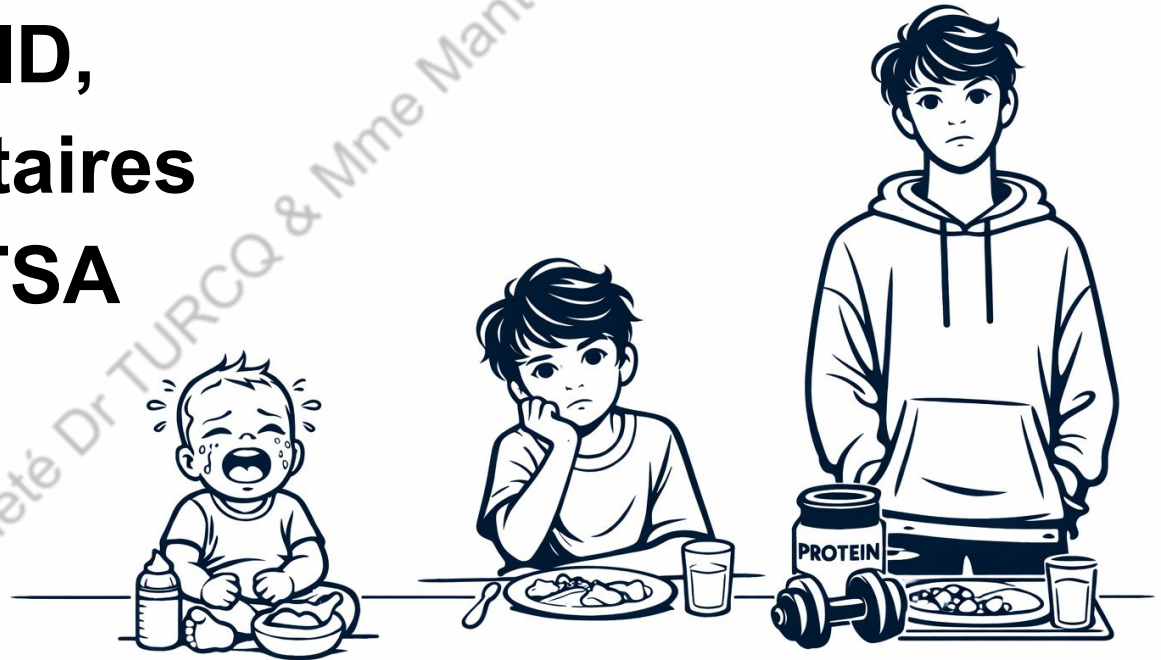


Troubles du comportement alimentaire, ARFID, Troubles Alimentaires Pédiatriques et TSA

L'histoire de Lucas : de la
naissance à l'adolescence





Dr Amandine TURCQ, pédopsychiatre cheffe de pôle Nouvel Hôpital de Navarre et psychiatre Hôpital Croix-Rouge Française Service Nutrition et responsable coordination Centre Régionale TCA CHU ROUEN pour la partie adulte.



Mme Nathalie MANTEAUX, diététicienne libérale à St Quentin en Yvelines et Evreux, DU Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent - Université de Rouen-Normandie

Propriété Dr TURCQ & Mme Manteaux

Un parcours qui commence avant même qu'il ne sache parler

- Lucas a aujourd'hui 15 ans
- Son histoire avec la nourriture a commencé dès sa naissance
- Nous allons suivre son parcours pour comprendre comment les troubles alimentaires évoluent de l'enfance à l'adolescence



Lucas bébé (0-2 ans)

“Quand manger fait mal”

- Né **prématuré** à 33 semaines d'aménorrhée
- **RGO sévère** avec œsophagite pendant les 8 premiers mois de vie
- Nécessité d'une **sonde naso-gastrique temporaire** pour l'alimentation



Lucas bébé (0-2 ans)

“L'évitement devient un réflexe”

- **Sevrage de la sonde difficile, introduction des solides laborieuse**
- **Textures** grumeleuses systématiquement rejetées (purée avec morceaux, compote)
- **Néophobie alimentaire** marquée dès 18 mois : refus de goûter de nouveaux aliments



Qu'est-ce que le Trouble Alimentaire Pédiatrique ?

- Trouble touchant les enfants de **0 à 6 ans**
- **Perturbation de l'alimentation**, qui devient inadaptée pour l'âge de l'enfant, **≥ 2 semaines**
- Souvent associé à une **cause organique initiale** : RGO, allergies, troubles de déglutition, prématurité



TAP : Les 4 domaines à explorer

- **Médical** : RGO, allergies alimentaires, troubles de motricité orale
- **Nutritionnel** : impact sur la croissance (taille, poids), éventuels carences/excès
- **Compétences alimentaires** : difficultés de succion, mastication, déglutition
- **Psychosocial** : stress parental intense, repas devenus conflictuels, anxiété familiale, difficultés en collectivité (ex : crèche)

Lucas à 2 ans : Le diagnostic TAP

- ✓ **Médical** : RGO actif nécessitant traitement
- ✓ **Nutritionnel** : cassure de la courbe de poids, alimentation insuffisante et déséquilibrée
- ✓ **Compétences alimentaires** : refus des textures grumeleuses, difficultés de mastication
- ✓ **Psychosocial** : stress maternel majeur, chaque repas est devenu un champ de bataille



L'ENFANCE :

**quand l'organique
disparaît mais les
comportements restent**



Propriété de TURCQ & Mme Mante

Lucas 3-7 ans : La zone grise, un paradoxe déroutant

- RGO résolu, bilan somatique entièrement normal ✓
- Pourtant : seulement **6-7 aliments acceptés** (pâtes nature, pain blanc, compote lisse, nuggets, yaourt nature lisse)
- Verbalise déjà ses **peurs** : "*Ça va me faire vomir*", "*C'est dégoûtant*" avant même de sentir.



Du réflexe de protection au réflexe cristallisé

La cause organique (RGO) a disparu

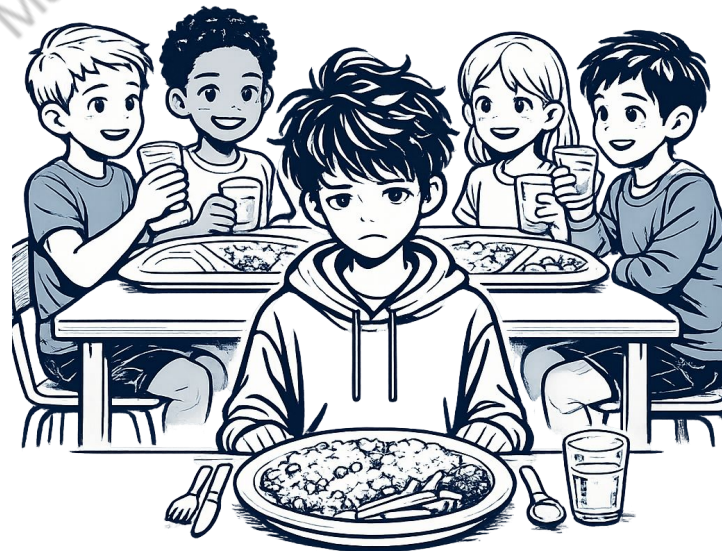
Mais les **représentations cognitives** se sont installées et autonomisées

L'**évitement alimentaire** est devenu un **réflexe automatique**, indépendant de la douleur initiale

Le panel alimentaire est très restreint et expose à un **risque de carence à moyen terme**

Lucas à 9 ans : Consultation pédopsychiatrie

- **Refus alimentaire** majeur avec **perte de poids** significative
- **Évitement social massif** : refuse les anniversaires, ne va plus à la cantine
- **Absence de préoccupation** pondéral/corporelle
- *"Je sais que ce n'est pas dangereux mais dans ma tête c'est non"*



Lucas à 9 ans

Le diagnostic : TSA + ARFID

2 troubles intriqués

- **TSA haut niveau** diagnostiqué à 8 ans (profil discret, camouflage social)
- **ARFID constitué** : évitement sensoriel massif + peur anticipatoire de vomir
- **Retentissement nutritionnel** (déficit pondéral) et **psychosocial majeur** (isolement)



Qu'est-ce que l'ARFID ?

Avoidant Restrictive Food Intake Disorder

- Trouble de l'évitement ou de la restriction de la prise alimentaire
- Restriction alimentaire avec retentissement sur la santé ou la vie sociale
- **Différence clé avec les TCA « classiques » (AN, BN, HB) : PAS de préoccupation sur le poids ou la silhouette**

ARFID : Les 3 moteurs principaux

- **Faible intérêt** : "Je n'ai jamais faim", désintérêt pour la nourriture, oublie de manger
- **Évitement sensoriel** : textures, odeurs, couleurs, températures perçues comme intolérables
- **Peur des conséquences** : peur de s'étouffer, de vomir, d'avoir mal au ventre

☀ **Identifier le profil pour adapter la prise en charge**

TSA et alimentation : un lien très fréquent

- **70% des enfants avec TSA** ont des particularités alimentaires significatives
- **Hypersensibilités sensorielles** : goût, texture, odorat perçus avec une intensité amplifiée
- **Rigidité cognitive et besoin de prévisibilité** : même marque, même présentation, même heure



Lucas : Profil ARFID + TSA

Comment les deux troubles se renforcent mutuellement

- **Évitement sensoriel ++** : seules textures lisses (yaourt, compote) ou craquantes (chips, biscottes) tolérées
- **Peur de vomir** : représentation cognitive cristallisée depuis le RGO de la petite enfance
- **Rigidité TSA** : même marque exigée, changement d'emballage = refus complet

L'ADOLESCENCE :
quand l'image du corps
entre en jeu



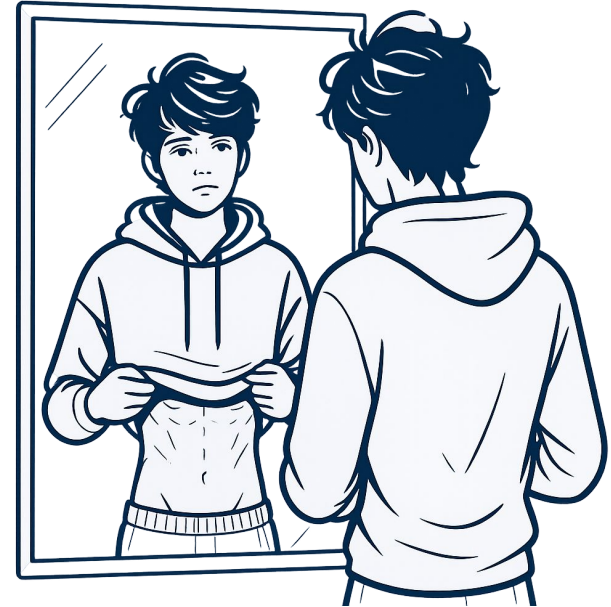
Lucas à 13 ans : l'entrée au collège et les premiers signaux

- Début des comparaisons avec les pairs :
"Tout le monde mange normalement sauf moi"
- Premières remarques sur son corps :
"Je suis trop maigre", "J'ai l'air d'un gamin"
- Recherches sur Internet :
*"Comment prendre du muscle rapidement",
"alimentation prise de masse"*



Lucas à 15 ans : La bascule

- **Nouveau discours** : *"Je mange pas ça, c'est pas sain / je veux rester fit, prendre du muscle"*
- **Passage** d'une restriction sensorielle à une **restriction intentionnelle qualitative** (éviter gras, sucre, ultra-transformé)
- **Préoccupations corporelles centrales** : recherche de musculature, scrutation du miroir, pesée quotidienne





Du TAP/ARFID vers un autre TCA




- L'ARFID persiste à l'âge adulte ~50–70%
- Une minorité d'ARFID évolue vers un autre TCA (~3–12%)
- Si évolution vers autre TCA :
 - 71% des ARFID → AN restrictive ou AN atypique
 - 29% ARFID → BN/BED
- Délai moyen : 5 à 6 ans
entre début ARFID et apparition autre TCA
- Profil le plus à risque : ARFID "*manque d'intérêt*"
(risque accru de restriction)



Signaux d'alerte : Quand s'inquiéter ?

-  Émergence de préoccupations concernant le **poids** ou la **silhouette**
-  **Comportements de pesée répétés** (plusieurs fois par jour)
-  **Passage d'une restriction sensorielle** à une **restriction qualitative intentionnelle** (switch dans les aliments composant le panel alimentaire)

Signaux d'alerte : Ne pas oublier ...

-  **Apparition d'exercice physique compensatoire**
(sport excessif pour "brûler des calories")
-  **Distorsion progressive de l'image corporelle**
("Je me trouve gros" alors que IMC bas)
-  **Évitement social alimentaire** qui s'intensifie (refuse tous repas en dehors du domicile)


EN PRATIQUE :

Comment repérer
et orienter ?



Pour tous : Le SCOFF

Dépistage TCA en 1ère intention

- **5 questions rapides** à poser à tout adolescent en consultation
- Score ≥ 2 → orienter vers pédopsychiatre ou médecin/centre spécialisé TCA
-  **Limite importante** : ne capture PAS l'ARFID (qui n'a pas de préoccupation pondérale)

1. Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?
2. Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

Si suspicion ARFID : Le NIAS

Nine Item ARFID Screen

- Quantifie séparément les **3 profils ARFID** : sensoriel, peur, désintérêt
- Permet d'orienter précisément le type d'intervention nécessaire
- **5 minutes**, rempli par l'adolescent/adulte (auto-questionnaire) ou par les parents pour les enfants 6-12 ans

1. Je suis un mangeur difficile.
2. La plupart des aliments que les autres mangent ne me plaisent pas.
3. La liste des aliments que j'aime et mangerai est plus courte que la liste des aliments que je ne mangerai pas.
4. Je ne suis pas très intéressé par la nourriture ; j'ai l'impression d'avoir un appétit plus petit que les autres.
5. Je dois me forcer à prendre des repas réguliers au cours de la journée, ou à manger une quantité suffisante de nourriture aux repas.
6. Même lorsque je mange des aliments que j'aime, j'ai du mal à en manger une quantité suffisante aux repas.
7. J'évite ou repousse l'heure du repas parce que j'ai peur de l'inconfort gastro-intestinal, de m'étouffer ou de vomir.
8. Je me restreins à certains aliments parce que j'ai peur que d'autres aliments me causent de l'inconfort gastro-intestinal, de m'étouffer ou de vomir.
9. Je mange de petites portions parce que j'ai peur de l'inconfort gastro-intestinal, de m'étouffer ou de vomir.

Si TSA diagnostiqué ou suspecté :

Le BAMBI Brief Autism Mealtime Behavior Inventory

- **18 items** sur les comportements problématiques aux repas, questionnaire parental
- Évalue : sélectivité alimentaire, rigidité, réactions sensorielles, comportements disruptifs
- Utile pour les enfants TSA entre **3 et 12 ans**

Inventaire des comportements lors des repas

1. Pleure ou crie lors des repas.
2. Déjourné la tête ou le corps de la nourriture.
3. Reste assis à table jusqu'à la fin du repas.
4. Recrache sa nourriture.
5. Est agressif lors des repas.
6. Affiche un comportement d'automutilation lors des repas.
7. Perturbe les repas.
8. Maintient sa bouche fermée quand on lui présente de la nourriture:
9. S'adapte aux routines liées aux repas.
10. Est prêt à goûter de nouveaux aliments.
11. N'aime pas certains aliments et refuse de les manger,
12. Refuse de manger des aliments qui nécessitent une longue mastication.
13. Préfère manger les mêmes aliments à chaque repas.
14. Préfère les aliments croquants,
15. Accepte ou préfère les aliments variés.
16. Préfère que la nourriture soit servie d'une manière spécifique.
17. Préfère exclusivement les aliments sucrés.
18. Préfère que sa nourriture soit préparée de manière spécifique.

Retour à Lucas : Son parcours de soins

Prise en soin séquentielle en 3 phases

- **Phase 1 (0-2 mois)** : Stabilisation médicale, supplémentation nutritionnelle si nécessaire
- **Phase 2 (2-6 mois)** : Thérapie cognitive-comportementale adaptée TSA + guidance parentale structurée
- **Phase 3 (6-12 mois)** : Expositions alimentaires graduées + généralisation aux contextes sociaux

Professionnels impliqués dans une démarche transdisciplinaire coordonnée :
Pédopsychiatre, diététicien, pédiatre, psychologue, orthophoniste, ergothérapeute
selon les besoins

L'autre trajectoire : ARFID et risque d'obésité

Quand les évitements mènent à la prise de poids

- **Panel restreint aux aliments ultra-transformés** : pâtes, pain blanc, nuggets, frites → apports caloriques élevés, pauvres en nutriments
- **Évitement des fruits/légumes** → alimentation déséquilibrée favorisant la prise de poids
- **⚠ Signal d'alerte** : un ARFID ne se voit pas toujours sur la balance, le déséquilibre nutritionnel peut être masqué par un poids normal ou élevé
- **Double vulnérabilité** : rigidité alimentaire + troubles intéroceptifs

L'autre trajectoire : ARFID et risque d'obésité

Focus TSA

- **Mécanisme spécifique TSA - Triple boucle :**
 - ↻ Physiologique : difficulté intéroceptive → absence signaux satiété
→ Suralimentation
 - ↻ Émotionnelle : alexithymie + dysrégulation émotionnelle + isolement social
→ Alimentation refuge
 - ↻ Métabolique : iatrogénie + trouble du sommeil + dysbiose + inflammation
→ Prise de poids
- **Stats TSA : 30-40% surpoids/obésité vs 15-20% pop générale**

Ce qu'il faut retenir

● Un ARFID non traité peut évoluer vers un autre TCA restrictif/compulsif.

● Dépistage systématique ARFID ↔ TSA

● Chaque année de retard allonge le traitement.

Les fenêtres développementales comptent

● Les adaptations TSA ne sont pas optionnelles.

Elles conditionnent la réussite de la prise en charge

Ressources et contacts

Pour aller plus loin

- **Centre Régional TCA CHU Rouen** : coordination prise en charge spécialisée
- **Association JOKER** : <https://www.association-joker.org/>
- **Contacts** :
 - Dr Amandine Turcq : amandine.turcq@nh-navarre.fr
 - Nathalie Manteaux : nathalie@squydiet.fr

Bibliographie

Définitions et classifications

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association; 2022.
 2. Goday PS, Huh SY, Silverman A, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019;68(1):124-129.
- Épidémiologie ARFID et TSA
3. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. Int J Eat Disord. 2015;48(5):464-470.
 4. Sader M, Weston A, Buchan K, et al. The Co-Occurrence of Autism and ARFID: A Prevalence-Based Meta-Analysis. Int J Eat Disord. 2025;58(3):473-488.
 5. Sanchez-Cerezo J, Nagularaj L, Gledhill J, Nicholls D. Epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a systematic review. Eur Eat Disord Rev. 2023;31(2):226-246.

Comorbidités psychiatriques

6. Kambanis PE, Kuhnle MC, Wons OB, et al. Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold ARFID. *Int J Eat Disord.* 2020;53(2):256-265.
7. Sanchez-Cerezo J, et al. Psychiatric comorbidities in ARFID: a systematic review. *Int J Eat Disord.* 2022.

Trajectoires évolutives ARFID → TCA

8. Kambanis PE, et al. Longitudinal course of ARFID and transition to other eating disorder diagnoses. *Int J Eat Disord.* 2024.
9. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(12):1434-1440.

TSA et particularités alimentaires

10. Esposito M, Mirizzi P, Fadda R, et al. Food Selectivity in Children with Autism: Guidelines for Assessment and Clinical Interventions. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(6):5092.
11. Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, Miles AG. Retrospective chart review of dietary diversity in children with autism spectrum disorder. *Focus Autism Other Dev Disabil.* 2014;26(1):37-48.

TSA et obésité/surpoids

12. Kahathuduwa CN, West BD, Blume J, et al. The risk of overweight and obesity in children with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2019;20(12):1667-1679.
13. Zheng Z, Zhang L, Li S, et al. Association among obesity, overweight and autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2017;7(1):11697.
14. Hill AP, Zuckerman KE, Fombonne E. Obesity and Autism. *Pediatrics.* 2015;136(6):1051-1061.
15. Sammels O, Karjalainen L, Dahlgren J, Wentz E. Autism Spectrum Disorder and Obesity in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts.* 2022;15(3):305-320.

Mécanismes neurobiologiques et métaboliques

16. Ashwood P, Kwong C, Hansen R, et al. Plasma leptin levels are elevated in autism: association with early onset phenotype? *J Autism Dev Disord.* 2008;38(1):169-175.
17. Manco M, Guerrero S, Ravà L, et al. Cross-sectional investigation of insulin resistance in youths with autism spectrum disorder. *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):229.
18. Nicholson T, Williams D, Carpenter K, Kallitsounaki A. Interoception is Impaired in Children, But Not Adults, with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2019;49(9):3625-3637.

Dysbiose et microbiote

19. Ye Y, Wang Q, Zhao J, et al. Gut microbiota dysbiosis in children with avoidant/restrictive food intake disorder: A cross-sectional study. *Sci Rep.* 2023;13(1):3906.
20. Schneider J, Schalla MA, Stengel A. The Role of Gut Microbiota in ARFID and Feeding Disorders: A Systematic Review. *Int J Eat Disord.* 2024;57(1):19-35.
21. Liu F, Li J, Wu F, et al. Altered composition and function of intestinal microbiota in autism spectrum disorders: a systematic review. *Transl Psychiatry.* 2019;9:43.

Inflammation et stress oxydatif

22. Masi A, Quintana DS, Glozier N, et al. Cytokine aberrations in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry.* 2015;20(4):440-446.
23. Frustaci A, Neri M, Cesario A, et al. Oxidative stress-related biomarkers in autism: systematic review and meta-analyses. *Free Radic Biol Med.* 2012;52(10):2128-2141.

Troubles du sommeil

24. Chen H, Yang T, Chen J, et al. Sleep problems in children with autism spectrum disorder: A multicenter survey. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):406.
25. Mazurek MO, Sohl K. Sleep and Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2016;46(6):1906-1915.

Iatrogénie médicamenteuse

26. Yoon Y, Wink LK, Pedapati EV, et al. Weight Gain Effects of Second-Generation Antipsychotic Treatment in ASD. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2016;26(9):822-827.

Outils de dépistage

27. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.* 1999;319(7223):1467-1468.

28. Zickgraf HF, Ellis JM. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS). *Appetite.* 2018;123:32-42.

29. Lukens CT, Linscheid TR. Development and validation of an inventory to assess mealtime behavior problems in children with autism. *J Autism Dev Disord.* 2008;38(2):342-352.

Interventions thérapeutiques

30. Thomas JJ, Becker KR, Kuhnle MC, et al. Cognitive-behavioral therapy for ARFID: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. *Int J Eat Disord.* 2020;53(10):1636-1646.

31. Loomes R, Bryant-Waugh R. Widening the reach of family-based interventions for Anorexia Nervosa: autism-adaptations. *J Eat Disord.* 2021;9(1):157.

32. Breda C, Conti MV, Cena H, et al. Dietary interventions for food selectivity in autism spectrum disorder: a systematic review. *Nutr Res Rev.* 2025;38(1):112-125.