



Médecine de l'adolescence

Troubles des conduites alimentaires atypiques

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 40-3

S. Vust
P.-A. Michaud

Adolescent medicine : eating disorders not otherwise specified (EDNOS)

Young people (mostly females) suffering from eating disorders not otherwise specified (EDNOS) are more and more numerous and their difficulties pose serious problems to health care providers as well as the society. These situations correspond to eating disorders which do not totally meet the DSM-IV criteria for either anorexia or bulimia nervosa. The duration of the symptoms, the extent of suffering as well as the impact on daily life should be taken into account to set-up the treatment. The therapeutic approach to these disorders should ideally include both cognitive/dietary and psychodynamic approaches. The Multidisciplinary Unit for Adolescent Health in Lausanne has set-up a group treatment for these patients.

Les jeunes, essentiellement de sexe féminin, souffrant de troubles du comportement alimentaire atypiques sont de plus en plus nombreux, et leurs difficultés interrogent tant la psychopathologie individuelle que la société. Ces troubles recouvrent l'ensemble des difficultés alimentaires ne remplissant pas, en quantité ou en qualité, les critères diagnostiques des troubles typiques que sont l'anorexie et la boulimie. L'intensité de la souffrance, la durée des symptômes et leur impact sur la vie quotidienne doivent guider la mise en place du traitement, qui combine idéalement des approches cognitivo-comportementales, diététiques et psychodynamiques. Une approche thérapeutique de groupe spécifique est offerte à l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents, combinant recherche de sens et travail plus spécifique lié à la nourriture.

Lié à l'extraordinaire hétérogénéité des manifestations cliniques au sein de l'entité des troubles alimentaires, ainsi qu'à l'apparition de formes ne s'intégrant pas aux diagnostics typiques de l'anorexie ou de la boulimie, une catégorie nommée trouble des conduites alimentaires atypiques apparaît dès la troisième édition du DSM, appelée ensuite trouble des conduites alimentaires non spécifié.¹ Ce que l'on range sous la définition de ces troubles recouvre donc les comportements alimentaires inappropriés qui ne remplissent pas tous les critères requis pour le syndrome complet, soit d'anorexie, soit de boulimie, ainsi que le *Binge-eating disorder*, comme l'indique le **tableau 1**.

PRÉSENTATION CLINIQUE

D'une manière générale, les jeunes qui consultent pour un trouble alimentaire atypique (en majeure partie des filles) présentent une faible estime d'elles-mêmes, qu'elles lient exagérément à leur poids et à leur apparence, une importante dépendance au regard d'autrui, avec le désir de se montrer conformes à ce qu'elles supposent être attendu d'elles, une préoccupation importante pour la nourriture et le poids, une alimentation souvent anarchique, entre restrictions dans le but de maigrir puis reprise d'une alimentation plus riche par effet de compensation de la privation. Elles ont souvent déjà tenté plusieurs régimes, suivis de variations pondérales parfois importantes. Les épisodes de grignotages, compulsions, fringales et/ou hyperphagie avec pertes de contrôle sont réguliers, induisant une grande souffrance qui est fréquemment à l'origine de la demande d'aide. Il y a généralement moins de manœuvres de compensation des excès (vomissements, usage de laxatifs, sport à outrance...) que dans les troubles typiques. La souffrance psychologique est importante, et cette souffrance tend souvent à être minimisée, ou ignorée par l'entourage ou le médecin.

INSATISFACTION CORPORELLE À L'ADOLESCENCE ET ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL

Les études épidémiologiques évaluant l'image du corps ou les pratiques de régime révèlent un fort pourcentage d'insatisfaction corporelle à l'adolescence,



Tableau 1. Liste de critères diagnostiques pour les troubles alimentaires atypiques
(Selon le DSM-IV).¹

1. Présence de tous les signes cliniques d'anorexie mentale, à l'exception de l'aménorrhée
2. Présence de tous les signes cliniques d'anorexie mentale, mais, malgré une perte de poids, le poids reste dans la norme
3. Présence de tous les signes cliniques de boulimie, à l'exception du nombre requis d'accès boulimiques
4. Episodes récurrents de frénésies alimentaires en l'absence de comportements compensatoires réguliers (Binge eating disorder)
5. Comportements compensatoires réguliers suite à l'ingestion de petites quantités de nourriture
6. Tendance à ruminer et recracher de grandes quantités de nourriture

élément qui représente un facteur de risque pour le développement d'un trouble de la conduite alimentaire (TCA).² Comme le montre la figure 1, tirée de l'étude SMASH (Swiss multicenter adolescent survey on health³), parmi les filles de 16-20 ans, 70% souhaitent maigrir, et 20% reconnaissent même que cette idée les préoccupe en permanence. Parmi les filles qui désirent maigrir, 30% indiquent suivre un régime. Seize pour cent des adolescentes de l'enquête reconnaissent manger énormément sans pouvoir s'arrêter plusieurs fois par semaine, et 3% se font volontairement vomir après avoir trop mangé plusieurs fois par semaine. Ces chiffres sont plus élevés que ceux de 1993 (même étude réalisée dix ans auparavant) et nous indiquent que les difficultés alimentaires augmentent, notamment induites par la restriction⁴ que s'imposent les jeunes filles dans le but de correspondre aux canons de la beauté en vogue dans la société.

De nombreux jeunes ont donc une image de leur corps défavorable, signant aussi l'intériorisation de plus en plus précoce d'une influence sociétale prônant exagérément la minceur, paradoxe, dans une société pléthorique, où se priver devient une fin en soi, et cela parallèlement aux ra-

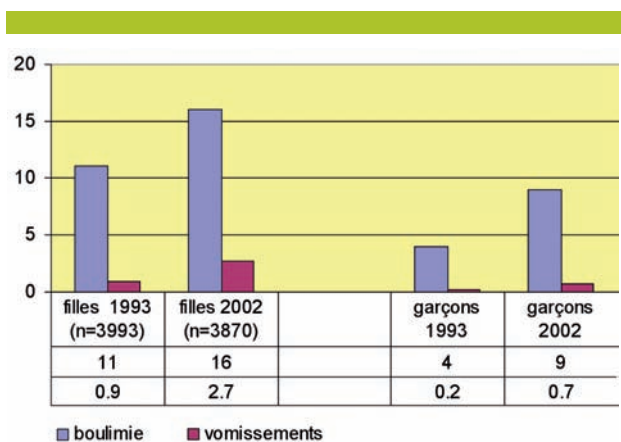


Figure 1. Proportion de répondants disant avoir des crises de boulimie ou se faire vomir au moins une fois par semaine
(SMASH 2002).³

vages de l'obésité, fléau mondial dont la prévention est devenue priorité mondiale pour l'OMS. Les troubles du comportement alimentaire, notamment atypiques, ne peuvent être lus en dehors de ce contexte social, bien que la dimension psychopathologique individuelle reste majeure.

PISTES ÉTIOLOGIQUES ET TENTATIVES DE COMPRÉHENSION

La faible estime d'elles-mêmes, ainsi que la dépendance aux jugements et regards d'autrui qui caractérisent les jeunes filles souffrant de TCA les rendent très sensibles aux mouvements de mode ainsi qu'à tout ce qui s'érige tant soit peu en diktat. En l'occurrence, la quête de soi s'incarne alors dans la recherche de la maîtrise de soi, de son corps ainsi que de ses pulsions (la faim notamment), ce qui répond à la fois à des contraintes psychiques internes, tout en s'inscrivant dans l'influence de la société du moment.

La nourriture, abondante et facilement disponible, se révèle un précieux baume pour colmater les sentiments de perte ou de vide qu'elles ressentent fréquemment, en lien avec leur faille narcissique plus fondamentale. L'acte alimentaire se transforme ensuite rapidement en tentatives de «pare-excitation» d'émotions difficiles à gérer psychologiquement.^{5,6} Mais manger sans faim ni fin signe une perte de contrôle, insupportable, qui pousse alors à se restreindre, pour reprendre un contrôle, et le cercle vicieux est enclenché! Il en résulte, pour ces jeunes filles atteintes de troubles alimentaires dits atypiques, une alternance de phases de contrôle et de phases de pertes de contrôles. Les phases de pertes de contrôles surviennent tant liées au besoin de remplir le vide affectif que par mécanisme de compensation du corps déstabilisé dont les besoins de base ne sont plus satisfaits.⁷

Les jeunes filles qui consultent n'ont généralement conscience ni de l'un ni de l'autre. Elles décrivent un état de préoccupation intense pour leur apparence, ainsi que pour leur alimentation. Les crises de frénésie alimentaire induisent une souffrance importante, avec un sentiment de perte de maîtrise, menaçant encore plus leur estime d'elle-même déjà malmenée.

Le vide qui en résulte va – inconsciemment – les pousser à se remplir à nouveau de nourriture, dans l'idée de se sentir mieux, ce qui arrive... momentanément! Et la boucle a toutes les chances de se reproduire indéfiniment, à moins qu'une prise de conscience ou une prise en charge ne parvienne à les aider à démarrer une ébauche de travail psychique, à identifier des liens entre la survenue des crises et certains états émotionnels, et à leur montrer le piège de leur fonctionnement alimentaire sur la physiologie du corps, avec des effets d'autorenforcement et de chronicisation majeurs.

ÉVALUATION

L'adolescence est le temps des remaniements (du corps et de l'image de ce dernier, des rapports aux parents, aux pairs et à soi) et est souvent vécue comme un moment de perte de repères et de quête. L'alimentation n'échappe pas à ces remises en question, conscientes, et inconscientes la



plupart du temps. L'anarchie de l'alimentation, comme des rythmes de vie en général (coucher, lever, organisation des journées, hygiène...) à cette époque de la vie reflète les bouleversements du corps et de l'âme vécus par le jeune, avant de s'inscrire dans la lignée des troubles du comportement alimentaire. L'enjeu, lorsque l'on suspecte un trouble alimentaire, est similaire à la problématique de l'évaluation en général à l'adolescence : pouvoir différencier une désorganisation temporaire, compatible avec les remaniements de l'adolescence, d'un trouble plus important ou révélant une fracture du processus adolescent en cours. Il s'agit d'éviter de stigmatiser un questionnement «normal» par rapport au poids et à l'alimentation et de reconnaître le moment où il s'ancre, au risque de devenir permanent (et nombre de femmes plus âgées en sont témoins). Mais en même temps, il faut savoir qu'une frange non négligeable de troubles alimentaires atypiques évolue vers une forme typique d'anorexie ou de boulimie.²

L'intervenant doit donc souvent faire une évaluation qui s'inscrit dans le temps et qui tient compte de la gravité et de la persistance des symptômes. Très souvent, les troubles sont ignorés de l'entourage, et soigneusement tenus secrets aussi par l'adolescente, de par la honte que ces comportements génèrent en elle. Des difficultés alimentaires, manifestées soit par un rapport dysfonctionnel à l'alimentation, soit par des préoccupations intenses et envahissantes, qui perdurent et se rigidifient, ou se répercutent sur le fonctionnement familial, scolaire, social, ou la santé, ou un poids qui fluctue rapidement, doivent alerter le praticien, et le faire rechercher un trouble de cet ordre, même si l'adolescente, de par la culpabilité et la honte souvent associées à ces troubles alimentaires, ne signale pas de difficultés ou ne demande pas d'aide dans un premier temps. Ainsi, il importe donc de *rechercher* ces troubles à l'aide de questions ciblées : présence de régimes itératifs, d'usage de médicaments, de vomissements auto-induits, de grignotages compulsifs, envahissement de la pensée par les préoccupations corporelles et alimentaires.

PROPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES

Une aide doit être offerte à toute adolescente chez laquelle un tel trouble tend à s'installer.

La nécessité d'une approche thérapeutique proposant une prise en charge psychologique parallèlement à une aide liée à l'alimentation est reconnue actuellement par les différents courants de soins. Concrètement, l'approche d'orientation psychodynamique vise à comprendre la signification du trouble alimentaire, alors qu'une approche d'orientation cognitivo-comportementale se centre plus directement sur le comportement alimentaire. Dans le domaine des troubles alimentaires, les deux approches se complètent et apparaissent plus profitables pour les jeunes que la prise en compte isolée de l'un ou l'autre aspect. Différentes aides viennent souvent renforcer le dispositif de soins telles que l'approche diététique ou les thérapies corporelles.

L'UMSA (Unité multidisciplinaire de santé des adolescents du CHUV) propose depuis quelques années à ces jeunes filles, parallèlement à la prise en charge médicale,

une approche en groupe qui se focalise sur la recherche de sens tout en prêtant une attention particulière au comportement alimentaire.⁸ L'approche de groupe représente une indication de choix à l'adolescence où l'étayage par les pairs facilite le travail d'élaboration,⁹ et s'avère d'une grande utilité dans cette problématique particulière de troubles alimentaires où la honte tient une grande place : honte des comportements incontrôlés avec la nourriture, honte du corps, honte de soi. Mettre en mots, dire, parler de ce qui semble indicible se révèle souvent plus facile avec d'autres qui vivent les mêmes difficultés que soi. Une telle proposition thérapeutique vise, à travers la compréhension puis l'élaboration du symptôme alimentaire, le dénouement des conflits qui ont généré les difficultés, la restauration d'une estime de soi positive et la reprise du processus développemental, parallèlement à la diminution des symptômes et à une amélioration de la qualité de vie globale. Au sein d'une «société de l'apparence où l'image remplace la pensée et où le corps idéal est un corps anatomique et non plus un corps de désir»,¹⁰ il s'agit donc de réintégrer tout à la fois une ouverture sur la vie psychique et la prise en compte des sensations physiques, en dehors de normes esthétiques contraignantes. Pour les jeunes filles concernées, le but vise une amélioration des troubles alimentaires, de leur estime d'elles-mêmes et de leur bien-être global, et, idéalement, une élaboration des conflits psychiques internes qui ont favorisé le déclenchement des troubles alimentaires. ■

Implications pratiques

- Les troubles atypiques de l'alimentation sont de plus en plus fréquents chez les jeunes, surtout de sexe féminin
- Ces troubles ne remplissent pas tous les critères pour l'anorexie ou la boulimie mais se caractérisent la plupart du temps par un envahissement important de la pensée par les préoccupations alimentaires et corporelles ainsi que par des troubles persistant de l'alimentation (régimes, vomissements auto-induits, etc.)
- L'indication à un traitement se fonde sur la durée, l'intensité et le retentissement psychosocial des symptômes
- Le traitement combine idéalement des approches psychodynamiques, diététiques et cognitivo-comportementales

Adresse

Sophie Vust, Psychologue et
Pr Pierre-André Michaud
Unité multidisciplinaire de santé des adolescents
CHUV, 1011 Lausanne
Sophie.Vust@chuv.ch
Pierre-Andre.Michaud@chuv.ch



Bibliographie

- 1 Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn (DSM-IV). Washington, DC, APA; 1994.
- 2 ** Chamay-Weber C, Narring F, Michaud P. Partial eating disorders among adolescents: A review. *J Adol Health* 2005;38.
- 3 Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, et al. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne; 2004.
- 4 Polivy J. Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Association* 1996;96:589-92.
- 5 Corcos M. Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Paris: Dunod, 2000.
- 6 Jeammet P, Corcos M. Evaluation et prise en charge des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. L'expérience française. *Prisme* 1999;30:28-50.
- 7 Apfeldorfer G. Maigrir, c'est dans la tête. Paris: Odile Jacob, 1997.
- 8 * Vust S, Michel, L. Adolescence, troubles du comportement alimentaire et groupe thérapeutique: une expérience. *Adolescence* 2006;24:421-8.
- 9 Marcelli D. Un père, pairs et passe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 1998;31:9-18.
- 10 Lepastier S. Quand l'image remplace la pensée. *Le Nouvel Observateur* 2004;8-16.

* à lire

** à lire absolument