

RAPPORT AED 2012 3^{ème} ÉDITION

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE



**Éléments essentiels pour la détection et la gestion précoces
des risques médicaux dans la prise en charge des personnes
atteintes de troubles du comportement alimentaire**

Avertissement : Le présent document, produit par l'Academy for Eating Disorders' Medical Care Standards Task Force (Groupe de travail sur les normes de soin en matière de troubles du comportement alimentaire de l'AED) est conçu comme une ressource afin d'encourager la détection et la prévention précoces de la morbidité médicale et de la mortalité associées aux troubles du comportement alimentaire. Il ne s'agit pas d'un guide clinique exhaustif. Tous les efforts ont été déployés pour fournir des informations basées sur les meilleures recherches disponibles et les meilleures pratiques actuelles.

Pour consulter des ressources, recommandations de pratique et une bibliographie complémentaires visitez :

www.aedweb.org et www.aedweb.org/Medical_Care_Standards

Les membres du Groupe de travail sur les normes de soin de l'AED

Judith D. Banker, MA, LLP, FAED

Anne E. Becker, MD, PhD, SM, FAED

Ovidio Bermudez, MD, FAED

Karine Berthou, PhD

Michael Devlin, MD, FAED

Debra K. Katzman, MD, FAED

Mary Beth Krohel, MA

Beth Hartman McGilley, PhD, FAED

Diane Mickley, MD, FACP, FAED

Ellen S. Rome, MD, MPH

Susan Paxton, PhD, FAED

Edward P. Tyson, MD

Mark Warren, MD, MPH, FAED

© Copyright 2012. Academy for Eating Disorders, Reston, VA États-Unis. Tous droits réservés en vertu des conventions de droits d'auteur internationales et panaméricaines.

Sommaire

Orientations clés	4
Les troubles du comportement alimentaire	4
Données importantes sur les troubles du comportement alimentaire	5
Les signes et symptômes présents	6
La détection précoce	7
Une évaluation complète	8
Le syndrome de réalimentation	12
Les objectifs du traitement	14
Des interventions opportunes	15
Une prise en charge continue	16
À propos de l'Academy for Eating Disorders	17

Orientations clés

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) constituent des maladies mentales graves accompagnées d'une morbidité et mortalité médicale et psychiatrique significatives, quel que soit le poids de la personne. L'anorexie mentale, notamment, présente le taux de mortalité le plus élevé de tous les troubles psychiatriques. Le risque de décès prématuré est six à douze fois plus élevé chez les femmes atteintes d'anorexie mentale que dans la population générale, après correction des variations dues à l'âge.

Une détection précoce et une intervention à temps, basées sur une approche d'équipe multidisciplinaire (médicale, psychologique et nutritionnelle) adaptée au stade du développement, fondée sur des données probantes, représentent la norme idéale de soin lorsque cela est possible. Les membres de l'équipe multidisciplinaire peuvent varier et dépendront des besoins du/de la patient(e) et de la disponibilité de ces membres dans la région du/de la patient(e). Dans les régions où l'on manque de ressources, les médecins, thérapeutes et diététiciens sont encouragés à consulter l'Academy for Eating Disorders (AED) et/ou des experts en TCA dans leur domaine de pratique respectif.

Les troubles du comportement alimentaire

Pour les besoins du présent document, les troubles du comportement alimentaire (TCA) comprennent :

- 1. L'anorexie mentale, avec les sous-types restrictif et boulimique purgatif
- 2. La boulimie, avec ou sans pratique purgative
- 3. Les troubles du comportement alimentaire non spécifiés, notamment l'hyperphagie boulimique
- Consultez www.aed.org ou le DSM ou CIM-10 actuels pour une description complète.

Données importantes sur les troubles du comportement alimentaire

- Les troubles du comportement alimentaire sont des troubles graves avec des complications physiques et psychologiques potentiellement mortelles.
- En plus d'affecter les filles et les femmes, les troubles du comportement alimentaire peuvent toucher les garçons et les hommes, les enfants, les adolescents et les adultes, les personnes de toute origine ethnique et socioéconomique et les personnes de morphologie, poids et taille divers.
- Le poids n'est pas le seul marqueur clinique d'un TCA. Une personne de poids normal peut avoir un TCA.
- Il est important de ne pas oublier que les TCA n'affectent pas seulement les femmes de faible poids. Toutes les situations de perte de poids précipitée chez des individus autrement en bonne santé doivent être examinées pour déceler un éventuel TCA, y compris chez les patients ayant subi une chirurgie bariatrique. Par ailleurs, les gains de poids rapides ou les fluctuations pondérales peuvent être un marqueur potentiel de TCA.
- Les personnes ayant un poids supérieur à leur fourchette de poids naturelle peuvent avoir une alimentation inadéquate et les patients qui sont dans leur fourchette de poids naturelle peuvent avoir des pratiques de contrôle pondéral qui ne sont pas saines.
- Chez les enfants et les adolescents, l'échec à atteindre un poids ou une taille attendus, et/ou un développement pubertaire retardé/interrompu devront être examinés pour déceler un TCA possible.
- Les conséquences médicales des TCA peuvent passer inaperçues, même auprès de médecins expérimentés.
- Les troubles du comportement alimentaire (y compris l'hyperphagie boulimique) peuvent être associés à des complications médicales graves. Les troubles du comportement alimentaire peuvent être associés à une atteinte significative de chaque système d'organes, dont le système cardiovasculaire, gastro-intestinal, endocrinien, dermatologique, hématologique, musculo squelettique, et nerveux central.

Les signes et symptômes présents

Les personnes atteintes de TCA peuvent présenter divers symptômes. Outre les signes cognitifs et comportementaux qui caractérisent les TCA, les signes et symptômes physiques qui suivent sont des manifestations possibles qui peuvent être présentes chez des patients présentant un TCA suite à de la restriction alimentaire, des épisodes de frénésie alimentaire et des comportements compensatoires inappropriés tels que la purge. **Toutefois, un TCA peut être présent sans signes ou symptômes physiques évidents.**

GÉNÉRAUX

- Pertes, gain ou fluctuations de poids marquées
- Perte de poids, maintien du poids ou échec à prendre du poids chez un(e) enfant et un(e) adolescent dont la croissance et le développement ne sont pas complétés.
- Intolérance au froid
- Faiblesse
- Fatigue ou léthargie
- Vertige ou étourdissement
- Syncope
- Bouffées de chaleur, épisodes de transpiration

ORAUX ET DENTAIRES

- Traumatismes/lacérations buccaux
- Érosion et caries dentaires
- Érosion de l'émail dentaire
- Hypertrophie des parotides

CARDIO-RESPIRATOIRES

- Douleurs thoraciques
- Palpitations cardiaques
- Arythmies cardiaques
- Dyspnée
- Œdème

GASTRO-INTESTINAUX

- Inconfort épigastrique
- Satiété précoce, vidange gastrique retardée
- Reflux gastro-œsophagien
- Hématémèse
- Hémorroïdes et prolapsus rectal
- Constipation

ENDOCRINIENS

- Aménorrhée ou règles irrégulières
- Perte de libido
- Faible densité minérale osseuse et augmentation du risque de fractures et de l'ostéoporose
- Infertilité

NEUROPSYCHIATRIQUES

- Crises d'épilepsie
- Perte de mémoire/concentration médiocre
- Insomnie
- Dépression/Anxiété/Comportement obsessionnel
- Automutilation
- Idées suicidaires/tentatives de suicide

DERMATOLOGIQUES

- Lanugo (duvet)
- Perte de cheveux
- Décoloration jaune de la peau
- Callosités ou abrasions sur le dos de la main (signe de Russell)
- Cicatrisation médiocre

La détection précoce

Il sera bon d'évaluer la possibilité d' un TCA chez toute personne présentant l'un des symptômes suivants :

- Perte/gain de poids brutal(e)
- Perte de poids ou échec à prendre du poids/grandir comme il est attendu chez un enfant et un adolescent encore en croissance
- Fluctuations pondérales importantes
- Anomalies électrolytiques (avec ou sans changements de l'ECG), notamment l'hypokaliémie, l'hypochlorémie ou l'élévation du CO₂. Un taux de CO₂ supérieur à la normale en présence d'un taux de chlorure inférieur à la normale et/ou un pH urinaire de 8,0 – 8,5 peut indiquer des vomissements récurrents. L'hypoglycémie peut accompagner de tels changements électrolytiques.
- Bradycardie
- Aménorrhée ou règles irrégulières
- Infertilité inexplicquée
- Activités sportives excessives ou participation à un entraînement physique extrême
- Constipation dans le cadre d'habitudes alimentaires inappropriées et/ou de comportements visant la perte de poids.
- Diabète sucré de Type 1 et perte de poids inexplicquée et/ou contrôle métabolique médiocre ou acidocétose diabétique (ACD). Ces patients encourent un risque accru de développer un TCA subclinique ou pleinement établi. Les changements de dose d'insuline intentionnels (sous-dosage ou omission) vont entraîner une perte de poids, un contrôle glycémique médiocre (taux plus élevé d'hémoglobine A1c), une hypoglycémie/hyperglycémie, une ACD et une accélération des complications diabétiques.
- Des antécédents d'utilisation d'un ou plusieurs comportements compensatoires pour influencer le poids après avoir mangé ou après des excès alimentaires perçus ou de la frénésie alimentaire, tels que les vomissements provoqués, les régimes, le jeûne ou l'excès d'activités sportives
- Des antécédents d'utilisation/abus de coupe-faim, d'excès de caféine, de diurétiques, de laxatifs, de lavements, d'ipéca, de boissons chaudes ou froides, d'édulcorants, de gomme à mâcher sans sucre, de médicaments sous ordonnance (par ex. insuline, médicaments pour la thyroïde), de psychostimulants, de drogues illicites ou un mélange de compléments ou substituts alimentaires.

La malnutrition aiguë est une urgence médicale

Les personnes présentant des comportements alimentaires restrictifs continus, une frénésie alimentaire ou qui pratiquent la purge malgré des efforts pour rediriger leur comportement nécessitent une intervention immédiate. La malnutrition aiguë est une urgence médicale. La malnutrition peut survenir quel que soit le poids du corps, pas uniquement à un faible poids.

Une évaluation complète

Le dossier complet doit inclure ...

L'évaluation :

- Du taux et de la quantité de perte/du changement pondéral(e)
- Du statut nutritionnel
- Des méthodes de contrôle du poids et des comportements compensatoires (vomissements, régimes, exercice, mauvaise utilisation de l'insuline, et/ou utilisation de pilules amaigrissantes, suppléments sans ordonnance, laxatifs, ipéca, diurétiques, etc.)
- Des apports alimentaires et des activités sportives
- Des antécédents menstruels chez les femmes (traitement hormonal substitutif, y compris pilule contraceptive)
- Des antécédents complets de croissance et développement, tempérament et traits de personnalité
- Des antécédents familiaux, notamment des symptômes ou diagnostic de TCA, obésité, troubles de l'humeur et d'anxiété, alcoolisme et toxicomanie
- Des antécédents psychiatriques, dont des symptômes de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété

L'examen physique doit inclure la mesure de...

- La fréquence cardiaque et de la tension artérielle en position allongée et debout
- La fréquence respiratoire
- La température orale (recherche d'hypothermie : température du corps <35,6°C).
- La taille, du poids et la détermination de l'indice de masse corporelle (IMC) ; note du poids, de la taille et de l'IMC sur une courbe de croissance pour les enfants et les adolescents, en notant les changements par rapport aux précédentes mesures de taille et poids

Évaluation initiale de laboratoire

- Les analyses biologiques et d'imagerie dont l'examen est recommandé lors de l'évaluation initiale d'un patient atteint de TCA, avec les anomalies correspondantes constatées chez les patients avec TCA, sont décrites dans le tableau suivant.

Analyses biologiques	Résultats potentiellement anormaux chez un(e) patient(e) atteint(e) de TCA
Hémogramme complet	Leucopénie, anémie ou thrombopénie
Profil métabolique complet, électrolytes et enzymes sériques	<p>Glucose : ↓(nutrition médiocre), ↑(omission d'insuline)</p> <p>Sodium : ↓(charge en eau ou laxatifs)</p> <p>Potassium : ↓(vomissements, laxatifs, diurétiques, réalimentation)</p> <p>Chlorure : ↓(vomissements), ↑(laxatifs)</p> <p>Taux sérique des bicarbonates : ↑(vomissements), ↓(laxatifs)</p> <p>Azote uréique sanguin : ↑(déshydratation)</p> <p>Créatinine : ↑(déshydratation, dysfonctionnement rénal), ↓(masse musculaire médiocre). La normale peut être « relativement élevée » compte tenu de la faible masse musculaire</p> <p>Calcium : légèrement ↓(mauvaise nutrition, au détriment des os)</p> <p>Phosphate : ↓(mauvaise nutrition ou réalimentation)</p> <p>Magnésium : ↓(mauvaise nutrition, laxatifs, réalimentation)</p> <p>Protéine/albumine totale ↑(dans la malnutrition précoce au détriment de la masse musculaire), ↓(dans la malnutrition tardive)</p> <p>Bilirubine totale: ↑(dysfonctionnement hépatique), ↓(masse des globules rouges médiocre)</p> <p>Aspartate aminotransaminase (AST), Alanine aminotransaminase (ALT) : ↑(dysfonctionnement hépatique)</p> <p>Amylase : ↑(vomissements, pancréatite) Lipase : ↑(pancréatite)</p>
Tests de la fonction thyroïdienne	Thyrotropine (TSH) basse à normale, thyroxine normale ou légèrement basse (T4) (syndrome euthyroïdien).

Analyses biologiques	Résultats potentiellement anormaux chez un(e) patient(e) atteint(e) de TCA
Gonadotrophines et stéroïdes sexuels	Faibles taux sériques d'hormone lutéinisante (LH) et d'hormone folliculostimulante (FSH). Faibles taux d'œstradiol chez les femmes et de testostérone chez les hommes.
Test de grossesse chez les femmes en âge de procréer	Les femmes de faible poids peuvent ovuler et sont par conséquent à risque de tomber enceintes si elles sont sexuellement actives.
Bilan lipidique	Ce test n'est pas recommandé à titre d'examen biologique initial étant donné que le cholestérol peut être élevé dans une malnutrition précoce ou faible dans une malnutrition avancée.
Études d'imagerie	Résultats potentiellement anormaux chez un(e) patient(e) atteint de troubles du comportement alimentaire
Bone mineral density study	Les patients atteints de TCA sont à risque d'avoir une densité minérale osseuse faible (DMO). Il n'existe pas de preuve que la thérapie hormonale de substitution (œstrogène/progestérone chez les femmes et testostérone chez les hommes) améliore la DMO. La réhabilitation nutritionnelle, le rétablissement du poids et la normalisation de la production de stéroïdes sexuels endogènes sont les traitements de choix. Une technique commune de mesure de la DMO est l'absorptiométrie biénergétique à rayons X, recommandée chez les patients en aménorrhée depuis six mois ou plus.
Autres analyses	Résultats potentiellement anormaux chez un(e) patient(e) atteint de troubles du comportement alimentaire
Électrocardiogramme	Bradycardie ou autres arythmies, changements de bas voltages, intervalle QTc allongé, inversions de l'onde T et dépression occasionnelle du segment ST.

Syndrome de réalimentation

Le **syndrome de réalimentation** décrit une migration potentiellement mortelle des liquides et électrolytes qui peut survenir lorsqu'on réalimente (oralement, entéralement ou parentéralement) un(e) patient(e) mal nourri(e). Les patients ayant un syndrome de réalimentation peuvent avoir une présentation clinique non spécifique et par conséquent, le diagnostic de ce syndrome peut s'avérer difficile. Les conséquences graves du syndrome de réalimentation incluent l'insuffisance cardiaque et/ou respiratoire, les problèmes gastro-intestinaux, le délire et dans certains cas, la mort. Le syndrome de réalimentation est une affection potentiellement mortelle exigeant des soins spécialisés en milieu hospitalier.

Les facteurs de risque du syndrome de réalimentation incluent :

- Les patients qui sont mal nourris de manière chronique et ceux qui n'ont eu aucun ou peu d'apport énergétique pendant plus de dix jours.
- Les patients qui ont eu une perte de poids rapide ou sévère, y compris ceux qui présentent un poids normal après perte de poids.
- Les patients atteints d'anorexie mentale.
- Les patients atteints d'un TCA qui sont mal nourris, notamment s'il y a une prise d'alcool importante.
- Les patients atteints d'obésité et qui ont connu une perte de poids importante, y compris après une chirurgie bariatrique.
- Les patients qui sont en jeûne prolongé ou qui font un régime hypoénergétique.
- Les patients avec des antécédents d'abus de diurétiques, de laxatifs ou de mauvaise utilisation d'insuline.
- Les patients présentant des électrolytes anormaux, notamment une hypophosphatémie, avant la réalimentation.

Manières de prévenir le syndrome de réalimentation chez les patients atteints d'un trouble du comportement alimentaire

- Être informé sur le syndrome de réalimentation et conscient des patients qui sont exposés à un risque potentiel.
- Savoir que le syndrome de réalimentation peut survenir chez les patients de tous âges.
- Comprendre que les patients à risque du syndrome de réalimentation doivent être traités par des médecins possédant une expertise ou une formation spécialisée dans le domaine des TCA.
- Utiliser une unité médicale hospitalière pour traiter et surveiller les patients qui peuvent présenter, ou sont à risque de présenter, le syndrome de réalimentation. Le syndrome de réalimentation est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les patients mal nourris atteints de TCA.
- Réalimenter lentement, en fonction de l'âge, du stade du développement, et du degré de malnutrition.
- Lorsqu'on traite un(e) patient(e) dans une unité hospitalière, surveiller le remplacement de fluides pour éviter une surcharge et vérifier étroitement les électrolytes, le glucose, le magnésium et le phosphore sériques avant et pendant la réalimentation. Les niveaux de phosphore sérique sont au point le plus bas durant la première semaine de réalimentation chez les patients hospitalisés.
- Chez les patients qui présentent des carences en électrolytes, corriger le déséquilibre hydro-électrolytique en même temps que l'alimentation. Il n'est pas nécessaire de corriger le déséquilibre hydro-électrolytique avant l'alimentation. Ceci peut être obtenu simultanément en toute sécurité au moyen d'un suivi étroit. Surveiller de près les patients qui ne présentent pas de carences électrolytiques dans une unité hospitalière étant donné que des anomalies électrolytiques peuvent survenir lors de la réalimentation.
- Surveiller tous les signes vitaux, le statut cardiaque et mental de tous les patients durant la réalimentation.

La sous-alimentation

La sous-alimentation peut accentuer la perte de poids et a été rapportée comme mortelle chez des patients gravement mal nourris.

Manières de prévenir la sous-alimentation

- Éviter la sous-alimentation provoquée par l'application d'un rythme de réalimentation trop prudent.
 - Réévaluer fréquemment (12-24 heures) et augmenter les calories dès que cela est considéré comme sans danger chez les patients hospitalisés.
 - Surveiller quotidiennement les électrolytes durant les stades initiaux de la réalimentation.
-

Objectifs du traitement

- Réhabilitation nutritionnelle
- Rétablissement du poids
- Stabilisation médicale et prévention des complications médicales graves et des décès
- Rétablissement des règles (le cas échéant)
- Cessation des comportements de frénésie alimentaire et/ou de purge
- Cessation des idéations liées au trouble du comportement alimentaire, y compris la distorsion et l'insatisfaction de l'image corporelle
- Rétablissement d'habitudes alimentaires qui promeuvent la santé et les relations sociales
- Rétablissement d'un engagement social

La résolution complète des symptômes risque de prendre une longue période de temps. Les troubles du comportement alimentaire ne sont pas juste des lubies, des phases ou des choix de style de vie. Personne ne choisit d'avoir un TCA, même lorsqu'on adopte volontairement des comportements à risque tels que les régimes et/ou les activités physiques qui peuvent précipiter un TCA.

Des interventions opportunes

1. Les patients atteints de TCA peuvent ne pas reconnaître qu'ils sont malades et/ou être ambivalents quant à l'acceptation d'un traitement.

Ceci est un symptôme de leur maladie. En outre, les patients peuvent minimiser, rationaliser ou cacher les symptômes et/ou comportements d'un TCA. Leur rationalité persuasive et leur compétence dans d'autres domaines de leur vie peuvent dissimuler la gravité de leur maladie. Un soutien extérieur et une assistance dans les prises de décision risquent d'être nécessaires, quel que soit l'âge.

2. Les parents/tuteurs sont au premier plan pour chercher de l'aide destinée aux enfants et adolescents atteints de TCA.

Prenez leurs inquiétudes au sérieux. Même une seule consultation concernant le comportement alimentaire d'un(e) enfant ou des inquiétudes sur son poids/sa morphologie constitue un indicateur solide de la présence du développement potentiel d'un TCA.

3. Aider les familles à comprendre qu'elles n'ont pas provoqué la maladie et que leur enfant/le membre de leur famille n'a pas choisi d'avoir cette maladie.

Cette reconnaissance facilite l'acceptation du diagnostic, du traitement, de l'orientation, des interventions, et minimise les préjugés indus qui sont associés à cette maladie.

4. Suivi de la santé physique notamment des signes vitaux et des analyses biologiques.

L'observation globale de la santé physique d'un(e) patient(e) atteint d'un TCA doit inclure un examen régulier de la fréquence cardiaque et de la tension orthostatiques (pouls et tension artérielle en position allongée puis debout). Les résultats devront être interprétés dans le contexte de l'adaptation physiologique à la malnutrition et au comportement de purge. Les résultats des analyses biologiques peuvent être normaux même en présence de TCA potentiellement mortels. Des anomalies mineures peuvent indiquer que des mécanismes compensatoires ont atteint des limites critiques.

Les patients de faible poids et les patients qui connaissent des pertes de poids importantes peuvent présenter une bradycardie (fréquence cardiaque < 50 battements par minute). Cette fréquence ne devra pas automatiquement être attribuée à un cœur d'athlète, même si le/la patient(e) est sportif/-ive.

5. Toujours évaluer le risque psychiatrique, notamment les idées, plans suicidaires et/ou les tentatives de suicide et d'automutilation.

Jusqu'à un tiers des décès liés aux TCA est dû au suicide.

Prise en charge continue

Un traitement basé sur les données probantes et prodigué par des professionnels de la santé expérimentés dans le soin des patients atteints de TCA est obligatoire. Les soins optimaux incluent une approche d'équipe multidisciplinaire par des spécialistes des TCA, notamment des services médicaux, psychologiques, nutritionnels et psychopharmacologiques. Les familles et les conjoints doivent être inclus chaque fois que cela est possible.

L'orientation par les prestataires de soins primaires représente la raison la plus probable pour laquelle les familles/patients recherchent des soins experts. Une évaluation détaillée et une orientation vers un expert peut par conséquent garantir les meilleurs résultats de traitement pour le/la patient(e).

Une réhabilitation nutritionnelle, un rétablissement et une stabilisation du poids, un rétablissement physiologique complet, une prise en charge des complications induites par la réalimentation et une interruption des comportements de purge/compensatoires devront être les objectifs de traitement immédiats pour tous les patients atteints de TCA. D'autres objectifs thérapeutiques psychologiques et autres pourront être abordés en parallèle lorsque cela sera possible.

L'atteinte d'un poids sain approprié chez un individu améliorera le fonctionnement physique, psychologique, social et émotionnel chez cette personne.

L'échec à restaurer pleinement le poids est associé au pire devenir, et le maintien du poids restauré est fortement associé à une évolution favorable. Toutefois, il est dangereux de penser qu'une personne atteinte de TCA est guérie une fois que sa santé physique et son poids ont été rétablis. La déformation de l'image corporelle et/ou les pensées liées au TCA peuvent persister malgré le rétablissement du poids et risquent de nécessiter une thérapie de longue haleine.

Pour une bibliographie et des informations complémentaires sur le diagnostic et le traitement des TCA, veuillez consulter : www.aedweb.org et www.aedweb.org/Medical_Care_Standards.

À propos de l'Academy for Eating Disorders (AED)

L'AED est une association professionnelle multidisciplinaire déterminée à jouer un rôle de premier plan dans la promotion de la recherche, de l'éducation, du traitement et de la prévention des TCA.

L'AED fournit des formations professionnelles et un enseignement de très haut niveau, inspire de nouveaux développements dans le domaine des TCA, et est la source d'informations internationale de pointe sur les TCA.

Devenez membre de l'AED

Devenez membre d'une communauté mondiale consacrée à la recherche, au traitement à l'éducation et à la prévention des TCA. Inscrivez-vous en ligne à : www.aedweb.org

Contactez-nous :

Academy for Eating Disorders
11130 Sunrise Valley Drive, Suite 350
Reston, VA 20191 États-Unis
Tél. : +1-703-234-4079
Fax : +1-703-435-4390
www.aedweb.org
info@aedweb.org

Cette brochure est approuvée par :

L'American Academy of Pediatrics
L'American Psychiatric Association
La Canadian Paediatric Society
Le Colegio de Pediatría de Nuevo León
Le ministère mexicain de la Santé
Le Secretaría de Salud de México, Gobierno Federal
La Society for Adolescent Health and Medicine

Traduit par:

Danielle Taddeo et Pierre-Olivier Nadeau, Médecins au Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine à Montréal, Québec, Canada, et Denise Bérubé, traductrice.