

Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent

S. Chaulet, É. Riquin, G. Avarello, J. Malka, P. Duverger

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) chez l'adolescent sont des pathologies d'origine psychique dont les retentissements sont à la fois somatiques et psychologiques, témoignant ainsi des intrications étroites entre psyché et soma. Ces affections sont particulièrement complexes car au carrefour de la psychologie individuelle et des interactions familiales, du corps dans ses aspects les plus biologiques et de l'image du corps, sans oublier bien sûr les influences sociales et culturelles. Les classifications internationales sont régulièrement actualisées, témoignant ainsi d'une étiopathogénie polyfactorielle complexe et discutée. Les troubles des conduites alimentaires relèvent en effet de facteurs génétiques et psychologiques individuels, en étroite relation avec des facteurs environnementaux familiaux et socioculturels. D'un point de vue psychodynamique, ces troubles des conduites alimentaires s'intègrent aujourd'hui parmi les conduites d'addiction ou de dépendance. Au fil du temps, il faut noter une plus grande considération pour les troubles des conduites alimentaires, particulièrement chez l'adolescent, ce qui a favorisé une meilleure sensibilisation des professionnels ainsi qu'un décroisement salutaire des pratiques. En effet, s'est développée une véritable clinique de l'adolescent prenant en compte un sujet en proie à de profondes transformations physiques, psychologiques, sociales. Ainsi, les prises en charge des TCA à l'adolescence s'articulent aujourd'hui entre somaticiens (pédiatres, médecins généralistes) et (pédo)psychiatres, de manière coordonnée. Elles sont toujours longues (sur plusieurs années). Les soins portent simultanément sur la conduite symptomatique et sur l'ensemble de la personnalité du jeune, tout en prenant en compte le contexte familial. Dans un premier temps, on reprendra les définitions, les terminologies et les classifications actuelles des troubles des conduites alimentaires. Dans un souci didactique, les troubles des conduites alimentaires typiques tels que l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse seront traités, puis certains troubles atypiques, telle l'hyperphagie boulimique (ou binge eating disorder [BED]), récemment individualisée comme entité à part entière (DSM 5), seront abordés. L'obésité, problème majeur de santé publique à l'adolescence, est aussi abordée et discutée, en partant de l'hypothèse d'une possible origine psychoaffective chez certains adolescents obèses, souffrant de BED. Puis, l'épidémiologie, la symptomatologie clinique, l'étiopathogénie seront décrites. Enfin, on reprendra ce qu'il en est de l'évolution, du pronostic et des modalités de prise en charge de ces troubles.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Troubles des conduites alimentaires ; Adolescence ; Anorexie mentale ; Boulimie nerveuse ; Binge eating disorder (BED) ; Obésité

Plan

■ Introduction	2	■ Étiopathogénie	10
■ Définition – terminologie – classifications	2	Approche psychanalytique	10
Place de l'obésité	4	Approche cognitive et comportementale	13
■ Épidémiologie	4	Approches biologique, génétique et environnementale	14
Anorexie mentale	5	■ Évolution et pronostic	16
Boulimie nerveuse	5	Évolution de l'anorexie mentale	16
Formes subsyndromiques et atypiques	5	Évolution de la boulimie nerveuse	16
■ Clinique	6	Évolution des formes subsyndromiques et atypiques	17
Anorexie mentale	6	■ Prise en charge des troubles des conduites alimentaires	17
Boulimie	8	Principes généraux	17
Hyperphagie boulimique ou « binge eating disorder »	9	Anorexie mentale/boulimie nerveuse	17
		Hyperphagie boulimique (« binge eating disorder ») avec obésité	21

■ Introduction

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) à l'adolescence regroupent classiquement l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et des formes incomplètes, diverses et atypiques.

L'adolescence, autour de la puberté, est la période de la vie la plus propice à l'apparition de troubles du comportement alimentaire, les transformations corporelles et psychiques étant au centre de la problématique. Le corps est en effet un support privilégié d'expression du mal être chez l'adolescent, comme en témoignent bon nombre de consultations médicales, pédiatriques et pédopsychiatriques, pour plaintes somatiques fonctionnelles, symptômes d'allure hypochondriaque, mais aussi attaques du corps telles les scarifications, les tentatives de suicide, la prise de toxiques. Les TCA peuvent être abordés sous l'angle des conduites d'autodestruction et sont ainsi une possibilité pour l'adolescent d'exprimer une souffrance psychique à travers son corps. Les TCA sont aussi l'expression de conduites d'addiction et de dépendance. Dans ce cadre, des troubles en apparence opposés (anorexie, boulimie) sont reliés par cette même caractéristique.

Les TCA se caractérisent par une grande hétérogénéité, tant sur le plan de leur psychogenèse et de leur évolution clinique que sur le plan des conséquences somatiques : des formes légères, rapidement résolutive, aux formes les plus chroniques ; de l'état de dénutrition sévère jusqu'à l'obésité morbide, en passant par certaines formes normopondérales.

Ces troubles se situent au carrefour du médical, du psychiatrique et du social. Si l'origine psychique des troubles contribue à leur apparition, les conséquences concernent les deux versants, somatique et psychique, et peuvent, dans les cas les plus graves, aller jusqu'à engager le pronostic vital et nécessiter des hospitalisations en service de médecine (pédiatrie, endocrinologie), voire de réanimation. Les TCA justifient donc une collaboration étroite entre médecine générale, pédiatrie et (pédo)psychiatrie, depuis l'établissement du diagnostic jusqu'à l'élaboration du projet de soin, avec un perpétuel ajustement en fonction de l'évolution de la pathologie. Cette coopération permet progressivement une meilleure acceptation de la maladie par le jeune et sa famille et, ainsi, une meilleure implication dans la prise en charge. En effet, la banalisation, voire le déni du trouble, est une caractéristique habituelle, souvent partagée par le jeune et sa famille, retardant ainsi le diagnostic, la prise en charge et les possibilités d'actions thérapeutiques efficaces.

L'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les formes subsyndromiques et atypiques seront successivement étudiées. Sera également abordée la question de l'obésité, dont il est aujourd'hui admis que certains cas soient liés à d'authentiques TCA.

■ Définition – terminologie – classifications

La Haute Autorité de santé (HAS)^[1] propose, en 2010, une définition du TCA : « Trouble du comportement visant à contrôler son poids et altérant de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale, sans être secondaire à une affection médicale ou à un autre trouble psychiatrique ». Le trouble du comportement dont il s'agit ici ne concerne pas uniquement la prise ou l'absence de prise alimentaire mais l'ensemble des comportements alimentaires et stratégies (alimentaires ou non alimentaires) visant à contrôler le poids. À titre d'exemple, il peut s'agir de vomissements provoqués après ingestion d'aliments, dans le cas d'un sujet boulimique.

Au passage, le terme de « conduite » plutôt que celui de « comportement » sera préférentiellement utilisé, ce dernier pouvant induire à tort un « a priori de déconnexion entre acte et psychisme »^[2]. En effet, une conduite sous-tend un sujet, un comportement ne relève pas systématiquement d'une subjectivité.

Sous l'intitulé « Troubles des conduites alimentaires » seront décrites principalement l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse, auxquelles s'ajoute l'hyperphagie boulimique. Mais outre ces pathologies psychiatriques, il existe de nombreuses formes

subsyndromiques pour lesquelles la frontière entre le simple désordre et la véritable pathologie reste parfois difficile à repérer. La dimension de souffrance subjective et l'altération du fonctionnement social permettent d'éclairer et d'identifier la dimension pathologique du trouble.

Les deux classifications internationales actuellement à disposition des cliniciens et des chercheurs sont la CIM-10^[3] et le DSM 5^[4] qui vient de paraître et fait suite à la dernière version traduite : le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition révisée^[5].

À noter que le DSM 5 propose un nouvel intitulé du chapitre dédié aux troubles du comportement alimentaire : « Feeding and Eating Disorders ». Ce terme *feeding*, nouvellement introduit, suggère la notion de « se nourrir et être nourri par autrui ». Il s'applique donc plus volontiers à la période de l'enfance et de l'adolescence où le comportement alimentaire des jeunes est empreint des attitudes et habitudes alimentaires familiales, et plus précocement dans la vie, de l'attitude maternelle de nourrissage de son bébé. Pour autant, les critères diagnostiques de ces deux classifications ne sont pas spécifiques de la période de l'enfance et de l'adolescence, mais applicables à tous les âges de la vie.

Ces classifications actuelles des TCA incluent jusqu'alors l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et certaines formes partielles ou d'intensité moindre d'anorexie et de boulimie (trouble des conduites alimentaires non spécifiés [TCANS] dans le DSM IV-TR) (Tableaux 1 à 4), et anorexie atypique/boulimie atypique dans la CIM-10. À noter que les troubles de l'alimentation concernant la première et la deuxième enfance tels le pica, le mérycisme et refus alimentaire sont introduits dans le DSM 5 dans le même chapitre que les autres TCA.

Aujourd'hui, anorexie et boulimie sont de plus en plus souvent associées, simultanément ou successivement. Le DSM IV-TR accorde une place prépondérante au diagnostic d'anorexie mentale en distinguant deux sous-types : restrictif pur ou associé à des crises de boulimie/vomissements ou prises de purgatif. La clinique montre^[6] que des épisodes de boulimie surviennent fréquemment dans l'évolution d'une anorexie (la moitié des cas), alors qu'une anorexie restrictive survient rarement chez un sujet antérieurement boulimique. Aussi, les formes d'emblée mixtes (anorexie-boulimie) se retrouvent dans 30 à 50 % des cas^[7].

À côté de ces deux entités, la CIM-10 intègre l'hyperphagie avec obésité consécutive à un événement stressant. Et dans le DSM IV-TR, une sous-partie destinée aux formes subsyndromiques partielles, répond aux formes cliniques fréquemment rencontrées en pratique (près de la moitié selon les enquêtes épidémiologiques). Ces TCANS – ou *eating disorder not otherwise specified* (EDNOS) – englobent des formes ne répondant pas strictement aux critères définis (Tableau 3). Parmi ces TCANS, on retrouve l'hyperphagie boulimique ou BED, trouble caractérisé par une surconsommation alimentaire (minimum théorique de deux jours par semaine), avec perte de contrôle, mais sans adoption (ou de façon moins régulière) de stratégie de contrôle de poids (à la grande différence de l'anorexie et de la boulimie). Ces patients hyperphages sont souvent en surpoids, voire fréquemment obèses. Le BED concernerait 10 % des personnes obèses^[8] et 20 à 40 % de celles qui se présentent à une consultation de nutrition^[9]. Certains auteurs^[10] considèrent le BED comme une entité clinique à part entière. Ce syndrome stable et chronique favorise l'obésité et, dans le DSM 5, le BED est reconnu comme une entité à part entière, au même titre que l'anorexie et la boulimie.

Outre l'officialisation du BED, la nouvelle classification américaine DSM 5 vise surtout à diminuer la proportion trop importante (jusqu'à 50 %) de patients dits *not otherwise specified* (EDNOS). Ainsi, le DSM 5 introduit une nouvelle catégorie « classés nulle part ailleurs » intitulé « Feeding and Eating Disorder Not Elsewhere Classified ».

Les TCA chez les enfants et les préadolescents (8–13 ans) sont d'une grande hétérogénéité clinique^[11]. Une tentative récente de classification^[12] distingue, outre l'anorexie et la boulimie, jusqu'à cinq variantes de TCA avec de nombreux recouvrements : troubles d'évitement alimentaire émotionnel (ou affectif), alimentation sélective, peur ou phobie alimentaire spécifique, alimentation restrictive, refus alimentaire. Dans le DSM 5, ces troubles sont regroupés dans l'*avoidant/restrictive food intake disorder* (ARFID),

Tableau 1.

Critères diagnostiques du DSM IV^[28] (et DSM IV-TR^[5]) et du DSM 5^[4] pour l'anorexie mentale.

<p>Critères diagnostiques du DSM IV (et DSM IV-TR) pour l'anorexie mentale [307.1]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu) – peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale – altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle – chez les femmes postpubères, aménorrhée c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple estrogènes) <p>Spécifier le type :</p> <ul style="list-style-type: none"> – type restrictif (<i>restricting type</i>) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements) – type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (<i>binge eating/purging type</i>) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs <p>Critères diagnostiques du DSM 5 pour l'anorexie mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> – restriction des apports caloriques résultant en un amaigrissement avec un poids ou une corpulence significativement trop bas par rapport à l'âge, le sexe, la trajectoire de développement et la santé physique – peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportements persistants visant à prévenir la prise de poids, alors que le poids est inférieur à la normale – perturbation de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou absence persistante de reconnaissance de la maigreur actuelle <p>Spécifier le type</p> <ul style="list-style-type: none"> – type restrictif : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements) – type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a présenté régulièrement des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués et/ou à la prise de purgatifs
--

Tableau 2.

Critères diagnostiques du DSM IV^[28] (et DSM IV-TR^[5]) et du DSM 5^[4] pour la boulimie.

<p>Critères diagnostiques du DSM IV (et DSM IV-TR) pour la boulimie [307.51]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – survenue récurrente de crises de boulimie (<i>binge eating</i>). Une crise de boulimie répond aux caractéristiques suivantes : absorption en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ; sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange) – comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif – les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois – l'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle – le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale <p>Spécifier le type :</p> <ul style="list-style-type: none"> – type avec vomissements ou prise de purgatifs (<i>purging type</i>) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements – type sans vomissement ni prise de purgatifs (<i>nonpurging type</i>) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements <p>Critères diagnostiques du DSM 5 pour la boulimie :</p> <ul style="list-style-type: none"> – survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : absorption en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ; sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange) – comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif – les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois – l'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle – le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale <p>Spécifier le type :</p> <ul style="list-style-type: none"> – type avec comportements compensatoires inappropriés : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements – type sans vomissement ni prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements

caractérisé par l'absence de troubles de l'image corporelle à l'origine de la restriction alimentaire. Pour indication, dans une population clinique de plus de 700 enfants et adolescents âgés de 8 à 18 ans, suivis dans plusieurs centres de traitements des TCA, cette entité a permis de caractériser 13,6 % des cas^[13].

Enfin, un autre trouble frontière est décrit dans cette catégorie des troubles non classés ailleurs dans DSM 5 : le *night eating syndrome* (NES)^[14] associant anorexie matinale, hyperphagie nocturne et insomnie. Selon ces auteurs, le NES serait, avec le BED, le principal TCA inducteur d'obésité.

Tableau 3.

Critères diagnostiques du DSM 5 pour l'hyperphagie boulimique ou *binge eating disorder* (BED)^[4].

Survenue récurrente de crises de boulimie (*binge eating*). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

- absorption en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
- sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) :

- manger beaucoup plus rapidement que la normale
- manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
- manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
- manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
- se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé

Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée

Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins un jour par semaine pendant trois mois

Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (par exemple, vomissements ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie

Tableau 4.

Troubles des conduites alimentaires non spécifiés dans le DSM IV^[28] (et DSM IV-TR^[5]) et classés nulle part ailleurs dans le DSM 5^[4].

Trouble des conduites alimentaires non spécifiés [307.50] dans le DSM IV (et DSM IV-TR) :

- chez une femme, tous les critères de l'anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles irrégulières
- tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis, excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale
- tous les critères de la boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de trois mois
- l'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (par exemple, vomissement provoqué après absorption de deux petits gâteaux)
- le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture
- hyperphagie boulimique (*binge eating disorder*) : il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie

Troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires classés nulle part ailleurs dans le DSM 5 :

- présentation atypiques, mixtes ou subsyndromiques : anorexie mentale atypique, boulimie nerveuse subsyndromique, hyperphagie boulimique subsyndromique
- autres syndromes spécifiques : conduite de purge, syndrome d'hyperphagie nocturne
- autres troubles non classés ailleurs

Place de l'obésité

L'obésité n'est pas un TCA stricto sensu. Mais comment traiter le sujet des TCA à l'adolescence sans aborder cette question, priorité de santé publique et qui fait l'objet des plus grandes inquiétudes quant à la santé des jeunes des pays occidentaux, au point que

la France en vient à lancer un « Plan Obésité » ? Il faut noter d'ailleurs que les dernières journées nationales de l'Association française pour le développement des approches spécialisées des TCA (AFDAS-TCA) portant sur l'optimisation de l'offre de soins pour les TCA en France (Paris, avril 2013) abordaient cette question de l'obésité.

La prévalence de l'obésité augmente de plus en plus ces dernières années et constitue un problème de santé publique grandissant, et ce de plus en plus précocement dans la vie. Cette progression de l'obésité est inquiétante et il est habituel, aujourd'hui, de qualifier les enfants et adolescents obèses de « génération XXL ». Pour autant, toutes les obésités ne relèvent pas d'une même étiopathogénie. L'hétérogénéité du phénotype est manifeste. « La prise de poids est liée à la génétique, à la nutrition précoce, aux modes de vie, aux facteurs comportementaux, psychologiques et sociaux, à l'environnement et aux évolutions économiques »^[15].

Dans les classifications internationales et notamment les DSM IV et 5, l'obésité n'y figure pas car « il n'a jamais été établi qu'un syndrome psychologique ou comportemental particulier lui soit régulièrement associé ». Dans la CIM-10, l'obésité y est incluse mais en tant qu'affection médicale générale. Elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une « accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». Bien que résultant d'un déséquilibre de la balance énergétique entre les apports et les dépenses, l'étiologie du surpoids et de l'obésité commune (par opposition aux obésités secondaires) est donc complexe et multifactorielle. Elle n'est cependant pas considérée comme un TCA du fait de l'hétérogénéité et de la multiplicité des nombreuses formes cliniques, de multiples étiologies (notamment somatiques), mais aussi parce qu'elle n'entraîne pas de stratégies particulières de contrôle du poids. Tout juste est-il fait mention de comorbidités et de certaines participations psychoaffectives, comme c'est le cas de « l'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques » qui définit une hyperphagie avec obésité consécutive à des événements stressants (« obésité réactionnelle »).

Pourtant, il est pensé que certaines formes d'obésité (telles que dans le BED ou l'hyperphagie boulimique) pourraient trouver leur place dans les classifications psychiatriques, spécifiquement dans le cadre des TCA. Un auteur américain^[16] pose d'ailleurs la question de l'introduction de l'obésité dans le DSM 5. Dans ces cas d'obésité liée à des TCA, les stratégies de contrôle du poids, inappropriées ou non, existent mais sont plus rares et surtout moins opérantes que dans l'anorexie ou la boulimie. Dans notre expérience clinique, la plupart des jeunes sujets obèses ont fait, pendant parfois de longues années, des efforts répétés pour suivre des régimes et sont désespérés de leurs difficultés à contrôler leur consommation de nourriture. Pour toutes ces raisons, et malgré l'absence de l'obésité dans les classifications psychiatriques internationales, il semble important d'aborder ici certaines formes d'obésité, en tant que pathologie soulevant la question de perturbations graves des conduites alimentaires.

Enfin, il faut rappeler que, dans tous les cas, l'utilisation des classifications et des regroupements syndromiques ne doivent pas faire négliger une approche singulière et clinique de chaque patient qui, derrière toute une liste de symptômes, présente un certain degré de souffrance psychique à évaluer et à soigner.

■ Épidémiologie

La majorité des récentes études épidémiologiques révèle une augmentation de la fréquence des TCA à l'adolescence, particulièrement des formes dites partielles ou atypiques, encore appelées TCA autres non spécifiés. Globalement, l'étude de Kjelsås retrouve, sur 1960 adolescents de 14–15 ans : 17,9 % de TCA chez les jeunes filles et 6,5 % de TCA chez les jeunes garçons (TCA tous confondus)^[17].

L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse touchent essentiellement les jeunes filles avec un sex-ratio respectivement de neuf filles pour un garçon, et cinq à sept filles pour un garçon.

L'anorexie mentale débute le plus souvent après la puberté avec un âge moyen de début des troubles à 17 ans. Cependant, on observe deux pics de survenue : l'un autour de 13–14 ans, émergence de la puberté, et l'autre autour de 18 ans^[18], au moment où la question de la dépendance à l'égard de la famille se pose. Cette pathologie peut également survenir chez les jeunes filles beaucoup plus jeunes, avant la puberté (anorexie prépubère).

L'âge de début de la boulimie serait plus tardif, vers 19–20 ans. En revanche, d'après Corcos, des formes subsyndromiques seraient beaucoup plus précoces, dès 14 ou 15 ans.

Anorexie mentale

L'incidence et la prévalence de l'anorexie mentale varient selon la population et le lieu de recrutement. L'anorexie mentale concerne classiquement les classes sociales élevées et moyennes.

Aucune étude épidémiologique n'a été réalisée au niveau national, en France ; les études publiées sont majoritairement internationales. Une récente étude a d'ailleurs été menée entre la France, les États-Unis et le Canada^[19] auprès de populations de collégiens/lycéens et n'a pas trouvé de différences de prévalence entre les trois pays. Celle de l'anorexie mentale est de 0,5 % (formes partielles : de 0,4 à 3,9 %). Aux États-Unis, l'anorexie mentale est la troisième maladie chronique chez l'adolescente après l'obésité et l'asthme, avec une prévalence de 0,48 % dans la tranche des 15–19 ans^[20]. La HAS précise que les prévalences retrouvées en pédiatrie dans la littérature internationale sont difficilement transposables en France car la majorité des adolescents est suivie en France par des médecins généralistes^[1]. Selon les critères du DSM IV, l'anorexie mentale est une pathologie relativement rare chez les jeunes filles et son taux est estimé à 1,8/1000 pour le groupe d'âge 15–19 ans (taux médian de 35 études internationales, retrouvé par Fombonne^[21]). Ce taux varie peu entre les études publiées au début ou à la fin de la période considérée (1976–2000), indiquant une relative stabilité de la fréquence de l'anorexie.

Cependant, une étude hollandaise^[22] comparant l'incidence de l'anorexie mentale entre les années 1985–1989 et les années 1990–1999 montre que le taux d'anorexie mentale est relativement stable ; il passe de 7,4 à 7,8 pour 100 000. Cependant, il a doublé dans le groupe d'âge des 15–19 ans. Ces résultats semblent liés à un dépistage des troubles plus précoce par les médecins généralistes mieux formés à ces pathologies et par les parents plus sensibilisés. Cette augmentation de prévalence est sans doute due aussi à une reconnaissance des formes partielles et subsyndromiques dans les classifications.

D'autre part, certains auteurs^[7] suggèrent que l'évaluation diagnostique des TCA et notamment de l'anorexie mentale doit tenir compte de l'évolution de la date d'apparition des règles, plus précoce, et de l'augmentation moyenne de la masse corporelle des jeunes femmes dans nos sociétés occidentales. Enfin, il existe une prévalence élevée d'anorexie chez les jeunes femmes sportives^[23].

Récemment, la HAS a identifié des groupes particulièrement à risque d'anorexie mentale^[1] :

- les jeunes filles ;
- les patients avec un indice de masse corporelle (IMC) bas ou élevé ;
- les adolescents consultant pour des préoccupations concernant leur poids, pour des désordres gastro-intestinaux, des problèmes psychologiques ;
- les jeunes filles présentant des perturbations des cycles menstruels, et en particulier une aménorrhée ;
- les danseuses, les mannequins ;
- les sportifs (disciplines esthétiques ou à catégorie de poids, sports valorisant ou nécessitant le contrôle du poids ; disciplines à faible poids corporel tels les sports d'endurance), notamment de niveau de compétition ;
- les sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale.

Ces populations présentent des risques statistiquement plus élevés d'anorexie mentale mais aucun lien de causalité n'est établi. Cependant l'élément commun à toutes ces populations cibles

est l'insatisfaction de l'image de leur propre corps. Cette insatisfaction corporelle et les préoccupations concernant le poids favorisent la survenue de TCA^[24].

Boulimie nerveuse

La boulimie est d'individualisation plus récente. Son âge moyen d'apparition est la fin de la période d'adolescence, la première consultation pour ce motif se situant généralement en début d'âge adulte.

La majorité des études estimant la prévalence dans une population d'étudiants varie de 1 à 3 %^[25]. Une étude française^[26] réalisée sur 328 adolescentes âgées de 12 à 19 ans conduit à une estimation de 1 % également. La boulimie concerne donc une plus large proportion d'adolescentes que l'anorexie mentale.

Si la prévalence de la boulimie nerveuse typique est de l'ordre de 1 % des adolescentes, les conduites boulimiques semblent plus fréquentes. Elles concerneraient 4 % des adolescents scolarisés en France, avec, là encore, une surreprésentation féminine^[27]. Ces chiffres sont d'ailleurs retrouvés dans l'étude internationale de Flament qui situe la boulimie nerveuse entre 0,2 et 1,8 % des collégiens/lycéens de France, États-Unis et Canada et entre 1,9 et 7,5 % de formes partielles^[19].

Formes subsyndromiques et atypiques

Les formes subsyndromiques ou atténuées d'anorexie mentale seraient deux à trois plus fréquentes. Ce sont soit des formes prodromiques de TCA, soit des formes résolutive, ou encore des formes évoluant sur un mode mineur. Elles seraient présentes chez 50 % des sujets consultant pour TCA^[20]. Une enquête française^[26] réalisée en Haute-Marne précise que les préoccupations corporelles concernent un tiers des jeunes filles, que 20 % ont des conduites de restriction et de jeûne (sans répondre aux critères d'une pathologie déterminée), que 3 % présentent des vomissements et des abus de laxatifs et de diurétiques, et enfin que près de 10 % ont une crise de boulimie hebdomadaire. Ainsi, les perturbations des conduites alimentaires apparaissent très fréquentes à l'adolescence. Ces formes atténuées peuvent avoir des conséquences non négligeables sur les plans physique et psychique. Les sentiments de honte qui les accompagnent généralement engendrent une probable sous déclaration et donc une sous-estimation.

Concernant le BED (ou hyperphagie boulimique), il vient d'être individualisé en tant que pathologie à part entière (DSM 5). Les données épidémiologiques sont donc encore éparses et peu précises. Cependant, l'annexe B du DSM IV^[28,5] relevait déjà une prévalence générale du trouble dans des échantillons issus de programmes diététiques ; celle-ci variait approximativement de 15 à 50 % (avec une moyenne de 30 %). Les femmes présenteraient 1,5 fois plus souvent ce comportement alimentaire d'hyperphagie boulimique que les hommes. Selon le DSM IV^[28,5], le début du trouble BED se situe typiquement en fin d'adolescence ou peu après l'âge de 20 ans, et suit souvent de près une perte de poids importante, consécutive à un régime.

L'obésité n'est pas un TCA mais, comme précisé plus haut, est parfois la conséquence de certains TCA et notamment du BED ou hyperphagie boulimique. Il semble donc intéressant de rappeler ici certaines données épidémiologiques.

La surcharge pondérale et l'obésité des enfants et adolescents représentent un problème majeur de santé publique et la majorité des pays européens affiche des taux de prévalence supérieurs à 10 %, certains pays souffrant de taux supérieurs à 30 % (Grèce, Italie, Malte). L'OMS estime à 400 millions le nombre de personnes obèses dans le monde, soit 7 % de la population mondiale (tous âges confondus).

La prévalence mondiale du surpoids (obésité incluse) de l'enfant et de l'adolescent est passée de 4,2 % en 1990 à 6,7 % en 2010 (selon les standards de l'OMS)^[29]. En 2006^[30], la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était, selon les références IOTF (International Obesity Task Force), de 18 % dans la tranche d'âge 3–17 ans. Parmi eux, 3,5 % étaient considérés comme obèses.

En France, en 2009, près de 15 % de la population adulte est obèse. Un enfant sur six présente un excès de poids (PNNS, Plan Obésité 2010–2013)^[15]. La prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent est de l'ordre de 15 à 18 %. Les milieux modestes sont les plus touchés.

■ Clinique

Anorexie mentale

Description clinique : les « 3A »

Le diagnostic d'anorexie mentale est avant tout clinique. La clinique de l'anorexie mentale a été décrite depuis fort longtemps^[31] et reste constante et stable à travers les époques et les pays. Elle nécessite classiquement la présence de la triade symptomatique dite des « 3A » : anorexie-amaigrissement-aménorrhée. Ce tableau clinique stéréotypé se constitue en trois à six mois, après une période où le jeune entreprend un régime pour perdre quelques kilogrammes jugés superflus. Il est intéressant de noter dans quelques cas l'existence d'une discrète subobésité infantile^[32]. Un événement déclenchant peut précipiter la symptomatologie latente (conflit ou séparation familiale, deuil, naissance, déménagement, rupture sentimentale).

Anorexie

Souvent inaugurale, elle traduit la nature psychologique du trouble et son implication relationnelle. Il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire d'abord sous la forme d'un régime qui deviendra de plus en plus drastique, pouvant conduire à l'aphagie. Le terme anorexie peut induire une confusion de sens puisqu'il ne s'agit pas d'une diminution de l'appétit mais d'une réduction volontaire des apports. Cette confusion peut être entretenue par les propos du jeune qui explique parfois sa perte de poids par une perte d'appétit. Ce symptôme est difficilement repéré par les médecins, car rarement mis en avant par le jeune et sa famille ; il ne constitue généralement pas le motif principal de consultation. Pourtant, ce symptôme est spécifique et son repérage signe la composante psychologique du trouble et donc le diagnostic d'anorexie mentale. Il existe au départ une véritable lutte contre la faim, puis la sensation de faim disparaît progressivement, et à la perte d'appétit se substitue une intolérance à l'alimentation. La peur de grossir s'installe. Cette anorexie s'accompagne d'attitudes particulières et de rituels face à la nourriture : collection de recettes, tyrannie pour nourrir les autres, triage d'aliments, grignotage de portions infimes, mâchonnements interminables, mélanges alimentaires étonnants, etc. Les jeunes sont très au fait des calories que contiennent les aliments et sont souvent obsédés par un comptage des calories qu'ils ingèrent^[32]. Enfin, les moments de repas sont l'occasion de conflits et de tensions intrafamiliales majeures. Les parents ont les yeux rivés sur l'assiette de leur adolescent(e) qui, de son côté, tergiverse et « chipote » pour le moindre aliment.

Amaigrissement

L'amaigrissement fait suite à la conduite de restriction alimentaire. Il est généralement le motif de consultation initial car il se remarque. L'inquiétude de l'entourage contraste souvent avec l'apparente indifférence, voire le déni de l'adolescent. La perte de poids peut être progressive mais est souvent très importante, voire spectaculaire puisque elle peut dépasser 25 % du poids initial pour atteindre parfois 50 % du poids normal à cet âge (dans les formes avec cachexie). L'aspect physique est évocateur : disparition des formes féminines (seins, fesses et hanches effacées) pour les jeunes filles, corps anguleux et décharné, visage cadavérique avec des joues creuses, des yeux enfoncés dans les orbites, des cheveux secs et ternes. Il peut passer longtemps inaperçu car les jeunes anorexiques portent souvent des vêtements amples. Cet amaigrissement procure initialement une illusion de mieux-être. La constatation d'une perte de poids s'accompagne en effet d'une satisfaction, voire d'un sentiment de triomphe. Il existe chez les anorexiques une distorsion de l'image qu'elles ont de leur propre corps, c'est la dysmorphophobie (ou dysmorphie corporelle), soit généralisée à l'ensemble du corps, soit fixée à certaines zones

sujettes aux rondeurs (joues, ventre, fesses, hanches). En effet, elles ont perdu toute trace de discernement et sont envahies par cette obsession de maigrir toujours plus, en dépit de leur maigreur évidente. Ainsi, elles occultent, voire déniaient constamment leur maigreur à des degrés variables. Et il faut souvent en arriver à un stade sévère de dénutrition et d'affaiblissement des performances physiques et intellectuelles pour qu'elles reconnaissent la réalité d'un désordre et acceptent finalement une aide. Ainsi, une grande ambivalence marque fréquemment le début du suivi, rendant difficile l'installation du lien thérapeutique.

Les conséquences somatiques de l'amaigrissement retrouvées à l'examen clinique sont :

- au niveau des phanères : cheveux secs et tombants, ongles striés et cassants, peau sèche, lanugo, hypertrichose ;
- au niveau cardiovasculaire : bradycardie, pâleur, acrocyanose, froideur des extrémités, marbrures, hypotension, œdèmes de carence ;
- au niveau central : hypothermie ;
- au niveau digestif : constipation.

La mesure de l'amaigrissement se fait grâce au calcul de l'IMC qui répond à la formule : $IMC = \text{poids (en kg)} / [\text{taille (en m)}]^2$. Normalement, l'IMC (ou *body mass index* [BMI]) se situe entre 18 et 25. En dessous de 18, on évoque la maigreur, et en dessous de 14, il est question de dénutrition. L'hospitalisation est recommandée lorsque l'IMC se situe en dessous de 13 ou 14 ; il existe un risque de décès important si l'IMC descend en dessous de 11 (30 % des patientes).

À noter qu'à l'adolescence, la restriction alimentaire n'entraîne au début qu'une « simple » diminution de la vitesse de croissance pondérale, sans perte de poids en valeur absolue. C'est pourquoi, il est fondamental de reconstituer et suivre l'évolution staturo-pondérale à l'aide des courbes de croissance somatique (carnet de santé).

Aménorrhée

L'aménorrhée peut coïncider avec le début de l'anorexie, mais peut aussi la précéder ou la suivre. Ce symptôme est constant et jusqu'alors considéré dans les classifications comme nécessaire au diagnostic. Cependant, un traitement hormonal par contraceptifs oraux peut masquer cette aménorrhée et elle n'est plus « nécessaire » pour porter le diagnostic d'anorexie mentale dans la dernière version du DSM (DSM 5) (Tableau 1).

Cette aménorrhée est primaire si la jeune fille n'a jamais eu ses règles ; elle est secondaire si elle survient après trois mois de règles, régulières ou non. En général, l'aménorrhée persiste après la reprise pondérale et est le dernier symptôme à disparaître. Cette aménorrhée est secondaire à une insuffisance gonadotrope centrale à l'origine d'une anovulation chronique. Elle entre dans le cadre des insuffisances gonadotropes hypothalamiques fonctionnelles dont l'origine est inconnue^[33]. Elle renvoie à deux facteurs étiologiques intriqués : l'un est organique et lié à la perte de poids, la dénutrition et l'hyperactivité physique, l'autre est psychogène. En dehors d'une grossesse, toute aménorrhée chez une adolescente doit faire évoquer une anorexie mentale.

Signes associés repérables à l'interrogatoire

Cette triade symptomatique classique se complète généralement par d'autres signes, patents ou non, à rechercher par l'interrogatoire et à l'examen clinique^[34]. Il s'agit de :

- stratégies de contrôle du poids : vomissements, souvent provoqués ; prise de laxatifs ou de diurétiques ; hyperactivité motrice (marche, course à pied, sport intensif) avec méconnaissance de la fatigue. Plus rarement, un mérycisme (régurgitation et mastication des aliments) et une potomanie (propension à boire de grandes quantités d'eau, plusieurs litres par jour) ;
- hyperactivité intellectuelle et/ou physique : il existe généralement un hyperinvestissement intellectuel au niveau scolaire mais aussi dans les activités de loisirs (lecture, activités culturelles). Le fonctionnement intellectuel est axé sur une avidité de savoir et de performance, sans réel plaisir à apprendre. La jeune anorexique excelle dans les matières qui nécessitent une restitution des connaissances plus que dans les disciplines suscitant la créativité. La perte de poids n'empêche généralement pas

l'activité physique. Il semblerait que, au contraire, la satisfaction procurée par l'amaigrissement (dans une certaine mesure) lui donne de l'énergie. Parfois, un activisme domestique^[32] peut apparaître (ménage, cuisine), instaurant un climat d'emprise sur la vie familiale;

- l'absence de troubles psychiatriques majeurs, notamment de type psychotique. Des manifestations d'anorexie mentale parfois très inquiétantes peuvent exister dans le cadre de personnalité psychotique. Il ne s'agit plus d'anorexie mentale essentielle.

Caractéristiques psychologiques individuelles et familiales

L'entretien pédopsychiatrique avec le jeune et ses parents permet de repérer plusieurs caractéristiques psychologiques habituelles, parmi lesquelles^[34] :

- une méconnaissance constante de la maigreur. Elle reflète le trouble de la perception de l'image du corps. Les besoins physiologiques sont niés. S'y associe un déni de la gravité de l'état de santé, d'autant que la maigreur croissante entraîne un sentiment de bien-être et de triomphe;
- un désir éperdu de minceur et la peur de grossir, qui occupent une part croissante de l'activité mentale;
- un isolement relationnel. L'adolescente n'est plus intéressée par les sujets de conversation des adolescents de son âge; elle se replie et s'isole. Cette régression affective se complète par un changement de comportement: jusque-là décrite comme sage, obéissante et sans problème, elle devient irritable, susceptible et exigeante;
- une dépendance relationnelle. Les relations avec les parents et la fratrie sont des relations de dépendance et l'anorexie mentale apparaît comme une tentative de se dégager de cette emprise et de cette relation de dépendance. Autrement dit, l'adolescente anorexique inverse les rôles, dans la mesure où c'est la famille qui devient dépendante de son bon vouloir. Cette « emprise manipulatrice » assure le succès d'un illusoire contrôle de la sphère affective. Les conflits avec les parents sont alors inévitables et contribuent à l'autorenforcement de la conduite;
- une sexualité activement et massivement refoulée, désinvestie. Il existe une absence de plaisir corporel et sexuel, un défaut d'investissement érogène du corps. Les transformations corporelles liées à la puberté sont niées;
- un besoin de maîtrise exprimé aussi au niveau du corps. Le corps est maltraité, sans conscience de la mise en danger. La jeune anorexique est une perfectionniste de la privation.

D'un point de vue familial, le couple parental donne en général une apparence d'union satisfaisante, mais souvent superficielle. Il existe souvent des conflits intenses et des tensions rarement verbalisées par crainte des conflits qu'il faut à tout prix éviter. Ainsi, la famille est perçue comme une famille « sans histoire ». La jeune anorexique vient alors déranger la dynamique familiale et impose une remise en question de ce fonctionnement, jusque-là tu.

Du côté maternel, il existe une importante proportion d'antécédents de dépression^[35]. Cet état dépressif peut survenir dans les premiers mois de la vie de l'enfant, altérant la mise en place d'interactions précoces affectueuses de bonne qualité, ou parfois dans les mois ou années ayant précédé le début des troubles. Les antécédents de TCA maternels, en particulier infra-cliniques, sont également fréquents^[7]. Les mères sont parfois décrites comme peu chaleureuses, rigides, ayant des difficultés à percevoir les besoins propres de leur enfant^[36].

Les antécédents d'épisodes dépressifs chez le père sont également décrits^[37] dans les mois précédant le déclenchement de l'anorexie. Ces pères sont décrits effacés, permissifs, intervenant peu dans les décisions familiales. Ils sont plutôt chaleureux avec leurs enfants; certains auteurs parlent même de pères « maternisés »^[38].

Concernant la fratrie (en général plus âgée), il est rare de retrouver des antécédents de TCA, mais il semble exister chez eux une fragilité psychique plus importante^[7].

Comorbidité psychiatrique

La comorbidité psychiatrique est difficile à évaluer mais semble importante. Dans certaines études, près de 63 % de patientes anorexiques présentent un trouble affectif sur la vie entière^[39].

Les troubles psychiatriques retrouvés en association avec l'anorexie mentale sont :

- les troubles dépressifs: très fréquents, voire constants pour certains auteurs^[40]. La présence d'affects dépressifs est souvent considérée comme la marque d'une organisation défensive moins rigide et moins fixée. Certains états de régression massive masquent les affects dépressifs^[38];
- les troubles anxieux: 30 à 65 % des anorexiques hospitalisées présentent des antécédents de troubles anxieux dont des troubles obsessionnels compulsifs (TOC)^[41]. Les anorexiques présentent un grand perfectionnisme et une autoévaluation très abaissée^[42]. Il est probable que les composantes obsessionnelles et dépressives se retrouvent préférentiellement dans le groupe des anorexiques restrictives pures^[7]. En l'occurrence, le trouble de la personnalité le plus fréquemment retrouvé chez les patientes anorexiques pures appartient au type anxieux: personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle compulsive et passive-agressive^[43];
- la consommation de toxiques ou d'alcool, plus particulièrement dans les formes mixtes et chez les adultes^[44];
- un certain appauvrissement du fonctionnement psychique, après une longue période d'anorexie mentale^[45].

Signes biologiques

Le bilan biologique confirme le diagnostic et permet de mesurer l'importance des répercussions somatiques de l'anorexie. Il permet aussi de suivre l'évolution de l'état somatique, au fur et à mesure de la prise en charge. Ce bilan biologique systématique retrouve :

- des troubles métaboliques: hypoglycémie, hypokaliémie, hyponatrémie, hypochlorémie, hypoprotidémie, hypercholestérolémie, hyperamylasémie;
- une anémie hypochrome avec leuconéutropénie, thrombopénie, hyperlymphocytose;
- une vitesse de sédimentation (VS) diminuée;
- des troubles hormonaux: hormones T3 basse, T4 et *thyroid-stimulating hormone* (TSH) normales; réponse normale mais retardée à *thyrotropin-releasing hormone* (TRH). Hypo-estrogénie, baisse de *follicle stimulating hormone* (FSH) et de *luteinizing hormone* (LH), cortisolémie augmentée, *growth hormone* (GH) souvent augmentée;
- une diminution de la densité minérale osseuse par ostéoporose, mesurée à l'absorptiométrie osseuse.

Le pédopsychiatre, en collaboration avec le pédiatre et le médecin généraliste, doit connaître ces résultats lui permettant de mesurer l'état somatique réel de la jeune fille. Il est en effet inutile, voire dangereux de commencer une prise en charge psychothérapeutique intensive lors de perturbations somatiques majeures^[34].

Diagnostic différentiel

Sur le plan organique, la recherche du diagnostic différentiel est systématique, même si pour certains auteurs, il n'y a pas à proprement parler de « diagnostic différentiel » de l'anorexie mentale, pour peu que le médecin praticien en ait un peu l'expérience mais surtout qu'il ait pris le temps de bien écouter le patient et d'interroger l'entourage^[27].

Cette recherche implique un bilan clinique et paraclinique effectué devant tout amaigrissement chez l'adolescent(e). Les pathologies organiques recherchées sont d'ordre infectieux (syndrome post-viral), digestif (maladie de Crohn, gastrite, ulcère gastrique, achalasie), néoplasique (tumeur cérébrale ou digestive), ou endocrinien (diabète sucré de type 1, dysthyroïdie).

Afin d'aider le praticien à distinguer une anorexie secondaire à une pathologie organique et une anorexie mentale, la HAS^[1] liste certains éléments particulièrement évocateurs d'une anorexie mentale. Ces éléments sont à rechercher lors de l'entretien ciblé avec le jeune et sa famille. Il s'agit de la lecture et du recopiage de recettes, de la participation active aux achats alimentaires, du stockage d'aliments, du décryptage des étiquettes détaillant la

composition d'un plat, de la volonté de cuisiner pour l'ensemble de la famille, de la confection d'assiettes riches en calories pour l'entourage avec, a contrario, une assiette exempte de toute graisse visible où le contenu est éparpillé et caché pour l'adolescent. D'autres signes sont à rechercher : hyperactivité physique incessante, apparition ou accentuation de troubles obsessionnels avec rituels autour du rangement ou de la propreté, hyperinvestissement scolaire avec insatisfaction malgré de bons résultats, absence de plainte et réaction inappropriée de l'adolescent à l'annonce de la nécessité de reprendre du poids. Il est alors recommandé de confirmer le diagnostic d'anorexie mentale par la présence de chacun des critères diagnostiques des classifications internationales.

Sur le plan psychiatrique, il est important de différencier deux types d'anorexie : l'anorexie mentale où le symptôme anorexie occupe l'essentiel du tableau clinique, et l'anorexie symptomatique d'un syndrome psychiatrique (dépressif le plus fréquemment ou délirant) auquel s'associe un cortège d'autres symptômes.

Il est également utile de savoir distinguer l'anorexie mentale d'autres conduites alimentaires déviantes, fréquemment rencontrées lors ou au décours de la poussée pubertaire. Une période transitoire de réduction alimentaire est habituelle chez les jeunes filles, influencées par l'effet de mode d'avoir une silhouette mince. Ainsi, Dally et Gomez considèrent que 10% des jeunes filles brillantes des classes sociales élevées en occident présentent autour de 18 ans des formes légères d'anorexie qui durent environ 12 mois et disparaissent spontanément^[37]. Seuls quelques cas évoluent vers une anorexie mentale. Dans d'autres cas enfin, il y a subitement exclusion de certains aliments, non en raison d'une volonté de maigrir mais à cause d'un danger que pourrait provoquer leur ingestion (régimes végétariens par exemple).

Ces caractéristiques cliniques associées confirment l'importance d'un entretien complet avec l'adolescent(e) et un interrogatoire avec les parents et l'entourage.

Formes cliniques particulières d'anorexie mentale

À côté de la forme classique décrite, plusieurs formes cliniques sont repérées.

Anorexie mentale du garçon

L'anorexie masculine est rare mais la plupart des auteurs suggèrent une sous-évaluation de sa prévalence, car peu d'études en population générale ont été menées. Une étude scandinave portant sur les filles et les garçons de 14-15 ans rapporte une prévalence pour l'anorexie mentale de 0,7% chez les filles et de 0,2% chez les garçons^[20]. Selon la plupart des études internationales, l'anorexie mentale du garçon représente entre 5 et 10% des cas.

Dans les échantillons de population générale, les hommes présentant des troubles du comportement alimentaire auraient plus de comorbidités psychiatriques^[46]. Certains auteurs retrouvent une plus grande fréquence de troubles de la personnalité de type obsessionnel-compulsif, antisocial et borderline^[47].

Une étude française montre que, chez les garçons, cette forme débute plus souvent pendant la période prépubertaire avec un début moyen des troubles entre 12 et 19 ans^[48]. L'aménorrhée est remplacée par la perte de la libido et de l'érection, avec en parallèle une diminution du taux de testostérone. Il existerait fréquemment une obésité prémorbide. Les formes restrictives pures seraient moins fréquentes que chez les jeunes filles. L'hyperactivité physique prédomine sur l'investissement intellectuel. Cette hyperactivité serait liée à « la peur de perdre le contrôle de leur poids, le plus souvent associée à une distorsion de l'image de leur corps »^[49]. Il est décrit dans certains cas un trouble de l'image du corps différent de celui de la fille, puisque certains garçons auraient l'impression douloureuse de ne jamais se sentir assez musclés et développent un désir de perdre de la graisse pour parvenir à un corps idéal (anorexie inverse ou complexe d'Adonis)^[50].

Il existerait un lien entre l'anorexie mentale masculine et un trouble de l'identité sexuée^[48].

Anorexie à début tardif

L'anorexie mentale débute alors au début de l'âge adulte et peut se révéler à l'occasion d'un événement familial tel un mariage, une grossesse, la naissance d'un premier enfant, ou encore un deuil.

Anorexie prépubère

La perte de poids est souvent rapide et s'accompagne d'un retard statural. La cassure de la courbe de croissance peut d'ailleurs être le premier signe de la symptomatologie anorexique, avant toute perte de poids^[51]. Les antécédents de TCA dans l'enfance et de troubles dépressifs sont fréquents. La proportion de garçons est ici plus importante. Cette forme d'anorexie reflète souvent un trouble massif du développement, et son pronostic semble plus grave. Elle semble actuellement de plus en plus fréquente^[34].

Anorexies mentales partielles ou atypiques

À l'adolescence, il existe des anorexies mentales à évolution rapidement et spontanément favorables (cf. supra). Devant ces formes mineures et transitoires, bien que typiques dans leur présentation initiale, il est préférable de parler d'« épisode » ou de « mouvement » anorexique.

D'autre part, il existe des formes d'anorexie mentale incomplètes, sans amaigrissement important, parfois sans aménorrhée, souvent associées à des épisodes boulimiques avec vomissements, obsessions alimentaires et troubles de l'image du corps. Rencontrées particulièrement chez les sportives de haut niveau, les danseuses ou les jeunes mannequins, ces formes partielles ou subsyndromiques passent parfois inaperçues. Elles nécessitent cependant une surveillance médicale renforcée.

Boulimie

Description clinique

La boulimie est décrite pour la première fois sous l'appellation *Bulimia nervosa* par Wulf, en 1932. Mais c'est après les années 1970 qu'elle s'autonomise dans les classifications et fait l'objet d'études spécifiques^[52].

Les accès de « frénésie alimentaire » sont fréquents à l'adolescence ; près d'un quart des adolescents scolarisés en France (à partir de la 4^e) révèlent en avoir déjà fait l'expérience^[53]. Mais ces comportements souvent passagers ne peuvent en aucun cas être considérés à eux seuls comme pathologiques. C'est leur association à un sentiment de perte de contrôle au cours de l'accès et de trouble de l'image du corps qui doivent alerter. Et cela d'autant qu'il existe une stratégie de contrôle du poids associée, le plus souvent, à des vomissements provoqués, à l'adolescence.

La forme clinique la plus fréquente est la crise boulimique normopondérale. Lors de la crise, il y a ingestion massive, impulsive, continue, quasi frénétique d'une grande quantité de nourriture avec perte de contrôle du comportement. La nourriture choisie est en général hautement calorique. La volonté d'engloutir prime et le goût des aliments peut être secondaire, voire totalement indifférent. Au maximum, on parle « d'état de mal boulimique » lorsque les accès se répètent plusieurs fois par jour. Cette ingestion se réalise à distance des repas, souvent lors de moments de solitude, à l'abri des regards. L'accès boulimique est suivi par des vomissements, autoprovoqués, qui peuvent devenir quasi automatiques au fur et à mesure des crises. Certaines patientes boulimiques tentent de repousser au maximum le moment des vomissements^[7]. Les vomissements s'accompagnent de sentiments de honte et de dégoût de soi. Le ressenti de culpabilité et les reproches sont intenses à la fin de la crise. Enfin, cet état psychique s'accompagne parfois de douleurs physiques abdominales violentes. Une fois la crise passée, l'oubli de l'état affectif et physique pénible qui a succédé à l'absorption est habituel. Si de la nourriture est disponible, l'accès boulimique peut reprendre.

En dehors des vomissements, il existe différentes stratégies inappropriées de contrôle du poids. Ces stratégies vont du régime alimentaire (pouvant ainsi conduire au tableau mixte d'anorexie-boulimie) et de l'exercice physique aux pratiques non saines de sauts de repas, d'utilisation de substrats alimentaires, de

jeûne, de consommation de tabac et enfin de comportements dangereux pour la santé tels que l'abus de laxatifs ou de diurétiques, la consommation de pilules d'amaigrissement ou les vomissements déclenchés^[54].

Les patients boulimiques ont conscience du caractère pathologique de leur comportement avec la nourriture. Il existe une crainte de grossir en lien avec un vécu douloureux de l'image de leur corps. Au-delà du critère de fréquence des crises, le diagnostic de boulimie prend en considération le vécu pénible et imposé de la crise, ainsi que le sentiment du caractère anormal du comportement^[32]. Depuis 2013, le DSM exige la fréquence d'au moins un épisode boulimique par semaine, pendant au moins trois mois pour affirmer le diagnostic (DSM 5) (Tableau 2).

Formes cliniques

La clinique la plus fréquente est celle de la forme compulsive normopondérale évoluant par accès avec vomissements autoprovocés.

Mais ces accès peuvent également se retrouver chez des personnes en surpoids, voire obèses : 15 % des boulimiques seraient obèses et, à l'opposé, 15 % seraient en déficit pondéral^[32]. Les crises de boulimie peuvent aussi s'observer chez certains sujets en insuffisance pondérale, voire anorexiques.

Il est intéressant de souligner une corrélation entre l'utilisation inappropriée de stratégie de contrôle du poids et l'obésité. En effet, certaines études montrent que les adolescents obèses utilisent des comportements de contrôle alimentaire non sains (79 %) ou extrêmes (17 %) à un plus haut degré que leurs pairs non obèses^[55-57]. Ces stratégies restrictives inappropriées seraient plus importantes à l'adolescence chez les filles^[55,56].

Pour Neumark-Sztainer (2006), la restriction alimentaire et les comportements de contrôle du poids non adaptés (vomissements, prise de laxatifs ou de diurétiques) prédisent une évolution vers l'obésité et les TCA cinq ans plus tard chez des adolescents. À l'opposé de ces stratégies inappropriées, une méta-analyse suggère que les pertes de poids prescrites et encadrées par des professionnels diminuent le risque de TCA ultérieurs chez les enfants ou les adolescents en surpoids et améliorent les paramètres psychologiques^[58].

Il existe fréquemment des formes mixtes d'anorexie/boulimie. Il faut rappeler en effet que 50 % des anorexiques ont été, sont ou seront boulimiques à un moment donné. Ces formes mixtes rappellent les liens psychopathologiques entre les deux troubles (addictions).

Il existe enfin des formes masculines, considérées comme plus sévères ; elles relèvent parfois d'un trouble de l'identité sexuelle.

Enfin, les formes graves à type d'état de mal boulimique sont exceptionnelles.

Caractéristiques psychiques et contexte familial

Comme dans l'anorexie, ces jeunes femmes présentent une peur de grossir et leurs préoccupations tournent autour du poids et de l'image corporelle, ainsi qu'autour de la nourriture.

Concernant la sexualité, il existe soit une absence d'intérêt, ou au contraire une hypergénéralité avec multiplicité des partenaires sexuels. Les conduites à risques sont alors au premier plan.

On retrouve fréquemment une dépendance psychique exagérée aux parents notamment à la mère, qui contraste avec une volonté d'indépendance dans certains secteurs de la vie quotidienne.

Le contexte familial ne semble pas identique à celui des familles d'anorexiques. Les antécédents psychiatriques familiaux sont fréquents (alcoolisme, dépression maternelle, suicide). L'ambiance familiale se présente d'emblée plus conflictuelle, avec parfois de violentes séparations. Toutefois, d'autres familles semblent apparemment sans problème, masquant des tensions non verbalisées^[59].

Comorbidité psychiatrique

Il existe chez les jeunes femmes boulimiques une propension aux passages à l'acte (tentatives de suicide, agressivité, etc.). Ces courts-circuits de la pensée témoignent de grandes difficultés

à mentaliser les problématiques en jeu. Il est parfois noté des conduites pathologiques telle la kleptomanie (qui concerne ou non la nourriture).

D'autres addictions sont fréquemment associées : automédications, alcoolisations, prises de toxiques. Pour certains auteurs, la boulimie s'inscrit dans une pathologie de la dépendance et constituerait une véritable « toxicomanie alimentaire »^[32].

Des troubles de la personnalité sont plus fréquemment retrouvés dans les formes mixtes anorexie-boulimie et relèvent des personnalités émotionnellement labiles : borderline, histrionique, narcissique, antisociale.

La comorbidité avec la dépression est estimée entre 24 et 79 % des cas^[60], mais la plupart des études s'intéressent aux adultes et peu de données concernent spécifiquement les adolescents de moins de 18 ans.

Des antécédents d'abus sexuels sont parfois retrouvés. Cependant, certaines études, qui ont pris en compte le climat incestueux familial plutôt que la réalité d'abus sexuels, ne retrouvent pas de taux supérieurs à la population générale.

Le diagnostic est souvent établi tardivement, car ces jeunes femmes ressentent de grands sentiments de honte et masquent leurs troubles et leurs conduites pendant des années.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic est avant tout positif et souvent évident lorsqu'il est verbalisé et/ou « démasqué ». Aucune autre maladie ne prête à confusion, et il est inutile de multiplier les examens complémentaires.

L'entretien et l'examen clinique éliminent facilement une cause organique d'hyperphagie : tumeur cérébrale frontale, épilepsie partielle, syndrome de Kleine-Levin (associant hyperphagie, hypersomnie, hypersexualité chez les adolescents de sexe masculin), diabète, syndrome de Klüver-Bucy. L'entretien psychiatrique permet de déceler un éventuel trouble psychiatrique associé : accès maniaque, schizophrénie.

Il est également utile de distinguer les accès boulimiques des fringales, du grignotage et autre hyperphagie prandiale. La fringale répond à une sensation impérieuse de faim. Le comportement alimentaire reste adapté et l'adolescent absorbe des aliments qu'il aime. L'hyperphagie-grignotage se caractérise par une consommation alimentaire de faible quantité mais répétée tout au long de la journée, en dehors des repas. La sensation de faim n'est pas présente. Il n'existe pas de sentiment de perte de contrôle de la prise alimentaire et son vécu n'est pas culpabilisant. Ce comportement répond aux habitudes familiales. Il devient pathologique lorsqu'il est source de souffrance ou vient remplacer le comportement alimentaire habituel.

Hyperphagie boulimique ou « binge eating disorder »

Jusqu'alors, le BED et le NES ont eu des places particulières dans le sens où ils ne s'accompagnaient pas d'attitudes compensatoires inappropriées de contrôle du poids, et que lorsque des stratégies de contrôle existaient, elles ne suffisaient pas à contrecarrer les effets du comportement boulimique.

En 2013, dans sa nouvelle version, le DSM individualise le BED comme un TCA à part entière. Ce n'est plus une forme clinique mineure, partielle ou subsyndromique mais une pathologie répertoriée et officialisée.

En effet, dans le DSM IV, l'hyperphagie boulimique se retrouve en annexe, dédiée à la recherche (Tableau 3)^[5,28].

Dans la version du DSM 5^[4], ce trouble présente deux caractéristiques essentielles :

- d'une part, les crises d'hyperphagie surviennent de façon récurrente, avec sensation subjective et manifestations comportementales d'une perte du contrôle du comportement alimentaire, et souffrance marquée liée aux crises ;
- d'autre part, le sujet n'a pas recours de façon régulière aux comportements compensatoires inappropriés qui caractérisent la boulimie, tels que les vomissements provoqués, l'emploi

abusif de laxatifs et de médicaments, le jeûne et l'exercice physique excessif. Il n'y a donc pas de stratégie de contrôle de poids.

Et pour établir un diagnostic d'hyperphagie boulimique, d'après le DSM 5, il faut l'association de trois des cinq éléments suivants : le sujet mange beaucoup plus rapidement que la normale ; mange jusqu'à éprouver une sensation pénible de trop plein ; mange une grande quantité de nourriture sans avoir faim ; mange seul par honte de manger autant ; se sent ensuite dégoûté de lui-même, déprimé ou très culpabilisé (Tableau 3).

Ainsi, la perte de contrôle du comportement alimentaire se manifeste par l'ingestion très rapide de grandes quantités de nourriture jusqu'à en éprouver une sensation pénible de distension abdominale. La prise d'aliments se fait de façon solitaire, en raison de la gêne causée par la quantité de nourriture absorbée, et par des sentiments de dégoût, de culpabilité ou de dépression, ressentis après avoir trop mangé. Ces hyperphagies surviennent en moyenne au moins un jour par semaine, pendant une période d'au moins trois mois. La durée d'une crise hyperphagique peut varier considérablement et de nombreux sujets ont du mal à distinguer les crises dans leur comportement boulimique. De nombreux sujets mangent toute la journée sans faire de vrais repas. Ainsi, pour certains, il s'agit plutôt de surconsommation en journée plutôt que de crises.

Les hyperphagies sont parfois déclenchées par des états dysphoriques (dépression) ou des troubles anxieux. Certains patients évoquent un aspect dissociatif lors de leur crise, décrivant se sentir comme engourdis ou drogués.

Initialement décrit chez l'adulte, ce trouble existe aussi pendant l'enfance et l'adolescence. Les critères diagnostiques dans ces tranches d'âge restent cependant controversés. Certains auteurs insistent sur l'hyperphagie, c'est-à-dire la quantité d'aliments consommés, mais ce critère est plus ambigu chez l'enfant. D'autres auteurs retiennent la perte de contrôle de l'alimentation ou encore la consommation de nourriture en l'absence de faim^[61,62]. D'autres symptômes peuvent s'y associer : recherche de nourriture en réponse à des affects négatifs (tristesse, ennui, agitation), recherche de nourriture comme récompense, nourriture consommée en cachette ou volée, impression de perte de sensation lors de l'alimentation, perception de manger plus que les autres, affects négatifs au décours de l'épisode (culpabilité, honte).

Formes cliniques avec obésité

Bien sûr, la question de l'obésité se pose dans cette forme de TCA (même si, on le rappelle, l'obésité n'est pas un TCA). L'individualisation de ce trouble va probablement susciter des études permettant de mieux connaître la proportion d'adolescents obèses avec hyperphagie boulimique.

Le DSM IV précisait déjà que les adultes vus en pratique clinique ayant cette habitude alimentaire, présentent différents degrés d'obésité. Certains patients tentent d'ailleurs, par des stratégies telles que des régimes, de contrôler leur consommation alimentaire sans y parvenir. Ces sujets rapportent que leur alimentation et/ou leur poids perturbent nettement leurs relations avec les autres, leur travail et leur capacité à « se sentir bien dans leur peau ». Par rapport à des sujets obèses mais ne s'alimentant pas de façon hyperphagique, ils expriment plus souvent un dégoût d'eux-mêmes, de leur corps, une anxiété, des inquiétudes concernant leur état somatique et une hypersensibilité interpersonnelle. Dépression sévère, abus de substances et trouble anxieux auraient une probabilité élevée de survenue chez ces patients hyperphagiques^[63,64].

À ce jour, la plupart des études réalisées retrouvent une association entre hyperphagie boulimique et psychopathologie (dépression, troubles anxieux, problèmes de comportement) chez les enfants obèses présentant une hyperphagie boulimique^[65-69]. Et deux études retrouvent une association entre TCA chez le jeune enfant obèse ou hyperphagie boulimique chez l'adolescent obèse et TCA chez la mère^[70]. L'hyperphagie boulimique chez l'adolescent obèse était en outre associée à la psychopathologie maternelle, en particulier dépressive et anxieuse.

En résumé, l'hyperphagie boulimique est à rechercher chez l'adolescent obèse. Elle s'associe fréquemment à des troubles psychopathologiques.

La reconnaissance de ce TCA élargit le champ des situations cliniques à prendre en compte, tant sur le plan épidémiologique que thérapeutique. On rappelle cependant que l'indicateur de l'intensité d'un trouble ou d'une pathologie ne se mesure pas au nombre de symptômes recueillis, mais au degré de pénibilité subjective qui lui est associé.

■ Étiopathogénie

Les TCA ont toujours été et restent des phénomènes complexes quant à leur compréhension. Qu'il s'agisse de l'anorexie mentale, de la boulimie ou de l'hyperphagie boulimique, ces troubles ont fait l'objet de multiples théorisations et de nombreux schémas explicatifs, qu'ils soient psychopathologiques, physiopathologiques ou encore sociaux et culturels. D'autre part, le processus adolescent doit être aussi pris en compte dans la survenue de ces TCA. Quoi qu'il en soit, aucune théorie ne peut prétendre, à elle seule, tout expliquer et l'étiopathogénie est polyfactorielle. Leur point commun est qu'ils concernent l'alimentation et, au-delà, l'oralité. Il semble donc important d'en redonner ici quelques éléments de compréhension.

Approche psychanalytique

Pour mieux comprendre

Place de l'oralité dans le développement psychoaffectif

L'on sait, depuis Freud, que l'oralité condense les notions de besoin alimentaire, de plaisir auto-érotique et de relation à l'objet (initialement maternel), et, cela, dès les premiers mois de vie du nourrisson^[71]. Les travaux de Abraham^[72] et de Klein^[73] ont ensuite permis de mettre en évidence le rôle de l'oralité dans le processus de différenciation entre le Moi et le non-Moi, en particulier lors du passage de la succion au fait de mordre, d'incorporer et de détruire l'objet pour en faire sa propre création. Cette expérience, à la fois corporelle, subjective et intersubjective, apparaît fondamentale dans la mesure où il s'agit de détruire en soi un objet libidinal (objet d'amour) afin de s'en nourrir dans le but de s'autogratiser et donc de s'investir soi-même. C'est à partir de cette expérience paradoxale que l'accès à l'ambivalence du Moi vis-à-vis de l'objet se développe. Ici, les besoins alimentaires du nourrisson s'intriquent non seulement avec la reconnaissance (et donc la différenciation) de l'autre et de soi, mais aussi avec la reconnaissance et la différenciation de l'autre en soi. Klein (1957) a radicalisé les choses en individualisant un Moi précoce, clivant les parties gratifiantes de l'objet (procurant plaisir, satiété, etc.) que ce Moi s'attribue alors comme siennes, des parties non gratifiantes de cet objet (provoquant frustration et déplaisir) qu'il projette alors hors de lui. Ce clivage (dedans/dehors) permet au bébé de démarquer un intérieur, vécu par lui comme « bon », d'un extérieur, vécu par lui comme « mauvais », favorisant ainsi la délimitation du Moi et du non-Moi. Les bonnes expériences sont ainsi attribuées par le bébé à son Moi précoce (introjection) ; les mauvaises expériences se trouvent projetées vers un monde externe vécu comme mauvais (projection).

Pontalis reprend ce mouvement d'introjection-projection en estimant que l'on peut même à l'extrême concevoir tout le fonctionnement de l'Inconscient et jusqu'à la constitution de l'individu, sur le mode du corps-bouche qui avale et qui vomit, qui détermine les limites du dehors et du dedans^[74]. On mesure ici l'importance de la qualité des premières expériences alimentaires dans la constitution du Moi et de son fonctionnement.

À ce titre, Winnicott^[75] situe les premières expériences orales à l'origine des capacités autoérotiques du bébé et donc de sa capacité à rejouer, dans le théâtre de son corps (succion non nutritive, jeux de motricité), puis dans des jeux plus externalisés, les expériences de plaisir et de déplaisir, inéluctablement associées, à ce qui est « avalé » (c'est-à-dire incorporé par la bouche puis introjecté dans la psyché) et ce qui est « vomi » (c'est-à-dire rejeté du corps puis projeté hors du Moi). N'est-il pas dit, à propos de l'expérience

de la colère, qu'elle met « hors de soi » ? Mais, pour que l'espace transitionnel (c'est-à-dire une aire de jeu) s'ouvre à l'enfant, il faut que la mère réussisse à lui donner l'illusion que son sein et que ses soins font un peu partie de lui et pas exclusivement d'elle. Cette capacité maternelle à illusionner son bébé se trouve ainsi au cœur du développement de l'axe autoérotisme – narcissisme primaire. La tâche de cette même mère consistera ensuite à désillusionner son bébé, progressivement, afin de le laisser peu à peu trouver lui-même, à travers le jeu (dont la fonction est de mettre en scène l'alternance des bonnes et des mauvaises expériences), l'espace d'illusion qu'il choisira de se créer pour lui-même, et plus tard de partager avec l'autre, notamment dans la sexualité. Pour Winnicott, c'est donc bien parce que le processus illusion-désillusion s'est déroulé de manière satisfaisante, que le sevrage réel de la mère peut s'effectuer sans difficulté.

Rapport de l'adolescent à l'objet oral dans nos sociétés de consommation

Le processus dynamique consistant en un ajustement à la fois permanent et toujours fragile entre capacité d'illusion et nécessaire désillusionnement que le principe de réalité impose, apparaît aujourd'hui malmené par les sociétés modernes, en ce que ces sociétés fondent leur raison d'être sur la notion de longévité, de confort, de bien-être, c'est-à-dire sur tout ce qui viserait à convaincre que l'Idéal est à venir.

La « désinscription » de l'impossible marque aujourd'hui la vie sociale, en laissant croire que tout est devenu possible (et que, donc, rien n'est impossible). Dans cette mouvance, l'objet de consommation est présenté comme possédant le pouvoir de gommer cette irréductible indisponibilité, cette irréductible insatisfaction, ce manque inhérent à toute vie humaine, laissant nombre d'entre nous croire à une possible pleine satisfaction, qui pourrait être qualifiée de « satisfaction orale » en tant que lieu de retrouvailles avec l'illusion de toute-puissance infantile développée ci-dessus.

Une expression bien connue du savoir-vivre rappelle que « l'on ne parle pas la bouche pleine ». Mais une autre lecture peut en être faite : ne pas parler la bouche pleine signifie aussi que la pleine satisfaction orale barre le chemin de la parole. Une parole, un langage, à comprendre non seulement comme un lieu de communication, mais aussi comme le lieu d'expression du manque (puisque le mot n'équivaut jamais à la chose), ainsi que comme le lieu de l'équivoque, du mal entendu, de l'inadéquation entre signifiant et signifié, entre le désir inconscient et le besoin exprimé, entre ce que l'un dit et ce que l'autre comprend.

Cette irréductible inadéquation du langage participe au terreau d'une créativité humaine consistant sans cesse à inventer, autour des failles du langage, des réponses propres à chacun ; des réponses subjectives que chacun tente de partager à travers le lien social qui, lui, est fait de codes arbitraires, symboliques, évitant que l'inévitable malentendu du langage ne génère trop de violence, trop de rejet des uns vis-à-vis des autres.

Le lien de tout cela avec le processus d'adolescence est que tout processus de subjectivation ne peut se faire sans un mouvement dit de « séparation-individuation » qui procède de la capacité du sujet adolescent à créer, à inventer ses propres réponses, mais toujours dans le lien social, quitte à ce que ce lien prenne la forme de la provocation, de la transgression, de la révolte, de l'originalité, etc. Ce mouvement de « séparation-individuation » dépend donc d'une part de la capacité de l'adolescent à créer, à inventer ses réponses, et d'autre part de sa capacité à maintenir du lien à l'autre et de la capacité de l'autre (parents, fratrie, pairs, enseignants, éducateurs, soignants) à maintenir du lien envers lui. Tout refus du sujet lui-même (ou de son environnement) d'autoriser ce mouvement de « séparation-individuation » en érigeant en loi le fait de n'accepter aucune inadéquation entre désir et satisfaction, vise à combler tout manque à travers une oralité aussi nourrissante pour le corps que dévorante pour le sujet.

L'observation clinique montre bien à quel point les TCA, qu'ils soient restrictifs ou non, viennent combler le sujet d'un objet – la nourriture – ou de son absence (addiction sans produit) et visent à gommer tout ce qui pourrait faire conflit et donc rupture. Cette « aconflictualité » se retrouve cliniquement, tant à l'échelle individuelle (absence de plainte, pauvreté de la mentalisation) que

familiale (problématique de dépendance) et soulève bien souvent la question du déni de l'incomplétude, de l'altérité, de l'ordre des générations, au profit de l'illusion, parfois autarcique, parfois symbiotique, mais toujours toute-puissante, dont les TCA apparaissent comme un symptôme non mentalisé.

Psychopathologie

Anorexie mentale

Approche individuelle. Pour les psychanalystes, l'anorexie pose un problème de définition. Depuis Freud, sa définition reste malaisée relevant pour certains, tantôt d'un symptôme associé à une structure (névrotique, psychotique ou perverse), tantôt d'un trouble spécifique posant à sa manière la question du désir. Pour d'autres, l'anorexie est l'expression d'un conflit intrapsychique spécifique réactualisant à l'adolescence, les relations précoces entre la mère et le bébé. La relation affective entre une mère et son nourrisson s'étaye sur l'alimentation, où le désir du nourrisson vise un au-delà de l'objet oral demandé, un au-delà du besoin qui est la satisfaction d'un manque affectif. C'est la réponse systématique de la mère au niveau du besoin, qui pourra conduire le nourrisson à refuser de manger pour préserver son désir. Cette distinction entre besoin, désir et demande introduite par Lacan permet d'éclairer la fonction du symptôme anorexique, comme garant d'une aire de subjectivité désirante du nourrisson. En effet, une mère « suffisamment bonne » (Winnicott) s'accordera à son nourrisson sans « empiéter » sur cette aire^[76]. À l'adolescence, les processus de subjectivation (et notamment de désassujettissement aux désirs parentaux) peuvent réactualiser les liens précoces à la mère et se manifester par une impasse dans une subjectivité désirante que constitue le symptôme anorexique.

Bruch considère que le trouble fondamental et pathognomonique est un trouble de l'image du corps secondaire à des perturbations de la perception interoceptive^[77]. De son côté, Selvini-Palazzoli fait de l'anorexie mentale une forme de « psychose monosymptomatique » qu'elle qualifie de « paranoïa intrapersonnelle ». Elle fait de l'anorexie mentale une lutte contre l'impulsion boulimique^[78]. Kestemberg et al. mettent en avant les modalités spécifiques de l'organisation pulsionnelle et de la régression^[38]. Depuis le modèle de l'hystérie à l'expression d'une forme de dépression mélancolique, et en passant par la pathologie psychosomatique, les hypothèses psychopathologiques se sont multipliées, apportant des éclairages toujours plus riches.

Par la suite, Brusset, Jeammet et Corcos vont traiter cette impasse dans la subjectivation à l'adolescence que manifeste l'anorexie mentale, en tant que trouble du narcissisme et expression d'une addiction. Selon Brusset, les processus addictifs sont distingués des organisations névrotiques, psychotiques, limites ou perverses, et sont situés dans la logique d'une psychopathologie spécifique de l'adolescence^[45]. L'anorexie mentale et la toxicomanie seraient en effet deux pathologies spécifiques de l'adolescence, avec une prépondérance féminine pour l'anorexie et masculine pour la toxicomanie. Les deux constituent des conduites organisées avec une finalité spécifique mais dans une direction inverse en apparence : renoncer au plaisir alimentaire dans un cas, jouir des effets du toxique dans l'autre. Cette différence apparente disparaît si l'on considère la jouissance trouvée par l'anorexique dans le renoncement, le refus, la quête de puissance, ou encore l'excitation paradoxale du jeûne qui est reliée à une libération intracérébrale d'endorphine, telle une toxicomanie endogène. Brusset ajoute : « Ainsi, le refus de toute dépendance entraîne-t-il une addiction en circuit fermé »^[79]. L'addiction est ainsi un court-circuit du désir de l'autre pour préserver le narcissisme des aléas du désir de l'autre. L'anorexie mentale constitue alors une défense contre la menace dépressive que sous-tend la dépendance à un autre désirant. Corcos met l'accent sur le trouble de l'humeur sous-jacent à l'anorexie mentale et qu'il rapproche de la dépressivité^[80]. La dépressivité signifie selon lui l'impossibilité du travail de deuil consistant à se détacher des idéaux infantiles portés sur l'objet, sans risque de chute ; une perte vécue comme irréparable et contre laquelle le sujet bute. Ainsi, l'hypothèse essentielle est que l'anorexie mentale, comme la boulimie, font partie des conduites de dépendance. Le fond commun de cette problématique de dépendance crée les conditions d'un antagonisme entre

la sauvegarde narcissique et la lignée objectale pulsionnelle. Cette situation aboutirait à une sorte de paradoxe dont l'anorexie est le paradigme^[7].

Dewambrechies-La Sagna fait de ce TCA, un symptôme rattachable, selon chaque sujet, à une structure névrotique ou psychotique^[81]. Elle distingue le symptôme anorexique psychotique où l'objet oral est vécu de manière persécutrice, le symptôme anorexique hystérique où le corps amaigri prend dans le discours une valeur rhallique dans une dialectique avec le désir de l'Autre et l'anorexie « quant au mental » qui s'inscrit dans une clinique de l'objet, c'est-à-dire que le sujet traite son rapport à l'objet sans dialectique avec le désir de l'Autre. Elle déduit ainsi, selon ces trois situations, des abords différents du traitement psychanalytique.

Approche familiale. La psychopathologie individuelle et son évolution au cours de l'histoire de l'individu ont amené certains auteurs à étudier la nature du fonctionnement psychopathologique des membres de la cellule familiale, au sein de laquelle le sujet anorexique s'est construit.

Dès le XIX^e siècle, certains médecins insistent sur le rôle pathogène de l'environnement familial. Une des conséquences sera d'ailleurs de voir dans l'isolement, une vertu thérapeutique des jeunes filles anorexiques. Puis, à partir du XX^e siècle, les théories psychanalytiques portent un intérêt sur les aspects pathologiques de la relation entre la mère et la fille. Ainsi, dans les années 1970, les courants systémiques et les thérapies familiales abordent l'anorexie mentale sous l'angle d'un dysfonctionnement familial où l'autonomie et la séparation sont impossibles à accepter. L'anorexie mentale aurait alors la fonction de maintenir une certaine homéostasie familiale. Minuchin décrit des familles de sujet anorexique comme des familles « psychosomatiques », présentant des « enchevêtrements » des membres de la famille, faisant une place réduite à l'intimité et à l'autonomie, et maintenant ainsi les enfants dans une position infantile^[82]. Selvini-Palazzoli met l'accent sur le système de communication intrafamiliale, qui est au profit d'une cohésion familiale à travers certaines valeurs d'identité, au détriment de l'identité individuelle, dans un climat incestueux entre chacun des parents et un des enfants^[78].

Des études se sont portées plus spécifiquement sur la mère, le père et la fratrie. La mère est classiquement décrite comme un personnage dominant, rigide, imposant aux autres ses propres exigences narcissiques, en lien généralement avec un état dépressif. Le sujet anorexique deviendrait alors le support narcissique antidépresseur de la mère, entravé dans la possibilité de différencier son désir et sa subjectivité de ceux de la mère, dans un lien de dépendance^[82]. Le père est classiquement décrit comme effacé, avec une incapacité à incarner une autorité au sein de la vie familiale. Dally et Gomez rapportent la fréquence d'un épisode dépressif du père dans les mois précédant le déclenchement de l'anorexie^[37]. La fratrie présente une fréquence peu élevée d'anorexie mentale, mais des signes de souffrance psychique sont fréquemment repérables et souvent rapportés comme les symptômes d'un fonctionnement familial global^[83].

Ces « profils » psychopathologiques stéréotypés de la famille et de ses membres ne permettent cependant pas de cerner la singularité propre au fonctionnement de chaque famille. Les fonctionnements décrits, bien que parfois justes, sont la conséquence d'une difficulté à faire exister une loi symbolique qui distribue les places de chacun au sein de la famille et donne une limite à la jouissance incestueuse inconsciente de chacun.

Boulimie

Approche individuelle. C'est à la fin des années 1970, grâce en particulier aux travaux de Brusset^[45] et de Igoïn^[84] que la boulimie s'est individualisée en une entité clinique à part entière, différenciée de l'anorexie mentale. Jeammet explicite le lien entre la boulimie et l'anorexie mentale, décrivant cette dernière comme l'ensemble de « contre-investissements d'un désir boulimique tyrannique »^[85]. Il précise qu'il n'y pas d'anorexiques qui ne craignent de devenir boulimiques (même si « seulement » 50 % le deviennent effectivement pendant leur évolution). De la même manière que l'anorexie mentale, l'attribution de la boulimie à une structure psychique particulière a suscité de nombreux débats. Le cheminement théorique depuis Freud reste en grande partie lié à celui mené sur l'anorexie mentale. Le lien entre la boulimie et

une conflictualité œdipienne demeure encore un sujet de controverse. Freud avait lui-même rapproché la boulimie de l'hystérie, en évoquant « les vomissements comme une défense hystérique contre l'alimentation »^[86]. La place accordée aux troubles dépressifs porte également à controverse. Le lien avec la mélancolie avait été fait déjà par Freud^[87] et Abraham^[88], du fait de la dimension d'autodépréciation et de dégradation qu'il y a dans l'absorption de n'importe quoi. Un rapprochement entre la boulimie et la toxicomanie a été fait par Fenichel qui décrit la boulimie (et l'anorexie mentale) comme « une toxicomanie sans drogue »^[89]. Puis, un lien entre la boulimie et certaines défaillances de l'organisation narcissique a été établi par Kestemberg et Decobert de la même manière que pour l'anorexie mentale^[38]. Des auteurs comme Brusset^[79], Jeammet^[90] et Corcos^[80] font de la boulimie et de l'anorexie mentale des addictions. Cette approche permet de rassembler la diversité des structures psychiques impliquées derrière un TCA^[91].

Approche familiale. Le fonctionnement familial est plus hétérogène que celui des familles des patientes anorexiques. Les familles de boulimiques semblent en effet plus chaotiques, impulsives et ouvertement conflictuelles que les familles d'anorexiques^[92]. Igoïn distingue d'un côté les foyers unis où des tensions majeures sont masquées (profils assez similaires aux familles d'anorexiques), et de l'autre, des foyers brisés avec parfois des manifestations violentes de séparation parentale^[84].

Finalement, aucun modèle familial spécifique n'est retrouvé.

Hyperphagie boulimique (« binge eating disorder ») avec obésité

Contrairement à la boulimie « simple », l'hyperphagie boulimique (BED) est un TCA dans lequel le patient ne parvient à aucune conduite de compensation après la crise hyperphagique. Il ne peut pas se faire vomir, jeûner de manière prolongée, se livrer à des exercices physiques intensifs ou ingurgiter des médicaments tels les laxatifs. Cela explique pourquoi les patients qui souffrent de BED développent très souvent un surpoids, voire une obésité. Ce surpoids, dans un tel contexte, a deux conséquences :

- c'est très souvent par le biais de ce surpoids que la demande d'aide se produit, la conduite alimentaire (parfois initialement déniée) se révélant dans la consultation, à l'occasion de cette prise pondérale ;
- les programmes de réduction pondérale n'ont aucun effet concluant sur ce groupe cible si l'on n'y adjoint pas des approches spécifiques visant à appréhender le sens des conduites alimentaires qui sous-tendent ce surpoids (approches psychodynamiques individuelles, groupales et familiales), ou encore des techniques visant à lutter contre les crises d'hyperphagie (approches comportementales).

Dans la littérature, la psychopathologie de l'hyperphagie boulimique est le plus souvent abordée au travers de l'étude de l'obésité et non du comportement alimentaire qui la sous-tend parfois. L'approche psychopathologique déclinée ici s'appuie donc davantage sur l'étude de l'obésité avec hyperphagie que sur l'étude de l'hyperphagie stricto sensu. Le comportement alimentaire (l'hyperphagie) souvent impliqué dans l'obésité est abordé, sur le plan psychopathologique, à travers l'étude de l'obésité de l'adolescent. Le comportement alimentaire de l'adolescent hyperphagique apparaît largement influencé par la manière dont, nourrisson puis enfant, il a d'abord été nourri (notion de *feeding disorder*) puis s'est nourri lui-même.

Approche individuelle. Missonnier et Boige estiment que, tout comme l'enfant impose ses repères à l'adulte qu'il va devenir, le fœtus fait de même avec le nouveau-né^[93]. Pour ces auteurs, la relation orale commémore et met en équilibre la toute-puissance fœtale d'une succion sans limite, non liée au nourrissage et, par conséquent, à la butée de la réplétion. C'est ainsi que, pour le bébé, l'alternance vacuité-réplétion apparaît au départ comme une expérience inédite qu'il va devoir partager avec l'adulte qui le nourrit. Cet état de fait remet ainsi au centre de la réflexion les interactions alimentaires précoces, en tant qu'elles permettent ou non au nourrisson de s'approprier ses propres sensations intracorporelles (faim, soif, satiété, réplétion) et donc son propre sentiment d'exister.

L'obésité apparaît donc ici, non seulement comme le symptôme par lequel l'enfant révèle les avatars de son développement

psychoaffectif, mais également comme le symptôme par lequel il tente, plus ou moins consciemment, de se protéger d'un excès d'excitations, que celles-ci proviennent de lui-même (angoisses, sentiment d'insécurité interne) ou de l'extérieur (solicitations interpersonnelles plus ou moins bienveillantes). Un véritable cercle vicieux peut ainsi s'amorcer : faible estime de soi et crainte de l'autre alimentant tous deux le recours à l'oralité, alimentant à son tour à la fois la faiblesse de l'estime de soi et le maintien de l'autre hors de portée. Cette valeur défensive du « symptôme obésité » se révèle en particulier à partir de la période de latence, période normalement dévolue à la découverte du monde social, du commerce avec celui-ci, ainsi que du renforcement positif du narcissisme que ce commerce induit.

La période pubertaire vient convoquer à nouveau, sous le prima de la génitalité, la manière de traiter tout élan pulsionnel. Elle apparaît donc comme une « période clé » quant à la manière dont le sujet va parvenir – ou non – à vivre psychiquement mais aussi socialement l'irréductible écart entre l'orage pulsionnel qui l'assaille et l'insatisfaction à laquelle il doit se confronter dans la découverte de sa propre incomplétude et de sa division. Cette découverte est parfois à l'origine d'un vécu de perte narcissique contre lequel le jeune va lutter à travers une oralité qui vise à combler toute faille source de rupture du sentiment d'exister et dont l'angoisse insupportable en est la manifestation. L'hyperphagie boulimique en est une illustration exemplaire.

Approche familiale. Soulé souligne que toute difficulté ressentie par le nourrisson (frustration trop longue, non adéquation des soins maternels) peut éventuellement se traduire par une intense activité orale susceptible de se fixer et de devenir, chez l'enfant plus grand, un véritable mode de régulation des tensions internes, sous la forme d'une régression à l'époque satisfaisante où la prise d'aliments réduisait toute tension ou toute angoisse^[94]. À cet égard, J. Slochower associe la fixation de pulsions orales particulièrement intenses à un sevrage traumatique^[95]. Dans cette optique, l'on perçoit que tout conflit psychique à l'adolescence puisse induire d'intenses mouvements régressifs au stade oral du développement face au danger qu'impliquent certains événements (œdipiens, surmoïques), et ce d'autant plus que les satisfactions orales représentent le prototype de la jouissance la moins génératrice de conflits, voire la jouissance par laquelle le jeune imagine, en outre, satisfaire sa mère^[96].

Dans cette perspective dynamique, d'autres auteurs se sont penchés sur l'obésité en tant que réalisation inconsciente d'un « idéal hermaphrodite », ancrant le vécu corporel de l'enfant obèse dans le désir, partagé par lui et ses parents, de ressembler, sans changer réellement de sexe, à un enfant du sexe opposé^[97]. C'est ainsi que l'apparition de formes féminines chez le garçon (seins, ventre, fesses) ou d'une carrure masculine chez la fille, pourrait procurer à l'adolescent obèse l'illusion d'un statut intermédiaire. Ce statut intermédiaire serait ainsi capable, d'une part de satisfaire le souhait inconscient parental d'avoir un enfant du sexe opposé (mais au prix de l'individuation de l'enfant), et d'autre part, d'éviter à cet enfant de se confronter trop directement à une sexualité qui l'engagerait inéluctablement dans un commerce avec l'autre sexué, en l'occurrence ses pairs ; évitement qui bien sûr a un prix : celui du non-développement de ses relations interpersonnelles.

Un modèle de fonctionnement familial dit « psychosomatique »^[98] correspondant à des familles rigides et enchevêtrées, a été évoqué dans le modèle familial systémique, comme chez les patientes anorexiques. Bruch a ainsi proposé, à propos de l'obésité, l'hypothèse de la « confusion des affects » au cours de laquelle existerait chez l'enfant une confusion entre ses besoins affectifs et ses besoins nutritionnels, du fait d'une difficulté du lien entre le parent nourricier et son bébé ; difficulté au cours de laquelle la mère (au sens du référent maternel) répondrait à toute manifestation du bébé par la présentation de nourriture dans le but inconscient d'éviter des moments relationnels trop menaçants pour elle^[99]. Dans cette hypothèse, le besoin de nourriture, initialement sous-tendu par les pulsions d'autoconservation, viendrait en lieu et place du désir. Et l'une des conséquences serait une difficulté du bébé à interioriser un objet maternel suffisamment bon, propice à une activité autoérotique (succion non nutritive, inves-

tissement du corps, vie onirique, etc.) d'une qualité suffisante à l'investissement secondaire de sa propre activité de penser. Dans cette perspective, la part autoérotique de la fonction nutritive deviendrait qualitativement insuffisante au cours du développement psychoaffectif des adolescents en proie à ces phénomènes addictifs, notamment alimentaires. Se nourrir reviendrait ainsi chez eux à « se remplir ». Il faudrait ainsi « se remplir » sans cesse, c'est-à-dire faire en sorte de ne jamais avoir à éprouver le moindre manque, du fait d'une capacité insuffisante à rejouer fantasmatiquement de manière gratifiante (fonction de restauration du jeu) des événements de la réalité externe susceptibles d'avoir blessé le narcissisme du sujet qui les a vécus.

Bruch considère qu'à l'origine des troubles de l'alimentation se trouve donc une inadéquation fondamentale de la sensation de faim, allant en général de pair avec d'autres perturbations fonctionnelles, qui toutes témoignent d'un conditionnement défectueux remontant aux premières années de la vie. Il s'agit donc, pour elle, d'une « déficience fonctionnelle » du besoin de manger.

Approche cognitive et comportementale

Anorexie mentale et boulimie

Parmi les modèles théoriques, le modèle de Williamson prend le parti de décrire la problématique de l'anorexie mentale comme un trouble conjugué de la perception de l'image du corps, d'une peur de la prise de poids et du souci prononcé pour la forme du corps^[100]. Ces auteurs présentent la pathologie anorexique comme un fonctionnement en cycle fermé. La diminution des apports alimentaires produit des effets sur le corps tels que la faim, et une baisse de l'élan vital. L'augmentation des apports expose alors à des phénomènes anxieux liés à la prise de poids et la perte de contrôle. La reprise de la restriction alimentaire apaise l'anxiété et amène à une diminution, voire une disparition de la faim. L'adaptation physiologique du métabolisme entraîne de fait un renforcement de l'attitude pathologique.

Des auteurs, tels Faiburn^[101], Rosen^[102], Garner et Garfinkel^[103] insistent sur les dimensions environnementales, nutritionnelles et émotionnelles. Dans cette approche, l'environnement se caractérise par la pression sociale qui renforce le lien entre l'image de la minceur et l'estime de soi. L'environnement soumet l'individu à des incitations paradoxales entre consommation excessive de produits alimentaires et exigence de se conformer à un idéal de minceur. La dimension nutritionnelle situe la restriction alimentaire au cœur d'un conflit entre besoin physiologique et bien-être psychique. Les régimes restrictifs que s'imposent la plupart des adolescent(e)s sont souvent déséquilibrés dans leurs apports nutritionnels et ne tiennent pas compte de la singularité des besoins physiologiques. Le conflit entre écart et diète favorise l'apparition de prises alimentaires compulsives et de tentatives de régulation par des vomissements. Les facteurs émotionnels trouvent leurs motivations dans le miroir valorisant de l'entourage à la phase initiale, la spirale de la valorisation/dévalorisation qui se superpose à celle du contrôle/perte de contrôle de l'alimentation, et la peur de grossir. Le miroir valorisant de l'entourage à la phase initiale de la restriction conditionne souvent par la suite le désir de retrouver les sensations parfois euphoriques d'accomplissement de soi que procure la maîtrise de l'alimentation. Les émotions négatives, en lien avec la baisse de l'estime de soi, sont à la fois à l'origine de la tentative de maîtrise valorisante de l'alimentation et la conséquence de son échec que constituent les hyperphagies incontrôlées. La peur de grossir peut être accentuée lorsque la minceur devient le seul appui du narcissisme, et que les variations rapides de poids liées à la déshydratation majorent la crainte imaginaire d'une prise de poids incontrôlable.

Des facteurs cognitifs sont associés et concernent la perturbation dans le traitement des informations relatives au corps (poids, forme, image), aux aliments (leur composition, leurs bienfaits ou méfaits) et à l'appréciation de soi, trop liée à l'image de soi.

Ces différentes approches, essentiellement cognitives, se heurtent toutefois à des critiques et en particulier à celle de dysfonctionnements fondamentaux qui relèveraient de thérapies univoques (la remédiation cognitive). Or, l'expérience

clinique enseigne que chaque cas est particulier et que chaque situation est singulière et ne peut répondre à un programme unique préétabli.

Hyperphagie boulimique (« binge eating disorder ») avec obésité

Dans la littérature, les mécanismes cognitifs et comportementaux de l'hyperphagie boulimique sont abordés surtout au travers de l'étude de l'obésité et non du TCA qui la sous-tend parfois. L'approche cognitivocomportementale déclinée ici s'appuie donc davantage sur l'étude de l'obésité avec hyperphagie que sur l'étude de l'hyperphagie stricto sensu.

Théorie de l'externalité

Selon cette théorie, les enfants et adolescents obèses ne pourraient réguler normalement leurs prises alimentaires du fait d'une sensibilité accrue aux stimulations externes par rapport aux stimulations internes^[104,105]. C'est ainsi que la sensation de faim (stimulation interne) serait, pour ces sujets, moins prégnante que les effets des signaux alimentaires externes comme par exemple la proposition de nourriture de la part de l'entourage familial ou social, la disponibilité des aliments, etc. Il s'agit donc d'une théorie du conditionnement, dont les perspectives thérapeutiques qui en découlent s'appuient principalement sur des notions rééducatives diététiques, ainsi que sur des notions de prévention de santé publique par le biais de campagnes spécifiques ou encore de régulation de la publicité.

Dans un même ordre d'idées, une étude récente comparant le style d'attribution causale à différents événements de la vie quotidienne (se faire gronder, ne pas comprendre à l'école) d'un groupe d'enfants obèses par rapport à un groupe témoin, montre que les enfants obèses semblent, plus que les autres enfants, attribuer des causes externes aux événements positifs (par exemple, le fait d'avoir des copains relève plus de la chance que de leur fait). L'étude constate en revanche qu'en ce qui concerne les événements négatifs (par exemple, les réprimandes parentales), les enfants obèses les attribuent davantage à leur propre fait qu'au fait de l'autre ou d'une cause extérieure à eux^[106].

Théorie de la restriction alimentaire consciente

Selon cette théorie, l'excès alimentaire proviendrait d'un décalage majeur entre des exigences restrictives personnelles excessives de contrôle alimentaire, en particulier sous l'influence de normes sociales, et l'incapacité du sujet à s'y soumettre face à l'offre alimentaire à laquelle il se trouve soumis. Le sujet obèse « craquerait » ainsi régulièrement, sur le mode de l'hyperphagie boulimique, face à ce dilemme insurmontable pour lui. Dans cette perspective, ces sujets deviendraient ainsi plus sensibles aux stimuli extérieurs (offre alimentaire) du fait d'une autocensure trop sévère par rapport à leur poids d'équilibre naturel^[107].

Théorie de l'impulsivité

L'hypothèse de l'impulsivité, issue des approches neurodéveloppementales et cognitives, met en avant le rôle du déficit du contrôle inhibiteur et d'une plus grande sensibilité à la récompense^[108]. Ces théories ne sont pas spécifiques aux TCA et sont retrouvées dans d'autres pathologies où impulsivité et les passages à l'acte apparaissent comme modalité d'expression privilégiée des conflits.

Approches biologique, génétique et environnementale

Anorexie mentale et boulimie

Approche biologique

Les approches biologiques se sont particulièrement centrées sur l'implication de certaines hormones endocriniennes, de neurotransmetteurs et de neuropeptides, dans la régulation du comportement alimentaire.

Certaines études ont ainsi pu mettre en évidence des perturbations endocriniennes dans le cadre des TCA (hormones

surréaliennes, thyroïdiennes et de croissance, leptine, cholécystokinine, glucagon, somatostatine, bombésine). Selon ces études, ces perturbations sont inconstantes et variables ; elles régressent lors de la stabilisation d'un bon état nutritionnel. Les auteurs s'accordent pour dire qu'elles sont induites par les troubles du comportement alimentaires et peuvent être impliquées dans leur chronicisation^[109,110].

Dans l'anorexie mentale, la chronicisation peut ainsi être favorisée par l'accroissement de la satiété, induite par la cholécystokinine et la concentration de leptine^[111].

L'implication de neurotransmetteurs sérotoninergiques et catécholaminergiques est également reconnue dans la régulation de la prise alimentaire et dans le contrôle central du poids, en agissant au niveau de l'hypothalamus (activation de l'appétit et de la satiété). La sérotonine est un neurotransmetteur qui agit sur la diminution des ingestats caloriques, en induisant une sélection alimentaire^[112]. L'activation des récepteurs alpha-adrénergiques induit une augmentation du volume et de la durée des prises alimentaires, ainsi que la sélection de glucides. L'activation des récepteurs bêta-adrénergiques induit à l'inverse la réduction de la prise alimentaire.

Une hypothèse hyposérotoninergique a également été développée pour tenter de rendre compte de la boulimie^[112]. Un déficit de modulation du système sérotoninergique central générerait une altération des signaux de satiété et pourrait ainsi contribuer aux symptômes boulimiques. La mise en évidence, chez les boulimiques, d'une réduction de la fixation sérotoninergique au niveau diencephalique et striatal et de l'altération du ligand du récepteur sur les récepteurs sérotoninergiques 5HT_{2A}, ont suggéré l'hypothèse d'un hypofonctionnement sérotoninergique dans la boulimie. Cependant, l'impact de ce neurotransmetteur dans les conduites boulimiques doit être pondéré par l'implication des autres éléments régulateurs de la prise alimentaire.

Par ailleurs, une étude a suggéré un lien entre l'altération des signaux de satiété induits par la cholécystokinine, la leptine, le nerf vague et la prise alimentaire lors des accès boulimiques^[111]. D'autres études ont exploré l'hypothèse d'un lien entre un bas niveau de métabolisme et le déclenchement direct d'une impulsion alimentaire boulimique^[113], ou indirect par le biais d'une restriction alimentaire chronique préalable^[114]. L'ensemble de ces données ne permet pas de conclure, et oriente plutôt vers l'existence de phénomènes physiopathologiques consécutifs à la malnutrition.

Approche génétique

Collier a mis en évidence une association significative entre l'anorexie mentale et un polymorphisme du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5HT_{2A}^[115]. Ce résultat, répliqué plusieurs fois, apparaît très significatif chez les anorexiques avec une caractéristique très obsessionnelle. L'allèle du 5HT_{2A} impliqué dans une vulnérabilité de l'anorexie mentale n'augmenterait le risque d'anorexie mentale que de 1,8^[116], alors que l'anorexie mentale aurait une héritabilité de 70%. Les études d'agrégation familiale estiment à 3% le risque d'avoir un enfant anorexique si un apparenté présente le trouble et à 0,3% si ce n'est pas le cas^[117].

La corrélation entre une vulnérabilité génétique et la présence de troubles dépressifs dans la famille serait assez peu spécifique, et ne concernerait qu'une minorité. Des auteurs tels que Rivinius^[118] ont montré que la fréquence de troubles thymiques chez les apparentés au premier degré des patientes anorexiques et boulimiques serait deux à quatre fois supérieure que chez les apparentés des sujets contrôles.

D'autre part, il semble exister une comorbidité entre anorexie mentale et TOC. Pour autant, ce lien psychopathologique n'est pas forcément le reflet d'une vulnérabilité génétique commune^[119].

L'ensemble de ces études génétiques vont dans le sens d'une transmission oligogénétique, voire polygénétique avec une dispersion de la transmission génétique au fil des générations ; transmission à laquelle s'associent des facteurs d'environnement favorisant.

L'approche génétique de la boulimie recouvre celle de l'anorexie mentale concernant le lien entre boulimie et TOC lorsque celle-ci

est marquée par une logique obsessionnelle défensive, et le lien entre boulimie et trouble de l'humeur chez les apparentés.

Par ailleurs, le risque de survenue d'une addiction à des toxiques est multiplié par trois ou quatre chez les parents de sujet souffrant de boulimie ou d'anorexie-boulimie. Des études tentent d'explorer le caractère génétique de ces facteurs de transmission communs entre la boulimie et l'addiction à des toxiques^[120].

Approche socioculturelle

Dans les années 1970 et 1980, la multiplication des cas de TCA a permis de dégager un profil stéréotypé : jeune adolescente, occidentale, issue de milieux aisés. Ce constat a motivé des études tentant de rendre compte de l'influence sociale et économique sur l'apparition de ces troubles du comportement alimentaire. Ces investigations se sont centrées sur les influences dans les sociétés occidentales de la pression exercée par l'industrie de consommation et de la mode^[121, 122], de l'idéal féminin véhiculé de minceur, de la tradition qui maintient la femme dans une position passive de séduction par l'apparence, de l'inégalité des sexes vis-à-vis des avantages sociaux, de la presse féminine diffusant des conseils pour atteindre un objectif d'amaigrissement et de la contamination à d'autres milieux culturels par la voie des médias à diffusion planétaire^[123]. La portée de ces études reste limitée compte tenu de la difficulté à circonscrire avec des critères objectifs les notions d'ethnie, de culture, la quête de minceur, ou encore de l'image de soi. À ces difficultés de définition s'ajoutent des défauts de rigueur concernant les protocoles des études et l'analyse statistique des données^[124].

Hyperphagie boulimique (« binge eating disorder ») avec obésité

Aucune étude génétique ou environnementale ne concerne l'hyperphagie boulimique à l'adolescence, stricto sensu. En revanche, de très nombreuses études concernent l'obésité des enfants et adolescents. Mais dans la mesure où l'obésité et les habitudes alimentaires – initialement étroitement dépendantes des modes de nourrissage des enfants – apparaissent souvent liées, l'hypothèse d'un lien de continuité entre conduites alimentaires de l'enfance et conduites alimentaires à l'adolescence donne ainsi à ces facteurs génétiques et environnementaux une possible place dans la genèse de conduites alimentaires déviantes chez le futur adolescent.

Les différents facteurs mis en évidence dans la majorité des études concernent toutefois l'obésité et non le comportement alimentaire.

Facteurs génétiques et épigénétiques

Ces facteurs concernent en fait l'obésité dans son ensemble, et non la conduite alimentaire hyperphagique pour laquelle aucun facteur génétique ou épigénétique n'est actuellement repéré.

L'obésité commune s'avère être en partie de nature polygénique en interaction avec les systèmes biologiques et hormonaux^[125]. Des gènes de prédisposition à l'obésité interfèrent avec l'effet délétère de l'environnement obésogène. L'hypothèse de génotypes dits « d'épargne » n'explique pas les conséquences de l'environnement fœtal sur le développement ultérieur. La notion de *fœtal programming*, liée à des mécanismes épigénétiques, pourrait expliquer la susceptibilité à développer jusqu'à l'âge adulte des pathologies, dont l'obésité et ses complications^[126].

Obésité parentale

Une revue de la littérature publiée en 2005 concernant les facteurs de risque de surpoids et d'obésité de l'enfant et de l'adolescent a positionné le surpoids parental comme étant le facteur de risque le plus important^[127]. Ce constat ne permet cependant pas de conclure en termes de causalité entre le surpoids des parents et le surpoids et l'obésité chez les adolescents. En tout état de cause, l'expérience clinique montre que, pour une part au moins, le comportement alimentaire des parents, lui-même souvent impliqué dans leur propre obésité, est de nature complexe et multifactorielle. La psychopathologie du lien parents-adolescent autour de la question de l'oralité est ici convoquée, au même titre que d'autres aspects en jeu dans la genèse de l'obésité.

Facteurs périnataux (grossesse, naissance, postnatal)

Les études montrent que le poids et la croissance de l'enfant pendant la petite enfance (âge inférieur à 2 ans) sont associés au risque d'obésité dans l'enfance et à l'adolescence. Dans la revue de la littérature, la plupart des études montrent que les enfants obèses, les enfants de poids ou d'IMC se trouvant dans les percentiles les plus élevés et les enfants qui présentaient un gain pondéral postnatal rapide, ont un risque plus élevé de développer une obésité ultérieure (à l'adolescence et à l'âge adulte), comparativement aux autres enfants^[128].

Facteurs environnementaux favorisants

Statut socioéconomique des parents. Une revue systématique des études transversales publiées entre 1990 et 2005 sur les liens entre le statut socioéconomique et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent a été menée par Shrewsbury et Wardle^[129]. Les études retenues concernaient les pays développés. Le statut socioéconomique était inversement associé à l'obésité dans 19 études (45 %). Il n'y avait pas d'association dans 12 études, et dans 14 études des associations étaient retrouvées dans certains sous-groupes étudiés. Il apparaît que les enfants et adolescents dont les parents (et en particulier la mère) avaient un niveau scolaire bas, avaient un risque plus élevé de développer une obésité.

Alimentation. L'alimentation des enfants et adolescents en surpoids et obèses fournit plus de calories qu'ils n'en dépensent. Il est nécessaire de comparer les termes de l'équation avant d'incriminer l'alimentation. Les principaux déséquilibres observés sont dus à une consommation excessive d'aliments à haute densité énergétique, c'est-à-dire gras. La palatabilité accrue par la présence de lipides, la médiocre appréciation de cette teneur par des adolescents obèses^[130], la disponibilité et la publicité qui entourent ces aliments sont autant de raisons à leur consommation^[131]. L'absence de petit déjeuner est fréquente chez ces jeunes. Les glucides consommés en excès, notamment sous forme de sucreries et de boissons, sont une autre cause évidente de déséquilibre des rations. Le rôle des protéines dans la genèse de l'obésité n'est pas tranché alors que leur consommation dépasse les apports conseillés chez la majorité des jeunes.

Attitudes parentales par rapport à l'alimentation. Les parents jouent un rôle pivot au niveau des apports et des préférences alimentaires. Le rôle du cadre éducatif a été montré, notamment dans la capacité du bébé puis de l'enfant et de l'adolescent à ajuster ses prises alimentaires énergétiques à ses besoins. Le bébé semble avoir une bonne capacité à cet ajustement jusqu'à l'âge de 1 an, puis cette capacité décroît^[132]. Des études ont montré que certains comportements éducatifs influencent cet auto-ajustement : ceux qui visent à renforcer les signaux externes de consommation plutôt que les signaux internes de faim et de satiété vont accentuer cette dérégulation. Ce sont par exemple la taille des portions, la pression que certains parents peuvent exercer (« finis ton assiette ! »), l'utilisation de l'aliment comme récompense, les sollicitations à la consommation (offre familiale)^[133]. À l'inverse, une trop grande restriction ou un contrôle alimentaire parental excessif peuvent paradoxalement avoir le même effet de dérégulation responsable de surpoids ou d'obésité^[134, 135].

Une revue de la littérature récente a évalué l'influence parentale dans le développement du comportement alimentaire de l'enfant et retrouve une corrélation entre les parents et les enfants en ce qui concerne les comportements nutritionnels tels que les apports alimentaires, la motivation à manger et l'image du corps^[136]. Les TCA des parents sont associés à des troubles alimentaires et à l'obésité chez l'enfant et l'adolescent^[137].

Style éducatif parental. Une récente revue de la littérature s'est attachée à évaluer l'association entre l'obésité de l'enfant et de l'adolescent et le fonctionnement familial, parental et de la fratrie. Il existe une association entre le « style parental démocratique » (comparé aux styles « permissif », « négligent » ou « autoritaire ») et un plus faible IMC, une alimentation plus saine et une activité physique plus importante. Il existe aussi une association entre une fréquence supérieure des repas familiaux, un plus faible IMC et une alimentation plus saine^[138]. Un « style éducatif démocratique » signifie un fonctionnement chaleureux et un soutien émotionnel favorisant l'autonomie de manière

appropriée et instaurant une communication réciproque, permettant un développement harmonieux du jeune.

Sédentarité. La sédentarité se définit comme « un état dans lequel les mouvements sont réduits au minimum, et la dépense énergétique est proche du métabolisme énergétique au repos ». Elle correspond à des comportements physiquement passifs, tels que regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, travailler sur ordinateur, téléphoner assis, lire^[139]. L'inactivité représente davantage une absence d'activité physique dans la vie quotidienne et dans les loisirs. La sédentarité et le manque d'activité physique sont des éléments déterminants de l'accroissement de l'obésité à l'adolescence^[140].

Environnement géographique (lieu de vie). Dunton a examiné les liens entre différentes mesures de l'obésité des enfants et adolescents et l'environnement physique de ces derniers^[141]. Cette revue systématique, qui n'a pu donner lieu à une méta-analyse, souligne les résultats non convergents des différentes études et leurs limites conceptuelles et méthodologiques.

Durée de sommeil. Les différentes études ont montré une relation entre une durée réduite de sommeil et l'obésité de l'adolescent, la relation étant parfois de type « dose-réponse »^[142-144]. Cependant, les données disponibles ne permettent pas de conclure quant au rôle du manque de sommeil dans la prise de poids et l'apparition de l'obésité. On sait à l'inverse que l'obésité peut être la cause de troubles du sommeil et particulièrement d'apnées.

Finalement, le symptôme alimentaire s'organise sous forme d'une conduite (qu'il s'agisse d'une anorexie, qu'il soit l'expression d'une boulimie ou qu'il se présente comme une hyperphagie boulimique) et occupe une place et une fonction psychique particulière pour l'adolescent(e) puisqu'il apaise, dans un premier temps, toutes les tensions psychologiques (anxiété, dépression, ou liées à un trouble de la personnalité), tout en contribuant à les pérenniser ensuite. Malgré son inefficacité à soulager durablement et par sa tendance à l'autorenforcement, ce symptôme alimentaire s'installe en effet durablement et enferme l'adolescent(e) dans une impasse. Le TCA enrayer alors toute la dynamique et les processus d'adolescence.

■ Évolution et pronostic

La grande hétérogénéité des TCA explique les grandes disparités dans leur évolution. Jeammet considère qu'environ 15 à 20 % des adolescentes vont traverser une période d'anorexie ou de boulimie sans jamais consulter un médecin. D'autres bénéficieront de prises en charge hospitalières et/ou ambulatoires pendant des années^[145]. Les TCA évoluent toujours en effet sur une durée longue, pouvant aller de plusieurs mois à plusieurs années. Leurs complications somatiques et psychiatriques doivent être recherchées avec attention, car elles grèvent le pronostic^[51]. Les TCA gagnent à être traités le plus précocement possible pour en favoriser le pronostic^[146]. L'évolution des TCA n'est connue que dans les populations traitées et le plus souvent à court et à moyen terme ; peu d'études portent sur des suivis au-delà d'une dizaine d'années.

Évolution de l'anorexie mentale

La gravité potentielle de l'anorexie mentale doit toujours être prise au sérieux et le pronostic lointain est souvent réservé. La durée d'évolution varie de quelques mois (rarement inférieure à 18 mois) à toute une vie. Une synthèse de plus de 110 études de suivi (regroupant un total de presque 5600 patients) indique une évolution défavorable dans deux cas sur dix, une amélioration partielle dans plus de trois cas sur dix et une guérison dans cinq cas sur dix^[147].

Dans la majorité des cas, l'évolution des symptômes est d'au moins 18 mois. En matière d'anorexie mentale, il n'existe aucun critère pronostique absolu. Pour autant, l'hospitalisation, sélectionnant les sujets résistant aux soins ambulatoires et présentant de fait les symptômes les plus graves, auraient un pronostic plus sévère^[148]. D'autre part, les mauvaises relations familiales^[149,150] et l'existence d'un trouble de la personnalité^[151] seraient facteurs de mauvais pronostic. En effet, sans sous-estimer les

complications somatiques, ce sont les troubles psychiques qui, en dehors de toutes autres séquelles, représentent le plus grand risque évolutif à long terme.

Les rechutes sont fréquentes et concernent près de la moitié des cas^[145]. Ces rechutes sont plus fréquentes chez des patients suivis moins de un an, comparés à ceux qui le sont plus longtemps.

Le poids et les conduites alimentaires se normalisent dans 75 à 80 % des cas à cinq ans. Les règles reviennent spontanément et de manière régulière dans 50 à 60 % des cas ; c'est un facteur de bon pronostic. De 15 à 25 % des anorexiques évoluent vers la chronicité^[152]. La chronicité de l'anorexie est établie au-delà de quatre ans d'évolution. Dans ces situations, la persistance du déni des troubles est un facteur de mauvais pronostic. La reconnaissance du trouble et de la maigreur, le maintien d'une alliance thérapeutique et l'acceptation des hospitalisations restent les facteurs de meilleur pronostic.

Les complications somatiques sont parfois sévères. À long terme, elles concernent principalement le retard de croissance et l'impuberté d'une part et le risque osseux d'autre part (ostéopénie et ostéoporose). La dénutrition chronique affaiblit l'état physiologique si bien que les anorexiques auraient une espérance de vie moindre par rapport à la population générale. Sur le plan psychique, les conséquences sont un appauvrissement de la personnalité avec une appétence intellectuelle diminuée pour le monde environnant. L'infertilité est un risque certain pour les jeunes femmes anorexiques en âge de procréer.

D'un point de vue psychiatrique, on peut observer dans l'évolution des patientes anorexiques, outre la boulimie, l'apparition ou l'aggravation d'une symptomatologie dépressive, de troubles anxieux (phobie sociale, TOC) et plus rarement d'abus de toxiques (alcool, cannabis)^[153,154].

La mort survient dans 4 à 10 % des cas (et jusqu'à 15 % des cas, après 20 ans de suivi), soit du fait de complications liées à la dénutrition, soit par suicide^[155]. Bien que le décès soit beaucoup moins fréquent qu'autrefois, la gravité somatique est parfois majeure et peut conduire à des admissions en service de réanimation. Ces hospitalisations en urgence accentuent le déni familial de la dimension psychique du trouble^[32]. Le suicide est surtout fréquent chez les anorexiques devenues boulimiques^[51].

La guérison est un processus lent. On ne l'évoque qu'après une stabilisation durable supérieure à quatre ans. Elle survient dans 50 à 60 % des cas si l'on ne considère que les symptômes somatiques et notamment la triade symptomatique (les « 3A ») et dans 30 à 40 % des cas si l'on inclut d'autres symptômes psychiatriques et la mesure de la qualité de vie, sociale et affective. Les symptômes psychiatriques les plus fréquemment retrouvés sont une dépressivité de l'humeur (plus qu'un réel syndrome dépressif majeur), des troubles anxieux de type phobique et une certaine sensibilité à la moindre critique. Ces symptômes contribuent un peu plus à isoler l'anorexique du monde social.

Les critères de guérison proposés par Jeammet en 1991 restent d'actualité :

- disparition complète de la triade symptomatique (les « 3A ») depuis plus de deux ans ;
- autonomie d'avec la famille et acquisition de nouveaux liens affectifs/professionnels stables et nouveaux ;
- critique de la conduite anorexique avec meilleure perception de l'image du corps ;
- acquisition d'une bonne capacité d'*insight*, meilleure reconnaissance des conflits psychiques, capacité de se remémorer le passé et d'exprimer la vie fantasmatique ;
- capacité à se confronter sans déni ni régression massive aux stimulations œdipiennes et ouverture à la reconnaissance de l'autre dans sa différence, notamment sexuée^[152]. Quoiqu'il en soit, l'évolution de l'anorexie mentale est très variable d'un(e) adolescent(e) à l'autre et, dans tous les cas, il est actuellement impossible de prédire le devenir du patient^[156].

Évolution de la boulimie nerveuse

L'expression symptomatique de la boulimie, moins spectaculaire à première vue, ne doit pas en banaliser ses conséquences. En effet, l'évolution est généralement longue, fluctuante, avec de nombreux épisodes critiques qui ponctuent des périodes variables de rémission^[34].

Peu d'études de suivis d'adolescent(e)s boulimiques au long cours ont cependant été menées. Après 11,5 années d'évolution, seuls 30 % des sujets sont encore boulimiques^[157]. Steinhäuser a montré dans une méta-analyse que 47,5 % des patients avaient une évolution favorable, 26 % une évolution intermédiaire et 26 % une évolution défavorable^[158]. Enfin, les études portant sur les facteurs pronostiques présentent des résultats contradictoires et inconstants. Seule, l'existence d'une comorbidité, tels un abus de substance (toxiques, alcool), un trouble de la personnalité de type état limite, des antécédents de tentatives de suicide, une obésité, une mauvaise adaptation sociale, constituerait un élément clinique de mauvais pronostic^[146].

Lorsque la chronicité s'installe (20 à 26 % des cas), la morbidité psychosociale est importante avec de fréquents passages à l'acte autoagressifs (tentatives de suicide, automutilations), une impulsivité (kleptomanie), des dépressions récurrentes (avec dévalorisation, culpabilité, désespoir), des troubles anxieux ou encore des coaddictions, sexuelles, médicamenteuses (psychotropes) ou toxiques, (drogues, alcool).

Les complications somatiques sont conséquences des vomissements : troubles dentaires, hypertrophie des parotides et des sous-maxillaires, altérations des muqueuses buccopharyngées et digestives, troubles métaboliques et ioniques (dyskaliémie). Enfin, les troubles du cycle menstruel se retrouvent chez les jeunes filles boulimiques ayant des conduites anorexiques.

Une récente étude auprès de 258 patients boulimiques sévères hospitalisés entre 1988 et 2004, avec un recul moyen de dix ans, trouve un taux de décès de 3,6 % soit six fois plus élevé qu'en population générale. Parmi les dix décès, le suicide est la cause majoritaire^[159].

Le pronostic dépend étroitement du trouble psychopathologique sous-jacent à la conduite alimentaire (défaillance narcissique, trouble névrotique, addiction). Il est plus sévère en cas de trouble de la personnalité associé à un TOC^[160]. Dans les formes mixtes, anorexie-boulimie, les troubles de la personnalité et les diagnostics psychiatriques associés y sont plus fréquents^[59]. Enfin, le déni fréquent des troubles nécessite un temps d'approche parfois long pour éveiller la conscience d'une souffrance et permettre une alliance thérapeutique de qualité.

Évolution des formes subsyndromiques et atypiques

Concernant les formes subsyndromiques, Johnson a montré que l'existence de formes atténuées de TCA à l'adolescence est un facteur de risque important de développer des troubles physiques et psychiques à l'âge adulte tels que troubles anxieux, symptômes cardiovasculaires, syndrome de fatigue chronique, douleurs chroniques, troubles dépressifs, limitation d'activités liée à une mauvaise santé, maladies infectieuses, insomnie, symptômes neurologiques, tentative de suicide^[161]. On peut supposer que ces formes, moins inquiétantes au premier abord, sont moins souvent prises en charge et génèrent une chronicisation du trouble.

Les formes subsyndromiques ou atténuées d'anorexie mentale sont nombreuses. Ce sont soit des formes prodromiques de TCA, soit des formes résolutive, ou encore des formes évoluant sur un mode mineur. Elles seraient présentes chez 50 % des sujets consultant pour TCA. Il n'existe cependant pas d'études au long cours de suivis d'adolescents présentant des TCA subsyndromiques du fait de la difficulté à constituer des cohortes homogènes. D'autre part, l'hyperphagie boulimique ou BED est d'individualisation trop récente^[4] pour avoir une idée précise du devenir des adolescents présentant ce type de TCA. Enfin, l'ensemble des études portant sur l'obésité à l'adolescence ne sont pas spécifiques de l'hyperphagie boulimique. De nouveaux travaux sont à prévoir pour mieux connaître ces jeunes patients et leur devenir.

■ Prise en charge des troubles des conduites alimentaires

Principes généraux

Un TCA à l'adolescence est souvent une scène survenant dans une pièce dont les premières scènes ont déjà eu lieu dans le

passé (dès le plus jeune âge). Il est donc important de considérer simultanément la conduite symptomatique et l'ensemble de la personnalité du jeune, tout en prenant en compte le contexte familial.

Les objectifs du traitement sont triples : traiter le TCA, prendre soin de l'adolescent et de sa personnalité et, enfin, prendre en charge les dysfonctionnements familiaux^[34].

Le traitement doit être mis en place le plus précocement possible. Le déni du trouble, spécifiquement dans l'anorexie, et l'absence de plainte verbalement exprimée, retardent la mise en place de la prise en charge. L'acceptation des soins est dans un premier temps généralement « subie » par l'adolescent(e) et la véritable alliance thérapeutique se crée au fil du temps, avec l'acceptation de la maladie. La précocité de la prise en charge permet d'éviter la chronicisation des troubles et, de ce fait, d'améliorer le pronostic.

La proposition de soin doit être graduée et adaptée à chaque cas et à chaque étape de l'évolution. De très nombreuses méthodes et différentes approches peuvent être proposées et il semble important de pouvoir diversifier l'offre de soin en une palette favorisant une large répartition des investissements^[7]. Cette diversité des méthodes doit permettre de composer avec le danger potentiel que représente pour ces patient(e)s la relation duelle. Il semble donc judicieux d'offrir des dispositifs de soins plurifocaux^[162] et d'introduire différentes médiations dans la relation, dont le plus exemplaire est représenté par le contrat, qu'il soit établi dans un traitement ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation^[163]. Il faut rappeler que la majorité des traitements n'ont pas été évalués ni comparés les uns aux autres ; les indications reposent le plus souvent sur un consensus d'experts^[51].

La prise en charge peut être ambulatoire ou hospitalière mais doit dans tous les cas être pluridisciplinaire. Le suivi pédiatrique (somatique) ne peut pas se passer du suivi pédopsychiatrique (psychique) et réciproquement. C'est le type même du trouble qui nécessite un abord global indissociable, à la fois somatique et psychique. Les différents intervenants du réseau de soin doivent donc se concerter régulièrement afin de créer une cohérence thérapeutique, adaptée à chaque situation clinique. Dans tous les cas, et afin d'éviter les confusions et autres contradictions (que les adolescents vont systématiquement rechercher), un professionnel référent doit assurer la cohérence du projet thérapeutique.

La décision d'hospitalisation dépend des degrés d'urgence somatique et/ou psychiatrique, ou de l'échec de la prise en charge ambulatoire.

Dans tous les cas, la prise en charge des TCA est longue, sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Il est important que le patient et son entourage en soient informés dès le début de la mise en place des soins.

Le traitement somatique est symptomatique. Le traitement psychologique est avant tout psychothérapeutique. Ce sont les approches psychothérapeutiques et institutionnelles qui ont fait la preuve de leur efficacité^[20]. Un traitement médicamenteux complémentaire peut être instauré en cas de syndrome dépressif majeur ou d'anxiété importante associée. Quelle que soit la modalité de psychothérapie choisie, elle doit s'intéresser à la fois au vécu individuel du jeune, mais aussi aux réactions familiales dans leur globalité. La prise en compte de l'environnement familial, non pas tant dans l'évaluation de son éventuel rôle pathogène, mais surtout dans sa fonction souhaitable d'allié thérapeutique, doit être un souci constant.

Anorexie mentale/boulimie nerveuse

Champs disciplinaires complémentaires

Concernant l'anorexie mentale

La multidisciplinarité repose sur des champs disciplinaires complémentaires : somatique, psychiatrique, nutritionnel et social. Cette nécessité d'associer plusieurs disciplines dans la prise en charge se justifie par l'étiologie multifactorielle des TCA^[164]. La HAS préconise cette multidisciplinarité dès que possible, dès lors que le diagnostic d'anorexie mentale est posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique^[1]. Elle intervient donc dès le début de la prise en charge, qu'elle soit ambulatoire ou

hospitalière. Certains auteurs proposent que le premier médecin consulté (médecin généraliste ou pédiatre) soit, en fonction de son évaluation initiale, l'initiateur de la diversification des soins^[165, 166]. Chaque intervenant doit avoir une expérience spécifique des TCA.

L'APA recommande un travail d'équipe associant un pédiatre, un psychiatre ou pédopsychiatre, et un professionnel de la nutrition (endocrinologue, nutritionniste, diététicien)^[20]. La HAS propose enfin l'intervention d'autres professionnels, au cas par cas (assistante sociale, gynécologue, chirurgien-dentiste, etc.).

Concernant la boulimie nerveuse

La double prise en charge, somatique et psychique, peut s'avérer utile dans le traitement de la boulimie même si la plupart des boulimiques ont un poids normal. De ce fait, le premier médecin consulté est plus rarement le somaticien mais le psychiatre ou pédopsychiatre. Les demandes de soins sont plus explicitement formulées que dans la problématique anorexique et sont parfois nombreuses, mais s'inscrivent rarement dans une continuité^[32].

Prise en charge ambulatoire

Il est recommandé d'initier la prise en charge des TCA en ambulatoire en dehors de tout critère d'urgence, somatique ou psychiatrique^[167, 168]. Elle permet de préserver les habitudes de vie familiale et scolaire, et facilite ainsi l'adhésion aux soins^[169]. Les soins ambulatoires peuvent être plus ou moins intensifs et s'appuient sur une alliance thérapeutique de qualité entre le jeune, sa famille et les différents professionnels.

Collaboration entre médecin somaticien et psychiatre

Dans l'anorexie mentale, le médecin somaticien (pédiatre, médecin généraliste...), généralement rencontré en premier, pose le diagnostic d'anorexie mentale et le nomme auprès du patient et de sa famille. Il explicite son origine psychogène et ses conséquences somatiques et propose la double prise en charge, somatique et psychique. Ce premier temps est essentiel car il initie l'engagement des patients et de leur famille dans les soins psychiques. Souvent, l'engagement du jeune va de pair avec l'engagement parental. Le médecin somaticien contacte ensuite ses différents partenaires avec l'accord de la patiente et de sa famille. Cet accord n'est parfois pas obtenu d'emblée mais après plusieurs consultations. Il n'est pas rare que le médecin généraliste et le pédiatre travaillent en binôme. Le pédiatre définit un « contrat de poids » par lequel le patient, ses parents et le médecin s'engagent à une reprise régulière du poids par les moyens les plus naturels possibles. Si ce contrat ne peut être tenu en ambulatoire, une hospitalisation est proposée.

Le psychiatre, ou pédopsychiatre, intervient généralement dans un deuxième temps. Il rencontre l'adolescent(e) et sa famille, puis seul(e). Les entretiens se poursuivent ensuite de manière individuelle avec des temps de rencontre familiaux réguliers. Le pédopsychiatre évalue la psychopathologie sous-jacente, définit le mode de psychothérapie le plus adapté et propose des soins psychiatriques plus étayés en accueil séquentiel, si nécessaire. Pédiatre (ou médecin généraliste) et pédopsychiatre sont en contact régulièrement, afin de partager leur regard clinique et réajuster la prise en charge de manière individualisée^[1]. Ils constituent le pivot central de coordination autour duquel tous les acteurs du soin participent à la réflexion clinique. Les échanges réguliers entre les différents intervenants réunissent soma et psyché, souvent clivés chez les anorexiques, et permettent de réinstaurer un sentiment de sécurité chez ces patients, fragilisés dans leur narcissisme.

La définition du cadre de soin est fondamentale car c'est sur elle que se basent les modalités thérapeutiques. Il est donc important que les premières rencontres ne s'engagent pas sur le mode d'un rapport de force venant rejouer les relations intra-familiales. Une approche centrée de manière exclusive sur le symptôme alimentaire fait courir le risque de cette répétition et de l'accentuation du déni de troubles. Sans ignorer la gravité somatique, il semble fondamental d'instaurer une relation de confiance et de prendre le temps d'une écoute attentive et disponible (sans vouloir à tout prix « lever » les résistances – déni – du trouble).

Au-delà de l'axe central, constitué du binôme somaticien-psychiatre, le projet thérapeutique peut associer des approches nutritionnelles, psychologiques, sociales ainsi que des consultations spécialisées auprès de gynécologues, endocrinologues, dentistes...

Prise en compte des parents

L'implication des parents est nécessaire, particulièrement en début de prise en charge. En effet, le TCA s'inscrit en général dans un contexte familial et relationnel, et le symptôme a une fonction dans l'économie psychique et l'équilibre familial. La souffrance parentale est fréquente et donc à prendre en compte. Cette place des parents évoluera au fur et à mesure de la prise en charge et pourra ainsi prendre plusieurs formes : entretiens familiaux avec le jeune, groupes de paroles de parents, thérapies familiales (systémiques ou psychanalytiques), etc. À défaut de prendre en compte cette dimension parentale, les risques d'échec thérapeutique sont grands.

Psychothérapies

Les différents outils présentés ci-dessous pourront être utilisés à tous les niveaux de la prise en charge (ambulatoire, hospitalière ou en centre d'accueil à temps partiel).

On rappelle qu'il est souvent utile de proposer des prises en charge diversifiées afin d'offrir au patient et à sa famille des outils de soin complémentaires faisant tiers avec la relation psychothérapique duelle, parfois menaçante pour le jeune.

Les psychothérapies sont des moyens thérapeutiques privilégiés dans la prise en charge des TCA. Plusieurs modalités psychothérapiques existent, elles sont adaptées à chaque situation. Elles peuvent parfois se succéder, selon le degré d'évolution et les résistances du jeune. Il s'agit de psychothérapies de soutien, psychothérapies d'inspiration analytique, psychothérapies familiales et systémiques, psychodrames analytiques, thérapies cognitives et comportementales. De nos jours, les équipes de soin proposent des abordages thérapeutiques associant différentes orientations théoriques^[170].

Les psychothérapies sont des propositions de soin qui ne se révèlent efficaces que s'il existe un réel investissement du jeune et de sa famille. D'autre part, la mise en place d'une psychothérapie ne peut se faire que si l'état somatique du jeune le permet (en dehors de toute urgence).

Thérapies familiales. Les recommandations actuelles préconisent que l'approche familiale (thérapie familiale et toutes formes d'intervention auprès de la famille) fasse nécessairement partie de la prise en charge des enfants et adolescents souffrant de TCA^[1, 20, 171]. Une psychothérapie familiale peut s'amorcer à l'hôpital et son rôle positif a été démontré en ambulatoire après la sortie d'hospitalisation. En cas d'hospitalisation, les interventions régulières auprès de la famille sont nécessaires afin de rassurer les parents, favoriser l'alliance thérapeutique, et aborder les éventuels sentiments de culpabilité pouvant surgir, surtout au moment de la séparation, parfois insupportable (contrat). L'adhésion des parents aux soins est indispensable pour que le jeune se sente porté par un projet commun et puisse amorcer le processus de séparation-individuation. Selon Corcos et Bocheureau, les objectifs du travail avec les familles visent à aider à se dégager de la polarisation sur les symptômes alimentaires, à assouplir les modalités les plus rigides et les plus pathogènes de communication, à faciliter la restauration d'une identité propre et de limites plus satisfaisante chez chaque membre de la famille^[172].

En parallèle, il est indispensable que le jeune bénéficie d'entretiens individuels réguliers avec un thérapeute, différent ou non de ceux réalisés avec le reste de la famille^[171, 173, 174]. Il est également possible que les parents aient besoin d'une prise en charge psychothérapique pour eux-mêmes, auquel cas, ils devront être adressés vers d'autres professionnels.

Thérapies d'inspiration analytique. Elles sont très utilisées, dans le cadre d'entretiens individuels avec l'adolescent(e). Ils favorisent la réflexion sur les liens entre sa propre histoire et les troubles présentés. Ces thérapies nécessitent une certaine capacité d'introspection à laquelle tous les patients n'ont pas accès. Pourtant largement répandues, peu de données scientifiques sont

disponibles concernant l'efficacité de ces approches psychanalytiques individuelles^[175]. La continuité relationnelle, associée à l'idéalisation habituelle du thérapeute, contribue à assurer à l'adolescent(e) l'apport narcissique nécessaire à la restauration de son propre sentiment de continuité. La relation peut d'autant se maintenir qu'elle est médiatisée par un discours portant essentiellement sur les éléments de la réalité externe et rendue tolérable par la méconnaissance du transfert^[45].

Thérapies cognitivocomportementales. Elles ont été plus largement évaluées. L'objectif de cette approche est de contrôler l'anxiété postprandiale et les autres tensions psychiques exprimées au niveau corporel, de corriger l'hyperactivité physique et les vomissements et de favoriser la restructuration cognitive. Elle vise aussi à améliorer l'estime de soi et de son propre corps^[1]. Ce type de psychothérapie vise ainsi à corriger le symptôme chez des patients dont la volonté ou les capacités d'introspection sont limitées. L'efficacité de cette approche semble avoir été démontrée par certaines études, notamment chez les adultes^[176] avec des spécificités suivant le type de TCA. L'American Dietetic Association^[177] recommande d'utiliser les thérapies cognitivocomportementales (TCC) pour améliorer l'engagement et l'adhésion des patients anorexiques à la prise en charge. Des modèles de TCC appropriés pour les adolescents ont également été développés mais restent à évaluer^[178]. Actuellement, des interventions basées sur les TCC à destination des patients ou de leurs parents se développent sur Internet.

Autres mesures thérapeutiques

Approches corporelles. Cette attention portée au soin du corps peut parfois être un premier temps avant la psychothérapie, et a donc tout son intérêt. Il s'agit alors de prendre soin de soi tant d'un point de vue physiologique et somatique que psychologique (toilette, bain, massages, coiffure, maquillage, habillage).

Un travail corporel individuel ou en groupe plus approfondi peut compléter ensuite la prise en charge psychothérapeutique, pour permettre au patient d'éprouver son corps différemment, de réaliser qu'il peut être source de plaisir et de communication. Les moyens utilisés par les psychomotriciens et les kinésithérapeutes sont les médiations psychosensorielles (relaxation, utilisation du milieu aquatique). La prudence doit cependant rester de mise lorsqu'il s'agit d'entrer en contact avec le corps de l'adolescent(e). Ces médiations doivent rester des indications médicales de soins. Enfin, les thérapies expressives comme danse ou théâtre sont aussi intéressantes, car elles permettent d'évoluer au sein d'un groupe de jeunes.

Approches nutritionnelles et diététiques. Les adolescents présentant des TCA sont le plus souvent totalement perdus d'un point de vue de leur alimentation (rythme, fréquence, quantité, etc.). Et les conseils et reproches parentaux ne font souvent qu'empirer leurs doutes et angoisses. Les conseils et le suivi diététique assurés par des professionnels peuvent constituer une étape importante de la restauration d'une alimentation normale. Sans renforcer les obsessions alimentaires en prescrivant des mesures diététiques trop strictes, il s'agit de redonner des règles alimentaires claires et simples. La dimension didactique et la composante de restructuration cognitive permettent de rassurer l'adolescent(e). Ces méthodes s'appuient sur des contrats et des programmes adaptés à chaque jeune. Elles ne doivent pas aggraver les sentiments d'incapacité et de dépendance du jeune mais au contraire offrir des points de repères rassurants. Techniques d'appoint dans un traitement diversifié et global, elles sont surtout intéressantes à considérer à un moment donné dans le traitement du trouble.

Médiations artistiques : musique, art graphique, modelage, sculpture, etc. Ces méthodes thérapeutiques non verbales utilisant des médiations permettent de favoriser l'expression des jeunes par un autre biais, celui de la créativité et de l'imagination, en utilisant les capacités artistiques des patients. Elles sont particulièrement utilisées chez les jeunes ayant des difficultés à mentaliser et verbaliser leurs problématiques^[20]. Chaque thérapeute a une double formation : psychothérapeutique et artistique. Pour les adolescents, et particulièrement les jeunes souffrant d'anorexie « en panne d'émotions », l'art-thérapie et les médiations thérapeutiques (« soins culturels ») viennent les chercher sur

un terrain qu'ils ne connaissent pas. À titre d'exemple, la musique procure des émotions mais dont ils ne peuvent parler ; émotions qu'ils ne peuvent décrire. Progressivement, le but est de mettre du sens sur ces émotions afin de se les approprier^[34,179]. Au-delà de la médiation en elle-même, il est question ici de thérapie de groupes d'adolescents. Et comme dans toutes les pathologies narcissiques et les conduites d'addiction, il est souvent souhaitable de fournir des appoints narcissiques qui respectent les aménagements défensifs et laissent le temps de trouver des formes d'équilibre plus acceptables. Ces approches groupales sont mises en place, une fois passée la période aiguë.

Groupes de parents. Parallèlement aux soins prodigués à l'adolescent(e), et concernant spécifiquement l'anorexie, des groupes de paroles entre parents ont montré tout leur intérêt^[180]. Ils offrent la possibilité aux parents de partager leur vécu avec d'autres en dehors des entretiens avec des professionnels, ceux-ci étant parfois vécus comme persécuteurs. Ces groupes ont ainsi un effet sur la prise de conscience du trouble de leur adolescent, sur la compréhension des enjeux affectifs de la problématique de séparation-individuation et permettent d'offrir des possibilités d'y répondre d'une autre manière. Ils permettent d'aborder la violence liée au TCA, le sentiment de culpabilité des parents, toujours présent mais parfois dénié, l'incompréhension et parfois les rejets. De nombreuses équipes (Corcos, Duverger, Moro, Pommereau...) ont mis en place ce dispositif.

Prescriptions médicamenteuses

Quel que soit le TCA, les prescriptions médicamenteuses n'interviennent qu'en complément d'une prise en charge psychothérapeutique instituée en première intention.

En cas d'anorexie mentale, la prescription de psychotropes est contre-indiquée. Aucun psychotrope n'a prouvé son efficacité sur l'anorexie mentale elle-même dans les études réalisées chez les adultes (les études sont quasi inexistantes dans la population adolescente). En revanche, la prescription de psychotropes est possible en cas de symptomatologie associée tel un syndrome dépressif ou anxieux. Il en est ainsi des traitements antidépresseurs sérotoninergiques en cas de trouble dépressif majeur associé et de traitements anxiolytiques et neuroleptiques sédatifs en cas de débordements anxieux. Ces prescriptions doivent se faire après avis spécialisé et à distance d'une période de dénutrition ; un amaigrissement majeur crée parfois des états cliniques trompeurs, pouvant mimer à tort un syndrome dépressif ou anxieux. D'autre part, l'apparition de troubles dépressifs ne doit pas conduire trop vite à la prescription. En effet, dans l'évolution habituelle de la prise en charge, apparaît une phase, constante, où l'adolescent(e) s'autorise à exprimer ses émotions, ses doutes, voire un certain désarroi. Privée de sa « carapace comportementale », il est bien sûr plus fragile mais ces troubles thymiques témoignent aussi d'une évolution dans le traitement^[7].

Concernant la boulimie, les antidépresseurs sérotoninergiques auraient un effet sur la fréquence des crises, en diminuant la satiété et en agissant sur la composante dépressive du trouble. Cependant, chez les patients boulimiques, la composante impulsive de leur personnalité nécessite une vigilance toute particulière quant à la prescription de traitements médicamenteux (ces patients sont à risque de tentatives de suicides par intoxication médicamenteuse volontaire). Aussi, il est important de rechercher systématiquement d'autres addictions médicamenteuses ou toxiques. L'abus de substances psychoactives est estimé entre 30 et 37 % des cas chez les patientes boulimiques et entre 12 et 18 % des cas chez les patientes anorexiques^[7]. Concernant les anxiolytiques, on évite au maximum les benzodiazépines, susceptibles d'entraîner un effet de dépendance.

Prise en charge hospitalière

L'hospitalisation constitue parfois une étape incontournable devant la gravité des troubles. Elle permet parfois au patient et à la famille de prendre la mesure des troubles présentés. Elle ne doit jamais être présentée comme une menace mais plutôt comme un temps de soins dans l'évolution du trouble. Cette hospitalisation, en urgence ou programmée, se fait en milieu psychiatrique ou en milieu médical pédiatrique, en fonction de l'état clinique du

Tableau 5.Critères d'hospitalisation à temps plein pour l'anorexie mentale chez l'enfant et l'adolescent (d'après^[1]).

<p>Critères somatiques d'hospitalisation</p> <p>Anamnestiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - perte de poids rapide : plus de 2 kg par semaine - refus de manger : aphagie totale - refus de boire - lipothymie ou malaises d'allure orthostatique - fatigabilité, voire épuisement évoqué par le patient <p>Cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC inférieur à 14 kg/m² au-delà de 17 ans ou IMC inférieur à 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans ou IMC inférieur à 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans - ralentissement idéique et verbal, confusion - syndrome occlusif - bradycardies extrêmes : pouls inférieur à 40 battements par minute - tachycardie - pression artérielle systolique basse (inférieure à 80 mmHg) - PA inférieure à 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque supérieure à 20 par minute ou diminution de la PA supérieure à 10-20 mmHg - hypothermie inférieure à 35,5 °C - hyperthermie <p>Paracliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie inférieure à 0,6 g/l - troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) - élévation de la créatinine (supérieure à 100 µmol/l) - cytolyse (supérieure à 4 × N) - leuconéutropénie (inférieure à 1000/mm³) - thrombopénie (inférieure à 60 000/mm³) <p>Critères psychiatriques d'hospitalisation</p> <p>Risque suicidaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tentative de suicide réalisée ou avortée - plan suicidaire précis - automutilations répétées <p>Comorbidités : tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépression - abus de substances - anxiété - symptômes psychotiques - troubles obsessionnels compulsifs <p>Anorexie mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes - renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde nasogastrique ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire - activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) - conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses <p>Motivation, coopération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite - patient peu coopérant ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré - motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires <p>Critères environnementaux d'hospitalisation</p> <p>Disponibilité de l'entourage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires - épuisement familial <p>Stress environnemental :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conflits familiaux sévères - critiques parentales élevées - isolement social sévère <p>Disponibilité des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de traitement ambulatoire possible par manque de structure (impossibilité du fait de la distance) <p>Traitements antérieurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)
--

IMC : indice de masse corporelle ; PA : pression artérielle.

patient (Tableau 5). L'hospitalisation est indiquée en cas d'urgence vitale, qu'elle soit somatique ou psychiatrique (risque suicidaire ou d'autoagression important), d'épuisement ou de crise familiale (elle est alors urgente), ou en cas d'échec des soins ambulatoires (elle peut alors se programmer)^[1, 20, 51, 167, 181].

Quand l'anorexie mentale est au premier plan, l'hospitalisation répond essentiellement au retentissement physique. La prise en charge somatique et le traitement du symptôme majeur sont alors prioritaires. Parfois, l'hospitalisation doit se faire en urgence et en réanimation, du fait des risques majeurs de mort.

Concernant spécifiquement la boulimie, les indications d'hospitalisation sont plus particulièrement un état de mal boulimique, un épisode dépressif sévère, un risque de raptus suicidaire

ou de retentissement physique sévère^[168]. D'une manière générale, la disponibilité de l'entourage à faire face au trouble du patient est à évaluer.

Lorsqu'elle est programmée, l'hospitalisation doit s'intégrer dans une continuité avec les soins ambulatoires déjà en place. Le projet de la sortie doit être régulièrement évoqué avec la patiente et sa famille. En dehors du cadre de l'urgence, il est parfois difficile de décider du lieu d'hospitalisation, médical (endocrinologie, pédiatrie) ou psychiatrique. Il n'existe pas de recommandations consensuelles à l'heure actuelle définissant quels sont les patients pouvant être accueillis en service de médecine et ceux accueillis en psychiatrie, dans la mesure où les ressources locales et les pratiques sont extrêmement variables. Les unités spécifiques pour

adolescents ont montré tout leur intérêt (Alvin, Duverger, Pomereau). Les recommandations américaines préconisent « le bon sens » : si le tableau somatique est au premier plan, les patients doivent être orientés en service de médecine, si les troubles psychiatriques sont prédominants, ils seront adressés à des structures psychiatriques spécialisées^[20].

Souvent, dans le cadre de l'anorexie, une hospitalisation courte en pédiatrie peut être proposée pour les patients dont le poids n'a pas encore atteint le seuil de gravité. Cette hospitalisation programmée permet alors de faire un bilan somatique complet et de réaliser une évaluation psychiatrique, si aucun suivi psychologique ou pédopsychiatrique n'a été débuté jusqu'alors.

Lorsque le poids ou l'état somatique atteint un seuil critique, une « hospitalisation en contrat » se met en place en service de médecine (pédiatrie). Il s'agit d'une hospitalisation longue, souvent de l'ordre de deux à quatre mois avec une double prise en charge : médicale avec notamment une réalimentation, et en parallèle des soins psychiatriques, prodigués par l'équipe de psychiatrie de liaison ou l'équipe de secteur en lien avec le service médical. Un contrat d'hospitalisation (poids, séparation) est généralement fait en début d'hospitalisation. D'un hôpital à l'autre, les termes de ce contrat changent et dépendent des objectifs de soin, de l'expérience des équipes, et des moyens. Ce contrat porte principalement sur le poids et les relations avec l'entourage. Il est négocié avec l'adolescent, sa famille et les soignants avant l'hospitalisation et constitue un cadre permettant une séparation aménagée et une observation clinique de l'adolescent et de ses modalités relationnelles en dehors de son contexte affectif habituel. En même temps, le contrat crée un espace propre au jeune, favorisant le processus d'individuation. Les modalités de la séparation sont expliquées lors de la mise en place du contrat. Cette séparation est aujourd'hui de plus en plus discutée. Elle ne peut être considérée comme un isolement. En effet, elle n'empêche pas les multiples rencontres au sein du service d'hospitalisation et autres lieux de soins. Sa levée est progressive, selon les termes du contrat établi au départ, et fonction de la reprise de poids (spontanée) et de l'amélioration de la santé (physique et psychique) et des relations (qualité et souplesse). Durant l'hospitalisation, les deux axes thérapeutiques principaux concernent donc la correction du trouble alimentaire (et ses conséquences somatiques) et l'abord des troubles de la personnalité (psychothérapies et autres modalités de soins psychiques). Une place pour la famille est pensée selon chaque cas. Enfin, lorsque l'hospitalisation se prolonge, il est important de maintenir une scolarisation.

Après une phase d'hospitalisation complète, des hospitalisations de jour ou de semaine peuvent être envisagées progressivement^[34]. Ces modalités de soin diffèrent selon les lieux et les expériences.

La prise en charge d'un(e) adolescent(e) présentant un TCA et particulièrement un tableau d'anorexie, est difficile et provoque souvent des conflits au sein des équipes soignantes. Le travail avec l'équipe de soins est donc très important, les supervisions de l'équipe régulières^[34].

Prise en charge en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

Ces temps de soins spécialisés peuvent être mis en place à partir du suivi ambulatoire, mais ils poursuivent généralement un temps d'hospitalisation complète, psychiatrique ou non. Ils permettent un passage progressif de l'hospitalisation complète à la vie quotidienne habituelle. Outre le temps de soin en lui-même, il permet de signifier au patient et à sa famille que la sortie de l'hôpital n'est pas synonyme de guérison et que les soins doivent se poursuivre.

Dispositif soins-études

Le soin-étude est un mode de prise en charge original alliant une hospitalisation en milieu spécialisé psychiatrique institutionnel et la poursuite de la scolarité (du fait de convention avec l'Éducation nationale ou certaines universités). Cette prise en charge s'inscrit dans un parcours de soin préalablement initié par les médecins référents, psychiatres et médecins pédiatres. Le jeune doit être acteur de ce projet (lettre de motivation) et soutenu par

sa famille (alliance thérapeutique). Cet outil thérapeutique peut être une indication à toutes formes de troubles du comportement alimentaire, et spécifiquement lorsque la problématique psychopathologique peut être travaillée à distance du milieu familial, comme c'est souvent le cas chez les adolescents.

Hyperphagie boulimique (« binge eating disorder ») avec obésité

La prise en charge de l'hyperphagie boulimique (BED) rejoint celle de la boulimie. Lorsqu'il existe une obésité secondaire, c'est souvent le surpoids qui constitue la plainte et le motif principal motivant la consultation ; plainte émanant de l'adolescent lui-même ou de ses parents. L'obésité est au centre des préoccupations.

Généralités

À l'aspect multifactoriel de l'obésité répond la multidisciplinarité de la prise en charge. Selon la HAS, la prise en charge porte sur plusieurs domaines d'interventions avec pour objectif final la modification des conduites alimentaires. En effet, cette prise en charge prend en compte l'alimentation, mais aussi l'activité physique, la lutte contre la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie (dont le sommeil), les aspects socioéconomiques, ainsi que la sphère psychoaffective. Toutes ces approches n'ont de sens qu'en alliance avec le jeune, mais aussi avec ses parents et/ou les adultes qui en sont responsables.

Les recommandations médicales, diététiques et physiques actuelles concernant le traitement de l'obésité donnent une large place aux approches cognitives, comportementales et sensorielles de l'adolescent en matière d'alimentation et d'exercice physique. Toutefois, l'obésité fait intervenir, à des degrés divers selon les adolescents, des facteurs psychologiques favorisant notamment la prise alimentaire. Il convient donc de s'intéresser de près à la place de la conduite alimentaire menant au surpoids ou à l'obésité, en tant que symptôme d'un sujet souffrant, par nature toujours singulier, et non uniquement à l'obésité en tant que maladie chronique. C'est ainsi que la nourriture est souvent décrite par les patients eux-mêmes comme un calmant lors de stress, de conflits, d'anxiété, de dysphorie ; une occupation contre l'ennui, le vide, la sensation d'inutilité ; un écran pour éviter de penser, une « drogue » pour échapper à la réalité, une compensation lors de frustrations ; un remède contre les sensations de malaise ou de tension interne physique ou psychique.

Face à tous ces possibles ressentis, certains adolescents se révèlent très sensibles à toute sollicitation orale. Si aucun profil de fonctionnement psychologique particulier n'est réellement isolable, le recours massif à l'oralité (et souvent de façon impulsive) y est souvent associée. Il apparaît bien souvent comme une tentative de commerce du jeune avec un néo-objet – la nourriture – visant à combler une insécurité interne, plus ou moins conscientisée.

Cette insécurité peut être inhérente au jeune lui-même, notamment lorsqu'elle révèle une pathologie psychiatrique sous-jacente, mais elle peut aussi se produire après un événement de vie (traumatique ou à valeur de perte) ou encore entrer dans le cadre de dysfonctionnements familiaux révélant parfois une psychopathologie parentale qu'il conviendra d'identifier afin d'ajuster l'approche thérapeutique.

La consultation initiale se fait parfois des années après le début de l'obésité, chez un adolescent non motivé, en particulier du fait de l'absence de prise de conscience de sa souffrance (physique, psychique, sociale), parfois défensive, parfois en lien avec son jeune âge, parfois encore en lien avec un environnement peu attentif, voire défaillant. À l'inverse, la consultation se fait parfois chez un adolescent avec un passé d'échec thérapeutique qui ne le rend souvent pas favorable à toute nouvelle approche. La conséquence commune à ces situations réside alors dans le fait que le jeune n'apparaît pas souvent comme acteur de la demande de prise en charge. Cette non-demande apparaît alors comme le premier enjeu du soin, visant à la faire émerger sous une forme accessible à la conscience du jeune sujet et de son environnement. Cette tâche est rendue d'autant plus difficile que le jeune,

pour des raisons renvoyant d'ailleurs parfois à d'authentiques troubles psychiatriques (dépression, anxiété, psychopathologie post-traumatique notamment), se trouve parfois en grande difficulté pour se projeter dans un avenir dont il repousse l'horizon, par crainte de s'y confronter, du fait d'un sentiment d'insécurité interne qui le rend vulnérable à toute tentative de rencontre avec une réalité trop exigeante eu égard à la fragilité de ses assises narcissiques. Cette fragilité s'inscrit parfois dans une problématique élargie à un fonctionnement familial au sein duquel on note l'ambivalence parentale, la souffrance psychologique ou encore un TCA d'un parent. L'approche thérapeutique en est d'autant plus délicate^[182].

L'idée du soin psychique apparaît ainsi comme nécessaire au fait d'aider le jeune à se mettre en récit plus qu'à se mettre aux normes d'un poids qui ferait fi de ce que ce poids représente en termes de chair, et non uniquement de kilos, c'est-à-dire en termes de corps libidinalement investi par le jeune lui-même, au sein de son environnement. L'écueil de l'équation « perte de poids » = « mise hors-jeu du corps libidinal » est donc, en matière de soins psychiques, un écueil à éviter systématiquement^[183].

L'adolescent obèse est avant tout un jeune caractérisé par son âge, son sexe, ses origines sociales et culturelles, sa personnalité, son développement cognitif et affectif, son histoire personnelle et familiale, son savoir et ses croyances nutritionnelles, ses valeurs et ses goûts, sa représentation de lui-même et de la nourriture que ce « lui-même » ainsi représenté ingère. L'obésité dont l'adolescent souffre est donc caractérisée par une multifactorialité qui lui est propre, par sa sévérité, sa durée d'évolution, sa phase (constitution, aggravation, stabilisation ou fluctuation pondérale), ses comorbidités médicales ou psychopathologiques, un éventuel handicap associé, sa souffrance psychique et relationnelle secondaire.

L'environnement familial et social est lui aussi unique. Il inclut les modes de vie, les attitudes parentales en lien avec l'alimentation, le style éducatif, les modalités d'attachement du jeune à ses figures parentales, l'existence de facteurs de stress intrafamiliaux éventuels (dysfonctionnement familial, carence, maltraitance, psychopathologie parentale) ou sociaux (événements de vie). Tout cela impose une grande souplesse dans la mise en place d'une prise en charge à la fois plurielle (réseau de soins) et nécessairement individualisée.

Le recours à un psychologue ou à un pédopsychiatre n'est pas toujours indispensable, car le succès d'une approche médicale, diététique et physique apporte parfois des bénéfices psychologiques et sociaux suffisants à l'épanouissement de l'adolescent. En revanche, lorsque la souffrance psychique secondaire est importante, ou lorsque des événements de vie, des facteurs psychologiques ou relationnels ou familiaux favorisent la prise de poids, ou bien encore lorsque des troubles psychopathologiques sont associés (telle l'hyperphagie boulimique), le recours à un pédopsychiatre peut s'avérer indispensable.

Pour les obésités sévères, une évaluation pédopsychiatrique ou psychologique est indispensable, en particulier si une séparation d'avec les parents (hébergement en centre spécialisé) ou si une chirurgie bariatrique (parfois proposée chez certains adolescents) est envisagée.

Principes thérapeutiques

La nécessité d'une approche thérapeutique proposant une prise en charge psychologique parallèlement à une approche nutritionnelle est reconnue par les différents professionnels.

Concernant la prise en charge psychologique, deux approches sont privilégiées :

- L'approche d'orientation psychodynamique visant à comprendre la signification du trouble alimentaire ;
- L'approche cognitivocomportementale se centrant plus directement sur la conduite alimentaire elle-même.

Ces deux approches se complètent et s'avèrent efficaces lorsqu'elles sont utilisées dans des temps différenciés.

Différentes aides viennent souvent compléter le dispositif de soins, telles que l'approche diététique ou les thérapies à médiation corporelle. Ces différentes approches peuvent exister :

- sous forme de prises en charge ambulatoires (temps séquentiels, hôpitaux de jour) au sein de structures plus ou moins spécialisées et plus ou moins coordonnées entre elles en termes de pluridisciplinarité (réseaux de soins, unités fonctionnelles cohérentes) ;
- au sein de structures offrant de courts, moyens, voire longs séjours, parfois pédiatriques, parfois de réadaptation fonctionnelle, parfois plus éducatives lorsque le contexte le nécessite, maillées avec des prises en charge psychothérapeutiques in situ et/ou en dehors de l'institution.

Les structures ont l'avantage de proposer des prises en charge coordonnées entre les différents soignants qui y exercent et d'offrir au jeune un étayage groupal lui permettant de prendre appui sur la rencontre avec ses pairs pour réorganiser ses assises narcissiques à partir de ces nouvelles relations d'objet, mais toujours dans un cadre de soin lui permettant de reprendre, avec les professionnels, les séquences de vie de groupe qui ont pu le déstabiliser. Elles permettent aussi une séparation avec son environnement habituel, notamment familial, afin de favoriser le processus de séparation-individuation. Ce travail de séparation s'étaye par ailleurs sur des consultations familiales (approches systémiques) permettant de tisser des liens nouveaux, qui laissent notamment la place à la surprise, à l'inattendu de la rencontre entre un adolescent et des parents vivant chacun une expérience nouvelle, celle de ne pas vivre actuellement ensemble. Cette expérience de séparation permet alors non seulement de parler du présent, mais aussi du passé, du futur, et donc d'autoriser un travail d'historicisation à travers un lien narratif très souvent interrompu dans ces situations où règnent fréquemment, à la fois une confusion des places, des générations, voire parfois des sexes.

La récente individualisation de l'hyperphagie boulimique en tant que TCA (DSM 5), dans un contexte d'augmentation importante du surpoids et de l'obésité des adolescents dans les sociétés occidentales va probablement favoriser la multiplication des études et des protocoles de soins pour les adolescents souffrant de ce type de trouble.

“ Points essentiels

- Les TCA sont relativement rares, mais leur fréquence d'apparition privilégiée se situe à l'adolescence, moment où sont à l'œuvre les processus pubertaires et de séparation-individuation.
- Les TCA peuvent être source de graves complications (somatiques, psychiatriques, sociales) et doivent donc être pris en charge de manière précoce et rigoureuse.
- À côté des grands cadres nosologiques décrits dans les classifications internationales, à l'aide de critères exhaustifs et précis (anorexie mentale, boulimie nerveuse), la plupart des adolescents vus en pratique clinique présentent des tableaux incomplets ou partiels qui ne répondent pas aux critères diagnostiques établis dans les classifications.
- L'étiopathogénie des TCA est multifactorielle.
- L'obésité n'est pas un TCA, mais derrière un surpoids ou une obésité chez un adolescent peut exister un TCA, telle l'hyperphagie boulimique ou *binge eating disorder*.
- La prise en charge des TCA à l'adolescence doit nécessairement s'articuler entre somaticiens (pédiatres, généralistes) et (pédo)psychiatres, de manière coordonnée. Elle est toujours longue (sur plusieurs années).
- Les soins doivent porter simultanément sur la conduite symptomatique et sur l'ensemble de la personnalité du jeune, tout en prenant en compte le contexte familial.



■ Références

- [1] Haute Autorité de santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonnes pratiques. Juin 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_mentale.pdf.
- [2] Corcos M. Troubles des conduites alimentaires. Ne lâchons pas sur les mots. *Rev Prat* 2008;**58**(2):137–40.
- [3] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10). *Troubles mentaux et troubles du comportement*. Trad. française: Pull CB et al., Paris, Masson, 1993.
- [4] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Fifth edition, 2013.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In: Fourth edition - Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA; 2000.
- [6] Da Costa M, Halmi KA. Classifications of anorexia nervosa: question of subtypes. *International Int J Eat Disord* 1992;**11**(4):305–13.
- [7] Agman G, Corcos M, Bochereau D, Chambry J, Jeammet P. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002.
- [8] Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R, First MB, Davis W, et al. *DSM-IV sourcebook*. Washington DC: American Psychiatry Press; 1998.
- [9] Léonard T, Foulon C, Guelfi JD. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-105-D-10, 2005.
- [10] Agras S, Crow S, Mitchell JE, Halmi KA, Bryson S. A 4-year prospective study of Eating Disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *Int J Eat Disord* 2009;**42**(6):565–70.
- [11] Goëb JL, Azcona B, Troussier F, Malka J, Giniès JL, Duverger P. Évitements alimentaires et trouble affectif chez l'enfant. *Arch Pediatr* 2005;**12**(9):1419–23.
- [12] Meilleur D. Particularités cliniques et classification des troubles des conduites alimentaires chez les enfants âgés entre 8 et 13 ans : où en sommes-nous ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;**60**(6):419–28.
- [13] Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a "new disorder" in DSM-5. *J Adolesc Health* 2014;**55**(1):49–52.
- [14] Stunkard AJ, Grace W, Wolff HG. The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med* 1955;**19**:78–86.
- [15] Basdevant A. Plan Obésité 2010-2013. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf.
- [16] Devlin MJ. Is there a place for obesity in DSM-V? *Int J Eat Disord* 2007;**40** Suppl.:S83–8.
- [17] Kjelsås E, Bjørnstrøm C, Götestam KG. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behav* 2004;**5**:13–25.
- [18] Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;**61**(3):348–58.
- [19] Flament MF, Obeid N. Prevalence of eating disorders. A comparative study between France, the USA and Canada. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;**60**(5 Suppl.):S13.
- [20] APA. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2006;**163**(7 Suppl.):4–54.
- [21] Fombonne E. Épidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie - Pédopsychiatrie, 37-190-A-30, 2005.
- [22] Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AL, Van Furth EF, Hoek HW. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2006;**189**:562–3.
- [23] Scoffier S, Maïano C, d'Arripe-Longueville F. The effects of social relationships and acceptance on disturbed eating attitudes in elite adolescent female athletes: the mediating role of physical self-perceptions. *Int J Eat Disord* 2009;**43**(1):65–71.
- [24] Rousseau A, Knotter A, Barbe P, Raich R, Chabrol H. Étude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *Encephale* 2005;**31**(2):162–73.
- [25] Pyle RL, Neuman PA, Halvorson PA, Mitchell H, Mitchell JE. An ongoing cross-sectional study of the prevalence of eating disorders in freshman college students. *Int J Eat Disord* 1991;**10**:667–77.
- [26] Ledoux S, Choquet M, Flamant M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *Int J Eat Disord* 1991;**10**:81–9.
- [27] Alvin P. *Anorexies et boulimies à l'adolescence*, coll. Conduites; Paris: Doin, 4^e éd; 2013.
- [28] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV. Washington, DC: APA; 1994.
- [29] De Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr* 2010;**92**(5):1257–64.
- [30] Castetbon K, Vernay M, Deschamps V, Salanave B, Malon A, Hercberg S. Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du programme national nutrition santé (PNNS) – Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006) : prévalences de l'obésité, de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies. *Obes* 2008;**3**:19–26.
- [31] Vandereycken W. History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press; 2002. p. 151–4.
- [32] Marcelli D, Braconnier A. *Psychopathologie des conduites centrées sur le corps. Adolescence et psychopathologie*, coll. Les âges de la vie; Paris: Masson, 7^e éd; 2006.
- [33] Golden NH. Variability in admission practices for teens hospitalized with anorexia nervosa: a call for evidence-based outcome studies. *J Adolesc Health* 2008;**43**(5):417–8.
- [34] Duverger P, Chocard AS, Malka J, Ninus A. Manifestations somatiques et comportementales de certaines problématiques psychiques. Anorexie mentale. Boulimie. In: *Psychopathologie en service de pédiatrie, Pédopsychiatrie de liaison*, coll. Les âges de la vie; Paris: Masson; 2011, Partie V, p. 459–78.
- [35] Perdereau F, Faucher S, Wallier J, Vibert S, Godart N. Family history of anxiety and mood disorders in anorexia nervosa: review of the literature. *Eat Weight Disord* 2008;**13**(1):1–13.
- [36] Selvini M. *L'anorexie mentale*. Milan: Feltrinelli; 1963.
- [37] Dally P, Gomez J. *Anorexia nervosa*. Londres: William Heinemann Medical Books Ltd editors; 1979:216–25, 1.
- [38] Kestemberg E, Kestemberg J, Decobert S. *La faim et le corps*. Paris: PUF; 1972.
- [39] Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin of North Am* 1996;**19**(4):843–59.
- [40] Agman G, Corcos M, Jeammet P. Troubles des conduites alimentaires. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-350-A-10, 1984.
- [41] Godart N, Perdereau F, Jeammet P, Flament MF. Comorbidité et chronologie d'apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire. *Ann Med Psychol* 2003;**161**:498–503.
- [42] Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control-comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999;**56**(5):468–76.
- [43] Huon GF, Braganza C, Brown LB, Ritchie JE, Roncolato WG. Reflections on prevention in dieting-induced disorders. *Int J Eat Disord* 1998;**23**(4):455–8.
- [44] Herzog DB, Keller MB, Sacks NR. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**(5):810–8.
- [45] Brusset B. *L'assiette et le miroir : l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse: Privat; 1985.
- [46] Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One* 2009;**4**(2):e4402.
- [47] Sharp CW, Clark SA, Duman JR, Blackwood DH, Shapiro CM. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *Int J Eat Disord* 1994;**15**(2):125–34.
- [48] Chambry J, Agman G. *L'anorexie mentale masculine à l'adolescence*. Paris: PUF; 2006.
- [49] Steiger H. Anorexia nervosa and bulimia in males: lessons from a low-risk population. *Can J Psychiatry* 1989;**34**(5):419–24.
- [50] Pope Jr HG, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Compr Psychiatry* 1993;**34**(6):406–9.
- [51] Godart N, Blanchet C, Lyon I, Wallier J, Corcos M. Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Endocrinologie - Nutrition, 10-308-D10, 2009.
- [52] Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;**9**:429–48.
- [53] Choquet M, Ledoux S. Les conduites boulimiques. In: La documentation française éd. *Adolescents – Enquête nationale*. Paris: Inserm; 1994:146–9.
- [54] Goldschmidt AB, Aspen VP, Sinton MM, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity* 2008;**16**(2):257–64.
- [55] Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Perry CL, Irving LM. Weight-related concerns and behaviours among overweight and non-overweight adolescents. Implications for preventing weight-related disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;**156**(2):171–8.

- [56] Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc* 2006;**106**(4):559–68.
- [57] Boutelle K, Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick M. Weight control behaviors among obese, overweight and nonoverweight adolescents. *J Pediatr Psychol* 2002;**27**(6):531–40.
- [58] Butryn ML, Wadden TA. Treatment of overweight in children and adolescents: does dieting increase the risk of eating disorders? *Int J Eat Disord* 2005;**37**(4):285–93.
- [59] Flament M, Jeammet P. *La boulimie. Réalités et perspectives*. Paris: Masson; 1999.
- [60] Hudson JL, Pope Jr HG, Yurgelun-Todd D. Bulimia and major affective disorder: experience with 105 patients. *Psychiatry Psychobiology* 1988;**3**(1):37–47.
- [61] Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disord* 2003;**34**(Suppl.):S47–57.
- [62] Tanofsky-Kraff M, Marcus MD, Yanovski SZ, Yanovski JA. Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. *Eat Behav* 2008;**9**(3):360–5.
- [63] Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus MD, et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 1992;**11**:191–203.
- [64] Spitzer RL, Yanovski S, Wadden TA, et al. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *Int J Disord* 1993;**13**:137–53.
- [65] Isnard P, Michel G, Frelut ML, Vila G, Falissard B, Naja W, et al. Binge eating and psychopathology in severely obese adolescents. *Int J Eat Disord* 2003;**34**(2):235–43.
- [66] Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Wilfley DE, Marmarosh C, Morgan CM, Yanovsky JA. Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *J Consult Clin Psychol* 2004;**72**(1):53–61.
- [67] Goossens L, Braet C, Decaluwé V. Loss of control over eating in obese youngsters. *Behav Res Ther* 2007;**45**(1):1–9.
- [68] Tanofsky-Kraff M, Faden D, Yanovsky SZ, Wilfley DE, Yanovski JA. The perceived onset of dieting and loss of control eating behaviors in overweight children. *Int J Eat Disord* 2005;**38**(2):112–22.
- [69] Morgan CM, Yanovski SZ, Nguyen TT, McDuffie J, Sebring NG, Jorge MR, et al. Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *Int J Eat Disord* 2002;**31**(4):430–41.
- [70] Lamerz A, Kuepper-Nybelen J, Bruning N, Wehle C, Trost-Brinkhues G, Brenner H, et al. Prevalence of obesity, binge eating and night-eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;**46**(4):385–93.
- [71] Freud S, (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard; 1987.
- [72] Abraham K, (1924). Esquisse d'une histoire du développement de la libido base sur la psychanalyse des troubles mentaux. Œuvres complètes, T. 2, Paris: Payot; 1966, p. 255–313.
- [73] Klein M, (1957). Envie et gratitude. Envie et gratitude et autres essais. Paris: Gallimard; 1968, p. 13–94.
- [74] Pontalis JB. Avant-propos. In: Nouvelle revue de psychanalyse n° 6. Destins du cannibalisme. Paris: Gallimard; 19725–7.
- [75] Winnicott D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Trad. Fr. C Monod et J.B. Pontalis. Paris: Gallimard; 1975.
- [76] Winnicott DW. La théorie de la relation parent-nourrisson. *Revue Fr Psychanalyse* 1961, n° 1.
- [77] Bruch H. *L'énigme de l'anorexie*. Paris: PUF; 1979.
- [78] Selvini-Palazzoli M. Études sur les familles de malades qui souffrent d'anorexie mentale. In: Anthony EJ, Koupernick C, editors. *L'enfant dans la famille*. Paris: Masson; 1970. p. 289–300.
- [79] Brusset B. *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris: Dunod; 1998.
- [80] Corcos M. *Le corps insoumis*. Paris: Dunod; 2005.
- [81] Dewambrechies-La Sagna C. L'anorexie des jeunes filles. *La Cause freudienne/Nouvelle Revue de Psychanalyse* 2007;**65**(3):203–11.
- [82] Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
- [83] Selvini-Palazzoli M. *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson; 1978.
- [84] Igoin L. *La boulimie et son infortune, coll. Voix nouvelles en psychanalyse*. Paris: PUF; 1979.
- [85] Jeammet P. L'approche psychanalytique des troubles du comportement alimentaire. *Neuropsych Enfance Adolescence* 1993;**41**(5–6):235–44.
- [86] Freud S. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: PUF; 1965.
- [87] Freud S. *Étude sur la mélancolie dans le manuscrit G. Naissance de la psychanalyse, 1895*. Paris: PUF; 1956.
- [88] Abraham K. Études sur le développement de la libido. In: Œuvres Complètes, t II, 1925. Paris: Payot; 1966.
- [89] Fenichel O. *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris: PUF; 1974.
- [90] Jeammet P. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. *Confrontations psychiatriques* 1989;**22**(31):177–202.
- [91] Corcos M, Girardon N, Nezelof S, Bizouard P, Venisse JL, Loas G, et al. Pertinence du concept d'addiction dans les troubles des conduites alimentaires. *Ann Med Interne (Paris)* 2000;**151**(Suppl. B):B53–60.
- [92] Vindreau C, Hardy P. Les conduites boulimiques. *EMC (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie*, 37-144-A-10, 1987.
- [93] Missonnier S, Boige N. Psychanalyse de la succion, clinique de la sucette. *Champ psychosomatique* 2003;**29**:9–35.
- [94] Soulé M. Conflits dynamiques de la psychologie et de la thérapeutique de l'enfant obèse. *La médecine infantile* 1967;**74**(4):329–35.
- [95] Slochower J. The psychodynamics of obesity: a review. *Psychoanalytic Psychology* 1987;**4**:145–59.
- [96] Schmidt G. L'obésité infantile. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, editors. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF; 1995. p. 1731–49.
- [97] Chiland C. La réalisation de l'idéal hermaphrodite. Mange mon fils, tu seras gros, tu seras homme et femme. *Revue française de Psychanalyse* 1975;**39**(5–6):1065–79.
- [98] Bruch H. *Les yeux et le ventre*. Paris: Payot; 1978.
- [99] Bruch H. Rapport d'expertise collective de l'INSERM, 1999.
- [100] Williamson DA, Davis CJ, Duchmann EG, McKenzie SJ, Watkins PC. *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon press; 1990.
- [101] Fairburn CG. A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychol Med* 1981;**11**(4):707–11.
- [102] Rosen JC, Leitenberg H. Exposure plus response prevention treatment for bulimia. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of psychotherapy of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press; 1985. p. 193–209.
- [103] Garner DM, Garfinkel PE. *Handbook for treatment of eating disorders*. New York: Guilford Press; 1987.
- [104] Schachter S. Obesity and eating. Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science* 1968;**161**(3843):751–6.
- [105] Nisbett RE. Determinants of food intake in obesity. *Science* 1968;**159**(3820):1254–5.
- [106] Wolf B, Lemetayer F. Obésité infantile et « style causal » : étude comparative entre un groupe d'enfants obèses et un groupe d'enfants témoins de poids normal. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence* 2008;**56**:32–8.
- [107] Herman CP, Polivy J. Anxiety, restraint, and eating behavior. *J Abnorm Psychol* 1975;**84**(6):66–72.
- [108] Nederkoorn C, Braet C, Van Eijs Y, Tanghe A, Jansen A. Why obese children cannot resist food: the role of impulsivity. *Eat Behav* 2006;**7**(4):315–22.
- [109] Halmi KA. Physiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook, 2nd ed*. New York: Guilford Press; 2002. p. 1271–93.
- [110] Palmer RL. Aetiology of bulimia nervosa. Neurobiology in treatment of eating disorders. Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA, editors. UK: Chichester John Wiley and sons; 1998. p. 143–59.
- [111] Connan F, Stanley S. Biology of appetite and weight regulation. In: Treasure J, Schmidt U, Von Furth E, editors. *Handbook of eating disorders*, 2nd ed, UK: Chichester John Wiley and sons; 2003. p. 63–88.
- [112] Guilbaud O, Berthoz S, De Tournemire R, Corcos M. Approche clinique et biologique des troubles du comportement alimentaires. *Ann Med Psy* 2003;**161**:634–9.
- [113] Nicolaïdis S, Even C. Mesure du métabolisme de fond en relation avec la prise alimentaire : hypothèse ischymétrique. *C R Acad Sci III* 1984;**298**:295–300.
- [114] Obarzanek E, Lesem MD, Goldstein DS, Jimerson DC. Reduced resting metabolic rate in patients with bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991;**48**(5):456–62.
- [115] Collier DA, Arranz MJ, Li T, Mupita D, Brown N, Treasure J. Association between 5-HTA2A gene promoter polymorphism and anorexia nervosa. *Lancet* 1997;**350**:412.
- [116] Gorwood P. Facteurs génétiques en psychiatrie de l'enfant. *Expertise collective, INSERM, Paris* 2001.
- [117] Strober M, Katz JL. Do eating disorders and affective disorders share in common etiology? A dissenting opinion. *Int J Eat Disord* 1987;**6**(2):171–80.

- [118] Rivinius TM, Biederman J, Herzog DB, Kemper K, Harper GP, Harmatz JS, Houseworth S. Anorexia nervosa and affective disorders: a controlled family history study. *Am J Psychiatry* 1984;**141**(11):1414–8.
- [119] Cavallini MC, Bertelli S, Chiapparino D, Riboldi S, Riboldi L. Complex segregation analysis of OCD in 141 families of eating disorders probands with and without OCD. *Am J Med Genet* 2000;**96**(3):384–91.
- [120] Lilienfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. A controlled family study of restricting anorexia and bulimia: comorbidity of probands and disorders in first-degree relatives. *Arch Gen Psychiatry* 1998;**55**(7):603–10.
- [121] Bellisle F. Food choice, appetite and physical activity. *Public Health Nutr* 1999;**2**:357–61.
- [122] Rolland-Cachera MF, Bellisle F, Deheeger M. Nutritional status and food intake in adolescents living in Western Europe. *Eur J Clin Nutr* 2000;**54**(Suppl. 1):S41–6.
- [123] Nasser M, Katzman M. Sociocultural theories of eating disorders: an evolution in thought. In: Treasure J, Schmidt U, Van Furth E, editors. *Handbook of eating disorders, 2nd ed.* UK: Chichester John Wiley and Sons; 2003. p. 139–50.
- [124] Striegel-Moore RH, Smolak L. Gender ethnicity and eating disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook.* New York: Guilford Press; 2002. p. 251–5.
- [125] Walley AJ, Asher JE, Froguel P. The genetic contribution to non-syndromic human obesity. *Nat Rev Genet* 2009;**10**(7):431–42.
- [126] Attig L, Gabory A, Junien C. Nutritional developmental epigenomics: immediate and long-lasting effects. *Proc Nutr Soc* 2010;**69**(2):221–31.
- [127] Agras WS, Mascola AJ. Risk factors for childhood overweight. *Curr Opin Pediatr* 2005;**17**(5):648–52.
- [128] Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *BMJ* 2005;**331**(7522):929.
- [129] Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990–2005. *Obesity* 2008;**16**(2):275–84.
- [130] Pasquet P, Frelut ML, Simmen B, Hladik CM, Monneuse MO. Taste perception in massively obese and in non-obese adolescents. *Int J Pediatr Obes* 2007;**2**(4):242–8.
- [131] Robinson TN, Borzekowski DL, Matheson DM, Kraemer HC. Effects of fast food branding on young children's taste preferences. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;**161**(8):792–7.
- [132] Fox MK, Devaney B, Reidy K, Razafindrakoto C, Ziegler P. Relationship between portion size and energy intake among infants and toddlers: evidence of self-regulation. *J Am Diet Assoc* 2006;**106**(1 Suppl. 1):S77–83.
- [133] Rigal N. Déterminants de la prise alimentaire chez l'enfant: importance du plaisir. In: Basdevant A, Bouillot JL, Lément K, Oppert JM, Tounian P, editors. *Traité de médecine et de chirurgie de l'obésité.* Paris: Lavoisier; 2011. p. 328–31.
- [134] Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr* 2000;**71**(5):1054–61.
- [135] Jansen E, Mulkens S, Jansen A. Do not eat the red food! Prohibition of snacks leads to their relatively higher consumption in children. *Appetite* 2007;**49**(3):572–7.
- [136] Clark HR, Goyder E, Bissel P, Blank L, Peters J. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *J Public Health* 2007;**29**(2):132–41.
- [137] Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr* 2008;**99**(Suppl. 1):S22–5.
- [138] Berge JM. A review of familial correlates of child and adolescent obesity: what has the 21st century taught us so far? *Int J Adolesc Med Health* 2009;**21**(4):457–83.
- [139] Groupe de travail APA. Activités physiques adaptées et prise en charge des jeunes en surpoids et obèses. Document annexe à la synthèse du PNSS « *Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée* ». Paris, ministère de la Santé; 2008. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/apa_prise_charge_jeunes_surpoids_obeses.pdf.
- [140] Frelut ML. Obésité de l'enfant et de l'adolescent. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie - Maladies infectieuses, 4-002-L-30, 2009.*
- [141] Dunton GF, Kaplan J, Wolch J, Jerrett M, Reynolds KD. Physical environmental correlates of childhood obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2009;**10**(4):393–402.
- [142] Patel SR, Hu FB. Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Obesity* 2008;**16**(3):643–53.
- [143] Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala NB, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep* 2008;**31**(5):619–26.
- [144] Chen X, Beydoun MA, Wang Y. Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity* 2008;**16**(2):265–74.
- [145] Jeammet P. *Anorexie, boulimie: les paradoxes de l'adolescence.* Paris: Hachette; 2004.
- [146] National Institute for Health and Clinical excellence (NICE) Guidelines. Obesity: Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline 43. London: NICE; 2006. www.nice.org.uk/guidance/cg43.
- [147] Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;**159**(8):1284–93.
- [148] Hjerm A, Lindberg L, Lindbald F. Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-years follow up. *Br J Psychiatry* 2006;**189**:428–32.
- [149] Morgan HG, Purgold J, Welbourne J. Management and outcome in anorexia nervosa. A standardized prognostic study. *Br J Psychiatry* 1983;**143**:282–7.
- [150] North C, Gowers S, Byram V. Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1997;**171**:545–9.
- [151] Herpetz-Dahlmann B, Müller B, Herpetz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa—course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatr* 2001;**42**(5):609–12.
- [152] Jeammet P, Brechon G, Payan C, George A, Fermanian J. Le devenir de l'anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. *Psychiatr Infant* 1991;**34**(2):381–442.
- [153] Flament MF. Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires. In: Rouillon F, Lépine JP, Terra JL, editors. *Épidémiologie psychiatrique.* Paris: Ellipse; 1995.
- [154] Godart N, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int J Eat Disord* 2002;**32**(3):253–70.
- [155] Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;**152**:1073–4.
- [156] Godart N, Lamas C, Nicolas I, Corcos M. Anorexie mentale à l'adolescence. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie - Maladies infectieuses, 4-002-U-50, 2010.*
- [157] Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1999;**56**(1):63–9.
- [158] Steinhausen HC. Eating disorders. In: Steinhausen HC, Verhulst FC, editors. *Risk and outcome in developmental psychopathology.* Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 210–30.
- [159] Huas C, Godart N, Caille A, Pham-Scottet A, Foulon C, Divac SM, et al. Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. *Eur Eat Disord Rev* 2013;**21**(1):15–9.
- [160] Fisher M. The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolesc Med* 2003;**14**:149–58.
- [161] Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry* 2002;**159**(3):394–400.
- [162] Jeammet P. La thérapie bifocale. *Adolescence* 1992;**10**(2):371–83.
- [163] Jeammet P. Contrat et contraintes, dimension psychopathologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale. *Psychol Fr* 1984;**29**:137–43.
- [164] Gicquel L, Pham-Scottet A, Corcos M. Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte. *Rev Prat* 2008;**58**(12):1373–83.
- [165] Rome ES, Ammerman S, Rosen DS, Keller RJ, Lock J, Mammel KA, et al. Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics* 2003;**111**(1):e98–108.
- [166] Doyen C, Cook-Darzens S. *Anorexie, boulimie: vous pouvez aider votre enfant. Des moyens d'agir dès l'âge de 8 ans.* Paris: InterEditions, Dunod; 2004.
- [167] Beumont P, Hay P, Beumont D, Birmingham L, Derham H, Jordan A, et al. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;**38**(9):659–70.
- [168] Godart N, Lyon I, Perdereau F, Corcos M. Prise en charge des troubles des conduites alimentaires chez les adolescentes. *Rev Prat* 2008;**58**(2):177–82.
- [169] Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007;**191**:427–35.
- [170] Thompson-Brenner H, Westen D. A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, part 2: therapeutic interventions in the community. *J Nerv Ment Dis* 2005;**193**(9):585–95.

- [171] National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guidelines. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: NICE; 2004. www.nice.org.uk/guidance/cg9.
- [172] Corcos M, Bochereau. Anorexie mentale et boulimie de l'adolescente: comportement alimentaire et ses désordres. *Rev Prat* 2000;**50**(5):489-94.
- [173] Le Grange D, Eisler I, Dare C, Russell G. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1992;**12**(4):347-57.
- [174] Paulson-Karlsson G, Engström I, Nevenon L. A pilot study of a family-based treatment for adolescent anorexia-nervosa: 18 and 36 months follow-ups. *Eat Disord* 2009;**17**(1):72-88.
- [175] Ebeling H, Tapanainen P, Joutsenoja A, Koskinen M, Morin-Papunen L, Järvi L. A practice guideline for treatment of eating disorders in children and adolescents. *Ann Med* 2003;**35**(7):488-501.
- [176] Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003;**160**(11):2046-9.
- [177] American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc* 2006;**106**(12):2073-82.
- [178] Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991.
- [179] Catheline N, Marcelli D. *Ces adolescents qui évitent de penser. Pour une théorie du soin avec médiation*. Toulouse: Érès; 2011.
- [180] Jeammet P. Le groupe de parents: sa place dans le traitement de l'anorexie mentale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1984;**32**(5-6):299-303.
- [181] Dupuis G, Venisse JL. Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence. Diagnostic, principes du traitement. *Rev Prat* 1999;**49**(14):1591-7.
- [182] Malka J, Duverger P. Le Poids des mots. In: Birreau A, Lauru, editors. *Le poids du corps à l'adolescence*. Paris: Albin Michel; 2014. p. 179-210, 11.
- [183] Malka J, Duverger P, Weil D. L'obésité morbide chez l'adolescent: les réponses d'un réseau multidisciplinaire. *Enfances et Psy* 2011;**52**:89-100.

S. Chaulet.

É. Riquin.

G. Avarello.

J. Malka.

P. Duverger (phduverger@chu-angers.fr).

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre hospitalier universitaire, 4, rue Larrey, 49933, Angers cedex 9, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Chaulet S, Riquin É, Avarello G, Malka J, Duverger P. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *EMC - Pédiatrie* 2015;**10**(2):1-26 [Article 4-002-U-40].

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos/
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique

Cet article comporte également le contenu multimédia suivant, accessible en ligne sur em-consulte.com et em-premium.com :

1 autoévaluation

[Cliquez ici](#)