



# À la recherche du poids perdu...

## les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence

*Pierre-Olivier Nadeau, Benoit Dutray et Patricia Garel*

**Amélie Amaigry, 14 ans, vient en consultation accompagnée de ses parents. Sa mère vous apprend qu'elle a perdu dix livres au cours des six derniers mois, n'a plus ses règles depuis trois mois et revendique le droit à une alimentation saine. Amélie tente de convaincre ses parents que sa décision d'être végétarienne (comme la plupart de ses amies) n'a qu'un objectif : sa santé. Ses parents ont pris un rendez-vous avec vous, car ils sont inquiets de l'amaigrissement de leur fille. Toutefois, ils ne savent que penser de cette nouvelle tendance. Peut-être a-t-elle raison ?**

### **Quelles sont les informations pertinentes à connaître sur les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence ?**

Avant même de rencontrer la patiente et ses parents, vous songez à un trouble des conduites alimentaires. Ce trouble psychiatrique complexe, plus fréquent chez les adolescentes (10 filles pour 1 garçon)<sup>1</sup>, comporte une morbidité significative sur les plans biologique, psychologique et social et une mortalité importante (le taux le plus élevé de tous les troubles psychiatriques)<sup>2,3</sup> et fait l'objet d'une attention mé-

diatique accrue depuis quelques années. La fréquence des troubles des conduites alimentaires chez les enfants et les adolescents semble être en constante progression depuis cinquante ans, la prévalence de l'anorexie mentale chez les adolescentes variant de 0,5 % à 1 % et celle de la boulimie, de 1 % à 5 %<sup>4</sup>.

Vous vous interrogez donc sur votre rôle dans ce qu'on décrit comme un syndrome possiblement grave, dont les causes précises ne sont pas connues, mais pour lequel certains facteurs de risque biologiques, psychologiques, familiaux, sociaux et culturels ont été repérés (*tableau I*)<sup>1</sup>.

### **Comment confirmer un diagnostic de trouble des conduites alimentaires ?**

Chez les enfants et les adolescents, plus un trouble des conduites alimentaires est détecté et traité tôt, meilleur sera le pronostic. En tant qu'omnipraticien, vous avez donc un rôle important à jouer dans l'établissement d'un diagnostic précoce<sup>4,5</sup>. La rencontre initiale commence en général avec les parents et l'adolescente, se poursuit par l'examen physique et une discussion avec la jeune patiente et se termine

*Le Dr Pierre-Olivier Nadeau est fellow en psychiatrie au sein du programme des troubles alimentaires du Hospital for Sick Children, à Toronto. Le Dr Benoit Dutray, psychiatre, exerce au Centre hospitalier Sainte-Justine, à Montréal et est consultant en liaison au sein du programme des troubles alimentaires pédiatriques. La Dr<sup>e</sup> Patricia Garel, pédopsychiatre, est chef du Service de psychiatrie du Centre hospitalier Sainte-Justine, professeure agrégée à l'Université de Montréal et rédactrice en chef de la revue PRISME.*

**Chez les enfants et les adolescents, plus un trouble des conduites alimentaires est détecté et traité tôt, meilleur sera le pronostic.**

Repère

## Tableau 1

### Facteurs de risque pour l'apparition d'un trouble des conduites alimentaires

- ⊗ Antécédents familiaux de trouble des conduites alimentaires ou d'obésité
- ⊗ Antécédents familiaux de trouble de l'humeur ou d'alcoolisme
- ⊗ Antécédents personnels d'obésité
- ⊗ Changements corporels liés à la puberté (Ex. : puberté précoce)
- ⊗ Diabète de type 1
- ⊗ Régimes excessifs ou exercice physique compulsif
- ⊗ Insatisfaction par rapport à son apparence corporelle
- ⊗ Faible estime de soi
- ⊗ Dépression
- ⊗ Anxiété
- ⊗ Perfectionnisme
- ⊗ Commentaires négatifs de l'entourage (Ex. : pairs) au sujet du poids ou de l'apparence corporelle
- ⊗ Activités où l'apparence corporelle a une grande importance (Ex. : danse, gymnastique, mannequinat, athlétisme)
- ⊗ Valeurs de la famille au sujet du poids, de l'alimentation ou de l'apparence corporelle
- ⊗ Abus sexuels ou violence physique
- ⊗ Culture occidentale qui associe la beauté à la minceur (Ex. : mode, publicité, magazines)

par le bilan de la situation, la demande d'examen de laboratoire et un plan de traitement en fonction de l'évaluation<sup>2,6,7</sup>.

Une adolescente consulte rarement d'elle-même pour un trouble alimentaire comme plainte principale. Plus souvent, elle ira voir le médecin pour des symptômes physiques comme des étourdissements, de la fatigue, des maux de tête, des brûlures d'estomac, de la constipation, des douleurs abdominales ou une aménorrhée. D'autres fois, ce sont des proches, soupçonnant un trouble des conduites alimentaires, qui l'amèneront voir le médecin<sup>1</sup>.

Le diagnostic de trouble des conduites alimentaires peut être posé à l'aide des critères diagnostiques de l'anorexie mentale et de la boulimie indiqués dans le *DSM-IV-TR*<sup>8</sup>. Le diagnostic de trouble

des conduites alimentaires non spécifié est réservé aux adolescentes présentant des conduites alimentaires perturbées, mais ne remplissant pas tous les critères diagnostiques de l'anorexie ou de la boulimie<sup>8</sup>. Vous vous informez des variations de poids et des préoccupations de l'adolescente au sujet de son poids ou de son apparence corporelle. Vous évaluez l'importance de la restriction alimentaire en interrogeant non seulement la patiente, mais également ses parents sur les menus et la routine alimentaire (quantité et type de nourriture consommée, modification des habitudes, repas pris seule, etc.) au cours des journées et des semaines précédentes. Vous avez également besoin, pour confirmer le diagnostic, de demander à l'adolescente et à ses parents si elle fait de l'exercice de manière excessive (Ex. : marche, course à pied, entraînement en secret), si elle a des comportements purgatifs (Ex. : vomissements provoqués, abus de laxatifs), si elle a des crises de boulimie et si ses menstruations sont régulières<sup>6</sup>.

Fréquemment, les jeunes filles atteintes de troubles des conduites alimentaires ne répondront pas à tous les critères de l'anorexie mentale ou de la boulimie et recevront ainsi un diagnostic de trouble des conduites alimentaires non spécifié<sup>4</sup>. Pourtant, les conséquences physiques et psychologiques peuvent être tout aussi importantes chez ces jeunes filles que chez les adolescentes anorexiques ou boulimiques. C'est pourquoi vous devez traiter ces patientes aussi sérieusement que si elles souffraient d'anorexie ou de boulimie<sup>4</sup>. De façon générale, votre seuil de diagnostic et d'intervention chez les enfants et les adolescents devrait être bas<sup>9</sup>. Une adolescente qui a consulté en raison d'une présomption de troubles des conduites alimentaires, mais chez qui vous ne pouvez poser le diagnostic avec certitude, devrait quand même être rencontrée de nouveau dans les deux à quatre semaines suivantes<sup>1</sup>.

Au cours de la première rencontre, vous devez vous assurer que les symptômes de l'adolescente correspondent bien à un trouble des conduites alimentaires et non à une affection médicale ou psychiatrique ressemblant à un tel trouble<sup>4</sup>. Il peut parfois être difficile de différencier le début d'un trouble des conduites alimentaires d'une perturbation alimentaire non pathologique, cette dernière étant très fréquente chez les adolescentes (Ex. : manger à des heures irrégulières, être préoccupée par son poids, se mettre au régime). Vous

**Tableau II****Complications médicales associées à l'amaigrissement**

⊕ État général	Fatigue, faiblesse, intolérance au froid, hypothermie, faible poids corporel et faible IMC, cachexie, déshydratation
⊕ Appareil cardiovasculaire	Palpitations, étourdissements, syncope, dyspnée, douleur thoracique, extrémités froides, acrocyanose, œdème des membres inférieurs, hypotension orthostatique, prolapsus de la valve mitrale, bradycardie, arythmie, allongement de l'espace Q-Tc, anomalies du segment ST et de l'onde T, mort subite (rare)
⊕ Peau	Perte de cheveux, cheveux fins et friables, peau sèche, prurit, lanugo, jaunissement de la peau
⊕ Tractus gastro-intestinal	Constipation, douleur abdominale, ballonnement, sensation de plénitude abdominale associée aux repas, ralentissement de la motilité gastro-intestinale, retard de vidange gastrique, perturbation du bilan hépatique, pancréatite (rare)
⊕ Appareil génito-urinaire	Augmentation de la fréquence mictionnelle, nycturie, taux d'urée sérique augmenté (en cas de déshydratation), calcul rénal, insuffisance rénale (rare)
⊕ Sang	Anémie (normocytaire, microcytaire ou macrocytaire), leucopénie, thrombocytopénie, déficience en ferritine, en vitamine B <sub>12</sub> , en folates, en thiamine et en vitamine K, vitesse de sédimentation basse
⊕ Métabolisme et système endocrinien	Déséquilibre électrolytique (surtout lors de la réalimentation), hypoglycémie, hypercholestérolémie, taux de T <sub>3</sub> et T <sub>4</sub> diminué, taux de TSH normal ou diminué
⊕ Appareil reproducteur	Aménorrhée, infertilité, perte de libido, retard ou arrêt pubertaire, taux de LH, de FSH, d'œstradiol et de testostérone diminués
⊕ Appareil locomoteur	Douleurs osseuses associées à l'exercice, retard de croissance statural, ostéopénie, ostéoporose, fractures
⊕ Système nerveux central	Anxiété, dépression, irritabilité, altérations des fonctions cognitives, difficultés de concentration, augmentation du volume des ventricules à la tomodynamométrie cérébrale, convulsions (rares)

devriez soupçonner un trouble des conduites alimentaires quand :

- ⊕ l'adolescente a une mauvaise perception de son poids ou de son apparence corporelle (Ex. : se trouve plus grosse qu'elle ne l'est en réalité) ;
- ⊕ les préoccupations ou les comportements alimentaires nuisent de façon considérable à son fonctionnement social ou scolaire ;
- ⊕ l'alimentation est associée à un malaise intense (Ex. : anxiété, culpabilité, colère) ;
- ⊕ les courbes de croissance indiquent une déviation importante du poids ;
- ⊕ l'adolescente n'a plus ses règles.

Comme un trouble des conduites alimentaires entraîne des conséquences sur le corps de l'adolescente dès la phase infraclinique de la maladie, vous devez chercher durant l'entrevue initiale les symptômes d'éventuelles complications médicales. Aucun organe n'est épargné par les effets d'un trouble alimentaire (*tableaux II et III*)<sup>2</sup>. La plupart des complications médicales disparaissent avec une meilleure nutrition et

le retour à un poids santé<sup>10</sup>. Certaines complications sont toutefois potentiellement irréversibles, en particulier le retard staturopondéral, le retard pubertaire, l'infertilité, les changements de la structure cérébrale et les atteintes cognitives associées, la fragilisation osseuse prédisposant à l'ostéoporose et aux fractures, ainsi que la perte d'émail des dents (causée par les vomissements). Ces dernières complications justifient la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge rapide des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence<sup>10</sup>.

L'examen physique est un moment essentiel de votre rencontre avec la jeune fille. Il vous permet, seul avec elle, d'évaluer ses préoccupations, d'aborder la question des risques liés à son comportement, tout en éliminant d'éventuelles complications médicales (*tableaux II et III*). Vous devez lui expliquer pourquoi il est important que vous la pesiez (en sous-vêtements après la miction) et que vous vérifiez sa taille, ses signes vitaux et son développement pubertaire<sup>2</sup>. Par la suite, le calcul de son indice de masse

### Tableau III

#### Complications médicales associées aux comportements purgatifs (vomissements, laxatifs, etc.)

État général	Examen parfois sans particularités, poids souvent normal ou supérieur à la normale, fluctuations de poids, déshydratation, fatigue
Appareil cardiovasculaire	Palpitations, étourdissements, syncope, dyspnée, douleur thoracique, œdème des membres inférieurs, hypotension orthostatique, arythmie, sous-décalage du segment ST associé à l'hypokaliémie, allongement de l'espace Q-Tc, torsade de pointes (rare), mort subite (rare)
Peau	Signe de Russel (callosités sur le dos de la main causées par les vomissements provoqués), pétéchies du visage, hémorragies conjonctivales
Tractus gastro-intestinal	Pyrosis, reflux gastro-œsophagien, hématoméses, vomissements involontaires, douleur abdominale, constipation, diarrhée, perforation gastrique ou œsophagienne (rare), pancréatite (rare)
Appareil génito-urinaire	Augmentation de la fréquence mictionnelle, nycturie, taux d'urée sérique augmenté (en cas de déshydratation), calcul rénal, insuffisance rénale (rare)
Métabolisme	Hypokaliémie, hypomagnésémie, hypophosphatémie, alcalose hypochlorémique (en cas de vomissements)
Sphère oropharyngée	Douleur pharyngée, caries dentaires avec érosions de l'émail, érythème pharyngé, abrasion du palais, augmentation du volume des glandes salivaires (parotides), augmentation du taux d'amylase sérique (en cas de vomissements)
Appareil reproducteur	Irrégularités menstruelles, oligoménorrhée, aménorrhée, infertilité
Système nerveux central	Apathie, difficultés de concentration, anxiété, dépression, irritabilité, convulsions, atrophie corticale, augmentation du volume des ventricules à la tomодensitométrie cérébrale

corporelle ou IMC (poids [kg]/taille [m]<sup>2</sup>) ainsi que l'inscription de son poids et de sa taille actuels et antérieurs sur une courbe de croissance peuvent vous aider à déterminer si l'adolescente a un poids santé ([www.imc-enfant.com](http://www.imc-enfant.com))<sup>2,4</sup>.

L'évaluation sera complétée par les épreuves de laboratoire (tableau IV). Vous devez expliquer à l'adolescente et à ses parents que l'examen physique et les épreuves de laboratoire peuvent être normaux, surtout au début de l'évolution de la maladie, ce qui ne permet pas d'exclure le diagnostic de trouble des conduites alimentaires<sup>2</sup>.

#### **Quelles sont les recommandations pour la prise en charge d'un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence ?**

Les objectifs généraux de la prise en charge sont :

- de détecter et de traiter d'éventuelles complications médicales et nutritionnelles ;
- de normaliser les comportements alimentaires ;
- d'assurer la prise de poids et le retour à un poids santé (si l'adolescente est amaigrie) ;
- d'établir et de maintenir une alliance thérapeutique ;
- d'aider l'adolescente à réévaluer ses croyances et ses connaissances au sujet du trouble des conduites alimentaires<sup>2,11</sup>.

La participation de la famille aux divers aspects du traitement est essentielle. Les parents doivent être vus comme des partenaires de soins et non comme une des causes de la maladie, même s'ils peuvent sans le vouloir y contribuer par leur façon d'intervenir ou par leurs difficultés propres<sup>2</sup>.

La première question que vous devez vous poser lorsque vous faites votre évaluation initiale est celle

**La participation de la famille aux divers aspects du traitement est essentielle. Les parents doivent être vus comme des partenaires de soins et non comme une des causes de la maladie.**

Repère

**Tableau IV****Épreuves de laboratoire pour les patientes atteintes d'un trouble des conduites alimentaires****Pour toutes les patientes :**

- ⊕ Bilan sanguin
  - ⊕ Électrolytes
  - ⊕ Urée
  - ⊕ Créatinine
  - ⊕ Formule sanguine, y compris formule différentielle
  - ⊕ AST, ALT, phosphatase alcaline, GGT, bilirubine
  - ⊕ Glycémie à jeun
  - ⊕ TSH, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>
  - ⊕ Vitesse de sédimentation
- ⊕ Analyse d'urine
- ⊕ Électrocardiographie

**Pour les patientes souffrant d'une grave malnutrition et présentant des symptômes :**

- ⊕ Bilan sanguin
  - ⊕ Calcium
  - ⊕ Magnésium
  - ⊕ Phosphore
  - ⊕ Albumine, protéines totales
  - ⊕ Ferritine
  - ⊕ Vitamine B<sub>12</sub>, folates
  - ⊕ RIN, temps de céphaline activée

d'une éventuelle hospitalisation<sup>1,4</sup>. Les cas graves peuvent nécessiter d'emblée l'hospitalisation (*tableau V*) et l'orientation vers une équipe spécialisée dans le traitement du trouble des conduites alimentaires<sup>4,10</sup>. Les patientes dont les problèmes nutritionnels, médicaux et psychosociaux ne sont pas trop importants peuvent être traitées en ambulatoire<sup>4</sup>. C'est l'évolution des symptômes, liée à la capacité de l'adolescente et de ses parents à briser le cercle vicieux dans lequel elle s'est progressivement enfermée, qui va déterminer le type de suivi. Dans un certain nombre de cas, la consultation médicale précoce permet de remettre la jeune fille sur les rails et de lui faire prendre conscience, de même qu'à ses parents, des dangers de sa conduite. Dans d'autres cas, les difficultés propres de l'adolescente, les conflits de couple ou une dynamique familiale perturbée entravent la normalisation du comportement alimentaire et nécessitent des interventions psychothérapeutiques ou nutritionnelles précises.

**Tableau V****Critères d'hospitalisation pour une adolescente atteinte d'un trouble des conduites alimentaires**

- ⊕ Instabilité médicale
  - ⊕ Bradycardie importante (FC\* < 50 bpm<sup>†</sup> le jour ou < 45 bpm la nuit)
  - ⊕ Hypotension importante (PA<sup>‡</sup> systolique < 90 mm Hg)
  - ⊕ Changements orthostatiques importants (FC > 20 bpm ou PA > 10 mm Hg)
  - ⊕ Hypothermie (T° < 36,1 °C)
  - ⊕ Arythmie cardiaque (y compris allongement de l'espace Q-Tc)
  - ⊕ Déshydratation (y compris insuffisance prérénale)
  - ⊕ Déséquilibre électrolytique (hypokaliémie, hypomagnésémie, hypophosphatémie)
  - ⊕ Hypoglycémie
  - ⊕ Syncope
  - ⊕ Hématémèse active, perforation œsophagienne ou gastrique
- ⊕ Poids ≤ 75 % du poids santé ou perte de poids rapide (même si poids ≥ 75 % du poids santé)
- ⊕ Refus alimentaire aigu
- ⊕ Crises de boulimie ou comportements purgatifs (vomissements, laxatifs, etc.) hors de contrôle
- ⊕ Risque de suicide ou comportements autodestructeurs ou impulsifs
- ⊕ Affections psychiatriques ou médicales concomitantes nécessitant une hospitalisation
- ⊕ Réseau de soutien (famille) absent ou présentant de graves conflits
- ⊕ Arrêt de la croissance staturopondérale et pubertaire
- ⊕ Absence de réponse au traitement ambulatoire ou non-observance de ce dernier

\* FC : fréquence cardiaque ; † bpm : battement par minute ; ‡ PA : pression artérielle

Le rôle du médecin omnipraticien sera alors variable selon son milieu de travail. S'il a accès à une équipe de professionnels (réunissant par exemple une nutritionniste et des intervenants en santé mentale), il sera bien placé pour jouer le rôle de chef d'orchestre du traitement<sup>1,4,12</sup>. Dans les cas plus complexes ou qui évoluent défavorablement, l'orientation vers une équipe spécialisée sera préférable, au moins le temps du traitement intensif (réalisé habituellement à l'hôpital ou en centre de jour)<sup>2,4</sup>.

**Les aspects médicaux et nutritionnels du traitement**

Durant le suivi ambulatoire de l'adolescente atteinte

d'un trouble des conduites alimentaires, vos consultations devraient inclure sensiblement les mêmes éléments que lors de votre évaluation initiale (revue des symptômes médicaux et psychiatriques, examen, poids, signes vitaux, etc.)<sup>1</sup>. Une de vos tâches premières sera d'expliquer à votre patiente l'effet de la malnutrition sur les différents organes de son corps (en mettant l'accent sur les complications potentiellement mortelles et irréversibles). En effet, vous constituez pour l'adolescente et ses parents la principale source d'information en ce qui concerne les risques sérieux que pose le trouble des conduites alimentaires pour la santé<sup>1</sup>. Ces renseignements sont importants pour convaincre votre patiente, ainsi que ses parents, de la nécessité du traitement et pour la motiver à changer ses comportements. Le traitement spécifique des différentes complications médicales et des carences nutritionnelles dépasse la portée de cet article<sup>1,2,12</sup>.

Pour aider l'adolescente à atteindre les objectifs nutritionnels du traitement, tels que la normalisation des comportements alimentaires ou la prise de poids, la participation d'une nutritionniste peut s'avérer très utile. Cette dernière transmettra des renseignements sur une alimentation saine et équilibrée ainsi que sur les effets néfastes des comportements alimentaires perturbés liés à un trouble des conduites alimentaires<sup>5</sup>. Elle peut ensuite mettre en place, avec l'adolescente et sa famille, un plan alimentaire comprenant habituellement trois repas et trois collations par jour.

### *Les aspects psychologiques et psychiatriques du traitement*

Pour favoriser l'alliance thérapeutique et la motivation de l'adolescente à changer ses comportements, votre équipe et vous devez vous efforcer de maintenir une attitude collaborative – sans confrontation mais avec fermeté – empathique, respectueuse, honnête et positive<sup>2,5</sup>. Ce n'est pas toujours facile, car les patientes atteintes d'un trouble des conduites alimentaires ne sont souvent pas motivées ou sont ambivalentes quant aux interventions thérapeutiques. Même si les nombreux effets néfastes du trouble des conduites alimen-

taires sur la vie de la patiente peuvent paraître évidents pour l'entourage, les comportements alimentaires perturbés jouent un rôle très important pour la jeune fille (Ex. : maintenir un sentiment de contrôle, augmenter son estime de soi, gérer les émotions négatives), ce qui explique pourquoi il est si difficile pour ces patientes de modifier leurs comportements<sup>5</sup>.

Pour les enfants et les adolescents souffrant d'anorexie mentale, la thérapie familiale est l'intervention psychothérapeutique la plus efficace. La thérapie individuelle peut être indiquée une fois que la malnutrition a été corrigée et que le gain de poids a commencé. Une de ses visées est d'aider l'adolescente à comprendre le rôle que ses comportements alimentaires inappropriés jouent pour la soulager et à résoudre l'impasse dans laquelle elle se trouve<sup>2,13</sup>. Chez les adolescentes atteintes de boulimie, le traitement de choix serait la thérapie individuelle d'orientation cognitivocomportementale, même s'il existe aussi une certaine preuve de l'efficacité de la thérapie familiale<sup>2,13</sup>.

Il peut être utile, et parfois nécessaire, de demander une consultation en psychiatrie pour diagnostiquer le trouble des conduites alimentaires comme tel ou des troubles psychiatriques concomitants, pour obtenir une opinion concernant la pharmacothérapie ou pour prendre en charge une urgence psychiatrique (comportement suicidaire, automutilatoire ou impulsif)<sup>1</sup>. Un traitement psychotrope peut être utile dans le traitement d'un trouble des conduites alimentaires, particulièrement chez les patientes présentant des symptômes importants<sup>2,14</sup>.

### *L'évolution du traitement*

Durant le traitement, il est fondamental que vous puissiez communiquer avec les autres membres de l'équipe traitante pour éviter le risque d'un clivage entre les soignants. Chacun doit adhérer strictement au plan de traitement convenu, éviter de faire des remarques désobligeantes sur un autre membre de l'équipe en face de la patiente ou de sa famille et consulter les autres avant d'apporter des changements considérables au plan de traitement<sup>1</sup>.

***Vous constituez pour l'adolescente et ses parents la principale source d'information en ce qui concerne les risques sérieux que pose le trouble des conduites alimentaires pour la santé.***

*Repère*

À une patiente atteinte d'anorexie mentale, vous pouvez proposer des rencontres hebdomadaires jusqu'à ce qu'elle gagne régulièrement le poids attendu chaque semaine (souvent 0,5 kg par semaine en ambulatoire), puis toutes les deux semaines jusqu'à ce qu'elle atteigne un poids santé. Vous devriez lui recommander de restreindre son niveau d'activité physique (Ex. : éducation physique, danse, sport) si la prise de poids n'est pas adéquate ou si son état médical ne lui permet pas. Si vous constatez une absence de progrès (gain de poids nul ou perte de poids) après quelques semaines, vous devriez penser à l'orienter vers une équipe spécialisée<sup>1</sup>.

**C**OMME MÉDECIN OMNIPRATICIEN, vous avez un rôle primordial à jouer dans le diagnostic et la prise en charge précoce d'un trouble des conduites alimentaires chez Amélie, ce qui peut avoir un effet déterminant sur son évolution future. Après avoir déterminé que l'état de l'adolescente permettait un traitement ambulatoire, vous devez expliquer à cette dernière, ainsi qu'à sa famille, les risques d'un trouble des conduites alimentaires sur sa santé et ne pas céder à la tentation de banaliser ses symptômes. Le traitement est aussi l'occasion de discuter avec l'adolescente, et ses parents, du soulagement qu'apportent la restriction alimentaire et les autres comportements alimentaires inappropriés de manière à valider la détresse qu'elle ressent et à lui faire comprendre que les moyens qu'elle a trouvés pour y faire face sont peut-être efficaces, mais qu'ils sont aussi dangereux. Amélie se sentira alors comprise et non jugée, ce qui lui donnera la possibilité de parler de ce sujet souvent tabou avec un médecin qui semble comprendre son problème. ☞

Date de réception : 2 février 2009

Date d'acceptation : 23 février 2009

Les auteurs n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Rome ES, Ammerman S, Rosen DS et coll. Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics* 2003; 111 (1): e98-108.
2. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA et coll., for the Work Group on Eating Disorders. *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders*. 3<sup>e</sup> éd. Washington : American Psychiatric Association; 2006.

## Summary

**In search of lost weight... Eating disorders in adolescents.** This article reviews the role of the primary care physician in the evaluation and treatment of eating disorders in adolescents. Key facts on the epidemiology and aetiology are given. The essential parts of the initial assessment are described, including the interview, the physical exam and the laboratory results. With a particular focus on the specific role of the primary care physician, the treatment goals as well as the medical, nutritional, psychological and psychiatric aspects of treatment are explained.

3. Fisher M. The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolesc Med* 2003; 14 (1): 149-58.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics* 2003; 111 (1): 204-11.
5. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2008; 77 (2): 187-95.
6. Gonzalez A, Kohn MR, Clarke SD. Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Physician* 2007; 36 (8): 614-9.
7. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003; 67 (2): 297-304.
8. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson ; 2004. 384 p.
9. Société canadienne de pédiatrie (SCP) – Comité de la médecine de l'adolescence. Les troubles de l'alimentation chez les adolescents : Les principes de diagnostic et de traitement. *Paediatrics Child Health* 1998; 3 (3): 193-6.
10. Golden N, Katzman D, Kreipe R et coll. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2003; 33 (6): 496-503.
11. Falcon L. Face à face avec l'anorexie nerveuse. *Le Clinicien* 2003; 18 (9): 107-15.
12. Walsh J, Wheat M, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders, the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 577-90.
13. Rutherford L, Couturier J. A review of psychotherapeutic interventions for children and adolescents with eating disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16 (4): 153-7.
14. Couturier J, Lock JJ. A review of medication use for children and adolescents with eating disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16 (4): 173-6.

## Correctif.

Une erreur s'est glissée dans l'article « Questions de bonne entente », à la page 80 du numéro de mai 2009. En effet, le code de facturation d'une indemnité journalière hors UMF, en établissement pour les milieux urbains est le **19914**, et non le 91914 comme l'indique le tableau II. Toutes nos excuses !