Troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants (TCARÉ)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent, bureau 100
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION (Partie remplie par le PCSP)	
Numéro du rapport	
Mois de déclaration	
Province	
Date du jour	

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE RESTRICTIFS OU ÉVITANTS

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.

Mois de la première consultation : _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

1.2 Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

1.3 Province ou territoire de résidence : _____

1.4 Ethnie **(cochez toutes les réponses applicables):**

☐ Arabe	☐ Noire	☐ Chinoise	☐ Philippine
☐ Japonaise	☐ Coréenne	☐ Latino-Américaine	☐ Blanche
☐ Première nation	☐ Inuite	☐ Métisse	☐ Inconnue
☐ Asiatique du Sud-Est (p. ex. : vietnamienne, cambodgienne, malaisienne, laotienne)	☐ Sud-Asiatique (p. ex. : bangladaise, pendjabie, sri-lankaise)	☐ Asiatique occidentale (p. ex. : afghane, assyrienne, iranienne	☐ Autre (précisez) _____

SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE

2.1 Date estimative d'apparition des symptômes : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

2.2 Le patient a-t-il un trouble du comportement alimentaire manifesté par une incapacité persistante à respecter ses besoins nutritionnels ou énergétiques qui entraîne :

	Oui	**Non**	**Inconnu**
a) une perte de poids marquée Dans l'affirmative, précisez la quantité : _____ kg, sur quelle période? _____	___	___	___
b) une incapacité à prendre le poids prévu Dans l'affirmative, sur quelle période? _____	___	___	___
c) un ralentissement de croissance Dans l'affirmative, sur quelle période? _____	___	___	___

SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE (suite)	**Oui**	**Non**	**Inconnu**
d) une carence nutritionnelle importante.	___	___	___
e) une dépendance envers l'alimentation entérale ou envers les suppléments alimentaires par voie orale.	___	___	___
f) une interférence marquée avec le fonctionnement psychosocial	___	___	___

Si vous avez répondu « Non » à TOUTES les questions (a à f) de 2.2, le patient ne respecte pas les critères de TCARÉ. Veuillez passer à la section 9 pour terminer le questionnaire.

2.3	a) Semble-t-il y avoir un manque de nourriture disponible?	___	___	___
	b) Est-ce que des pratiques culturelles légitimes contribuent à la perte de poids ou à l'absence de prise de poids?	___	___	___
	c) Le patient a-t-il un autre trouble de santé qui suffit en lui-même à expliquer cette présentation?	___	___	___
	d) Le patient a-t-il une anomalie de la perception du poids ou de la forme corporelle?	___	___	___

Si vous avez répondu « Oui » à L'UNE des questions de 2.3, le patient ne respecte pas les critères de TCARÉ. Veuillez passer à la section 9 pour terminer le questionnaire.

2.4 Autres comportements ou caractéristiques :	**Oui**	**Non**	**Inconnu**
• Jeûne	___	___	___
• Évitement alimentaire	___	___	___
• Perte d'appétit, peu d'envie ou aucune envie de manger	___	___	___
• Manque d'intérêt apparent envers le fait de manger ou envers les aliments	___	___	___
• Apports alimentaires insuffisants (le patient s'alimente, mais pas suffisamment)	___	___	___
• Apports alimentaires, mais évitement de certains aliments	___	___	___
• Non-initiation de l'alimentation ou absence de sollicitation de nourriture (le patient ne commence pas à s'alimenter seul et ne demande pas de manger comme on s'y attendait)	___	___	___
• Préoccupation envers les aliments ou le fait de manger	___	___	___
• Déni de la gravité de la maladie	___	___	___
• Vomissements volontaires	___	___	___
• Symptômes somatiques (p. ex., céphalées, douleurs abdominales) Dans l'affirmative, décrivez : _____	___	___	___
• Exercice (p. ex., course, nage) Dans l'affirmative, précisez : fréquence : _____ heures/jour ou _____ heures/semaine Formes d'exercice utilisées : _____	___	___	___
• Méthodes de perte de poids compensatoires Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables : ☐ laxatifs ☐ diurétiques ☐ surconsommation de pilules amaigrissantes ☐ consommation de médicaments complémentaires et parallèles ☐ autre, décrivez : _____	___	___	___
• Antécédents de symptômes ayant précédé l'apparition du trouble de comportement alimentaire Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables : ☐ étouffement ☐ réflexes nauséeux ☐ vomissements	___	___	___
• Antécédents d'allergies alimentaires attestées Dans l'affirmative, précisez quels aliments : _____	___	___	___
• Problèmes de déglutition	___	___	___
• Refus de manger causé par un dégoût de certaines caractéristiques sensorielles des aliments Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables : ☐ goût ☐ texture ☐ couleur ☐ odeur	___	___	___
• Avantage secondaire (avantage découlant d'une maladie réelle ou présumée) Dans l'affirmative, décrivez : _____	___	___	___

SECTION 3 – CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES

Oui Non Inconnu

3.1 Poids actuel : _____ kg

3.2 Taille actuelle : _____ cm

3.3 À votre avis, d'après CETTE évaluation, quel DEVRAIT être le poids du patient (le poids souhaité pour une santé normale)? _____ kg

3.4 Poids maximal jamais consigné : _____ kg date de consignation : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

3.5 Poids minimal consigné depuis le début des symptômes : _____ kg
date de consignation : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

3.6 Si le patient a grandi depuis six mois, précisez le nombre de centimètres : _____ cm

3.7 Fréquence cardiaque à la présentation : _____ battements à la minute

3.8 À la présentation, état du patient **(cochez toutes les réponses applicables):**

☐ Arythmies ☐ Déshydratation ☐ Perte musculaire ☐ Syncope

☐ Étourdissements ☐ Constipation ☐ Reflux gastro-œsophagien

☐ Hypotension (TA systolique < 80 si l'enfant a moins de dix ans, ou < 90 s'il a plus de dix ans)

☐ Hypothermie (température orale < 35,5 ºC)

3.9 La patiente a-t-elle eu ses premières menstruations? ☐ Non applicable ___ ___ ___

Dans l'affirmative, a-t-elle des menstruations régulières? ___ ___ ___

Si elle est menstruée, prend-elle un contraceptif hormonal? ___ ___ ___

Date des dernières menstruations normales : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

3.10 Précisez l'état pubertaire d'après l'indice de maturité sexuelle (IMS), également désigné classification de Tanner : Stade (1 à 5) _____ Développement des seins

_____ Organes génitaux externes des garçons

_____ Poil pubien

3.11 Anomalies électrolytiques? ___ ___ ___

Dans l'affirmative, précisez : _____

SECTION 4 – ANTÉCÉDENTS SOCIAUX

4.1 Y a-t-il eu des changements importants dans les relations sociales, maintenant ou par le passé? ___ ___ ___

Dans l'affirmative, précisez **(cochez toutes les réponses applicables) :** ☐ amis ☐ famille

☐ changement d'école ☐ changement important dans le groupe d'amis

☐ autre, décrivez : _____

4.2 Y a-t-il eu des deuils récents ou des éléments de stress importants pour l'enfant ou la famille? ___ ___ ___

Dans l'affirmative, précisez **(cochez toutes les réponses applicables) :**

☐ décès dans la famille ☐ stress financier ☐ séparation ☐ divorce

☐ décès d'un animal domestique ☐ autre, décrivez : _____

4.3 Antécédents ou situation actuelle **(cochez toutes les réponses applicables) :**

- Violence ___ ___ ___

  Dans l'affirmative, précisez : ☐ sexuelle ☐ physique ☐ affective
- Victime d'intimidation ___ ___ ___

  Dans l'affirmative, l'intimidation était-elle liée au poids? ___ ___ ___
- Comportement d'automutilation ___ ___ ___
- Comportement suicidaire ___ ___ ___

SECTION 5 – PROBLÈME DE SANTÉ

		Oui	Non	Inconnu
5.1	Le patient présente-t-il un problème de santé concomitant?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez :			
	• Un problème de santé bien établi qui contribue au trouble de comportement alimentaire	___	___	___
	• Un symptôme somatique inexpliqué qui contribue au trouble de comportement alimentaire	___	___	___

SECTION 6 – MALADIE PSYCHIATRIQUE

6.1 **Situation actuelle et antécédents du patient**	Oui (situation actuelle)	Non (situation actuelle)	Inconnu (situation actuelle)	Oui (antécédents)	Non (antécédents)	Inconnu (antécédents)
• Dépression	___	___	___	___	___	___
• Trouble anxieux	___	___	___	___	___	___
• Trouble obsessionnel compulsif	___	___	___	___	___	___
• Troubles de déficit de l'attention	___	___	___	___	___	___
• Consommation de substances psychoactives, y compris l'alcool	___	___	___	___	___	___
• Trouble du spectre de l'autisme	___	___	___			
• Atteinte intellectuelle ou cognitive	___	___	___			
• Anorexie mentale				___	___	___
• Boulimie				___	___	___

- Autre, précisez pour la situation actuelle : _____
- Autre, précisez pour les antécédents : _____

6.2 **Antécédents familiaux**	Oui	Non	Inconnu
• Dépression	___	___	___
• Trouble anxieux	___	___	___
• Trouble obsessionnel compulsif	___	___	___
• Anorexie mentale	___	___	___
• Boulimie	___	___	___
• Troubles de déficit de l'attention	___	___	___
• Trouble du spectre de l'autisme	___	___	___
• Consommation de substances psychoactives, y compris l'alcool	___	___	___
• Tentative de suicide	___	___	___
• Suicide complet	___	___	___

- Autre, précisez : _____

SECTION 7 – PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

7.1 La prise en charge incluait **(cochez toutes les réponses applicables) :**

☐ Surveillance médicale régulière en milieu ambulatoire ☐ Thérapie familiale ☐ Psychoéducation

☐ Conseils nutritionnels par un diététiste ☐ Thérapie individuelle

- Évaluation diagnostique supplémentaire en psychiatrie? ☐ Oui ☐ Non
- Évaluation supplémentaire en surspécialité de la médecine? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, précisez la surspécialité de la pédiatrie ou de la médecine : _____

_____

SECTION 7 – PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (suite)

		Oui	Non	Inconnu
7.2	Le patient prend-il des médicaments? Dans l'affirmative, précisez le médicament et la posologie : _____ _____ _____	___	___	___
7.3	Se pourrait-il que l'enfant doive être admis à l'hôpital dans un avenir rapproché?	___	___	___
7.4	**Hospitalisation dans une unité médicale pour le présent trouble?** ***Dans la négative, passez à la question 7.5*** Dans l'affirmative, précisez la raison : _____	___	___	___
	• Consultations en surspécialité de la pédiatrie ou de la médecine Dans l'affirmative, précisez la surspécialité : _____ Raison : _____	___	___	___
	• A-t-il été nécessaire d'administrer des suppléments alimentaires? Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses applicables : ☐ suppléments nutritionnels par voie orale ☐ alimentation par sonde nasogastrique ☐ alimentation par sonde de gastrostomie ☐ nutrition parentérale totale ☐ autre, précisez _____	___	___	___
	• Durée du séjour : ____ jours ____ semaines ____ mois			
7.5	**Hospitalisation en PSYCHIATRIE pour le présent trouble?** ***Dans la négative, passez à la question 7.6*** Dans l'affirmative, précisez la raison : _____	___	___	___
	• Durée du séjour : ____ jours ____ semaines ____ mois			
7.6	**Traitement de jour ou hospitalisation partielle pour le présent trouble?** ***Dans la négative, passez à la question 7.7*** Dans l'affirmative, précisez la raison : _____	___	___	___
	• Durée du séjour : ____ jours ____ semaines ____ mois			
7.7	**Admissions antérieures dans une unité médicale?** ***Dans la négative, passez à la question 7.8.*** Dans l'affirmative, précisez le nombre : _____ Raisons : _____	___	___	___
7.8	**Admissions antérieures en psychiatrie?** ***Dans la négative, passez à la question 8.1.*** Dans l'affirmative, précisez le nombre : _____ Raisons : _____	___	___	___

SECTION 8 – SUIVI

8.1 Précisez le plan de suivi de ce patient **(cochez toutes les réponses applicables) :**

☐ Je vais le suivre moi-même.

☐ Je vais le diriger vers un spécialiste en médecine ou en psychiatrie ou vers un psychologue.

☐ Je vais le renvoyer à son médecin traitant.

☐ Ce patient est dirigé vers un programme de troubles alimentaires ou est suivi par un tel programme.

☐ **J'accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

☐ **Je préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour me demander des compléments d'information.**

SECTION 9 – MÉDECIN DÉCLARANT

Je suis : ☐ **pédiatre**

☐ **pédiatre surspécialisé; précisez la surspécialité :** _____

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(TCARÉ 2016-01)