

Le point sur...

Les troubles du comportement alimentaire

Nous l'avons vu¹, l'obésité des jeunes et des adolescents, en constante progression, tant en nombre qu'en degré, constitue un phénomène de société préoccupant dans la mesure où elle débouche, à terme, sur des pathologies sévères ; mais elle pose aussi un problème social puisqu'elle touche majoritairement les catégories les plus défavorisées. Pour autant, elle résulte, dans la très grande majorité des cas, « mécaniquement » pourrait-on dire, de l'évolution des habitudes alimentaires, associée à un mode de vie de plus en plus sédentaire, et non d'un rapport perturbé à la nourriture.

Très différents, en revanche, sont les troubles du comportement alimentaire tels que la « toxicomanie » au sucré ou au chocolat, l'absorption de matières non comestibles, la potomanie (ingestion de très grandes quantités de liquide), et surtout l'anorexie mentale et la boulimie, explorées tant par la médecine que par la psychologie ou la psychanalyse, et qui s'initiant la plupart du temps au cours de l'adolescence, justifient ce numéro de « Point sur... ». Bien qu'apparemment opposées, on les associe néanmoins assez souvent, tant il est vrai qu'elles peuvent apparaître parfois comme les deux versants d'une même réalité.

Il reste à tenter de cerner l'ampleur du phénomène qu'elles représentent chez les jeunes, tout en cherchant à savoir quels sont les plus concernés d'entre eux. Mais il convient également de se demander dans quelle mesure l'évolution de la société et des normes qu'elle valorise est susceptible de l'influencer.

L'anorexie mentale

On parle d'anorexie « mentale » (ou anorexia nervosa) pour désigner une « restriction alimentaire chronique auto-imposée »², c'est-à-dire « non provoquée par une pathologie somatique (ex. : anorexie du cancéreux) ou psychologique (ex. : dépression) »³. Le terme « d'anorexie » qui signifie au sens propre « sans appétit » ne semble donc pas ici le plus approprié. Pourtant, au-delà de son origine grecque, il renvoie à l'idée de « régime », de « diriger », ou encore de « ligne droite »⁴, ce qui s'avère, en revanche, beaucoup plus pertinent.

En témoigne en effet, par exemple, ce titre du « Quotidien du médecin » dans un dossier consacré à la nutrition : « Anorexie mentale : le besoin de tout maîtriser »⁵. Et de fait, le profil comportemental de l'anorexique correspond assez bien à cette description lapidaire puisqu'il se traduit généralement par une hyperactivité physique mais aussi intellectuelle, davantage orientée vers l'apprentissage que vers la créativité, ainsi que par un désir de puissance qui s'assouvit dans le contrôle total du corps, qu'il s'agisse de l'érotisation de la sensation de faim, de la méconnaissance de la fatigue, ou encore de relations sexuelles très intellectualisées, quand elles existent.

Le consensus se réalise autour d'un tableau clinique de l'anorexie, qu'on peut dresser ainsi :

- Amaigrissement important se traduisant par des joues creuses, des yeux enfoncés dans les orbites, l'effacement des volumes corporels (fesses, hanches et éventuellement seins), des membres « en baguette de tambour », des cheveux ternes, une peau sèche et des ongles striés et cassants.

1 « Le point sur... les jeunes et la nourriture », n° 35, décembre 2000.

2 Dr France BELLISLE, médecin chargé de recherche à l'INSERM, in « La santé de l'homme », page 26. (Voir « sources »).

3 M.-F. LE HEUZEY, Service de Psychologie de l'enfant et de l'adolescent à l'Hôpital

Robert Debré in « Objectif nutrition » n° 44, mars 1999.

4 Cf « Le Robert, dictionnaire historique de la langue française », sous la direction de Alain REY.

5 « Le quotidien du médecin » du mercredi 23 février 2000.

- Dysfonctionnement endocrinien et troubles métaboliques entraînant bradycardie (baisse du rythme cardiaque), hypothermie (avec cyanose et froideur des extrémités), mais aussi constipation, hypercholestérolémie et hypoglycémie à jeun.
- « Lanugo », c'est-à-dire réapparition de la pilosité périnatale sous forme de poils très fins sur certaines parties du corps (dos, joues, avant-bras).
- Aménorrhée à partir d'un IMC situé entre 17 et 18,5⁶ (c'est un des derniers symptômes à disparaître en cours de traitement, la réapparition des règles constituant ainsi un bon pronostic).
- Intérêt important porté à la nourriture se manifestant par exemple par la collecte de recettes de cuisine, la préparation de repas élaborés pour les autres...
- Déni de la maigreur, mesures de vérification obsessionnelles (pesées, contrôle des apports nutritionnels).
- Episodes boulimiques dans à peu près un tiers des cas.
- Enfin, restriction des relations sociales.

En revanche, les avis divergent quelque peu sur les causes de l'anorexie. S'il existe bien, au départ, un trouble de l'image corporelle, certains auteurs privilégient une fragilité psychoaffective personnelle tandis que d'autres mettent l'accent sur le rôle parental, allant même jusqu'à décrire le profil type d'une mère dominatrice bien que dépressive, et d'un père effacé. Mais il arrive aussi que l'anorexie soit analysée comme une attitude de défi à une structure familiale rigide, attachée aux convenances, et qui accorde une grande importance à la nourriture. Pas de consensus non plus sur les déterminants socioculturels : alors que l'anorexie mentale est très souvent présentée comme une affection touchant plus particulièrement les milieux aisés ou intellectuels, « *une étude hollandaise montre qu'il n'existe aucune différence entre la population anorexique mentale et la population générale. La maladie touche tous les milieux, y compris les milieux les plus défavorisés* » affirme « Le quotidien du médecin »⁷.

Mais chacun s'accorde pour considérer que les normes véhiculées par les médias constituent, sinon des déclencheurs, du moins des facteurs aggravants, notamment chez des jeunes (filles le plus souvent), confrontés au culte de la maigreur : qu'il s'agisse de la mode, de l'utilisation du corps dans la publicité ou de l'apparence des artistes en vogue, les rondeurs sont systématiquement bannies. Est ainsi forgée et confortée l'idée selon laquelle il faut être mince pour séduire et réussir, les gros étant presque toujours relégués dans des rôles de « rigolos ».

C'est ainsi que l'anorexie mentale touche des femmes dans plus de 90 % des cas (95 % selon certaines sources). Ce sont les adolescentes qui sont les plus

concernées, avec un taux, en constante augmentation, qui serait passé, en dix ans, de moins de 2 %, à environ 5 % selon l'Institut Danone (4 % pour « Le quotidien du médecin », qui précise en outre que dans 90 % des cas les anorexiques ont entre 15 et 17 ans)⁸. La prise en charge thérapeutique, efficace si elle est suffisamment précoce, s'avère particulièrement délicate dans la mesure où l'une des caractéristiques de la maladie consiste précisément à la nier. S'agissant de l'hospitalisation, si sa pertinence est parfois contestée, elle s'impose néanmoins à partir d'un IMC de 12,5. Quant au pronostic, si on en croit le Docteur Anne TEYSSEDOU, « *de 30 à 50 % des patientes guérissent sans séquelles physiques et psychiques notables ; de 10 à 20 % restent maigres et gardent une anorexie compensée et une vie sociale difficile ; 10 % ont toujours une anorexie mentale et 5 % ont acquis une anorexie-boulimie ; de 8 à 10 % décèdent* »⁹. L'opinion publique a été particulièrement sensibilisée à cette possible issue fatale, mais aussi à l'anorexie mentale dans son ensemble, à l'occasion de la mort, inévitablement médiatisée, de la fille d'une vedette de la télévision¹⁰.

Enfin, l'« anorexie-boulimie », qui n'est acquise définitivement, semble-t-il, que par une patiente sur vingt, caractérise le comportement de beaucoup d'anorexiques tant il est vrai, rappelons-le, que ces derniers entretiennent avec la nourriture un rapport ambigu. Ainsi n'est-il pas rare d'observer, chez un même sujet, des épisodes d'absorption d'une grande quantité d'aliments, auxquelles succèdent des phases de privation volontaire d'autant plus sévères que ce manquement au régime auto-imposé est vécu comme une faiblesse insupportable.

C'est pourquoi, entre autres raisons, le Groupe d'études français sur l'anorexie et la boulimie, association fondée en 1983 sous le régime de la loi de 1901 dans le but de mieux comprendre la pathologie du comportement alimentaire, et d'offrir une assistance aux divers thérapeutes ainsi qu'aux malades et à leur famille, associe l'une et l'autre¹¹.

Néanmoins la boulimie n'est pas toujours liée à l'anorexie, loin s'en faut, et constitue un comportement alimentaire particulier qu'il convient d'envisager en tant que tel.

La boulimie

Le syndrome boulimique

Signifiant littéralement « faim de bœuf », le terme suggère à la fois la façon quasi permanente de s'alimenter qu'ont les herbivores à estomac multiple, et la grande quantité de nourriture avalée par ces animaux imposants.

La boulimie, qu'on devrait dénommer « *boulimie nerveuse* » (bulimia nervosa) est un trouble du compor-

⁶ Rappelons que l'IMC (indice de masse corporelle ou indice de Quetelet) est égal au rapport du poids en kg sur le carré de la taille en m. ; voir « Le point sur... les jeunes et la nourriture », n° 35, de décembre 2000.

⁷ Voir « Sources »

⁸ Encore qu'une fraction de l'augmentation enregistrée soit probablement imputable à l'amélioration du diagnostic.

⁹ In « Le quotidien du médecin » du 23 février 2000, pages 5 et 6.

¹⁰ Il s'agit du suicide, en janvier 1995, de Solenn POIVRE D'ARVOR.

¹¹ GEFAB, Maison des sciences de l'homme, 54 boulevard Raspail, 75270 PARIS CEDEX 06. Permanence téléphonique : 01 45 43 44 75. L'association, qui tente de cerner les problèmes de comportement alimentaire sous un angle pluridisciplinaire (sociologique, psychologique, thérapeutique, nutritionnel), édite 6 fois par an une lettre d'information, organise des conférences, et favorise les rencontres et les groupes d'entraide de patients.

tement alimentaire qui touche très majoritairement les femmes jeunes, et qui se caractérise par des accès de consommation alimentaire effrénée. D'énormes quantités de nourriture sont alors ingérées de façon compulsive : durant une seule crise, un boulimique peut absorber plus de 4 000 calories (jusqu'à 10 000 dans certains cas). Les boulimiques vivent ces situations dans la honte au point qu'elles ont toujours lieu en cachette, soit à domicile, soit, au contraire, dans l'anonymat d'une foule. Un accès boulimique est stoppé par la survenue d'un tiers, le manque de nourriture ou d'argent pour s'en procurer ou, dans quelques cas, l'impossibilité physiologique de manger davantage, qui se résout dans le sommeil ou dans un état de torpeur.

La plupart du temps, ces crises sont suivies immédiatement de comportements « correcteurs » tels que vomissements auto-provoqués ou prise de laxatifs et de diurétiques, si bien que dans certains cas extrêmes des patients passent leurs journées à manger et à vomir. Mais il arrive aussi qu'alternent des épisodes de boulimie et des périodes de privation intense accompagnée de régimes fantaisistes et dangereux. Car la plupart des boulimiques ont en général un poids normal, même s'ils se considèrent généralement comme trop gros. On estime que le syndrome boulimique est installé lorsque les crises, assorties de comportements compensatoires, surviennent au moins deux fois par semaine pendant trois mois successifs.

Le refus de grossir, associé à l'alternance alimentation irraisonnée/restriction drastique qu'on rencontre chez beaucoup de ces patients ne doit pas pour autant conduire à assimiler la boulimie, en dépit des apparences, à certaines formes d'anorexie, et en particulier à « l'anorexie-boulimie ». Dans le premier cas, il s'agit de compenser un comportement habituel par des périodes de privation correctrices, alors que dans le second le processus est inverse : ce sont les accès boulimiques qui sont « accidentels » par rapport à l'autocensure alimentaire permanente. D'ailleurs, même s'ils présentent des difficultés de socialisation comparables à celles des anorexiques, les boulimiques ne font pas preuve de l'hyperactivité généralement relevée chez ces derniers ; l'absence de déni de la pathologie constitue aussi une différence essentielle.

La boulimie est à différencier également du grignotage qui, comme nous l'avons vu, résulte plus de l'inactivité que de la pulsion, ne se produit pas en secret, et constitue un des facteurs d'obésité¹² ; de même, il ne faut pas confondre le syndrome boulimique avec l'hyperphagie qui, même si elle consiste à ingérer de grandes quantités d'aliments, est consécutive, la plupart du temps, à des privations involontaires.

Enfin, faut-il considérer la boulimie comme une toxicomanie ? Là encore, les avis divergent fortement. Certains termes (« être accro à la bouffe ») qui expriment la dépendance de fait à la nourriture, la sensa-

tion de manque, etc. peuvent le suggérer. Pourtant, « *boulimie ne veut pas dire toxicomanie* » affirme le Docteur Serge CANNASSE, qui relève une différence fondamentale entre drogue et nourriture : « *c'est l'absence de la drogue qui détermine le manque* », remarque-t-il avant d'ajouter : « *or, avec les aliments c'est l'inverse qui se produit : la frénésie alimentaire est déclenchée par la présence de la nourriture* »¹³, sous-entendant par là que cette frénésie cesse lorsque cette dernière vient à manquer, ce qui est effectivement souvent le cas. Cependant, après avoir remarqué que « *certaines boulimiques très atteintes pratiquent la prostitution ou le vol afin de se procurer les quantités massives de vivres dont elles ont besoin tous les jours* », le Docteur France BELLISLE conclut sans ambiguïté que « *cette pathologie extrême s'apparente clairement à la dépendance aux drogues* »¹⁴.

La boulimie chez les jeunes.

Selon une enquête de l'INSERM réalisée sur l'ensemble de la population scolarisée d'un département français, les épisodes boulimiques apparaissent dès l'âge de 12 ans et concernent 7,2 % des garçons et 9,8 % des filles. Au cours de l'adolescence, la fréquence augmente pour ces dernières alors qu'elle reste stable chez les jeunes gens.

Les adolescentes concernées sont plus de deux fois plus nombreuses que les garçons à avoir des stratégies de contrôle pondéral, la plupart du temps sous forme de régime restrictif (19,1 % vs 8,1 %).

On estime enfin que le syndrome boulimique est installé chez 1,1 % des adolescentes et chez 0,2 % des adolescents. Ces jeunes gens ont un IMC supérieur à celui des non boulimiques, et s'estiment plus souvent en mauvaise santé physique, mentale et sociale selon le profil de Duke¹⁵.

Le point de vue du Docteur Bernard BRUSSET

(Ce point de vue a été recueilli par Pierre CHARBONNEL pour le compte de l'Observatoire de l'enfance.)

L'anorexie mentale est un processus pathologique qu'il faut bien distinguer des pratiques alimentaires restrictives à des fins de contrôle du poids qui sont fréquentes chez les adolescentes et les jeunes femmes contemporaines. C'est dans ce dernier cas que la valorisation culturelle de la minceur joue le plus grand rôle. L'anorexie mentale proprement dite comporte, outre la restriction alimentaire avec hantise de grossir et un profil psychologique particulier, des troubles endocriniens qui précèdent parfois l'amaigrissement, avec notamment l'arrêt des règles et de la croissance

L'anorexie mentale, connue depuis des siècles et très bien décrite par LASEGUE et GULL en 1873, ne semble pas de fréquence nettement croissante mais elle est de mieux en mieux reconnue. Cette fréquence est d'environ deux à quatre cas pour mille adolescentes. En revanche, la boulimie, quatre fois plus fréquente, est d'occurrence croissante, même chez les garçons. La prédominance féminine en est

12 Voir « Le point sur... les jeunes et la nourriture », n° 35, décembre 2000.

13 Dr S. CANNASSE, in « Le quotidien du médecin » du 29 avril 1999, page 12.

14 Dr F. BELLISLE, médecin chargé de recherche, INSERM, et service de nutrition,

Hôtel-Dieu, Paris, in CFES, « La santé de l'homme », n° 340, mars 1999, page 25.

15 Estimation rapportée par le « Baromètre santé jeune 97/98 », page 87. Rappelons que le profil de Duke est une technique qui permet d'évaluer objectivement la santé perçue par le sujet indépendamment de son statut (ici de boulimique).

nette, mais moindre que celle de l'anorexie mentale qui représente 90 à 95 % des cas.

Le processus anorexique témoigne d'une réorganisation de l'ensemble du fonctionnement psychique qui comporte la double dimension de l'addiction et de la somatisation. En effet, comme la toxicomanie, il produit des effets dans l'expérience du corps et dans l'économie pulsionnelle. Une fois installé, il tend à envahir toute la vie psychique et à s'autonomiser dans la logique qui lui est propre, d'où le monomorphisme clinique et les dangers d'un amaigrissement croissant et nié (avec hyperactivité) qui peut aboutir à la cachexie et parfois à la mort (notamment dans les cas de traitement trop tardif). Le suicide n'est pas plus fréquent que dans les autres troubles de l'adolescence.

Les effets initialement euphorisants et libérateurs de la restriction alimentaire, liés au sentiment de maîtrise du corps et au pouvoir d'abolir les transformations pubertaires pour se rapprocher d'un idéal de minceur et de contrôle de soi et des autres, s'épuisent et s'inversent en souffrance et en contrainte. Le système des conduites anorexiques (et boulimie-vomissements-laxatifs souvent associés) tend à mettre à distance et sous contrôle l'entourage et les désirs de régression à la dépendance et de passivité qui sont niés comme est niée la maigreur et ses risques. Le conflit avec le corps, toujours menaçant de grossir et d'échapper au contrôle volontaire, engage la jeune fille dans la quête d'un idéal de toute-puissance qui est à la mesure du sentiment d'impuissance devant les transformations que requiert l'adolescence. D'où la tendance à l'isolement, et la révolte muette vis-à-vis de la famille et notamment de la mère qui ne reconnaît plus sa fille. Dans les formes à début précoce vers 14-15 ans, l'importance des conflits familiaux justifie le recours aux thérapies familiales et, dans tous les cas, l'aide psychologique pour des parents généralement très désarmés ou négateurs du problème.

On a souvent invoqué la possibilité de prédispositions biologiques, du fait par exemple de la plus grande fréquence dans la famille de tendances aux addictions (drogues, alcool), mais surtout de facteurs familiaux : des familles où l'expression des conflits est impossible, de sorte qu'ils sont occultés, et d'autant plus perturbateurs des communications intrafamiliales. On a beaucoup incriminé la valorisation sociale de la minceur comme critère de beauté féminine, de valeur et de distinction, mais au temps de LASEGUE l'idéal était l'embonpoint, de sorte que ce facteur n'intervient qu'indirectement. En fait, le processus anorexique témoigne de l'impossibilité pour le sujet d'assumer les transformations de l'adolescence du point de vue du sentiment d'identité, du projet identificatoire, de l'idéal, des changements dans les relations avec les parents et avec les autres et l'impossibilité d'assumer la sexualité et l'identité sexuelle féminine.

Il est remarquable que, très généralement, l'anorexie mentale apparaisse vers 14-15 ans ou 17-18 ans au terme d'une période de latence trop bien réussie : petite fille modèle, bonne élève et joie de ses parents. Il n'y a pas eu de troubles alimentaires de l'enfance et le développement est rapporté comme s'étant fait sans conflit ni problème. A l'opposé, les données des cures conduisent à la reconstitution d'un premier développement très difficile en dépit de l'autonomie précoce et de la soumission conformiste aux demandes de l'entourage.

Le travail d'adolescence n'ayant pu se faire, la jeune fille est dans la situation de petite fille mal grandie, en proie à une grande ambivalence vis-à-vis de ses parents et surtout

de sa mère à laquelle elle ne supporte pas d'être identifiée par les transformations pubertaires, et encore moins d'avoir besoin d'elle. L'abord psychanalytique, démarqué de toute volonté d'imposer la reprise de poids, montre l'importance du désarroi et aussi l'existence d'un dynamisme et d'un besoin d'activité, voire d'hyperactivité, qui contraste avec ce qu'il en est dans les toxicomanies de l'adolescence.

Les traitements visent à la reprise de poids (au moins d'un minimum mettant à l'abri des risques somatiques) par divers moyens dont l'hospitalisation et la thérapie comportementale, mais le plus important est de rendre possible une évolution psychologique. Dans ce but, outre les thérapies familiales et l'aide aux parents, les psychothérapies psychanalytiques et le psychodrame psychanalytique permettent des transformations significatives.

L'évolution peut comporter le passage par une phase dépressive (justifiant éventuellement une chimiothérapie antidépressive) ou la survenue de boulimies qui alternent parfois d'emblée avec les restrictions (les formes dites d'anorexie-boulimie sont opposées à la forme dite restrictive pure). Les études du devenir à long terme ont montré la gravité de l'anorexie mentale et la diversité des modes d'évolution. Si les cas traités correctement évoluent favorablement, d'autres comportent la persistance de troubles dans les relations avec le corps et avec les autres, des troubles du caractère, des tendances dépressives ou addictives (drogue, alcool), ou encore évoluent comme des états limites.

Il est important que le diagnostic et l'abord psychologique spécialisé soient faits avant que les restrictions alimentaires, devenues automatiques et contraignantes, n'entraînent un grand amaigrissement, des troubles somatiques et le dérèglement des sensations de faim et de satiété. Il arrive en effet que malgré l'évolution psychologique favorable, persistent durablement des particularités des conduites alimentaires plus ou moins dommageables, mais qui peuvent se transmettre à la génération suivante.

Bernard BRUSSET est professeur de psychopathologie à l'Institut de psychologie de l'Université René Descartes, et membre de la Société psychanalytique de Paris. Il a publié « Psychopathologie de l'anorexie mentale » (Dunod, 1998), et co-dirigé avec Catherine COUVREUR « La boulimie » (PUF, 1991).

Sources :

- ✂ « Baromètre santé jeunes 97/98 ».
- ✂ CFES, « La santé de l'homme », n° 340, mars 1999.
- ✂ Institut Danone, « Objectif nutrition », n° 44, mars 1999.
- ✂ « Le quotidien du médecin » du 29 avril 1999 et du 23 février 2000.

L'Observatoire de l'enfance en France (G.I.E.), fondé à l'initiative de la Fédération générale des associations départementales des pupilles de l'enseignement public et de la Mutuelle générale de l'éducation nationale, s'est fixé trois objectifs principaux :

- observer les conditions de vie des mineurs en France,
- entreprendre des recherches dans des domaines peu ou mal connus,
- diffuser l'information.

Il publie chaque année un ouvrage et chaque mois un « point sur ».