PCSP
PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

PROTOCOLES

Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants

Investigateurs principaux

Debra Katzman, MD, FRCPC, *The Hospital for Sick Children* et université de Toronto, 555, av. University, Toronto (Ontario) M5G 1X8; tél. : 416-813-5084; téléc. : 416-813-5392; debra.katzman@sickkids.ca

Mark L. Norris, MD, FRCPC, Centre hospitalier de l'est de l'Ontario et Université d'Ottawa, 401, ch. Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8L1; tél. : 613-737-7600, poste 2571; téléc. : 613-738-4878; mnorris@cheo.on.ca

Co-investigatrices

Holly Agostino, MD, Université McGill
Jennifer Couturier, MD, M. Sc., FRCPC, université McMaster
Sheri Findlay, MD, FRCPC, université McMaster
Pei-Yoong Lam, MD, FRACP, université de la Colombie-Britannique
Danielle Taddeo, MD, Université de Montréal
Wendy Spettigue, MD, FRCPC, Université d'Ottawa
Cathleen Steinegger, MD, université de Toronto
Ellie Vyver, MD, FRCPC, université de Calgary

Historique

Les troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants (TCARÉ) désignent un trouble de l'alimentation grave et complexe. Jusqu'à présent, on ne sait pas grand-chose de ce trouble et des comportements qui s'y associent chez les enfants et les adolescents du Canada. Les TCARÉ sont une nouvelle catégorie diagnostique du DSM-5, qui remplace et élargit le diagnostic de trouble de l'alimentation du nourrisson ou de la petite enfance contenu dans le DSM-IV. Les TCARÉ se caractérisent par une perturbation de l'alimentation démontrée par l'échec persistant à respecter des besoins nutritionnels ou énergétiques suffisants, qui entraîne des conséquences cliniques importantes, telles que la perte de poids, l'incapacité de prendre le poids prévu ou le ralentissement de la croissance chez les enfants, la carence nutritionnelle, la dépendance envers l'alimentation entérale ou les suppléments alimentaires par voie orale ou une interférence marquée avec le fonctionnement psychosocial.

Les patients ayant un TCARÉ diffèrent de ceux qui sont atteints d'anorexie mentale ou de boulimie, car ils ne se perçoivent pas comme en surcharge pondérale, ne sont pas préoccupés par leur poids, leur forme ou leur corpulence, ne craignent pas de prendre du poids et n'ont pas de distorsions cognitives. Les enfants et les adolescents ayant un TCARÉ présentent une atteinte clinique démontrée par leur perte de poids ou leur interruption de croissance importante et, par conséquent, sont vulnérables à de graves complications aiguës et chroniques. Bien que les TCARÉ puissent se manifester chez les enfants, les adolescents et les adultes, on présume qu'ils soient plus courants chez les patients plus jeunes.

Les connaissances sur les caractéristiques diagnostiques, l'évolution clinique et les résultats associés aux TCARÉ sont extrêmement limitées. D'après les données préliminaires tirées d'études nord-américaines, l'incidence de TCARÉ chez les enfants et les adolescents évalués au sein d'un programme de traitement des troubles de l'alimentation d'un centre pédiatrique de soins tertiaires se situe entre 6 % et 14 % (Fisher et coll., 2013; Norris et coll., 2013). Même si la majorité de ces patients proviennent probablement d'un milieu communautaire, aucune étude ne porte sur le taux d'incidence de TCARÉ dans un échantillon communautaire. De plus, aucune donnée ne traite de la présentation ou des caractéristiques cliniques des TCARÉ chez les enfants et adolescents canadiens. Une grande partie de ce que l'on sait provient d'un nombre limité d'études incluant des enfants et des adolescents aiguillés vers un programme de traitement des troubles de l'alimentation de centres pédiatriques de soins tertiaires (Ornstein et coll., 2013; Norris et coll., 2013).

L'étude proposée portera sur un problème de santé important en pédiatrie, classé dans une nouvelle catégorie. On a grandement besoin de données sur les TCARÉ, et la surveillance représente un moyen approprié de colliger ces données. Comme on l'a indiqué plus haut, ces troubles suscitent un intérêt scientifique marqué au Canada et sur la scène internationale. La collecte de données nationales sur les TCARÉ fournira de l'information précieuse sur leur incidence et des renseignements importants sur leur spectre de présentations au sein de la population pédiatrique, déterminera les atteintes cliniques, les complications médicales et les troubles médicaux et psychiatriques concomitants et fera progresser les connaissances des pédiatres canadiens, qui sont généralement les premiers professionnels de la santé à évaluer ces cas. Cette étude vient à point nommé et informera les pédiatres de ce nouveau trouble alimentaire contenu dans le DSM-5, ce qui favorisera le dépistage rapide et le traitement immédiat des enfants et des adolescents. Les résultats susciteront d'autres recherches pour obtenir de l'information nécessaire sur l'évolution, le pronostic et les approches thérapeutiques.

Méthodologie

Par l'entremise du PCSP, environ 2 500 pédiatres et pédiatres surspécialisés canadiens recevront un sondage chaque mois les invitant à déclarer tout nouveau cas de TCARÉ. Le PCSP est la plateforme idéale, car il atteint des pédiatres provenant de divers centres de santé communautaires et universitaires. Les pédiatres qui déclarent un cas recevront un questionnaire pour fournir de l'information clinique détaillée à ce sujet.

Objectifs

Objectif primaire

Établir un taux d'incidence prudent des troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants (TCARÉ) chez les enfants et les adolescents qui consultent des pédiatres au Canada.

Objectifs secondaires

1) Déterminer l'utilité clinique de la définition de TCARÉ et établir si les participants en comprennent et en interprètent bien les critères diagnostiques.
2) Décrire les voies d'aiguillage, les profils de présentation et les caractéristiques cliniques (comportements alimentaires) liés aux TCARÉ chez les enfants et les adolescents qui consultent un pédiatre.
3) Examiner la durée des symptômes avant la consultation auprès du pédiatre ou du pédopsychiatre.
4) Dépister les troubles psychiatriques et médicaux concomitants aux TCARÉ.
5) Décrire le traitement prévu ou offert aux enfants et adolescents ayant un TCARÉ, y compris les différences régionales de prise en charge.

Définition de cas

Déclarer tout enfant ou adolescent de l'âge de cinq ans jusqu'à son dix-huitième anniversaire, vu pendant le mois précédent, qui présente un trouble du comportement alimentaire nouvellement diagnostiqué (p. ex., manque d'intérêt apparent envers l'alimentation, évitement en fonction des caractéristiques sensorielles des aliments, préoccupation envers les conséquences répulsives de l'alimentation), démontré par l'échec persistant à respecter des besoins nutritionnels ou énergétiques suffisants et lié à au moins l'un des éléments suivants :

- Perte de poids importante (ou incapacité de prendre le poids prévu ou ralentissement de croissance chez les enfants)
- Carence nutritionnelle importante
- Dépendance envers l'alimentation entérale ou les suppléments alimentaires par voie orale
- Interférence marquée avec le fonctionnement psychosocial

Critères d'exclusion

Le trouble du comportement alimentaire :

- découle d'un manque de nourriture disponible,
- découle d'une pratique légitime selon la culture,
- est attribué à de l'anorexie mentale ou à de la boulimie,
- s'associe à des anomalies de la perception du poids ou de la forme corporelle,
- s'explique par un autre problème de santé ou par un trouble de santé mentale, et disparaîtra si cet autre problème est traité.

Durée

De janvier 2016 à décembre 2017

Nombre prévu de cas

Il est difficile d'évaluer le nombre annuel prévu de nouveaux cas (incidence) d'enfants et d'adolescents ayant un TCARÉ au Canada en raison du peu d'études prospectives et longitudinales sur le sujet. D'après les publications scientifiques, on estime que de 300 à 350 nouveaux cas seront déclarés chaque par année au Canada.

Approbation éthique

Comités d'éthique de la recherche de *The Hospital for Sick Children*, Toronto, et de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa.

Analyse et publication

Les auteurs utiliseront des statistiques descriptives pour analyser les données. Ils rédigeront des sommaires descriptifs des caractéristiques démographiques. Ils résumeront les variables dichotomiques au moyen de pourcentages, les variables continues réparties normalement au moyen de moyennes et d'écarts-types et les variables continues non réparties normalement au moyen de médianes et de plages.

Les auteurs publieront des rapports annuels et le rapport définitif dans les *Résultats du PCSP*, qui sera distribué à tous les participants. Ils présenteront les résultats complets de l'étude lors de congrès scientifiques nationaux et internationaux et les soumettront à des revues scientifiques révisées par des pairs en vue de leur publication.

Bibliographie

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2000.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Bryant-Waugh RL, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. Int J Eat Disord 2010;43:98–111.

Chatoor I, Loeffler C, McGee M, Menvielle E, eds. Observational Scale for Mother-Infant Interaction During Feeding. Manual, 2nd ed. Washington, DC: Children's National Medical Center, 1998.

Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, Callahan ST, Malizio J, Kearney S, Walsh BT. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A "new disorder" in DSM-5. J Adolesc Health 55(1):49–52.

Higgs JF, Goodyer IM, Birch J. Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. Arch Dis Child 1989;64:346–51.

Kreipe RE, Palomaki A. Beyond picky eating: Avoidant/restrictive food intake disorder. Curr Psychiatry 1989;14:421–31.

Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Palmerus K. Interactions between mothers and infants showing food refusal. Infant Mental Health J 1996;17(4):334–47.

Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years. Eat Behav 2010;11(4):253–7.

Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/ restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. Submitted for publication, Int J Eat Disord 2014;47(5):495–9.

Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, Fisher M, Rome E, Walsh BT. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. J Adolesc Health 2013;53:303–5.

Timimi S, Douglas J, Tsiftsopoulou K. Selective eaters: A retrospective case note study. Child Care Health Dev 1997;23:265–78.

Zero to Three: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. (Revised ed.) (DC:0-3R). Washington, DC: Zero To Three Press, 2005