionnels digestifs dans la petite enfance (pouvant aussi être explorées par le médecin somaticien ou la diététicienne).

Certains questionnaires adaptés à l'enfant peuvent être utilisés pour préciser l'évaluation initiale de l'AMP et des comorbidités.

Pronostic

Le pronostic individuel est impossible à déterminer mais la durée d'évolution semble influencer négativement le pronostic ainsi qu'un âge de début très précoce.

La présence d'un usage problématique de l'activité physique semble associée à une présentation clinique plus sévère.

Peu d'études se sont intéressées au pronostic de l'AMP. Le pronostic à long terme (à 7,2 ans en moyenne) est décrit dans une petite cohorte britannique de 30 patients avec AMP comme bon chez 60% des patients. Ce pronostic est apprécié à l'aide de 5 échelles prenant en compte l'état nutritionnel (incluant poids, taille, apports alimentaires), les menstruations, l'état mental, le fonctionnement psychosexuel et les capacités d'ajustement psycho-sociales, ces échelles étant complétées à partir de sources d'informations multiples (patients, professionnels de santé et entourage familial du patient).

Dans une autre étude, on note la persistance de symptômes à 10 ans dans la moitié des cas. A titre de comparaison, pour les formes débutant à l'adolescence, le pronostic est décrit comme bon dans 70 à 80 % des cas.

Une disparition des symptômes reste possible à tous les stades de la maladie.

3.6 Critères d'hospitalisation temps plein et recherche de contre-indications au traitement ambulatoire

En première intention, en l'absence de contre-indication, le traitement ambulatoire incluant une approche familiale est à privilégier.

Toutefois, de nombreux enfants requièrent une hospitalisation à temps complet pour prévenir des effets potentiellement délétères sur la croissance, la minéralisation osseuse et sur le développement. L'hospitalisation devrait intervenir avant que les paramètres vitaux ou les examens paracliniques ne soient sévèrement altérés.

Les critères d'hospitalisation temps plein ont été décrits en 2010 dans les recommandations HAS (cf [Annexe 6](#)).

Les critères HAS se décomposent en critères somatiques (anamnestiques, cliniques et paracliniques), psychiatriques (risque suicidaire, intensité des comorbidités, sévérité de l'AM, coopération et motivation) et environnementaux (disponibilité de l'entourage, stress environnemental, disponibilité des soins, traitements antérieurs et échec de l'ambulatoire).

En plus des critères HAS pédiatriques d'hospitalisation, pour certains membres du groupe de travail, une Fc <50 battements par minute en journée chez l'enfant de moins de 12 ans peut constituer un critère d'hospitalisation temps plein.

C'est souvent l'association de plusieurs critères entre eux qui fait poser l'indication d'hospitalisation à temps complet.

Il ne faut pas attendre un arrêt de la croissance staturale pour s'inquiéter devant une perte de poids.

Pour évaluer la gravité, il est important d'analyser la trajectoire de l'IMC, le nombre de couloirs d'IMC perdus ou le delta de la perte IMC, de rechercher un IMC < 3^{ème} percentile

avec rupture de la trajectoire antérieure, d'analyser la vitesse de perte de poids, l'impact sur la croissance (ralentissement ou arrêt de la croissance, nombre de mois d'arrêt de croissance) et l'impact sur la minéralisation osseuse (ostéopénie ou ostéoporose).

Un enfant peut être sévèrement dénutri et nécessiter une hospitalisation tout en ayant un IMC > 3^{ème} p., une situation que l'on retrouve fréquemment dans les formes d'anorexie mentale touchant des enfants en situation de surpoids ou d'obésité infanto-juvénile avant l'apparition de l'AMP.

3.7 Annonce du diagnostic et information du patient et de la famille

L'annonce du diagnostic faite par le médecin en plusieurs étapes comprend :

- l'explication du diagnostic ; le retentissement physiologique et psychologique de la dénutrition ; la gravité potentielle de la pathologie l'importance d'un suivi dans la durée ; le pronostic, la possibilité de guérir avec un processus de guérison pouvant prendre de plusieurs mois à plusieurs années ; le risque de chronicisation du trouble.
- la planification de la prise en charge et du suivi, avec la description de l'équipe multidisciplinaire qui l'assurera.

Sauf exceptions dûment justifiées, les parents ou tuteurs légaux doivent recevoir une information détaillée sur la maladie et les options thérapeutiques et être inclus dans la prise en charge thérapeutique de leur enfant.

L'information de l'enfant et des parents doit porter sur :

- l'histoire naturelle et le pronostic de l'AMP et les modalités thérapeutiques
- la nécessité d'un suivi régulier, les modalités du suivi, les professionnels impliqués et sur les examens nécessaires au suivi du trouble ou au dépistage des complications éventuelles.

Chaque étape du parcours de soins nécessite un accompagnement. L'accompagnement des parents et des soignants de proximité par l'équipe pluridisciplinaire est indispensable, et les associations de patients peuvent être très utiles.

L'information orale sera utilement complétée par la remise d'une brochure d'information ou de fiches pratiques (format numérique, par exemple, www.clepsy.fr, ou format papier).

3.8 Conseil génétique

Les études familiales et de jumeaux et les études d'association pangénomique (*Genome Wide Associations Studies*) amènent à supposer qu'il existe une composante génétique de l'anorexie mentale. Cependant la génétique de l'anorexie mentale à début précoce est probablement très complexe. On peut faire l'hypothèse d'une hérédité polygénique avec un effet additif de plusieurs gènes, et comme dans de nombreux troubles psychiatriques (dont l'AM), on peut également souligner l'importance des interactions gènes-environnement.

Des travaux récents au niveau de gènes impliqués dans le système sérotoninergique ont permis à la fois de renforcer l'hypothèse d'un sous-groupe d'anorexie mentale à début très précoce, mais aussi de confirmer un terrain génétique commun entre AM et TOC.

Il existe un risque plus important de développer un TCA en cas d'antécédent de TCA chez les apparentés au premier degré.

Toutefois, aucun diagnostic moléculaire ne peut être proposé à ce jour, on ne peut pas non plus proposer de diagnostic présymptomatique.

Evoquer une composante génétique ne signifie pas qu'il y ait une transmission automatique du trouble du parent à l'enfant. Il est inutile d'inquiéter les futurs parents. Un projet de grossesse chez un couple dont l'un des membres a présenté un épisode de TCA nécessite un accompagnement adapté en périnatalité (recherche de symptômes de TCA et anxio-dépressifs notamment).

A ce stade des connaissances scientifiques, sauf comorbidités associées ou cas particulier, il n'y a pas d'indication à orienter vers un conseil génétique.

3.9 Autres

Les enfants ayant une anorexie mentale à début précoce doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge en ALD à 100% par la sécurité sociale (ALD 30).

Les parents peuvent être accompagnés d'une assistante sociale pour des démarches comme une demande d'AJPP ou encore la réalisation du dossier MDPH.

4 Prise en charge thérapeutique

4.1 Objectifs

- assurer une prise en charge globale multi-disciplinaire de l'enfant et de sa famille, s'inscrivant dans la durée :
 - suivi pédopsychiatrique de l'anorexie et des comorbidités psychiatriques
 - suivi somatique
 - Suivi nutritionnel (en évitant des préconisations alimentaires trop rigides)
 - suivi endocrinien (croissance, développement pubertaire, densité minérale osseuse)
 - suivi psychologique (thérapie familiale recommandée en priorité dans l'AMP), intérêt de la TCC pour la prise en charge des comorbidités anxio-dépressives, TOC, faible estime de soi, difficultés d'expression des émotions et également pour travailler sur les cognitions anorexiques, sur la rigidité cognitive
 - assurer une éducation thérapeutique pour l'enfant et la famille

4.2 Professionnels impliqués (et modalités de coordination)

La prise en charge globale du trouble de l'enfant repose sur une coopération pluridisciplinaire, coordonnée de façon explicite par l'un des médecins.

La prise en charge globale des enfants et adolescents concerne de nombreux professionnels en ville et à l'hôpital qui travaillent conjointement avec le médecin traitant, le pédiatre et le pédopsychiatre (cf. § 3.2).

Les autres professionnels impliqués dans le suivi de l'enfant (psychologue, diététiciens, infirmiers, éducateur spécialisé, psychomotricien, psychothérapeute, kinésithérapeute, enseignant d'activité physique adaptée...) doivent aussi être titulaires d'un diplôme d'état ou d'un titre protégé régi par la loi et connaître les spécificités de la prise en charge des TCA en population pédiatrique.

4.3 Prise en charge thérapeutique (pharmacologique¹ et autre)

« Plusieurs spécialités pharmaceutiques mentionnées dans ce PNDS pour la prise en charge thérapeutique de l'enfant sont utilisées dans une indication ou des conditions d'utilisation non prévues dans l'AMM.

Il est rappelé que :

- *la prescription de la spécialité est possible², en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, si l'indication (ou les conditions d'utilisation) a(ont) fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) ou si le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient. Dans ce cas :*
 - *le patient doit être informé du caractère hors AMM de la prescription, « de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus et des contraintes et bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament », des conditions de prise en charge par l'assurance maladie ;*
 - *la mention "Prescription hors autorisation de mise sur le marché" doit figurer sur l'ordonnance ;*
 - *la prescription doit être motivée dans le dossier médical du patient ;*
- *l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) peut s'appuyer sur le PNDS pour élaborer une RTU de la spécialité dans l'indication hors AMM, s'il n'existe pas d'alternative médicamenteuse appropriée³.*

La spécialité peut faire l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement par l'assurance maladie dans l'indication hors AMM, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, après avis de la HAS, à condition qu'elle ait fait l'objet au préalable d'une RTU et que son utilisation soit indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation⁴ ».

Les actes, produits ou prestations non remboursés doivent également être signalés dans le PNDS. Les produits ou prestations non remboursés peuvent également faire l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement par l'Assurance maladie, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, après avis ou recommandation de la HAS et consultation de l'ANSM, s'il n'existe pas d'alternative appropriée et à condition que leur utilisation soit indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation⁵.

Les enfants avec AMP devraient se voir proposer une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire et adaptée le plus précocement possible pour éviter une chronicisation du trouble.

Les modalités de soins (ambulatoire, HDJ, HTP) doivent être réévaluées fréquemment et adaptées à l'évolution clinique de l'enfant.

L'objectif principal sur le plan nutritionnel est le retour à un poids de "bonne santé" permettant une croissance et un développement pubertaire normal.

Les retentissements de l'AMP et les comorbidités psychiatriques et somatiques associées doivent être systématiquement évaluées et prises en compte lors du traitement.

² Article L. 5121-12-1 du code de la santé publique

³ Article L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale (CSS).

⁵ Article L. 162-17-2-1 du Code de la sécurité sociale (CSS)

Somatique et Nutritionnelle

- Objectif pondéral

Un objectif pondéral individualisé ou poids minimum de bonne santé (PMBS) est calculé pour chaque enfant sur la base de son âge, de sa taille, de sa croissance staturo-pondérale antérieurement à l'anorexie mentale et de son stade pubertaire.

On choisira un objectif pondéral permettant de remettre l'enfant sur son couloir d'IMC antérieur à la maladie ;

Les enfants antérieurement en surpoids seront renutris jusqu'au 75^{ème} p.

Les enfants de faible corpulence antérieurement à la maladie seront renutris jusqu'au 25^{ème} p. voire exceptionnellement jusqu'au 10^{ème} p.

Le percentile d'IMC cible sera réévalué en fonction de l'évolution staturale.

(Cf. [Annexe 4](#) Outil à destination du clinicien : Méthode pratique de détermination du PMBS)

- Vitesse de reprise pondérale

En ambulatoire : 200 à 500 g par semaine

En hospitalisation : au minimum 500g par semaine et idéalement 1 à 1,5 kg par semaine, sans dépasser 2kg par semaine, en ayant recours lorsque les besoins nutritionnels ne sont pas couverts, à une alimentation par complément nutritionnels oraux ou par sonde nasogastrique en complément. La NEDC ne constitue pas une contre-indication à une prise en charge en hospitalisation en pédopsychiatrie.

- Supplémentation :

Une supplémentation en vitamine D (1 ampoule à 100 000 UI tous les 3 mois (ou équivalent) est recommandée. En cas de carence profonde en vitamine D (25-OH D3) inférieure à 20 ng/ml, une supplémentation par une ampoule de vitamine D 100 000 UI par mois pendant 3 mois puis une ampoule tous les 3 mois est indiquée.

Une supplémentation en calcium sera prescrite pour couvrir les besoins journaliers qui sont de 1000 mg de calcium pour les enfants de 4 à 8 ans, ou 1500 mg pour les enfants en cours de puberté par voie alimentaire si possible. Si ces besoins ne sont pas couverts, une supplémentation par au minimum 500 mg de calcium par jour est recommandée.

En cas de diminution de la densité minérale osseuse (Z-core inférieur à -1,5 DS), une supplémentation calcique pouvant aller jusqu'à 1000mg par jour sera recommandée.

Hypophosphorémie et hypokaliémie seront corrigées et surveillées.

Du phosphore sera systématiquement prescrit lors de la phase initiale de la renutrition (pendant au moins 1 mois avec contrôle de la phosphorémie) en prévention du syndrome de renutrition inapproprié (quelle que soit la modalité de renutrition) aux doses initiales de 20 mg/kg/jr, réparties en 3 à 4 prises par jour, à adapter aux dosages de phosphorémie. Attention au risque non négligeable d'hyperparathyroïdie secondaire, en cas de surdosage prolongé en phosphore, délétère sur l'os.

- **Renutrition :**

Les apports initiaux ne doivent pas être inférieurs aux apports avant le début des soins (sauf situation d'instabilité physiologique).

Dans les situations rares d'instabilité métabolique et physiologique, la rééquilibration hydroélectrolytique sera prioritaire.

Chez les enfants les plus à risque, généralement en milieu pédiatrique plutôt que psychiatrique, il peut être nécessaire d'utiliser des apports de départ plus faibles (par exemple 5 à 10 kcal/kg/jour), en particulier en présence d'indicateurs de gravité tels que des anomalies à l'ECG ou des signes d'insuffisance cardiaque ou hépatocellulaire ou rénale, troubles hydro-électrolytiques avant le début de la renutrition, poids initial très faible ou comorbidités actives (comme un diabète ou une infection) tel que recommandé dans les recommandations du Junior MARSIPAN britanniques.

Si de faibles apports caloriques initiaux sont utilisés (5 à 10 kcal/kg/jour), un examen clinique et un bilan biochimique doit être effectué deux fois par jour à la phase initiale, les apports caloriques augmentant par étapes, sauf contre-indication, et continuant à augmenter jusqu'à une reprise pondérale suffisante. Une alimentation faible en calories doit être prescrite en concertation avec un expert en nutrition clinique pour éviter une renutrition trop rapide (prévention syndrome de renutrition inappropriée) ou trop lente (prévention de l'underfeeding syndrome).

Pour la plupart des enfants, commencer à 250 kcal/jour (ou plus), puis augmenter de 250 kcal / jour jusqu'à atteindre 1000 kcal / jour puis augmenter progressivement par palier de 200 kcal. La recommandation commune est d'augmenter les apports nutritionnels quotidiens très régulièrement afin d'obtenir une bonne vitesse de reprise pondérale, permettant d'atteindre le percentile d'IMC cible. Un suivi diététique régulier facilitera ces augmentations de ration et l'adhésion de l'enfant au respect de sa feuille de route alimentaire.

Une surveillance attentive régulière des électrolytes et de l'état clinique est nécessaire. Un transfert vers une unité pédiatrique peut être nécessaire, en cas, par exemple d'hypophosphorémie franche.

Des anomalies mineures ou même modérées du bilan hépatique (cytolyse en dessous de 5N) ne devraient pas retarder l'augmentation des apports nutritionnels.

Le syndrome de renutrition inappropriée est plus susceptible de survenir au cours des premiers jours de la renutrition, mais peut survenir jusqu'à 2 semaines après. La surveillance biochimique (une à deux fois par semaine) doit se poursuivre pendant quinze jours au minimum ou jusqu'à ce que les paramètres hydro-électrolytiques soient stables

Les pratiques végétariennes dans le contexte de renutrition peuvent compliquer la prise en charge nutritionnelle et diététique et nécessitent une approche spécifique individualisée.

Psychiatriques

Traitement médicamenteux

Il n'y a pas de traitement médicamenteux ayant démontré son efficacité sur la reprise pondérale ou l'amélioration des symptômes d'anorexie mentale à début précoce. La prescription de traitement médicamenteux si elle s'avère nécessaire est réalisée, parfois hors AMM, après information et accord des familles, bilan pré-thérapeutique (dont ECG) et des réévaluations régulières sont nécessaires (observance, tolérance et efficacité).

L'utilisation éventuelle de médicaments anxiolytiques (antihistaminiques, neuroleptiques) ou d'antidépresseurs pour soulager les symptômes anxieux et dépressifs ou pour traiter un

épisode dépressif caractérisé comorbide doit être effectuée avec prudence et avec surveillance ECG (préthérapeutique et de contrôle sous traitement). On recherchera la dose minimale efficace, l'adhésion de l'enfant et l'accord des parents.

En cas de comorbidité anxieuse ou dépressive les traitements antidépresseurs de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) ne sont pas efficaces chez les enfants très dénutris. Leur introduction sera réalisée après restauration d'un poids suffisant, permettant une bonne tolérance (le risque de iatrogénicité est corrélé au niveau de dénutrition). Les ISRS n'ont pas montré de bénéfice dans la prévention de la rechute de l'AM après restauration pondérale.

Les traitements neuroleptiques (risperidone, olanzapine, aripiprazole, hors AMM) n'ont montré qu'un bénéfice limité sur la reprise pondérale et l'amélioration des symptômes d'anorexie mentale chez l'adulte, leur utilisation n'est donc pas systématique. Ils pourraient atténuer la symptomatologie anxieuse et réduire l'hyperactivité physique problématique mais il n'y a pas d'essai thérapeutiques dans l'AMP.

Psychothérapies et approches complémentaires

Les recommandations internationales soulignent l'importance d'impliquer la famille tout au long du parcours de soins. Les approches psychothérapeutiques s'intègrent dans une prise en charge pluri-disciplinaire individuelle et familiale, de préférence avec des professionnels formés à la prise en charge de cette classe d'âge et sensibilisés aux troubles des conduites alimentaires. Ces approches psychothérapeutiques sont coordonnées par le médecin coordinateur.

Le plan de prise en charge est à définir par le médecin coordinateur. Il est important de soutenir la démarche de soins dans le temps, au fil des étapes du chemin de rétablissement, et en incluant une phase de stabilisation et de prévention de rechute. Une réévaluation périodique des modalités de soins par le médecin coordinateur est essentielle.

L'alliance thérapeutique est un défi et sera à rechercher/construire afin de faire émerger une motivation au changement et une adhésion aux soins de la part de l'enfant.

La thérapie familiale (Family-based treatment) est devenue la principale approche thérapeutique de première intention de l'anorexie mentale de l'enfant recommandée dans la littérature scientifique (la seule évaluée). Cependant la FBT n'est pas encore très développée en France (peu de professionnels formés).

En France, les approches familiales seront souvent des thérapies familiales systémiques et stratégiques, mais aussi des entretiens parentaux, des entretiens familiaux, des thérapies multifamiliales, des groupes de parents, et des groupes de fratries proposées dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

L'objectif est d'établir une alliance thérapeutique avec tous les membres de la famille. Le thérapeute établit une relation empathique et déculpabilisante. La famille est un allié dans la prise en charge de l'enfant. Le thérapeute accompagne l'enfant et son entourage familial lors des différentes étapes vers la guérison.

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est une option thérapeutique à l'efficacité validée en première intention, pour les comorbidités de l'AMP chez l'enfant (troubles anxio-dépressifs et TOC).

En l'absence de données suffisantes de la littérature scientifique concernant les approches thérapeutiques suivantes chez l'enfant, le bénéfice thérapeutique n'est pas établi. Elles

peuvent être proposées par certains experts en complément des thérapies recommandées (cf. supra). Pour chaque enfant, des objectifs thérapeutiques clairs seront définis. **Le médecin coordinateur des soins veillera cependant à garder un nombre d'intervenants raisonnables dans la prise en charge de chaque enfant** et ces prises en charge complémentaires se feront **en lien avec l'équipe pluri disciplinaire** suivant l'enfant et suivant le choix des familles.

Voici donc une liste de prises en charge complémentaires optionnelles, envisageables et proposées par certains experts du groupe de travail. Les propositions listées ci-dessous ne font pas toutes consensus au sein du groupe de travail.

- La thérapie multifamiliale (TMF) : propose de regrouper plusieurs familles afin de créer un cadre et un réseau social thérapeutiques. Cette modalité combine des approches de thérapie de groupe, de thérapie familiale et des éléments de thérapie psychoéducative.
- La remédiation cognitive : propose des exercices cognitifs dans un style motivationnel afin d'améliorer les stratégies cognitives et la flexibilité mentale des enfants avec AMP.
- La thérapie cognitivo-comportementale : propose un travail ciblant notamment les cognitions anorexiques et la rigidité.
- Les interventions thérapeutiques de *mindfulness* (thérapie en pleine conscience) : peuvent aider en ciblant notamment l'anxiété.
- Les thérapies intégratives : reposent sur une approche croisée entre différents courants psychothérapeutiques et visent à explorer les processus cognitifs en jeu dans les troubles alimentaires, les questions identitaires, la gestion émotionnelle, le processus de sociabilisation (ou de resociabilisation à la suite d'une hospitalisation), l'histoire personnelle de l'enfant.
- L'activité physique adaptée : propose d'aider à la gestion de l'hyperactivité physique problématique en autorisant une activité physique adaptée, encadrée par un professionnel formé, à certains enfants avec AMP dont l'état somatique le permet.
- La psychomotricité : approche corporelle de relaxation
- Les thérapies de soutien : ont leur place à la phase initiale
- Les approches motivationnelles (entretien motivationnel) : propose de travailler sur la motivation au changement
- Les thérapies à médiation artistique, par exemple le théâtre : propose de renforcer la confiance en soi et en l'autre, d'investir son corps et de le réapprivoiser, d'explorer toute la palette émotionnelle (en réception et en émission), d'accroître sa souplesse psychique (expérimenter sa capacité à changer de regard, à s'adapter à des situations nouvelles ou inattendues ...), de s'exposer au regard des autres.
- L'art-thérapie
- Le psychodrame
- Les thérapies individuelles psychodynamiques et d'inspiration analytiques : au cas par cas, chez les plus âgés, et avec l'adhésion de l'enfant aux soins
- La sophrologie

Les modalités de soins dépendent de l'offre locale de soins disponible, des choix de l'enfant et de sa famille et des préconisations du médecin coordinateur. Dans tous les cas, on veillera à travailler l'alliance et à rechercher l'adhésion de l'enfant et de sa famille aux soins pluri-disciplinaires.

4.4 Éducation thérapeutique et modification du mode de vie

4.4.1. L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) avec une anorexie mentale prépubère

L'ETP (en individuel et en groupe) a une place centrale dans la prise en charge de l'enfant avec une anorexie mentale à début précoce. Rappelons que la démarche d'ETP englobe aussi les parents. Elle est mise en œuvre auprès des parents lors d'entretiens familiaux mais aussi lors de groupes parents.

Les principales compétences à développer pour l'enfant avec AMP seront :

- Connaître les symptômes liés à la maladie et les principes d'une alimentation « normale »
- Prendre conscience de son comportement alimentaire « normal » et des symptômes liés à la maladie
- Manger « normalement »
- Appliquer des techniques de gestion des émotions et d'affirmation de soi
- Savoir communiquer sur sa maladie et ses répercussions
- Savoir solliciter de l'aide (famille, soignants)

Le référentiel de compétences détaillé du programme d'ETP du CRMR AMP est disponible en [Annexe 3](#).

Il est également important de retrouver la capacité à percevoir les signaux internes (faim, satiété...).

En l'absence de programme ETP dédié, une approche psychoéducative à destination de l'enfant et de la famille est essentielle.

4.4.2. Scolarité

La plupart des enfants présentant un épisode d'AMP pourront suivre ou reprendre une scolarité en milieu ordinaire. Avec l'accord de la famille, il est utile d'établir un lien avec l'infirmière ou le médecin scolaire pour favoriser la compréhension et la bienveillance de l'équipe éducative.

Certains aménagements et adaptations pédagogiques peuvent être nécessaires, l'établissement d'un PAP permet un aménagement de l'emploi du temps qui facilite l'accès aux différents espaces de soin. Cela peut permettre, par exemple, après une hospitalisation de reprendre progressivement la scolarité. Une dispense temporaire de notation peut aussi permettre de limiter l'anxiété scolaire chez certains enfants.

Un PAI peut être mis en place pour permettre à l'enfant d'apporter des panier repas à la cantine et autoriser la prise de collation lors des récréations. Le midi, l'enfant doit pouvoir manger avec ses camarades dans un temps raisonnable sans que la durée du repas excède 40 minutes.

Les enfants qui ont une reconnaissance de handicap de la part de la MDPH bénéficie d'un PPS qui se substitue au PAP.

Une dispense de sport est systématique lors de la phase de renutrition de l'enfant. La reprise de l'activité sportive est parfois conditionnée à la prise de collations en complément de la feuille de route alimentaire, en particulier lors de la phase initiale de reprise de l'activité sportive.

Lorsque l'AMP devient chronique et que l'enfant a besoin d'être réhospitalisé de manière itérative ou encore au décours d'une hospitalisation initiale à temps complet très prolongée, pour une forme d'AMP particulièrement sévère et/ou comorbide, il peut être nécessaire de

construire un projet de soins-études avec l'enfant et sa famille, en hôpital de jour ou en hospitalisation temps plein.

4.5 Recours aux associations de patients

Les associations de patients et de famille de patients jouent un rôle majeur dans l'information sur les TCA, dans l'orientation des parents des enfants avec AMP vers une prise en charge adaptée, grâce à leur connaissance des réseaux locaux de soins et dans le soutien aux familles. En effet, les parents sont souvent déstabilisés par la maladie de leur enfant et parfois se sentent démunis, parfois coupables et isolés voire perdus. Or les parents et les proches sont un élément majeur du rétablissement de l'enfant présentant un épisode d'AMP. Il est essentiel de prendre soin d'eux aussi.

Les associations soutiennent les parents et les proches, les aident à comprendre les troubles, les soins, à reprendre confiance en eux, à garder espoir et à devenir acteur de la guérison de leur enfant, par des échanges et par la mise en place de groupe de parole. Elles aident aussi les parents à acquérir des connaissances sur la pathologie de leur enfant.

Les associations d'usagers peuvent aussi faciliter la mise en relation entre famille de patients et soignants formés à l'AMP par des moyens de communication variés (flyers, site internet, échanges de mails et échanges téléphoniques) facilitant in fine l'orientation vers un centre de soins spécialisé pour une évaluation et une prise en charge adaptée.

Les associations contribuent aussi à la création d'une alliance thérapeutique solide et dans la durée entre soignants, enfant soigné et famille, où chacun aura à faire preuve de qualité d'écoute, de non-jugement, d'empathie. Elles facilitent ainsi l'élaboration conjointe d'un projet de soins auquel la famille adhère sans réserve.

4.6 MDPH

La gravité et la durée d'évolution de la pathologie justifie une reconnaissance de handicap par la MDPH.

Un certain nombre de prise en charge nécessaires dans l'AMP ne sont actuellement pas remboursées par la sécurité sociale (consultation de psychologie et de diététique, notamment).

Il est possible en accord avec les familles de solliciter l'AEEH et un complément auprès de la MDPH, pour financer au moins en partie les soins non remboursés.

Pour le volet scolarité, un PPS sera alors mis en place, formalisant les aménagements.

Pour faciliter la participation des parents aux soins des deux parents, une allocation journalière de présence parentale (AJPP) peut être sollicitée.

5 Suivi

5.1 Objectifs

Suivi somatique et nutritionnel : état nutritionnel, croissance pondérale, staturale et IMC, développement pubertaire, examen somatique, minéralisation osseuse, réexploration d'éventuelles pathologies intriquées.

Suivi pédopsychiatrique et psychologique : pensées et comportements anorexiques, anxiété, humeur, comorbidités psychiatriques, risque suicidaire, socialisation, accompagnement dans

les processus d'adolescence et réexploration des facteurs déclencheurs potentiels du trouble (y compris recherche de maltraitance, harcèlement, traumatisme)
Nécessité de réévaluer très régulièrement si les modalités de suivi en cours demeurent les plus adaptées à l'état clinique de l'enfant et de les réadapter si nécessaire.

5.2 Professionnels impliqués (et modalités de coordination)

Les professionnels de la santé cités précédemment restent impliqués dans le suivi des enfants et adolescents atteints d'AMP.

Dans le suivi, la coordination s'appuyant sur une communication soutenue (courriers, mails, appels téléphoniques...) entre ces acteurs est nécessaire. Le pédopsychiatre, le pédiatre (généraliste ou endocrinologue) ou le médecin généraliste coordonne les soins. Idéalement chaque enfant présentant une AMP rencontrera au moins une fois un endocrinologue pédiatre pour un avis spécialisé.

5.3 Rythme et contenu des consultations

Suivi médical

Alternance de consultation pédopsychiatrique et de consultation somatique (Médecin généraliste ou pédiatre) dont la fréquence initialement rapprochée sera réévaluée selon l'état nutritionnel et psychiatrique de l'enfant avec AMP.

Suivi psychologique

Avec une fréquence initiale rapprochée et un espacement progressif au cours de l'année, si l'évolution clinique de l'enfant le permet, à poursuivre au minimum pendant 1 an à partir de la rémission clinique (disparition des critères diagnostics) de l'AMP.

Suivi endocrinologique

La restauration de la trajectoire d'IMC prémorbide permet l'amélioration du pronostic sur le plan de la croissance, du développement pubertaire et osseux.

L'indication de traitement hormonal substitutif par les stéroïdes sexuels (THS) n'est pas systématique et doit être discutée au cas par cas, selon l'évolution, la durée et la sévérité du TCA, l'âge de l'enfant et en cas de retard pubertaire prolongé, en concertation avec l'endocrinologue pédiatre. Les doses d'induction pubertaire sont : 17- β -Oestradiol, 1/10ème dose substitutive adulte, soit 2 μ g/j par voie transdermique à doses progressivement croissantes pendant 2 ou 3 ans et adjonction de progestérone naturelle en fin de développement pubertaire (âge osseux de 13 ans chez la fille). Chez le garçon : administration de testostérone retard (1/10ème dose adulte) toutes les 3 semaines au début de l'induction pubertaire puis à doses progressivement croissantes jusqu'à la dose adulte soit un âge osseux de 15 ans chez le garçon. A partir de la fin de la puberté, un traitement au long court par testostérone retard IM toutes les 3 semaines ou per cutanée pourra être envisagé en cas de TCA sévère et prolongé.

Chez la jeune fille en stade IV de puberté (avec un âge osseux supérieur à 14 ans), le 17- β -oestradiol transdermique (avec progestérone cyclique) pourra être proposé en cas

d'hypogonadisme hypogonadotrope fonctionnel persistant dans les formes d'anorexie mentale sévères et prolongées.

Le traitement par bisphosphonate est réservé aux situations fracturaires ostéoporotiques après avis en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

En cas de ralentissement prolongé de la croissance, l'utilité d'un traitement par hormone de croissance (GH) en vue d'un rattrapage statural a été démontrée dans certains cas. La prescription de GH (35 ug/kg/j par voie sous cutanée, quotidienne, hors AMM), ne peut être décidée que par un endocrinologue pédiatre spécialisé dans les TCA et uniquement chez un enfant suffisamment renutri, après évaluation hormonale de l'ensemble des axes hypophysaires, évaluation de l'intégrité des gonosomes sexuels chez la fille (caryotype ou fish sur les gonosomes), de l'imagerie de la région hypothalamo-hypophysaire par IRM, de la maturation osseuse et avant soudure des cartilages de conjugaison. Avant de proposer ce traitement, l'équipe médicale doit s'assurer que :

- l'enfant est suffisamment renutri et depuis suffisamment longtemps (au moins 6 mois)
- sa vitesse de croissance est inférieure à 2 cm/an depuis au moins 18 mois
- son âge osseux est inférieur ou égal à 13 ans chez les filles et inférieur ou égal à 15 ans chez les garçons

Ce type de décision doit être validée en RCP à laquelle participe un endocrinologue pédiatre (organisée par un centre de référence maladies rares - CRMR AMP ou Centre de Référence Maladies Endocriniennes de la Croissance et du Développement).

« Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché ».

La procédure suivie doit être inscrite au dossier médical du patient. (https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042669171/2021-07-01) JORF n°0151 du 1 juillet 2021)

5.4 Examens complémentaires

Bilan biologique, hormonologique : fréquence et contenu à adapter à l'état clinique, à la croissance et à la puberté ainsi qu'aux éventuels traitements hormonaux associés.

La surveillance prolongée de la fonction gonadotrope et de l'imprégnation hormonale chez la fille et chez le garçon sera réalisée. Concernant l'évaluation de l'estrogénisation elle se fera sur les données de l'échographie pelvienne par voie suspubienne, selon l'appréciation de l'endocrinologue pédiatre.

Un âge osseux de contrôle sera réalisé si retard de croissance statural et retard pubertaire, en veillant à ne pas répéter inutilement cet examen trop souvent (fréquence à l'appréciation de l'endocrinologue pédiatre, généralement annuelle).

Le contrôle de l'ostéodensitométrie osseuse à deux ans et ultérieurement pourra être envisagé selon l'évolution du trouble.

5.5 Transition enfant-adolescent et adolescent-adulte dans le parcours de soins

Il est essentiel d'assurer une continuité dans le parcours de soins des enfants, adolescents et adultes dont la pathologie peut évoluer sur plusieurs années.

La communication entre les différentes équipes est importante.

Il convient de prévenir les ruptures de soins à tout âge en anticipant et en accompagnant les enfants et leurs familles lors de ces transitions entre équipes.

Annexe 1. Liste des participants

Ce travail a été coordonné par la D^{re} Coline Stordeur, Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale Prépubère (Hôpital Robret Debré AP-HP, Service de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, 48 bd Sérurier, 75019 Paris), sous la direction du Pr Richard Delorme.

Ont participé à l'élaboration du PNDS :

Rédacteurs (par ordre alphabétique)

- D^r Anaël Ayrolles, psychiatre, Paris,
- D^{re} Flora Bat, pédopsychiatre, Marseille,
- D^{re} Julia Clarke, psychiatre, Paris,
- D^{re} Coline Stordeur, pédopsychiatre, Paris

Groupe de travail multidisciplinaire (par ordre alphabétique)

- M^{me} Clémentine Barbe, infirmière, Nantes
- D^{re} Corinne Blanchet, endocrinologue, Paris
- M^{me} Florence Bergametti, diététicienne, Paris
- D^{re} Valérie Bertrand, pédiatre nutritionniste, Le Havre
- D^{re} Emmanuelle Caldagues, endocrinopédiatre et médecin de l'adolescent, Nantes
- D^{re} Marylène Caquard, endocrinopédiatre et médecin de l'adolescent, Nantes
- M^{me} Céline André-Carletti, psychologue, Paris
- M^{me} Danièle Castellotti, Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles des Conduites Alimentaires (FNA-TCA), Saint-Maur-des-Fossés
- D^{re} Laurence Dreno, pédopsychiatre, Nantes
- D^{re} Dominique Feneon Landou, pédopsychiatre, Clermont Ferrand
- P^{re} Priscille Gérardin, pédopsychiatre, Rouen
- D^r Selim Guessoum, psychiatre, Paris
- P^r Ludovic Gicquel, psychiatre, Poitiers
- P^{re} Juliane Léger, endocrinologue pédiatre, Paris
- D^{re} Stéphanie Legras, psychiatre, Montpellier
- M^{me} Lucile Noel, psychologue, Paris
- D^{re} Anne Paulsen, endocrinologue pédiatre, Paris
- M^{me} Hélène Poncet Kalifa, psychologue, Paris

Remerciements au D^{re} Anne Bargiacchi et au P^r Richard Delorme à l'origine de la labellisation initiale du CRMR AMP.

Remerciements pour leur contribution au paragraphe sur la prise en charge endocrinologique au D^{re} Corinne Blanchet, au P^{re} Juliane Léger et au D^{re} Anne Paulsen.

Remerciements pour sa contribution à la rédaction du paragraphe sur le recours aux associations de patients à M^{me} Danièle Castellotti de la FNA-TCA.

Remerciements à la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) pour son soutien.

Remerciements aux CCMR de Marseille, AP-HM - Hôpital Salvator, et de Poitiers, CH Henri Laborit ainsi qu'au P^r Philip Gorwood, service de la CMME du GHU Paris pour leur soutien.

Relecture finale (par ordre alphabétique)

- D^{re} Anne Bargiacchi, pédopsychiatre, San Francisco
- P^{re} Nathalie Godart, psychiatre, Paris

Pour la relecture critique de la note pour le médecin traitant :

D^{re} Erianna Bellaton, pédiatre, Paris

D^{re} Delphine Godard, médecin généraliste, Le Mans

Gestion des intérêts déclarés

Tous les participants à l'élaboration du PNDS sur l'Anorexie Mentale à début Précoce ont rempli une déclaration d'intérêt disponible sur le site internet du centre de référence <http://crmerc.aphp.fr/pathologie/anorexie-mentale-enfant/>

Les déclarations d'intérêt ont été analysées et prises en compte, en vue d'éviter les conflits d'intérêts, conformément au guide HAS « Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts » (HAS, 2010).

Modalités de concertation du groupe de travail multidisciplinaire

Six réunions en visioconférence ont été organisées aux dates suivantes :

- 17/11/2021
- 14/01/2022
- 16/03/2022
- 08/04/2022
- 13/05/2022
- 17/06/2022

Annexe 2. Coordonnées du(des) centre(s) de référence, de compétence et de(s) l'association(s) de patients

- Centre de Référence Maladie Rare Anorexie Mentale Prépubère
AP-HP - CHU Robert Debré - Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
48 bd Sérurier 75019 Paris
- Centre de Compétence Maladie Rare Anorexie Mentale Prépubère
AP-HM - Hôpital Salvator - Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
249 bd de Sainte Marguerite, 13009 Marseille
- Centre de Compétence Maladie Rare Anorexie Mentale Prépubère
Centre Hospitalier Henri Laborit - Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
370 avenue Jacques Coeur 86021 Poitiers
- FNA-TCA chez Mme Danielle Castellotti 11, rue Hoche 94210 Saint-Maur-des-Fossés
- Centre de Référence Maladies Endocriniennes de la Croissance et du Développement
AP-HP Nord - CHU Robert Debré - Service d'endocrinologie pédiatrique
48 bd Sérurier 75019 Paris

Autres ressources : Filière de santé maladies rares endocriniennes Firendo
<http://www.firendo.fr>

Annexe 3. Référentiel de compétences du Programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) avec une anorexie mentale prépubère du CRMR AMP, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris.

Référentiel de compétences	
Comprendre, s'expliquer	
Connaitre les symptômes liés à la maladie	Prendre conscience que ce trouble est une maladie
	Connaitre la maladie
	Connaitre les différents symptômes
	Connaitre la physiopathologie de la maladie (facteurs favorisants, facteurs précipitant, facteurs pérennisant)
	Connaitre les petits symptômes (comportements anorexiques comme cacher de la nourriture, couper en tout petit, etc...) et leurs liens avec la maladie (« cercle vicieux »)
	Connaitre des stratégies alternatives aux comportements anorexiques
Connaitre les principes d'une alimentation « normale »	Définir ce qu'est l'alimentation intuitive, l'orthorexie, la restriction cognitive
	Savoir quels sont les intérêts de manger, de quoi le corps a besoin pour grandir et se développer, les intérêts de la renutrition
	Connaitre l'intérêt et définition du poids minimum de bonne santé
	Citer les différents TCA
	Connaitre les familles d'aliments
	Savoir choisir un élément de chaque famille à chaque repas

	Connaitre les principes diététiques de diversification/choix variés
	Observer que la diversification se fait d'elle même
Repérer, Analyser, Mesurer	
prendre conscience de son comportement alimentaire "normal"	Reconnaitre la sensation de faim, de satiété, d'appétit, de rassasiement spécifique
	Identifier ses « aliments réconfort »
	Repérer ce qu'est une ration suffisante
Prendre conscience des symptômes liés à la maladie	Identifier les symptômes présents chez soi (y compris cognitions, comportements anorexiques)
	identifier les aliments « faciles » « difficiles » « impossibles »
	Mesurer la présence de la maladie
	Se situer sur le chemin de la guérison
Pratiquer, Faire	
"Manger normalement"	Diversifier progressivement
	Faire un choix varié à partir de l'équilibre alimentaire (variétés d'aliments)
	Manger calmement, en prêtant attention aux goûts, textures, saveurs
	Manger en collectivité, sous le regard des autres, éventuellement non malades
	Savoir entretenir une ambiance conviviale autour du repas (ne pas être focalisé sur son assiette, écouter ce qui se dit, entretenir la conversation, etc..)

Appliquer des techniques de gestion des émotions	Connaitre les techniques de recherche de solution (brainstorming, flèche descendante, balance décisionnelle, acceptation, échelle des valeurs, etc...)
	Pratiquer la relaxation abdominale
	Appliquer les principes du mindfulness
	Appliquer les principes de la flèche descendante, des pensées alternatives
	Appliquer les techniques cognitivo-comportementales d'auto-apaisement
Appliquer les techniques d'affirmation de soi	Mettre en œuvre les différents modes de communication
	Décrire ce qu'est l'inhibition, l'agressivité, l'assertivité
Faire face, Décider, résoudre un problème	
Mettre en pratique les principes d'une alimentation « normale »	Laisser une partie de la ration
	Manger suffisamment dans n'importe quelle situation
Adapter, réajuster	
Faire valoir ses droits	

Informar, éduquer son entourage	
Savoir communiquer autour de sa maladie	Expliquer sa maladie
	Identifier ce qu'on a envie de partager ou non
Exprimer ses besoins, solliciter l'aide de son entourage	
Accepter l'aide de la famille	Dire quand on est en difficulté
	Accepter d'appliquer les techniques de recherche de solutions en famille
Accepter l'aide des soignants	
Mobiliser ses ressources	
-	identifier ses qualités et ses points forts
-	identifier ce qui nous aide dans la lutte contre la maladie
-	Identifier ce qui nous freine dans la lutte contre la maladie

Annexe 4. Outil à destination du clinicien : Méthode pratique de détermination du Poids Minimum de Bonne Santé

Outil à destination du clinicien : Méthode Pratique de Détermination du Poids Minimum de Bonne Santé

Dr A. Ayrolles et Dr C. Stordeur, CRMR AMP, service de psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent, Hôpital R. Debré, AP-HP, Paris

Chez les patient.e.s présentant un diagnostic d'anorexie mentale à début précoce, une renutrition insuffisante impacte négativement le pronostic de croissance et le développement pubertaire.

La définition d'un objectif de poids minimum de bonne santé (PMBS) individualisé et basé sur la trajectoire d'IMC antérieure à l'apparition du trouble du comportement alimentaire est nécessaire.

Il est nécessaire de proposer un protocole de détermination standardisé du PMBS pour chaque enfant. Les courbes de croissance et d'IMC sont indispensables à cette détermination.

Le PMBS est déterminé sur la base de la trajectoire d'IMC pré-morbide du patient. La cible d'IMC est d'abord déterminée (3^{ème}, 10^{ème}, 25^{ème}, 50^{ème} ou 75^{ème} percentile ou parfois un percentile intermédiaire de « milieu de couloir ») puis un produit en croix avec la taille du patient (au moment de l'entrée en hospitalisation) est réalisé pour calculer le PMBS :

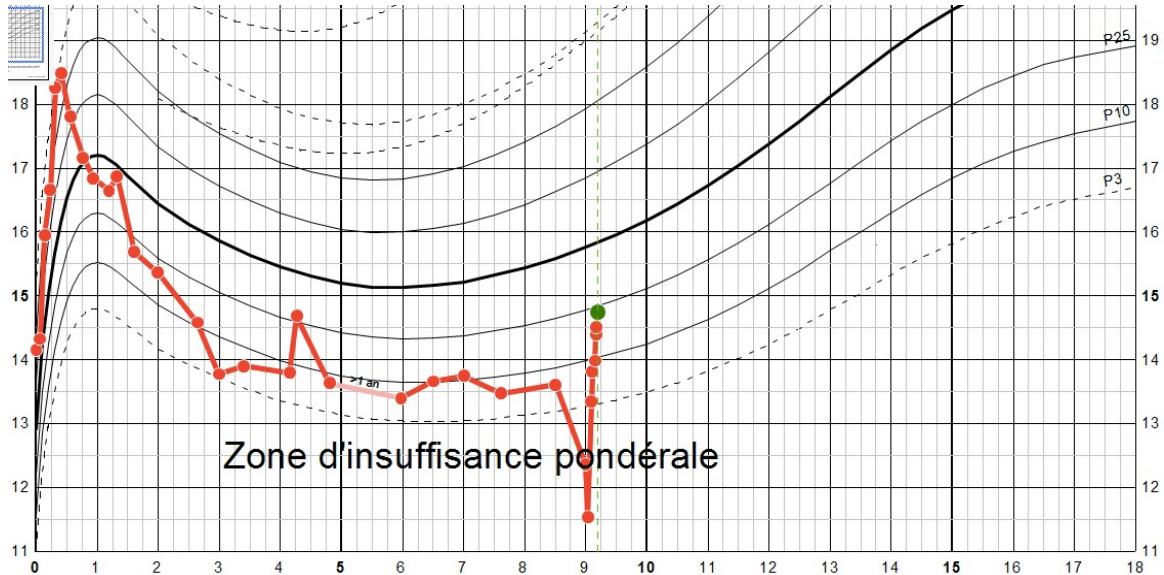
$$\text{PMBS (kg)} = \text{IMC cible (kg/m}^2\text{)} * \text{taille actuelle (m)}^2$$

Le résultat du calcul du PMBS est arrondi au 0.5 supérieur (exemples : 22,1 → 22,5 ; 22,4 → 22,5 ; 22,6 → 23).

La détermination du PMBS peut être réalisée de façon collégiale, en particulier en cas de courbe d'IMC antérieure à la maladie pathologique (par exemple: surpoids).

Exemples de courbes et choix du couloir d'IMC cible

- ◆ Voici l'exemple d'une patiente de 9 ans présentant une chute de son IMC à l'âge de 9 ans. La courbe d'IMC est légendée en percentile.



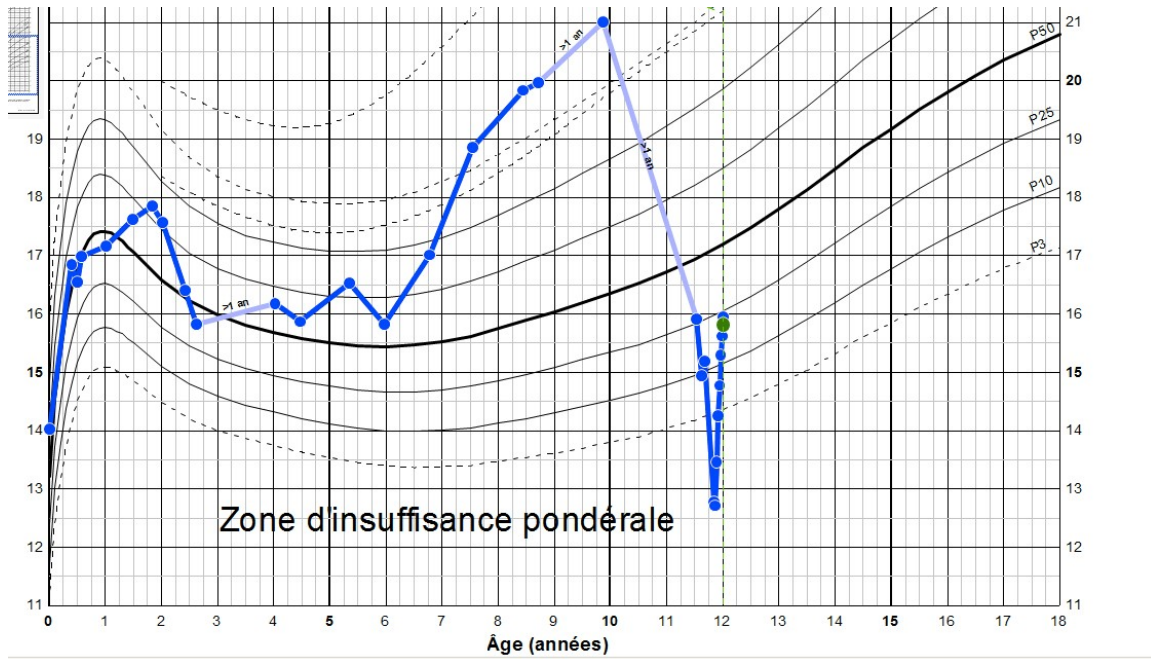
On observe donc une trajectoire d'IMC pré-morbide régulière entre le 3^{ème} et le 10^{ème} percentile de l'âge de 3 ans à l'âge de 8 ans ½ (avec 1 point au-dessus du 10^{ème}).

Sur la base de la courbe en percentile, un objectif de reprise d'IMC au 10^{ème} percentile correspondrait à un IMC cible = 14 kg/m²

PMBS = IMC cible * taille actuelle² = 14 * 1,31² = 24 kg.

- ◆ Certains patients présentent un surpoids ou une obésité précédant l'épisode d'anorexie mentale. L'objectif de renutrition doit alors cibler la trajectoire d'IMC précédent le surpoids ou l'obésité, souvent le 75^{ème} p. d'IMC.

Voici la courbe d'IMC d'un jeune patient de 12 ans.



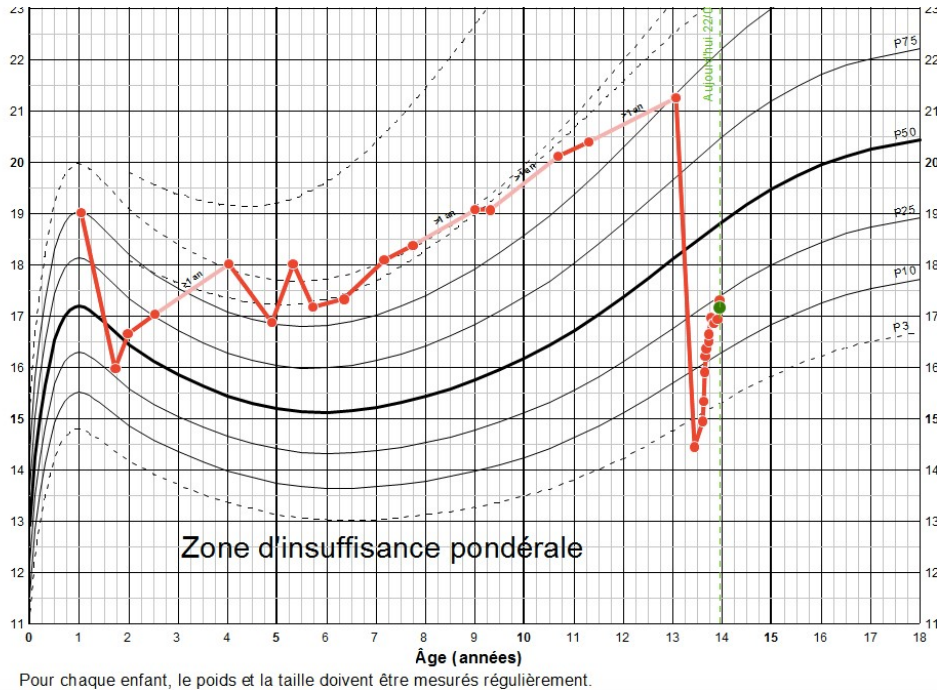
La trajectoire pré-morbide avant 6 ans oscille entre le 50^{ème} et le 75^{ème} percentile avec un point au-dessus du 75^{ème} p. à 5 ans 4 mois.

Un objectif d'IMC cible au 75^{ème} percentile correspondrait à un IMC = 18,5 kg/m²

PMBS = IMC cible * taille actuelle² = 18,5*1,46²= 39,43 soit PMBS = 39,5.

- ◆ Certains patients présentent une trajectoire d'IMC en surpoids depuis l'enfance. Dans ce cas, il ne s'agit pas de retrouver un IMC en surpoids, nous fixons donc un objectif d'IMC cible au 75^{ème} percentile.

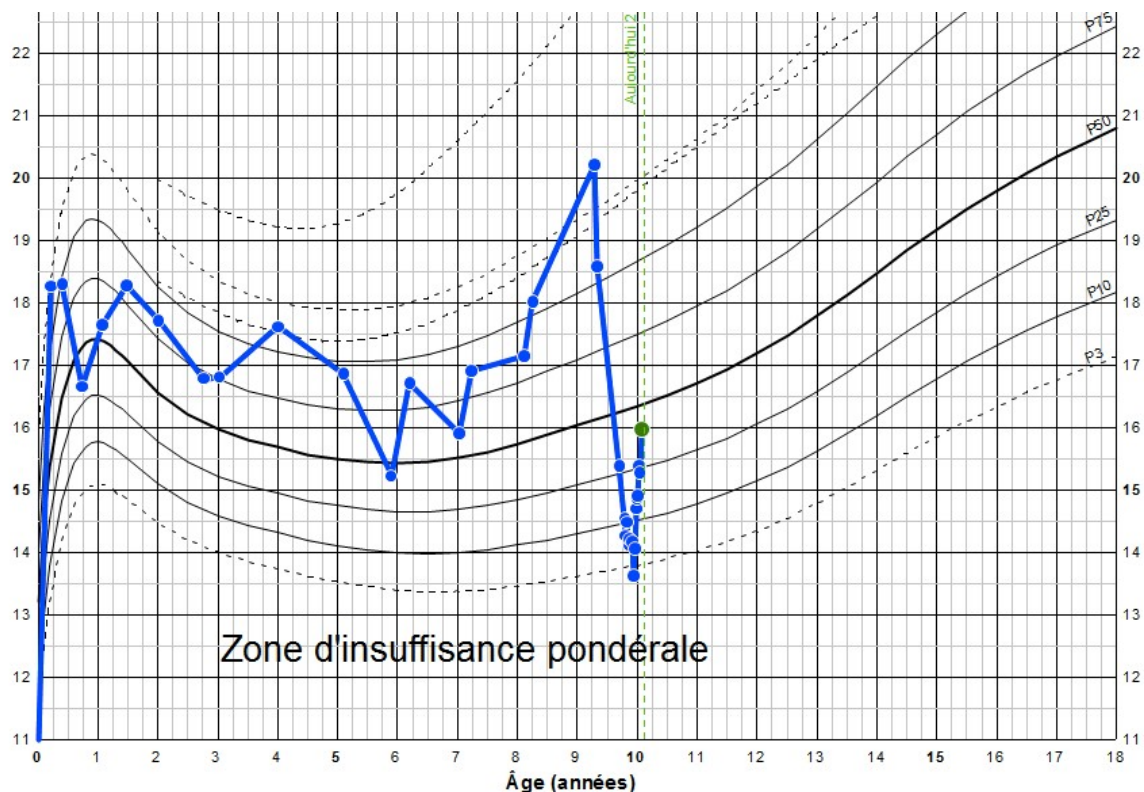
Voici la courbe d'IMC d'une jeune patiente de 13 ans.



L'IMC au 75^{ème} percentile est à 20,5 kg/m².

PMBS = IMC cible * taille actuelle² = 20,5*1,68²= 57,86 soit PMBS = 58kg.

- ◆ Dans d'autres cas la trajectoire d'IMC présente de nombreuses oscillations. Il est plus difficile de déterminer le PMBS.
- ◆ Voici la courbe d'un jeune patient de 10 ans.



L'IMC pré-morbide oscille entre le 50^{ème} et le 97^{ème} percentile. Nous avons établi l'IMC cible au 75^{ème} percentile, soit 17,5 kg/m².

PMBS = IMC cible * taille actuelle² = 17,5*1,37²= 32,84 soit PMBS = 33kg.

Annexe 5. Anomalies du bilan standard et hormonologique dans l'anorexie mentale.

Dr^e Corinne Blanchet - Maison de Solenn, AP-HP, Paris.

Modifications adaptatives au TCA	Modifications reflétant une mauvaise tolérance au TCA	Modifications reflétant une mauvaise tolérance à la renutrition (SRI**)	Modifications évocatrices d'un diagnostic intriqué/diagnostic différentiel
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anémie normochrome normocytaire (30%) ➤ Leuco-neutropénie (30%) ➤ Hypokaliémie (20 %) ➤ Hyponatrémie (10 %) ➤ Créatinine, urée : insuffisance rénale fonctionnelle ➤ Glycémie à jeun basse (<0.7 g/l) ➤ Hypercholestérolémie totale ➤ Hyperferritinémie ➤ ALAT, ASAT < 5N (45%) ➤ Vitamines D, B9, Folates: déficits variables (38%) ➤ FT3 basse avec TSH normale ➤ IgF1 basse ➤ Estradiol ou testostérone basse avec LH et FSH non augmentées ➤ cortisolurie des 24H00 augmentée 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pancytopénie (3%): hypoplasie à aplasie +/- dégénérescence gélatineuse de la moelle osseuse ➤ ALAT, ASAT >10 N ➤ Cétonurie (cétose de jeûne) ➤ Insuffisance hépatocellulaire (diminution facteur V, TP, hypoalbuminémie) : exceptionnelle ➤ Insuffisance rénale sévère aiguë avec anomalies métaboliques (hyperkaliémie, acidose) ou chronique (anémie) ➤ Rhabdomyolyse (CPK élevées) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hypophosphorémie ➤ Hypomagnésémie ➤ Hypokaliémie ➤ Carence vitamine B1 ➤ Hémolyse ➤ Thrombopénie ➤ Cytolyse hépatique ➤ Hypo ou hyperglycémie ➤ CPK élevées <p>** Syndrome de renutrition inappropriée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Syndrome inflammatoire (CRP et/ou VS élevée, hyperleucocytose) ➤ Anémie sévère et/ou ferriprive ➤ Thrombopénie isolée ➤ Hyperkaliémie ➤ Hyperglycémie ➤ Hypoalbuminémie ➤ ACTH, Cortisol (matin) effondrés ➤ TSH augmentée ou indétectable

Annexe 6. Autres

► Critères diagnostiques DSM 5 et CIM 10 et CIM 11

• Critères diagnostiques DSM 5

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C. 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, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Note de codage : Le code CIM-9-MC pour l'anorexie mentale est 307.1, quel que soit le sous-type. Le code CIM-10-MC dépend du sous-type (voir ci-dessous).

Spécifier le type :

(F50.01) Type restrictif : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

(F50.02) Type accès hyperphagiques/purgatif : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

• Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A. Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.

C. Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.

B. La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.

D. Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de

modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.

E. Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Diagnostic différentiel : le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.

• Critères CIM-11 de l'anorexie mentale 6B80

L'anorexie mentale se caractérise par un poids corporel considérablement bas pour l'âge, la taille et le stade de développement de l'individu, qui n'est pas dû à une autre affection médicale ou à l'indisponibilité de nourriture. Un seuil communément utilisé est un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m² chez les adultes et un IMC pour l'âge en-dessous du 5ème percentile chez les enfants et les adolescents. Une perte de poids rapide (p. ex. perte de plus de 20 % du poids corporel en 6 mois) peut remplacer la directive du poids corporel bas dans la mesure où les autres critères de diagnostic sont satisfaits. Les enfants et les adolescents peuvent ne pas réussir à prendre du poids comme attendu selon la courbe de développement individuelle plutôt que de perdre du poids. Le poids corporel bas s'accompagne d'un schéma persistant de comportements destinés à empêcher la restauration d'un poids normal, lesquels peuvent inclure des comportements visant à réduire l'apport d'énergie (alimentation restreinte), des comportements de purge (p. ex. se faire vomir, abuser des laxatifs) et des comportements visant à augmenter la dépense d'énergie (p. ex. activité physique excessive), habituellement associé à une peur de prendre du poids. Le faible poids corporel ou la silhouette mince est essentiel(le) pour l'auto-évaluation de la personne ou est perçu(e) à tort comme étant normal(e) voire trop gros(se).

- ▶ Fiche clépsy Repérage et prévention de l'anorexie mentale chez l'enfant

<https://www.clepsy.fr/reperage-et-prevention-de-lanorexie-mentale-chez-lenfant/>

Repérage et prévention de l'anorexie mentale chez l'enfant

Rédigé par Dr Anaël Ayrolles (psychiatre), Mme Hélène Poncet-Kalifa (psychologue) et Dr Coline Stordeur (pédopsychiatre) - Centre de Référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début précoce – Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Centre d'excellence des troubles du neurodéveloppement, Hôpital Robert Debré, Paris, France

Troubles des conduites alimentaires

L'ANOREXIE MENTALE, QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires avec un retentissement sur la santé pouvant être majeur.

Les enfants souffrant d'anorexie mentale présentent :

1) Des difficultés à maintenir un poids suffisant pour leur âge et leur taille car ils mettent en place des comportements visant à maigrir ou à ne pas prendre de poids (manger moins, éviter certains aliments, se dépenser de façon excessive...)

2) Une peur intense de grossir, qui vient occuper toute la place dans leurs pensées

3) Une perturbation de leur image corporelle : ils peuvent se voir très gros alors qu'ils ne le sont pas, porter une attention exagérée à certaines parties de leur corps (par ex : le ventre, les cuisses)

C'est un trouble qui peut toucher les filles ET les garçons, quel que soit le milieu dans lequel ils évoluent. Les premiers symptômes peuvent apparaître dès 6-7 ans.

C'est une maladie d'origine multifactorielle.

REPERER UN ENFANT AYANT UNE ANOREXIE MENTALE

Si la confirmation du diagnostic nécessite une évaluation médicale, certains signes chez l'enfant peuvent faire questionner la présence d'une anorexie mentale :

DANS SON RAPPORT AU CORPS

- Perd visiblement du poids
- Fait des malaises, a souvent la tête qui tourne
- Exprime des plaintes sur son corps ou des parties de son corps qu'il/elle trouve trop gros, se compare à ses camarades
- Présente une pratique sportive intensive : fait du sport dans sa chambre de manière excessive et quotidienne, utilise des prétextes pour se lever fréquemment en classe, court seul jusqu'à s'épuiser en récréation, monte de façon répétée des marches d'escalier, continue de charger inutilement son cartable malgré des rappels de l'adulte, s'assoie sur le rebord de sa chaise et adopte une posture gainée, réalise des mouvements non nécessaires comme des balancements de jambe en continu, demande fréquemment à sortir de la classe ou de table pour faire des allers-retours aux toilettes, reste debout le plus possible
- Refuse de participer aux cours de natation

- Porte des vêtements amples pour cacher son corps ou au contraire porte des vêtements moulants qui exposent sa maigreur
- S'expose au froid en refusant de porter son manteau ou en portant des vêtements trop courts, inadaptés à la saison (dans le but de perdre plus de calories) ou en coupant le chauffage dans sa chambre

DANS SON RAPPORT A L'ALIMENTATION

- Ses camarades rapportent qu'il/elle ne mange rien à la cantine depuis plusieurs jours ou mange toujours la même chose. Il picore à table et /ou saute des repas
- Ne participe pas aux goûters en classe, refuse les bonbons et les sucreries
- Tient très fréquemment des propos qu'il n'est pas possible de remettre en question autour de l'alimentation ou met en garde sur les aliments « gras » ou trop « riches », est hyper-focalisé sur l'amélioration de ses performances, sur son poids
- Ne boit pas suffisamment
- Rappelle des maux de ventre chroniques ou d'autres plaintes douloureuses notamment après les repas.

EN SITUATION D'APPRENTISSAGE

- Son attitude ou ses performances scolaires ont changé
- Présente des exigences marquées/excessives sur ses performances scolaires
- Est fatigué(e)
- Semble ralenti
- A du mal à se concentrer, à écouter, semble perdu dans ses pensées
 - ⇒ Certains enfants souffrant d'anorexie peuvent maintenir longtemps de bons niveaux de performances académiques et même parfois s'investir de façon intensive dans le travail scolaire. Cela est en lien avec un tempérament perfectionniste. Cependant, petit à petit, avec la dénutrition, le corps fonctionne en mode « économie d'énergie » et apparaissent alors des difficultés de concentration, un épuisement.

DANS SES RELATIONS AUX AUTRES

- S'isole, reste seul en récréation, ne veut pas inviter ou être invité
- Participe moins aux conversations, aux activités avec ses amis

DANS SES MANIFESTATIONS EMOTIONNELLES

- Semble triste
- Manifeste de l'anxiété, par exemple en lien avec le travail scolaire
- Est plus irritable
- Se dévalorise
 - ⇒ Le perfectionnisme et l'obsession pour les bonnes notes peuvent entraîner une anxiété, une insatisfaction qui retentissent sur l'estime de soi et le moral de l'enfant.

Tous ces éléments isolés ou non doivent alerter lorsqu'ils se reproduisent régulièrement pendant plus de deux semaines.

Ils justifient de prévenir les parents de l'enfant et de les orienter vers leur médecin traitant. Le médecin scolaire peut également être un interlocuteur privilégié dans pareil cas.

Un malaise, un arrêt complet de l'alimentation et de l'hydratation justifie d'alerter immédiatement et l'enfant doit consulter un professionnel de santé sans attendre.

PREVENTION

Des messages éducatifs de non-jugement, d'acceptation de la diversité et d'approche positive du corps peuvent être abordés en famille, en cours de sport, en cours d'éducation civique, en cours de sciences par exemple, afin d'encourager bienveillance, tolérance et acceptation de soi et de prévenir le harcèlement et les moqueries. Certains enfants traversant un épisode d'anorexie mentale étaient auparavant en surpoids ou obèses. Beaucoup avaient souffert de moqueries.

La prise en charge des symptômes de stress ou de détresse psychologique des enfants est également importante. En effet, sans prise en charge, certains peuvent développer secondairement une anorexie mentale ou d'autres maladies psychiatriques.

LES PIEGES A EVITER

La mauvaise compréhension des campagnes de prévention de l'obésité

Si les messages de prévention du surpoids et de l'obésité sont justifiés, il est nécessaire d'être vigilant sur la manière de présenter ces messages et sur la population qui va les recevoir. Certains enfants anxieux ou très soucieux de respecter les règles peuvent les appliquer de façon excessive.

Par exemple : « Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas » peut faire croire à certains enfants que « c'est mal de prendre un goûter » alors que les enfants ont besoin de 4 repas par jour ! ou encore « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé » peut être compris comme une interdiction de consommer du beurre, de la crème, de l'huile, du sucre, des bonbons, des gâteaux, des chips, des biscuits apéritifs... ce qui n'est pas le but du message !

Cela peut alors favoriser le développement d'un trouble des conduites alimentaires.

La stigmatisation des personnes avec un surpoids ou une obésité peut également contribuer au développement d'un trouble des conduites alimentaires chez certains enfants qu'ils soient ou non en surpoids.

Une alimentation adaptée doit être diversifiée, répondre aux besoins nutritionnels de l'enfant mais aussi remplir une fonction sociale et de plaisir. Les messages de santé publique ne doivent pas cibler le poids mais le bien-être physique, mental et social de l'enfant.

Les comparaisons de poids en sport

De même les comparaisons de poids entre enfants (a fortiori entre enfants de tailles différentes), les remarques sur la silhouette, ou sur la taille peuvent focaliser les préoccupations de l'enfant sur son corps et favoriser le développement de troubles.

Les enfants n'ont pas tous la même morphologie et ne débutent pas tous leur puberté au même âge.

Le regard sur la santé mentale

Lorsqu'un enfant présente ou est suspecté de traverser un épisode d'anorexie mentale, les réactions de ses camarades peuvent varier. Certaines rumeurs conduisent parfois à isoler davantage l'élève et peuvent majorer ses difficultés. Il est nécessaire de les prendre en compte et d'agir face à ces rumeurs.

Elles reflètent parfois la mauvaise compréhension des maladies psychiatriques ou les craintes des autres enfants et renforcent la stigmatisation. Il est nécessaire de démystifier la maladie en donnant aux enfants une information appropriée à leur âge. Il peut être utile pour un enseignant de travailler directement avec l'enfant ou le groupe d'enfant qui initie/perpétue la rumeur en leur rappelant le caractère confidentiel et personnel d'un diagnostic médical.

Les élèves peuvent être responsabilisés sans être culpabilisés "Pourrais-tu m'aider à stopper les rumeurs sur XX en étant vigilant auprès de tes camarades..."

Des inquiétudes pour un enfant ?

Souvent, même devant des difficultés marquées, l'enfant insiste pour dire qu'il va bien : un des symptômes de l'anorexie est la difficulté à reconnaître la présence ou la sévérité de la maladie. La dénutrition peut avoir des conséquences au niveau cérébral et rendre difficile la perception de ses propres difficultés. Il est important que les adultes qui suspectent une anorexie mentale chez un enfant fassent part de leurs inquiétudes aux parents.

Les enfants ayant un surpoids ou une obésité doivent également pouvoir bénéficier d'un accompagnement par des professionnels de santé.

En tant que parents, il est important de consulter un médecin pour son enfant au moindre doute et d'avoir un suivi biennuel préventif de la santé de leur enfant auprès du médecin traitant.

L'anorexie mentale de l'enfant est une maladie grave. Le repérage précoce est essentiel, il améliore le pronostic. Les grands enfants consultent moins souvent leur médecin traitant que les plus jeunes. Les enseignants et les autres professionnels travaillant avec les enfants sont donc des maillons clés du repérage de cette pathologie, aux côtés des parents et des proches. Ils peuvent également être des acteurs de prévention en prônant des messages de tolérance et en luttant contre le harcèlement.

- Fiche clépsy Ressources pour les parents ayant un enfant présentant un épisode d'Anorexie Mentale Prépubère
<https://www.clepsy.fr/ressources-pour-les-parents-ayant-un-enfant-souffrant-d-une-anorexie-mentale-a-debut-precoce/>

Ressources pour les parents ayant un enfant présentant un épisode d'Anorexie Mentale Prépubère

Dr Coline Stordeur et Dr Vincent Trebossen, pédopsychiatres, Hélène Poncet-Kalifa, psychologue cognitivo-comportementaliste, Lucile Noël, psychologue, thérapeute familiale, Florence Bergametti, diététicienne.

Centre de Référence des Maladies Endocriniennes de la Croissance et du Développement
Centre de Référence Maladies Rares Anorexie Mentale à Début Précoce
Hôpital Universitaire Robert Debré – APHP, Paris.



FFAB

Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
(anciennement AFDAS-TCA)

Avec le soutien de la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) –www.ffab.fr

Qu'est-ce que l'Anorexie Mentale chez l'enfant prépubère ?

C'est une maladie rare qui touche entre 1 et 3 enfants pour 100 000. On retrouve une majorité de filles souffrant de cette maladie mais les garçons aussi peuvent être atteints.

L'enfant qui souffre d'anorexie refuse de maintenir un poids minimum normal pour son âge et sa taille, a une peur intense de prendre du poids et souvent une perturbation de son image corporelle. Parfois le tableau est plus trompeur au début de la maladie avec, des maux de ventre et une réduction qualitative (l'enfant supprime des aliments) et quantitative (diminution de la quantité de nourriture) des apports alimentaires sans que l'enfant exprime des pensées anorexiques. *Les pensées anorexiques sont des pensées qui viennent toutes seules et qui sont le reflet du mal-être que ressent l'enfant (exemple : « je suis trop gros(se) ; mon ventre est énorme ; j'ai peur de grossir »).* La maladie débute avant l'adolescence et avant les premières règles chez les filles. Elle peut être diagnostiquée dès l'âge de 8 ans.

C'est une **maladie grave** avec un impact physique et psychologique sur le fonctionnement des enfants. L'anorexie mentale à début précoce a des effets potentiellement irréversibles sur la croissance, la puberté, la minéralisation osseuse et le développement cérébral. Il est

essentiel de prendre en charge les patients atteints le plus tôt possible mais souvent le diagnostic est retardé. Le début de la maladie est parfois insidieux.

L'anorexie mentale peut menacer le pronostic vital du patient ou de la patiente. Cependant la plupart des enfants en guérira ou verra son état de santé s'améliorer en grande partie. Cette maladie n'est pas constitutionnelle, ni une fatalité. Cette évolution favorable est rendue possible par la mobilisation coordonnée des soignants et par l'investissement de la famille, en lien avec les professionnels.

Les Signaux d'alerte de l'Anorexie Mentale Prépubère

Un enfant est un être en développement donc en croissance. Un enfant en bonne santé doit toujours prendre du poids et grandir au fil des trimestres, toute stagnation du poids et a fortiori de la taille doit alerter. Un enfant qui perd du poids ou dont le poids stagne doit pouvoir bénéficier d'une consultation médicale rapidement.

Si votre enfant arrête totalement de boire et/ou de manger pendant 24h alors c'est une urgence : prenez un avis médical sans tarder.

Le fait de sauter des repas ou de supprimer des aliments « gras » ou « sucrés » ou trop « riches », un enfant qui réduit progressivement ses apports alimentaires, qui ne finit plus son assiette, qui ne prend plus ni dessert ni entrée... tous ces éléments isolés ou non doivent alerter lorsqu'ils se reproduisent régulièrement pendant plus de deux semaines. Ils justifient un échange téléphonique ou en visioconférence avec le médecin traitant de l'enfant.

Parfois, ce sont des maux de ventre chroniques ou d'autres plaintes douloureuses qui sont au premier plan et entraînent initialement la réduction des apports alimentaires. L'amaigrissement n'est souvent remarqué que secondairement. En l'absence d'une autre cause retrouvée à ses douleurs et après avis d'un pédiatre, il faudra savoir évoquer l'anorexie mentale.

Enfin, la pratique sportive de plus en plus intensive doit inciter à une vigilance notamment sur les apports alimentaires et sur l'objectif poursuivi au travers de cette hyperactivité. L'enfant cherche-t-il à maigrir, à être très musclé, à ne plus avoir de gras ? Au moindre doute, prendre conseil auprès d'un professionnel de santé.

Au quotidien, à la maison, nos recommandations :

- Faites preuve de cohérence éducative, les règles doivent être les mêmes avec chacun des deux parents, ainsi ce sera plus simple pour votre enfant.
- Informez-vous pour mieux comprendre la maladie de votre enfant [et échangez avec l'équipe qui vous suit](#).
- Travaillez en partenariat avec les professionnels de santé.
- Apprenez comment parler de la maladie avec votre enfant.
- Mais ne vous focalisez pas exclusivement sur la maladie.
- Continuez à vivre et à prendre aussi soin de vous, et du reste de la famille.

[Vous pouvez aider votre enfant ! Soyez-en convaincus.](#)

Troubles anxieux et TOC sont des maladies souvent associées à l'anorexie mentale.

Les professionnels de santé, vos personnes ressources.

La prise en charge habituelle d'un enfant souffrant d'anorexie mentale, fait intervenir **plusieurs professionnels qui se coordonnent** entre eux, d'où de nombreux rendez-vous et déplacements. Le pédiatre ou le pédopsychiatre ou le médecin traitant (généraliste) joue le rôle de « chef d'orchestre » des prises en charge.

Souvent les prise en charges suivantes sont proposées aux enfants avec une anorexie mentale :

- Suivi pédopsychiatrique
- Suivi somatique (pédiatre ou médecin généraliste)
- Suivi de la croissance et du développement pubertaire (endocrinologue pédiatre)
- Suivi en thérapie individuelle (Thérapie Cognitivo-Comportementale ou approche intégrative)
- Suivi en thérapie familiale
- Suivi diététique
- Éducation thérapeutique du patient et de la famille
- Possibilité de rencontrer l'assistante sociale si besoin d'aide pour des démarches administratives ou d'aides financières (si difficultés en lien avec la maladie) par exemple.

En cas d'urgence (malaise, perte de connaissance, arrêt complet de la prise d'aliment et/ou de boisson, crise suicidaire...) les urgences restent ouvertes. Dans la mesure du possible, prévenez votre médecin avant de vous déplacer.

Comment gérer les repas de votre enfant ?

Le principal est de rester **ferme** et **bienveillant** avec votre enfant. Il faudra aussi être bien **organisé**.

Avant les repas :

- Organiser les repas en fonction des objectifs alimentaires personnalisés/feuille de route alimentaire de votre enfant.
- Planifier des menus à l'avance (sur une semaine par exemple) et les présenter à votre enfant afin d'anticiper au mieux d'éventuelles difficultés.
- Maintenir des horaires fixes pour les quatre repas.

– Si le repas reste un moment anxiogène des exercices de relaxation et de respiration peuvent être fait avant chaque repas.

Pendant le repas :

– Rendre le cadre agréable et convivial : mettre de la musique, centrer la discussion sur des sujets joyeux (le dernier livre/film que vous avez aimé par exemple !), éviter toute conversation autour de l'alimentation ou du poids.

– La préparation de l'assiette revient aux parents, si l'enfant se sert seul, les parents valident les portions.

– Faire attention à la durée du repas (en moyenne 45 minutes pour le déjeuner et le dîner et 30 minutes pour le petit-déjeuner et le goûter) : si votre enfant prend trop de temps, n'hésitez pas à le stimuler avec bienveillance régulièrement. Au contraire s'il se précipite trop, l'inviter à ralentir. Vous pouvez également utiliser un timer !

– Gérer les comportements alimentaires liés à la maladie (petites bouchées, tri alimentaire, ...) en le stimulant à faire autrement au cours du repas. Les objectifs peuvent être fixés à l'avance en accord avec le médecin et le psychologue.

– Veillez aussi à ce que votre enfant s'hydrate suffisamment (en moyenne 1 à 1 litre 500 d'eau par jour, soit 1 à 2 verres d'eau par repas).

– Devant le blocage, l'opposition, la difficulté... NEGOCIER !

– Demander à l'enfant ce qu'il se sent capable de faire /de manger.

– Faites part de vos attentes à vous, pour l'aider à lutter contre la maladie.

– « On coupe la poire en deux ». Ainsi la maladie ne gagne pas tout à fait et le parent ne perd pas entièrement.

Après le repas :

– Privilégier une activité calme et plaisante après le repas (jeu de société, coloriage, lecture...).

– Refaire des exercices de respiration et de relaxation si l'anxiété persiste ou si l'enfant exprime des douleurs au ventre par exemple.

Rappelez-vous, qu'il n'y a pas UNE règle de gestion des repas, mais plusieurs. Toutes les règles sont valables : gestion parentale un peu plus « directive » ou au contraire organisation/négociation/planification avec son enfant, douceur, fermeté, manger en famille ou s'isoler avec lui... Toute ces alternatives sont acceptables à condition d'obtenir le résultat escompté : une prise alimentaire correcte (minimum) de son enfant. **Chacun utilisera au mieux ces conseils selon son fonctionnement familial et ses possibilités.**

La première stratégie, c'est de demander à votre enfant ce qui pourrait l'aider à manger et de le faire. Attention, la stratégie qui sera efficace un certain jour, une certaine semaine ne sera

pas forcément valable tout le temps. Il faudra vous adapter. Savoir changer de stratégie quand vous serez dans l'impasse et cela autant de fois que vous vous retrouverez bloqué. Notez qu'une manière de faire que vous aviez abandonnée auparavant peut redevenir efficace. Soyez persévérant !

Comment gérer l'angoisse ?

Dans l'anorexie mentale prépubère l'angoisse concerne souvent des préoccupations quant à la prise de poids et à l'apparence physique. Elle peut aussi porter sur la crainte du jugement des autres, sur la peur de grandir, de voir sa silhouette se modifier, de devoir petit à petit prendre une certaine indépendance. Les motifs d'inquiétudes peuvent être variés (préoccupations pour sa santé, son avenir, la santé de ses proches...). L'anorexie apparaît plus souvent chez les sujets anxieux.

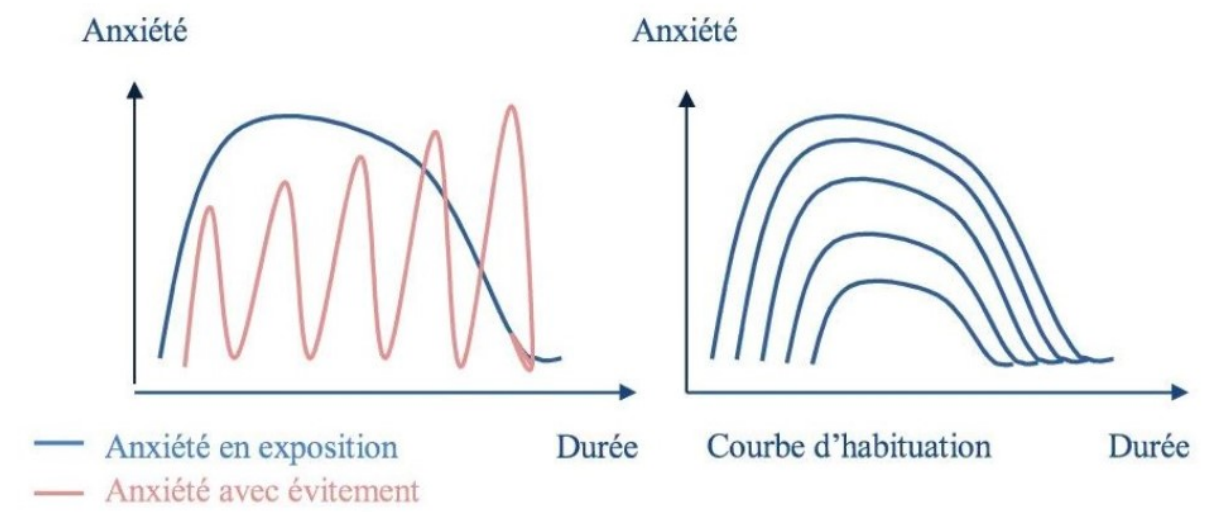
L'angoisse c'est quoi ?

A la différence de la peur qui est là pour nous avertir d'un danger, l'anxiété est une tendance à se faire du souci de façon excessive à propos de quelque chose. C'est une sensation pénible que l'enfant va, par certains comportements, chercher à éviter (évitement de certains aliments, des situations de repas, d'inactivité) ou à apaiser (hyperactivité, restriction alimentaire). Ces stratégies procurent dans un premier temps un certain sentiment de contrôle.

Cependant, plus l'enfant évite une situation qui l'inquiète, plus il se sent incapable de l'affronter à nouveau. L'anxiété augmente en intensité et en fréquence, et les comportements inadaptés pour l'apaiser avec. On se fait parfois davantage de souci à l'idée de faire quelque chose en comparaison de l'anxiété réellement ressentie en réalisant cette action. En revanche, lorsqu'on s'expose progressivement à une situation qui nous fait peur, c'est-à-dire lorsqu'on se fixe de petits objectifs atteignables, graduellement, marche après marche, l'anxiété va monter, puis va se stabiliser pendant un certain temps puis va redescendre. Et la répétition de l'exposition à cette situation va permettre petit à petit à l'anxiété de diminuer en intensité, de durer moins longtemps avant de redescendre.

C'est ce qu'on appelle le phénomène d'habituation. La situation pourra alors être vécue avec de moins en moins d'inquiétude.

Figures 1&2 : Schéma d'anxiété et courbe d'habituation



Comment se manifeste l'anxiété ? Et que faire ?

– Dans son corps : aider votre enfant à repérer les manifestations physiques de son anxiété (maux de ventre, gorge nouée...) et à s'apaiser par la pratique d'exercices de respiration abdominale et de relaxation.

– Dans ses comportements : lorsque votre enfant recommence à faire quelque chose qu'il ne faisait plus (par exemple lorsqu'il réintroduit un aliment qu'il ne mangeait plus) vous pouvez lui rappeler comment fonctionne son anxiété afin de l'encourager. Il peut par exemple mesurer son niveau d'anxiété sur 10 à chaque fois et remarquer si avec le temps et les répétitions, ce niveau baisse petit à petit. Souvent en fin d'hospitalisation, les enfants réalisent qu'ils sont de nouveau capables de réaliser des choses qui leur semblaient inenvisageables à leur arrivée. Ils en retirent un sentiment de fierté.

– Le suivi thérapeutique avec le psychologue pourra aussi s'intéresser aux pensées anxieuses.

Comment aider mon enfant envahi de pensées anorexiques ?

On parle souvent aux enfants souffrant d'anorexie mentale prépubère de « la petite voix de l'anorexie » pour mettre à distance des pensées qui parlent des craintes sur leur poids, sur leur silhouette, de la peur de grossir, d'être imparfait, de grandir. Ce sont des pensées automatiques, qui viennent toutes seules et qui sont le reflet du mal-être que ressent l'enfant. Ces pensées génèrent des émotions désagréables et pour éviter ce ressenti, l'enfant va mettre en place des comportements comme la restriction alimentaire, l'hyperactivité... Elles ne sont pas forcément présentes ou identifiées chez les plus jeunes de ces enfants.

Que faire ?

L'idée est d'aider l'enfant à identifier ces pensées, à les repousser ou à reconnaître le caractère excessif de celles-ci. Cela n'est pas facile et cela prend du temps. Avec la

dénutrition, ces pensées sont de plus en plus envahissantes. Elles apparaissent d'autant plus lors des moments d'ennui et de solitude.

1) Quelles sont-elles ?

D'abord, si elles sont présentes, s'intéresser à « de quoi elles parlent ». Elles sont intéressantes car elles nous renseignent sur ce qu'on redoute, sur ce qui nous fait le plus peur. L'enfant peut avoir un **petit carnet** pour les noter ou les inscrire sur des petits papiers qu'il placera dans **une petite boîte dédiée** : « **un coffre à pensées désagréables** ». Cela lui permettra de mettre à distance ces pensées et, petit à petit, de les identifier comme « la petite voix de l'anorexie » qui déforme la réalité, exagère les conséquences redoutées. Il peut aussi personnifier ces pensées de l'anorexie par un petit personnage qu'il aura dessiné. Le travail de questionnement sur ces pensées et la recherche de pensées aidantes sera fait avec un thérapeute. Apprendre à repérer ces pensées permet déjà d'avancer.

2) Quand ? Dans quelles situations ces pensées sont le plus présentes ?

Cela nous renseigne sur les situations qui sont difficiles pour l'enfant et dans lesquelles il se sent le plus fragile. Cela permet de préparer un petit « plan de bataille » pour se préparer à traverser ces moments.

3) Détourner l'attention

Une « **liste d'activités agréables qui me permettent de m'apaiser sans nuire à ma santé** » peut être réalisée et accrochée dans la chambre de l'enfant par exemple. Il est important qu'il y ait une variété de propositions réalisables. Voici quelques exemples : écouter de la musique, parler à quelqu'un qu'on apprécie, faire un jeu de société en famille, faire de la peinture, écrire...

Comment gérer l'hyperactivité ou l'usage problématique de l'activité physique ?

Qu'est-ce que c'est ?

Dans l'anorexie mentale prépubère, lorsqu'on parle d'hyperactivité, nous faisons référence au fait de réaliser une activité physique de manière fréquente, intensive et excessive. Cet usage problématique de l'activité physique vise à dépenser de l'énergie, à brûler des calories mais il est aussi en partie compulsif (involontaire). D'un point de vue hormonal, au début de la restriction alimentaire, l'organisme adopte un réflexe de défense contre la dénutrition et favorise une recherche active de nourriture qui donne l'illusion d'un surplus d'énergie. L'hyperactivité provoque un apaisement physiologique et permet aussi à l'enfant de lutter contre les pensées liées à l'inquiétude de prendre du poids, à l'image corporelle, et contre les symptômes anxieux et dépressifs. Le fait d'être « inactif » génère souvent de la culpabilité chez les enfants souffrant d'anorexie mentale prépubère.

Comment la repérer ? A quoi faire attention ?

- Activité sportive pratiquée de façon excessive pour leur état
- Posture gainée dans les gestes du quotidien

- Mouvements non nécessaires (bouger les jambes par exemple)
- Faire des activités debout plutôt qu'assis, avec parfois des évitements de situations qui nécessitent d'être assis (télévision, jeux de société...)
- Trouver des prétextes pour se déplacer (faire des allers-retours dans les escaliers sous prétexte d'avoir oublié quelque chose par exemple)
- Activités de rangement intensif, ménage excessif
- Potentielle dissimulation : mettre un réveil plus tôt le matin / en pleine nuit pour faire de l'exercice en toute discrétion.

Pourquoi lutter contre ?

L'hyperactivité fragilise les os et ainsi augmente le risque de fractures spontanées. Elle accentue la perte de poids et peut abîmer durablement les muscles. Elle génère aussi une dépendance : elle agit au départ comme un comportement qui apaise l'anxiété (à l'idée de grossir par exemple). Cependant, pour obtenir cet apaisement de l'anxiété, il s'avère petit à petit nécessaire d'augmenter l'activité physique. On observe alors une perte de contrôle et l'enfant ne parvient plus alors à faire certaines activités (aller au cinéma, jouer à des jeux de société...). C'est un facteur pérennisant de la maladie étant donné son effet stimulant, qui favorise le besoin d'être actif en minimisant l'effet de la fatigue.

Comment réagir ?

- Repérer les comportements en eux-mêmes / Repérer les excès par écrit.
- Repérer dans quelles situations votre enfant y a le plus souvent recours (cela peut être un indicateur des moments qui sont difficiles pour lui, après le repas par exemple). L'accompagner dans la pratique d'exercices de respiration et de relaxation en prévision de ces situations.
- Discuter avec votre enfant autour de ce qu'il se dit pour banaliser ou justifier cette activité.
- En parler avec un professionnel pour que votre enfant puisse être averti des conséquences négatives sur sa santé.
- Exposition au repos : programmer des temps de calme, en définissant un temps donné à l'aide d'un minuteur par exemple. Accompagner votre enfant dans la pratique de la relaxation, assis ou allongé. La relaxation, petit à petit, pourra lui permettre d'apaiser son anxiété d'une façon qui n'est pas mauvaise pour lui.

Réduction progressive de l'activité : **Fixer de petits objectifs** : « cette semaine je résiste à telle activité », inviter son enfant à noter chaque jour à quel point il a réussi à résister à cette activité (par exemple : 0 je n'ai pas du tout réalisé cette activité – 10 aujourd'hui j'ai énormément réalisé cette activité). **Cela permet à votre enfant de visualiser ses progrès**. Les étaler sur une semaine par exemple permet de rester mobilisé même s'il y a eu un jour où il n'a pas réussi. Il est important de commencer par une activité qu'il se sent capable de réaliser et qui le motive (par exemple « je reste assis pendant une partie de tel jeu que j'aime beaucoup »). Il est aussi possible d'instaurer un tableau à points avec un système de récompense. N'hésitez pas à vous tourner vers son pédopsychiatre ou son psychologue pour être guidé dans sa mise en place si cet outil ne vous est pas familier. (fiche outil de motivation au changement : Le tableau à point ou système d'économie de jeton)

- Lui montrer la courbe d'habituation et lui rappeler les mécanismes de l'anxiété
- Vérifier que votre enfant est correctement couvert : avoir froid favorise l'envie de bouger.

Comment aider mon enfant face à la dysmorphophobie ?

La dysmorphophobie est une préoccupation excessive pour certaines parties du corps considérées comme imparfaites. **Il y a un décalage entre la silhouette réelle de l'enfant et l'idée qu'il s'en fait.** L'enfant va alors se focaliser principalement sur ces parties du corps. Cette attention exagérée va prendre beaucoup de place dans l'esprit de l'enfant et est généralement un déclencheur de pensées anorexiques, de pensées négatives sur lui-même. Pour expliquer ce défaut d'attention, on parle souvent aux enfants de « **la loupe de l'anorexie** ». Cette « loupe » fait qu'on va se concentrer attentivement sur certaines parties de son corps et les comparer à un idéal inatteignable. Cette focalisation sur des « défauts » entraîne une vision négative de lui-même. Et cela, sans tenir compte de tous les autres éléments qui interviennent dans ce qui fait les qualités d'une personne : lorsqu'on regarde dans une loupe on ne voit plus ce qu'il y a autour. Cela génère une grande détresse et fait écho aux difficultés d'estime de soi et de confiance en soi. La dysmorphophobie est particulièrement présente lors de la reprise pondérale.

Comment la repérer ?

- Dans le choix des vêtements amples qui pourraient masquer ces défauts ou au contraire des vêtements étroits pour pouvoir contrôler visuellement ces zones.
- Par une tendance à se regarder de manière excessive dans le miroir ou au contraire en évitant toutes ces situations (refuser d'être pris en photo par exemple).
- Par des postures, des façons de se tenir visant à dissimuler ces parties du corps au regard des autres (ne pas être vu de dos, rentrer le ventre en permanence...)

Que faire ?

- Se débarrasser des anciens vêtements trop petits, choisir des vêtements à la bonne taille.
- Encourager l'enfant à choisir des vêtements qui lui plaisent, qu'il trouve beaux.
- Comme évoqué pour les pensées anorexiques plus haut : repérer les situations les plus compliquées et prévoir un petit plan d'action pour réagir (faire de la relaxation, aller parler à quelqu'un, faire une activité agréable).
- Renforcer une vision plus globale du corps, qui dépasse les critères esthétiques : qu'est-ce que mon corps me permet de faire ? (« Grâce à mes mains, je peux jouer du piano, je peux dessiner », « j'aime mes cheveux », « je suis souriante »)
- Prendre soin de son corps, si la situation n'est pas vécue trop difficilement (se faire de jolies coiffures, se déguiser, effectuer des soins du corps : gommage, masques...).
- Renforcer l'estime de soi en soulignant les qualités de votre enfant.

Comment aider mon enfant à développer son estime de soi ?

L'anorexie mentale s'accompagne généralement d'une faible estime de soi, d'une vision négative sur soi-même et d'une anxiété quant au regard des autres. **L'estime de soi se construit petit à petit, par d'infimes actions.** Voici quelques pistes pour renforcer l'estime de soi de votre enfant :

Souligner les qualités

Dire à son enfant ce qu'on aime chez lui (dans son caractère, ses comportements). Il est préférable de s'intéresser aux actes (« j'aime tes dessins », « c'est gentil de jouer avec ta petite sœur », « tu me fais rire ») plutôt qu'à la personne plus globalement (éviter les phrases commençant par « tu ES drôle/gentil »). L'enfant remettra plus facilement en question ces formulations car il n'est pas possible par exemple d'être gentil en permanence, et il pourrait du coup penser aux moments où il ne l'est pas.

Exprimer votre affection à votre enfant

Intéressez-vous à ses goûts, à ses passions, à ses loisirs afin de lui témoigner combien il est digne d'intérêt. Vous pouvez aider votre enfant à faire une liste de ce qu'il aime chez lui, de ses qualités, de ses talents, de ses compétences.

Donnez l'exemple

Nous avons parfois trop tendance à nous dévaloriser nous-mêmes devant notre enfant. Confiez-lui des tâches, demandez-lui de l'aide au quotidien, afin qu'il puisse être fier de lui. Aidez-le à considérer les difficultés qu'il rencontre non pas comme des échecs mais comme des expériences qui permettent d'apprendre.

Aidez-le à exprimer ses émotions

Sac à compliments

Réalisez avec lui (et même pour vous-même) un « Sac à compliments » : tout au long de la journée, l'enfant pourra noter sur des petits papiers les compliments entendus, les actions dont il est fier, les bons moments et les placer dans ce petit sac. Il pourra les relire dans les moments difficiles.

Carnet de victoires

Notez toutes les petites victoires contre la maladie dans un carnet dédié : cela permet de voir le chemin parcouru, et les écrire dans un carnet permet une certaine discrétion. L'enfant qui souffre d'anorexie mentale prépubère ressent souvent une certaine ambivalence quant aux progrès qu'il a fait.

Encouragements

Pensez à encourager votre enfant lorsqu'il a essayé, même s'il n'a pas réussi. Rassurez-le sur votre soutien.

Et la fratrie dans tout ça ?

La fratrie est impactée par la situation. L'ambiance à la maison s'est peut-être dégradée, les parents sont inquiets ou soucieux et les temps de repas sont devenus tendus ou parfois conflictuels. L'enfant qui souffre d'anorexie a peut-être changé d'attitude envers sa fratrie (plus agressif, reste dans sa chambre, ne veut plus jouer comme avant, etc.).

Il arrive que ce soient les frères et sœurs qui aient alerté du changement de comportement alimentaire de leur frère ou sœur.

Il est important de pouvoir parler avec eux de ce qui se passe, de les questionner sur ce qu'ils ressentent (tristesse, colère, culpabilité ?). Les études scientifiques ont montré que ce qui aidait les frères et sœurs était de pouvoir maintenir leurs activités habituelles et d'avoir des relations avec des personnes extérieures. [Encouragez-les à maintenir le lien](#) par téléphone, mail, visio-conférence avec leurs amis et à poursuivre leurs activités de loisir. [Ils ont aussi besoin d'avoir des informations claires sur l'anorexie qu'il faudra adapter en fonction de leur âge.](#)

En bref : Questions / Réponses

1/ Le Poids Minimum de Bonne Santé, c'est quoi ? A quoi ça sert ?

Le [PMBS ou poids minimum de bonne santé](#) correspond à l'objectif de poids fixé par le médecin de votre enfant. Ce PMBS est personnalisé, calculé par le médecin de votre enfant et [dépend de la corpulence de votre enfant avant la maladie](#). Ce poids doit [permettre notamment le redémarrage de la croissance et de la puberté](#). Il n'est pas gravé dans le marbre. Au fil des mois et des années, ce PMBS évoluera puisque votre enfant est en période de croissance. L'intérêt d'atteindre le PMBS est toujours expliqué longuement à votre enfant lors de son annonce ainsi que l'interprétation de ses courbes de croissance (poids et taille) et de corpulence (indice de masse corporelle).

2/ Mon enfant restreint volontairement son alimentation. Donc il le fait exprès ?

Non. Au début de la maladie, il y a souvent un simple régime et une perte de poids qui s'accompagne d'une phase d'exaltation. L'enfant se sent en cohérence avec ce qu'il souhaite être. Le contrôle qu'il a sur son alimentation lui renvoie une image positive de lui-même et le rassure. Il en déduit une croyance : « Plus je maigris, mieux je me sens ». Mais avec la dénutrition apparaissent une humeur triste, des pensées anorexiques envahissantes et une majoration des obsessions alimentaires. Le mal-être réapparaît et en cherchant à retrouver cet état du début, l'enfant va augmenter ses comportements inadaptés. Il entre dans un cercle vicieux avec un sentiment de perte de contrôle. L'anorexie serait en quelque sorte une « mauvaise solution » à un mal être réel.

3/ On me conseille une thérapie familiale donc ça veut dire que « c'est de ma faute » si mon enfant est anorexique ?

[Les recherches effectuées ont montré que la thérapie familiale est efficace en particulier lorsque les enfants sont jeunes](#). Cela ne veut pas dire que la famille est coupable de cette maladie. On sait tout d'abord que le fait d'avoir un enfant qui ne se nourrit plus, est une source importante d'inquiétudes et même d'angoisse. Il est donc évident que toute la famille est impactée par cette situation. La thérapie familiale permet à chacun de s'exprimer sur son vécu et d'entendre le vécu des autres. Par ailleurs, [les thérapeutes sont là pour donner des repères, aider chacun à bien identifier les symptômes liés à la maladie](#) (ce sera une première étape indispensable pour avancer sur le chemin de la guérison) et à adopter des comportements et réactions plus adaptés face aux différentes situations que l'anorexie produit dans la famille. Enfin, [la famille est un allié déterminant de l'équipe soignante](#). Elle détient sans le savoir beaucoup d'éléments nécessaires pour aider les thérapeutes à mieux aider leur enfant. L'anorexie est une maladie complexe plurifactorielle et le facteur famille est un facteur parmi d'autres qui peut participer à l'apparition de la maladie.

4/ Alors d'où vient cette maladie ?

Les causes de l'anorexie mentale à début précoce sont encore peu connues. Les chercheurs s'accordent à dire que cette maladie est la résultante de facteurs génétiques (predisposition) et de facteurs environnementaux multiples. Souvent, on retrouve un ou plusieurs facteurs déclenchants (moqueries, harcèlement...), mais pas toujours. La famille n'est pas la cause de la maladie de l'enfant.

Il existe par ailleurs de nombreux facteurs de maintien potentiels de la maladie dans l'environnement scolaire, amical, familial de l'enfant et c'est bien souvent la famille qui nous aide à les identifier.

5/ Pourquoi surveiller la tenue vestimentaire de mon enfant ?

Avec la dénutrition, la température du corps baisse, ces enfants ont plus facilement froid. Ensuite, certains enfants vont avoir tendance à s'exposer au froid (s'habiller trop légèrement, aérer avec excès, couper les radiateurs) ou au contraire à se couvrir excessivement pour brûler des calories. Être vêtu trop légèrement favorise aussi l'hyperactivité.

Il est aussi important que votre enfant porte des vêtements à la bonne taille. Des vêtements trop amples peuvent favoriser la dissimulation d'une grande maigreur, et a contrario des vêtements trop étroits favorisent les réactions de personnes extérieures sur la silhouette et la focalisation sur la maigreur. Enfin il est important de porter des vêtements à la juste longueur afin de limiter l'exposition au froid (pantalon trop courts...).

6/ Pourquoi mon enfant est triste ?

Avec la dénutrition, le corps utilise le peu d'énergie qu'il a pour maintenir les fonctions vitales et la gestion des émotions apparaît secondaire. On peut dire que **le corps est alors en « mode économie d'énergie »**. Ainsi, une humeur triste est une conséquence directe de la dénutrition. La maladie entraîne par ailleurs une modification des relations sociales : davantage de conflits dans la famille, évitements des événements sociaux de son âge (goûters d'anniversaire...). Cet isolement participe à ce ressenti de tristesse.

7/ Pourquoi le priver de sport alors qu'il aime tellement ça ?

Votre enfant aime le sport, mais cette activité est considérée « à risque » car elle peut être associée à un désir de perdre du poids, et l'enfant peut perdre le contrôle sur l'intensité et la fréquence à laquelle il la pratique. En fonction de son état nutritionnel, l'activité physique peut également être dangereuse pour sa santé : risque de fracture, de malaise par exemple. Dans certains cas, le médecin de votre enfant a prescrit un repos strict et contre-indiqué toute activité physique ou sportive. Il faut alors suivre cette prescription.

Autrement, l'activité physique doit être conditionnée par une bonne prise de la ration alimentaire. Elle augmente les dépenses caloriques, les apports doivent donc être augmentés en fonction (rajout d'une petite collation). Il est conseillé que l'enfant prenne la collation avant l'activité. La prise de la collation conditionne l'activité (pas de collation = pas d'activité physique). Il est conseillé de répartir ces activités sur plusieurs moments de la journée avec un temps maximum de 2 fois 10 minutes par jour. Les types d'activité peuvent varier y compris en intérieur (mettre de la musique et danser, faire un parcours de marche

rapide dans l'appartement...). Les exercices de renforcement musculaires sont contre-indiqués.

8/ Pourquoi des compléments nutritionnels oraux ?

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont des aliments hypercaloriques et existent sous plusieurs formes : boissons lactées ou non, crèmes desserts. Ils sont délivrés en pharmacie sur ordonnance. Ils permettent d'apporter un nombre de calories important avec une quantité équilibrée de nutriments pour une moindre quantité à boire ou manger.

Les CNO peuvent être utilisés si l'alimentation de votre enfant est insuffisante en quantité ou en diversité. Les CNO permettent à l'enfant d'avoir des apports suffisants sur la journée ! Le nombre de CNO pris par jour peut varier, il faut se référer à la feuille de route alimentaire de votre enfant. La transition d'une alimentation avec CNO vers une alimentation solide doit être faite suivant les conseils de l'équipe médicale et diététique.

9/ Pourquoi des médicaments psychotropes ? Dois-je continuer le traitement ? Que faire si je n'ai plus de traitement et pas d'ordonnance de renouvellement ?

Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique validé pour traiter l'anorexie mentale de votre enfant. Cependant, les enfants qui souffrent d'anorexie ont presque tous, soit des symptômes anxieux invalidants autour du repas, soit un trouble anxieux, soit un Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC), soit un trouble dépressif. Certains enfants ont plusieurs maladies.

Il existe des médicaments psychotropes pour apaiser l'anxiété (traitements symptomatiques), et aussi des traitements de fond contre la dépression, le TOC et les troubles anxieux.

Ces raisons peuvent, par exemple, justifier la prise d'un traitement médicamenteux psychotrope par votre enfant. Ce traitement ne sera pas arrêté ni modifier sans avis médical.

10/ Faut-il poursuivre les prises de sang ?

Si l'état de santé de votre enfant le nécessite, pour ajuster la posologie de certains médicaments ou vérifier leur tolérance, votre médecin vous remettra une prescription de bilan biologique.

11/ Est-ce que je dois peser mon enfant ? A quelle fréquence ?

Il est utile de peser votre enfant lors de chaque consultation.

Les pesées à la maison auront lieu au maximum une fois par semaine, toujours au même moment de la journée et dans la même tenue (par exemple pantalon, T-shirt, chaussettes, pour préserver la pudeur de votre enfant).

Les pesées hebdomadaires sont surtout indiquées si l'enfant sort d'hospitalisation ou attend une place d'hospitalisation ou encore si la feuille de route n'est plus bien suivie ou sur conseil du médecin.

12/ Pourquoi une feuille de route alimentaire ?

La feuille de route est un document établi par une diététicienne en prenant en compte les besoins nutritionnels, les goûts et les difficultés de l'enfant. Cette feuille donne des repères aux parents et à l'enfant sur le contenu des repas. Des équivalences validées avec la

diététicienne ou le médecin sont en général possibles. Souvent des compensations sont prévues en cas d'activité sportive autorisée et/ou en cas d'activité physique.

13/ Quelle attitude face aux « tricheries » ?

Les « tricheries » font partie des symptômes de l'anorexie. Elles consistent par exemple à la dissimulation de nourriture ou aux stratégies de modification du poids lors des pesées.

Si vous identifiez un comportement de « tricheries » :

– Parlez-en calmement avec lui en expliquant que cela fait partie de la maladie et que l'anorexie en est responsable

– Formulez de façon claire et simple des objectifs en ayant bien identifié chacun de ses comportements

– Trouvez avec votre enfant des stratégies pour réduire ces comportements, soyez créatifs !
Par ex : pas de vêtements à grande poche pendant les repas, éloigner les animaux de compagnie etc...

– Valorisez ses efforts !

14/ Anorexique un jour, anorexique toujours ?

Dans la majorité des cas, l'évolution des patients avec une anorexie mentale est favorable mais la prise en charge est longue. *On observe une évolution par phases, permettant le plus souvent de passer des paliers qui mènent vers la guérison, même si la réapparition de symptômes envahissants d'anorexie mentale reste possible.* Cependant, il existe des formes chroniques de la maladie, plus ou moins sévères. Et les rechutes ne sont pas rares même après plusieurs mois de rémission. De plus, l'anorexie mentale reste une maladie grave, il faut être vigilant. *Rappelons à nouveau que la plupart des enfants guérit ou voit son état de santé s'améliorer en grande partie et que cette évolution favorable est rendue possible par la mobilisation coordonnée des soignants et par l'investissement de la famille en lien avec les professionnels ainsi que par les efforts de l'enfant pour combattre la maladie.*

Quelques pièges à éviter

· Évitez de parler de l'anorexie et de l'alimentation lors de chaque conversation avec son enfant.

· Valoriser les progrès : oui, mais ne pas en faire trop ; possible vécu de honte d'avoir mangé un aliment jusque-là interdit (ambivalence).

· Les recommandations du type « Évitez de manger trop gras et trop sucré » ne s'appliquent pas à mon enfant.

· Evitez de fixer des objectifs trop élevés.

· Ne pas être le thérapeute de son enfant, rester son parent, ne pas hésiter à solliciter l'équipe soignante.

Pour en savoir plus

N'hésitez pas à poser toutes vos questions aux professionnels de santé qui suivent votre enfant, par mail ou par téléphone ou lors de téléconsultations.

Vous pouvez aussi lire les ouvrages suivants :

- Anorexie, boulimie : Vous pouvez aider votre enfant. C. Doyen, S. Cook-Darzens
- Guide pour la fratrie d'un adolescent souffrant d'un trouble alimentaire. Dr Yves Simon, Isabelle Simon-Baïssas (Conseils utiles aussi pour des enfants de 8-12 ans)
- 50 Exercices pour sortir de l'Anorexie. S. Cook, C. Doyen

Vous pouvez aussi aller sur le site des Associations :

Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) <https://www.ffab.fr/>

Fédération Nationale des Associations TCA (FNA TCA) <https://www.fna-tca.org/bienvenue>

Vous pouvez aussi joindre la permanence téléphonique « Anorexie Boulimie Info Ecoute » au 810 037 037 (0,06€ / min + prix appel local) joignable les lundis, mardis, jeudis et vendredis.

► Critères d'hospitalisation des recommandations HAS 2010 Anorexie Mentale

Critères somatiques d'hospitalisation

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5°C • Hyperthermie
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³)

Critères psychiatriques d'hospitalisation

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
Comorbidités	<p>Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dépression • abus de substances • anxiété • symptômes psychotiques • troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes • Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) • Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> • Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Critères environnementaux d'hospitalisation

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires• Épuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none">• Conflits familiaux sévères• Critiques parentales élevées• Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none">• Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none">• Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

► Les critères pédiatriques de dénutrition sévère de la HAS (2019) :

« • IMC \leq courbe IOTF 17 ; perte de poids $> 10\%$ en 1 mois ou $> 15\%$ en 6 mois par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
• stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs (représentant 3 écart-types) en dessous du couloir habituel ;
• inflexibilité statural (avec perte d'au moins un couloir par rapport à la taille habituelle).
L'observation d'un seul critère de dénutrition sévère suffit à qualifier la dénutrition de sévère ».

Références bibliographiques

1. German Society for Psychosomatic Medicine and Medical Psychotherapy (DGPM), German Society for Eating Disorders (DGEES), German Society for Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy (DGKJP), German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Neurology (DGPPN), German College for Psychosomatic Medicine (DKPM), German Psychological Society (DGPS; 2020). Joint German Guideline “Diagnosis and treatment of eating disorders.” 2021.
2. Hornberger LL, Lane MA. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2021;147(1).
3. Couturier J, Isserlin L, Norris M, Spettigue W, Brouwers M, Kimber M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord*. 2020;8(1):1–80.
4. Danish Health Authority. Clinical Guideline for the treatment of Anorexia Nervosa. 2019.
5. HAS. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. 2019.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: Recognition and treatment. NICE; 2017.
7. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(11):977–1008.
8. Psychiatrists RC of. Junior MARSIPAN: management of really sick patients under 18 with anorexia nervosa. Royal College of Psychiatrists London; 2012.
9. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale: prise en charge. Paris HAS. 2010;
10. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;163:4–54.
11. Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. Children in need—Diagnostics, epidemiology, treatment and outcome of early onset anorexia nervosa. *Nutrients*. 2019;11(8):1932.
12. Kwok C, Kwok V, Lee HY, Tan SM. Clinical and socio-demographic features in childhood vs adolescent-onset anorexia nervosa in an Asian population. *Eat Weight Disord EWD*. 2020 Jun;25(3):821–6.
13. Jenkins ZM, Chait LM, Cistullo L, Castle DJ. A comparison of eating disorder symptomatology, psychological distress and psychosocial function between early, typical and later onset anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2020 Nov 4;8(1):56.
14. Jaite C, Bühren K, Dahmen B, Dempfle A, Becker K, Correll CU, et al. Clinical Characteristics of Inpatients with Childhood vs. Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*. 2019 Oct 28;11(11).

15. Albinhac AMH, Jean FAM, Bouvard MP. [Study of parental bonding in childhood in children and adolescents with anorexia nervosa]. *L'Encephale*. 2019 Apr;45(2):121–6.
16. van Noort BM, Lohmar SK, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Winter SM, Kappel V. Clinical characteristics of early onset anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2018;
17. Thibault I, Pauzé R, Bravo G, Lavoie É, Pesant C, Di Meglio G, et al. [What Are the Individual, Family, and Social Characteristics Differentiating Prepubertal from Pubertal Anorexia Nervosa?]. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2017 Dec;62(12):837–44.
18. van Noort BM, Pfeiffer E, Ehrlich S, Lehmkuhl U, Kappel V. Cognitive performance in children with acute early-onset anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Nov;25(11):1233–44.
19. Wallin U, Råstam M. Childhood Anorexia Nervosa Compared with Low Weight Food Intake Disorder Without Weight and Shape-Related Psychopathology: A Retrospective Study of 102 Patients. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2016 Jul;24(4):329–33.
20. Walker T, Watson HJ, Leach DJ, McCormack J, Tobias K, Hamilton MJ, et al. Comparative study of children and adolescents referred for eating disorder treatment at a specialist tertiary setting. *Int J Eat Disord*. 2014 Jan;47(1):47–53.
21. Clarke J, Peyre H, Alison M, Bargiacchi A, Stordeur C, Boizeau P, et al. Abnormal bone mineral density and content in girls with early-onset anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2021 Jan 10;9(1):9.
22. Chew CSE, Kelly S, Baeg A, Oh JY, Rajasegaran K, Davis C. First presentation of restrictive early onset eating disorders in Asian children. *Int J Eat Disord*. 2021 Jan;54(1):81–7.
23. Carpine L, Charvin I, Da Fonseca D, Bat-Pitault F. Clinical features of children and adolescents with anorexia nervosa and problematic physical activity. *Eat Weight Disord EWD*. 2021 Mar 6;
24. Engelhardt C, Föcker M, Bühren K, Dahmen B, Becker K, Weber L, et al. Age dependency of body mass index distribution in childhood and adolescent inpatients with anorexia nervosa with a focus on DSM-5 and ICD-11 weight criteria and severity specifiers. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jul;30(7):1081–94.
25. Plana MT, Torres T, Rodríguez N, Boloc D, Gassó P, Moreno E, et al. Genetic variability in the serotonergic system and age of onset in anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2019 Jan;271:554–8.
26. Lange CRA, Ekedahl Fjertorp H, Holmer R, Wijk E, Wallin U. Long-term follow-up study of low-weight avoidant restrictive food intake disorder compared with childhood-onset anorexia nervosa: Psychiatric and occupational outcome in 56 patients. *Int J Eat Disord*. 2019 Apr;52(4):435–8.
27. Kliem S, Schmidt R, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. An 8-item short form of the Eating Disorder Examination-Questionnaire adapted for children (ChEDE-Q8). *Int J Eat Disord*. 2017 Jun;50(6):679–86.

28. Roggen I, Vanbesien J, Gies I, Van den Eede U, Lampo A, Louis O, et al. Forearm bone mineralization in recently diagnosed female adolescents with a premenarchal onset of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2016 Aug;49(8):809–12.
29. Neubauer K, Weigel A, Daubmann A, Wendt H, Rossi M, Löwe B, et al. Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: are there differences according to age of onset? *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2014 Jul;22(4):292–8.
30. Hudson LD, Nicholls DE, Lynn RM, Viner RM. Medical instability and growth of children and adolescents with early onset eating disorders. *Arch Dis Child*. 2012 Sep;97(9):779–84.
31. Bayes A, Madden S. Early onset eating disorders in male adolescents: a series of 10 inpatients. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. 2011 Dec;19(6):526–30.
32. Léger J, Fjellestad-Paulsen A, Bargiacchi A, Justine P, Chevenne D, Alison M, et al. One year of GH treatment for growth failure in children with anorexia nervosa: a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021 Mar 27;
33. Léger J, Fjellestad-Paulsen A, Bargiacchi A, Doyen C, Ecosse E, Carel JC, et al. Can growth hormone treatment improve growth in children with severe growth failure due to anorexia nervosa? A preliminary pilot study. *Endocr Connect*. 2017;6(8):839–46.
34. de Maynadier L, Noel L, Cook-Darzens S, Duriez N, Mouren MC. Coping strategies of young siblings in dealing with their sister's prepubertal anorexia nervosa: An exploratory study. In: ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES. MASSON EDITEUR 21 STREET CAMILLE DESMOULINS, ISSY, 92789 MOULINEAUX CEDEX 9 ...; 2015. p. 474–80.
35. Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Egberts KM, Kappel V, Konrad K, Vloet JA, et al. Outcome of childhood anorexia nervosa—The results of a five-to ten-year follow-up study. *Int J Eat Disord*. 2018;51(4):295–304.
36. Bryant-Waugh R, Knibbs J, Fosson A, Kaminski Z, Lask B. Long term follow up of patients with early onset anorexia nervosa. *Arch Dis Child*. 1988;63(1):5–9.

Références Bibliographiques Complémentaires

37. Bargiacchi A, Clarke J, Paulsen A, Leger J. Refeeding in anorexia nervosa. *Eur J Pediatr*. 2019 Mar;178(3):413-422.
38. Bargiacchi, A., & Peretti, N. (2017). *Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent*. Elsevier Masson.
39. Herpertz-Dahlmann, B., Dempfle, A., Egberts, K. M., Kappel, V., Konrad, K., Vloet, J. A., & Bühren, K. (2018). Outcome of childhood anorexia nervosa-The results of a five- to ten-year follow-up study. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 295–304.
40. HAS. Quelles recherches d'anticorps prescrire dans la maladie cœliaque ? (2008) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/fiche_buts_maladie_coeliaque.pdf

41. Halvorsen, I.; Andersen, A.; Heyerdahl, S. Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment. Intermediate to long-term follow-up of a representative county-sample. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2004, 13, 295–306.
42. Nilsson, K.; Hägglöf, B. Patient perspectives of recovery in adolescent onset anorexia nervosa. *Eat. Disord.* 2006, 14, 305–311.