

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV :

<http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>

Nom d'utilisateur : formationcontinue

Mot de passe : pediatrie (pas de majuscule ni d'accent)

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 9 mai 2017

Première heure :

Troubles alimentaires chez les adolescent(e)s

Orateurs : Dre A.-E Ambresin et S. Vust (CHUV)

Nouvelles approches dans la prise en charge des troubles alimentaires : la famille est une alliée.

L'anorexie reste une urgence médicale, la place des parents est importante (l'anorexie de l'enfant donne un traumatisme aux parents) et les modalités de réalimentation sont modifiées sur la base de l'évidence based Medicine. Les complications peuvent être liées à la réalimentation. Actuellement, la réalimentation se passe plus rapidement, par exemple par sonde nasogastrique. La famille est nécessaire dans le traitement.

Le rôle du praticien est une détection précoce des enfants avec problème anorexique et de l'envoyer vers un service spécialisé.

Des conséquences somatiques sévères sont possibles : atteinte osseuse avec risque d'ostéoporose, stagnation de la croissance avec petite taille par fermeture des cartilages de croissance, atteinte cérébrale avec diminution de taille cérébrale et dysfonctionnement neurologique.

A Lausanne, des critères d'hospitalisation et des critères d'alimentation par sonde nasogastrique ont été établis, selon le BMI.

Pendant longtemps, la famille a été considérée comme cause pathogénique. L'étiologie été attribuée au mauvais fonctionnement familial, le médecin était l'expert.

Mais l'enfant anorexique perturbe l'équilibre familial, ce qui peut soit aggraver la situation, soit aider à la prise en charge. Actuellement, la famille est considérée comme experte.

La première étape consiste à sortir du processus, et de prendre en charge la détresse de la famille. On ne recherche pas la cause de l'anorexie. Le rôle de la famille est réaffirmé. Le traitement de famille reste de la thérapie de choix. Le soignant soutien les parents, crée une alliance thérapeutique qui doit être forte. Il existe une blessure narcissique pour la famille, et un des buts du traitement est de redonner le contrôle à la famille. Exemple de parole de parents : j'avais tendance de vouloir faire plaisir à l'enfant, mais finalement j'avais tort.

Le problème est la maladie, mais pas l'enfant, il faut séparer le trouble alimentaire de la personne, faire une extériorisation.

Il faut générer suffisamment d'anxiété en expliquant les risques de la maladie pour mobiliser les parents.

Il faut aider les parents à soutenir l'enfant dans la renutrition.

Il faut aider les parents à allier fermeté et empathie.

Il faut aider la fratrie à soutenir l'enfant malade.

Le traitement de l'anorexie est la renutrition.

En phase 1, il faut cibler le symptôme, viser la restauration du poids.

En phase 2, il faut négocier un nouveau mode relationnel.

En phase 3, il faut réévaluer le processus familial et redémarrer les processus d'adolescence.

En phase 1, la mise en place du cadre thérapeutique est nécessaire. La maladie a un caractère égocentrique avec un aspect addictif de la restriction alimentaire, une incapacité pour l'adolescent d'inverser le cours des choses. Il faut guider les parents (par exemple ne pas parler de l'aspect du poids pour ne pas renforcer l'anxiété, pas de marchandage sur la nourriture, éviter les miroirs qui renforcent la place de l'image du corps).

Le thérapeute a un rôle concret et directif, sert de support. Le poids doit augmenter dès les premières séances.

L'adolescent doit se débarrasser de sa maladie, proche d'une addiction. La maladie est un trouble alimentaire (et non pas une lubie). Au début du traitement, il faut supporter un certain inconfort, et beaucoup d'anxiété.

Parmi les outils possibles sont le repas ou la collation thérapeutique, si possible dès la 2^e séance. Il faut modifier les patterns relationnels. Le but est de discuter comment se passe les repas entre le jeune et ses parents (télévision, contenu des discussions) parfois la quantité d'aliments manque. Ainsi on peut se rendre compte de là où ça bloque. Par exemple, il ne faut pas parler de régime, ne pas menacer, ne pas humilier, avoir des règles claires et fermes, cohésives entre les deux parents. Ce modèle exige beaucoup des familles et nécessite de l'aide. Après, il faut reprendre le processus de l'adolescence, à savoir autonomisation, acceptation du changement du corps, etc. Un travail psychologique reste parfois à faire après coup, pour comprendre pourquoi la situation s'est développée.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch