

## Le spectre des troubles du comportement alimentaire à l'adolescence : Unité ou Diversité ?

Année 1992

Auteur Philippe Jeammet

Centre de recherche Service de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte - HIUP - 42,  
bld Jourdan, PARIS

Thème Comportement alimentaire

Type Benjamin Delessert

Il n'y a pas si longtemps, à peine plus de deux décennies, le chapitre des troubles des conduites alimentaires se limitait à l'anorexie mentale. Cette affection avait trouvé droit de cité dans l'éventail de la pathologie depuis Lasègue et Gull à la fin du siècle dernier (1874). Depuis lors elle apparaissait plus comme une curiosité clinique que comme un problème de santé mentale. Affection aussi susceptible de fasciner ceux qui s'en occupaient que de les irriter, mais qui, à partir du moment où elle ne pouvait être ramené à une pathologie endocrinologique ou digestive précise, apparaissait plus comme un caprice que comme une pathologie vraie.

Puis l'optique changea dans les années 60 avec les premières études sur le devenir allant au-delà des quelques mois suivant la reprise du poids. Elles montreront la gravité potentielle du trouble : mortalité (près de 10 %), chronicisation (de l'ordre de 20%), développement d'une pathologie psychiatrique diverse, suffisamment invalidante pour les gérer dans la qualité de leur insertion affective, sociale et professionnelle (près de 50 % Jeammet et coll.)(6). Parallèlement les premières études épidémiologiques montraient qui 1 à 2 % des adolescentes étaient concernées et que ce chiffre semblait en croissance rapide.

Mais tandis que s'affinaient nos connaissances sur la fréquence réelle et la nature de l'anorexie mentale, on assistait dans les années 70 et plus encore 80 à une véritable explosion de l'image en miroir de l'anorexie : la boulimie. Certes, celle-ci était déjà connue : Lasegue (9) avec sa description du "faux appétit impérieux" en lien avec l'anorexie, mais surtout Janet (8) puis Wulff pour les psychanalystes. Mais ce qui allait vite fasciner les auteurs c'était non seulement son lien avec l'anorexie (B. Brusset, P..Jeammet)(2), mais son existence comme entité propre et sa fréquence beaucoup, plus grande que celle de l'anorexie, au point qu'on a pu parler d'épidémie.

On a ainsi décrit une conduite boulimique autonome [B. Brusset(1), L. Igoin(4)] et même une "boulimia nervosa" (G. Russela (11) véritable analogue de l'anorexie mentale mais pouvant se développer indépendamment de cette dernière, avec ses stratégies propres de contrôle du poids, notamment par le vomissement provoqué. Rappelons en les critères diagnostiques les plus courants tels ceux du DSM-III-R :

- Episodes récurrents de frénésie alimentaire (consommation rapide d'une large quantité de nourriture en un temps limité ), insistant à nouveau sur le :
- Sentiment de perte du contrôle du comportement alimentaire durant les épisodes de boulimie, et les moyens de régulation du poids.
- Régulièrement le sujet, soit se fait vomir, soit use de laxatifs ou de diurétiques, soit pratique un régime strict ou jeune, soit encore se livre à des exercices physiques importants dans le but de prévenir toute prise de poids. fait nouveau, le DSM-III-R introduit des critères de fréquence et de persistance des crises pour pouvoir parler de boulimie "cliniquement significative" :
- Au moins deux épisodes boulimiques par semaine en moyenne pendant au moins trois mois. Enfin, comme l'anorexie, la boulimie se définit aussi par une :
- Préoccupation excessive et persistante concernant le poids et les formes corporelles.

Il s'agit de critères relativement restrictifs qui sélectionnent les formes les plus organisées et les plus graves de boulimie. Mais la clinique montre qu'il existe bien d'autres variantes de boulimie, variables dans leur intensité mais aussi dans leur expression et notamment les formes sans mesures de contrôle de poids. Cette diversité explique l'importance des écarts de fréquence retrouvée selon les études entreprises et selon les critères retenus. Ces écarts varient de 2 % à plus de 20 % des adolescentes et jeunes adultes. L'âge de début est en moyenne plus tardif que celui de l'anorexie, mais on y retrouve, bien que légèrement plus faible, la même surreprésentation du sexe féminin : 10 % de garçons dans l'anorexie, entre 15 et 30 % dans la boulimie selon les critères retenus.

Ainsi les troubles des conduites alimentaires, de curiosité anecdotique, sont devenus un véritable problème de santé publique. Il nous faut dire quelques mots de ce qui semble bien être une augmentation de fréquence de ces troubles dans les pays occidentaux où dont le mode de vie s'occidentalise, et de l'engouement que ces mêmes troubles suscitent tant dans le grand public que chez les chercheurs et les thérapeutes. Il est probable qu'il y a d'ailleurs un lien entre les deux phénomènes. Nous sommes tentés de considérer qu'il faut chercher ce lien conjointement dans le défi que représente ces conduites, et dans leur congruence avec certaines caractéristiques de l'évolution de nos sociétés. Le défi c'est celui que posent ces jeunes qui, face à une société qui prône et offre des possibilités nouvelles et jusqu'à inégalités de consommation et de réussite personnelle, répondent par des conduites de refus et d'auto-destruction d'eux-mêmes. Et ce d'autant plus qu'il s'agit habituellement de jeunes qui ont justement "tout pour être heureux". Leur conduite apparaît comme une insulte à la raison et au bon sens, et nous oblige à nous interroger sur ce qui pousse ainsi l'être humain à se détruire lui-même. L'effet de scandale qu'a pu être en son temps la découverte par la psychanalyse de l'importance de la sexualité infantile, a fait place maintenant à la prise de conscience, en tout cas par le grand public, de ce scandale autrement plus révoltant, car nous confrontant à l'appétence pour la mort, ou du moins la souffrance, qu'est le masochisme.

Défi donc, mais aussi congruence et résonnance entre ces comportements et l'idéal de fonctionnement d'une société qui développe le culte des performances, du factuel, des sensations, fait du refus du manque sa valeur de vie et subordonne la réussite à ce qui se voit. Parallèlement l'image véhiculée par le développement scientifique est celle d'une valorisation de la maîtrise ou seul ce qui se contrôle et peut-être objectivé par la répétition expérimentale est objet de considération. Le refus, parfois passionnel, de certains chercheurs, y compris dans les sciences humaines et la psychiatrie, de tout ce qui relève du registre de la vie fantasmatique et de l'intériorité, relayé par les médias, véhicule une image du fonctionnement mental de l'homme calquée sur le modèle de l'ordinateur, qui apparaît étrangement en résonnance avec le déni de leur monde interne et la véritable phobie des liens affectifs et des émotions développés par beaucoup de ces adolescents.

Simultanément l'évolution sociale permet aux jeunes, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, en tout cas à une si grande échelle, de concevoir un avenir qui ne soit pas la pure répétition de la vie de leurs parents. Cette ouverture vers un mode de vie en partie inconnu, accompagnée d'un affaiblissement des interdits mais d'un accroissement des exigences de performance et de réussite individuelles, favorise tout naturellement l'expression des inquiétudes narcissiques et des besoins de dépendance, tout en diminuant les occasions de conflits d'opposition. (5)

Mais passé ce premier temps de recensement du phénomène et de ses variantes, un certain nombre de questions se posent avec acuité :

- Faut-il envisager ces différents troubles du comportement alimentaire comme un continuum psychopathologique avec passages d'une forme à l'autre ou comme des entités séparés ?
- Existe-t-il des indicateurs de risques et en particulier faut-il voir dans des comportements alimentaires plus banaux comme l'hyperphagie, ou le grignotage des préformes d'un trouble plus sévère ?
- Existe-t-il une personnalité prédisposée aux troubles alimentaires ?
- Quel est le lien entre les troubles alimentaires et les troubles psychiatriques qui leur sont associés ou leur font suite ?

Il n'existe pas pour le moment de réponse certaine à ces questions et les tentatives qui sont faites restent très tributaires de nos a priori théoriques qui orientent la nature même du matériel sélectionné.

L'approche psychanalytique privilégie une conception globale centrée sur la personnalité et les troubles des conduites ou les symptômes sont vus comme des modalités d'aménagement des conflits et des difficultés de développement de la personnalité. A l'opposé ce qu'on peut appeler l'approche empirique anglo-saxonne veut s'en tenir aux seuls comportements qu'elle isole en autant d'attitudes qu'elle essaie de corrélérer entre elles en unités syndémiques. Dans le premier cas le passage d'une modalité symptomatique à une autre ne fait pas problème et s'analyse comme autant d'aménagements possibles de difficultés communes qui sont celles de la personnalité. Dans le second cas on sera plus enclin à rechercher et à individualiser des formes différenciées dont la genèse et le développement, et donc le pronostic, seraient différents. Les symptômes psychiatriques associés y sont vus comme des manifestations d'une comorbidité, faite d'autant de juxtaposition de syndromes qu'il existe de manifestations différentes.

Nous avons essayé d'aborder ces questions par un premier recueil très large d'informations sur les conduites boulimiques par l'intermédiaire d'un Réseau de Recherche Clinique INSERM sur les conduites boulimiques (Réseau n° 489014). Ce réseau, constitué depuis la fin de l'année 1989, associe des cliniciens et des chercheurs autour de l'étude épidémiologique clinique et psychopathologique des conduites boulimiques, et doit poursuivre ses travaux pendant les trois années à venir.

Les patientes étaient évaluées selon un protocole clinique standardisé établi par le Réseau et comprenant un entretien semi-structuré suivi, pour le clinicien, par le remplissage d'une grille clinique descriptive, et pour la patiente, par celui d'un auto-questionnaire (sur la boulimie et les troubles associés) et d'un inventaire multidimensionnel de la psychopathologie, le Symptom Checklist 90-R (SCL-90R).

Il s'y ajoutait la passation de tests projectifs T.A.T. et Rorschach. On associait un noyau dur commun fondé sur la clinique et une ouverture psychanalytique possible par l'orientation des entretiens et les tests projectifs, tandis qu'un protocole informatisé permettait de savoir quels patients correspondaient aux différents critères cliniques de la boulimie.

Les critères de sélection étaient volontairement très larges incluant tout patient consultant pour boulimie, quel que soit son sexe ou son âge, celle-ci étant définie par le sentiment d'une contrainte à manger impulsivement avec perte de contrôle. 540 dossiers ont été réunis. Les résultats sont encore en cours d'exploitation mais il ressort déjà les données suivantes :

375 patients répondent aux critères du DSM-III-R parmi lesquels on ne trouve que 3 % d'hommes (cf tableau I).

Parmi ces patientes répondant aux critères du DSM-III-R la boulimie n'est le premier des troubles du comportement alimentaire que dans 39 % des cas. Si l'anorexie est le plus fréquent des troubles précédant la boulimie, elle n'est pas la seule : l'hyperphagie prandiale est pressante dans 9 % des cas. Mais l'ensemble de ces troubles est précédé d'autres comportements alimentaires particuliers : grignotage dans 30 % des cas, régime dans 33 %, augmentation de la prise alimentaire dans 30 %. (cf tableau II).

On trouve également avec une grande fréquence des changements de comportements apparaissant à la puberté, avant les troubles alimentaires, qui reflètent un malaise important de l'adolescent par rapport à son image de lui, son corps propre, et ses relations avec ses parents (cf tableau III).

On remarque également l'extrême sensibilité de ces patientes aux variations de l'environnement et la fréquence du vécu traumatisant comme facteur déclenchant du trouble de la conduite alimentaire ; sensibilise à la solitude ... (cf tableaux II, IV, V).

On retrouve un surinvestissement des activités scolaires ou professionnelles, et une fréquente dégradation de la vie sociale. (cf tableaux VI, VII).

Les effets qui suivent la crise sont essentiellement négatifs . (cf tableau VIII).

Les conduites pathologiques associées sont fréquentes. (cf tableau IX).

Un début d'étude différentielle de ces patients a concerné 45 patientes comparées à plusieurs groupes contrôles (3) :

- un groupe de femmes (N=432) consultant en psychiatrie de ville et présentant essentiellement des troubles anxieux et/ou dépressifs (Pariente et al.)(10)
- deux troupes témoins normaux de femmes sans pathologie psychique, groupes étudiés par Pellet et Lang (1990), l'un (N=377) se décrivant en "bon état somatique" et l'autre (N=180) se disant en "mauvais état somatique".

Les comparaisons inter-groupes ont été réalisés en utilisant, pour les variables quantitatives le test t de Student, et pour les paramètres bimodaux, le test du Chl-2. Des corrélations entre les variables ont été recherchées par la méthode de régression linéaire. S'agissant de résultats préliminaires avec un nombre encore limité de sujets, les coefficients de probabilité significatifs à 0,05 mais aussi les tendances vers une différence significative avec p<0,10 ont été retenus.

Les résultats sont les suivants (cf Tableau X).

## Les boulimiques anciennement anorexiques :

- ont des symptômes boulimiques plus sévères  
ICG = 5,4 +- 0,7 vs 4,7 +- 1,0 ; t=2,04 ; p=0,05
- font plus de tentative de suicide  
6 sur 9 vs 8 sur 25,X2=3,28 : p=0,07
- ont davantage de symptômes associés  
PST = 60,8 +- 11,8 vs 50,9 +- 17,0 ; t=1,60 ; p=0,11
- se sentent plus coupables  
Fact 4 = 2,40 +- 0,98 vs 1 ,83 +- 0,92 ; t=1,59 ; p=0,12
- sont plus sensitives  
Fact 5 = 2,54 +- 0,71 vs 0,99 +- 0,79 ; t=1,83 ; p=0,07

- ont plus de troubles du sommeil  
Fact 10 = 2,67 +- 1,39 vs 1 ,66 +- 1 ,21 ; t=2,07 ; p=0,04

## Comparées aux non-vomisseuses, les vomisseuses :

- ont des symptômes associés plus sévères  
PSDI = 2,42 +- 0,53 vs 2,13 +- 0,58 ; t=1,67 ; p=0,10  
- sont plus déprimees  
FACT 1 = 2,03 +- 0,87 vs 1 ,57 +- 0,98 ; t=1 ,66 ; p=0,10  
- se sentent davantage coupables  
FACT 4 = 2,04 +- 0,90 vs 1 ,58 +- 0,92 ; t=1,65 ; p=0,10  
- sont plus obsessionnelles compulsives  
FACT 7 = 1,46 +- 1,01 vs 0,97 +- 0,81 ; t=1.70 ; p=0,09  
- sont plus minces  
Poids(Kgs) = 56,8 +- 9,6 vs 66,7 +- 11,3 ; t=3,14 ; p=0,003  
P/PIT = 0,98 +- 0,14 vs 1 ,18 +- 0,20 ; t=3,85 ; p=0,0004  
- sont jugées plus sévères par le clinicien  
ICG = 5,2 +- 0,9 vs 4,5 +- 1,0 ; t=2,32 ; p=0,03  
- ont davantage de troubles dépressifs  
20 sur 22 vs 9 sur 14,X2=3,87 ; p=0,05  
- font plus de tentatives de suicide  
12 sur 20 vs 2 sur 15,X2=7,78 ; p=0,005

## Corrélations entre les caractéristiques cliniques et les scores au SCL-90R

La sévérité de la boulimie(ICG) est positivement corrélée avec :

- Nombre de symptômes (PST) : r=0,27 ; p=0,11
- Indice de sécurité des symptômes (PSDI) : r=0,30 ; p=0,07
- Fact 5 : sensibilité interpersonnelle : r=0,28 ; p=0,09
- Fact 7 = Obsessif-compulsif : r=0,30 ; p=0,07
- Fact 10 = Troubles du sommeil : r=0,47 ; p=0,004

En résumé, dans un groupe de 45 patientes non sélectionnées se présentant en première consultation pour des conduites boulimiques.

- à la fois les symptômes boulimiques et les autres symptômes psychopathologiques apparaissent sévères .
- la plupart des patientes sont jeunes mais ont déjà une durée de la maladie importante (10 ans en moyenne)
- les dimensions cliniques principales de la détresse psychique sont : dépression, culpabilité, impulsivité, évitement social, irritabilité.
- la boulimie et les autres symptômes sont particulièrement sévères chez les boulimiques jouisseuses et chez celles présentant des antécédents d'anorexie.

Tous ces résultats vont faire l'objet pour certains paramètres d'une comparaison avec une population adolescente tout venant. Cet échantillon provient de l'étude dite de la Haute-Marne (M. Choquet, S. Ledoux, Unit 169 du réseau INSERM).

Cette étude concerne la moitié de la population scolaire de ce département soit 3287 jeunes de 11 a 20 ans. Elle repose sur un auto-questionnaire d'évaluation de leur santé et sur un questionnaire parental, soit 280 questions sur : l'état socio-démographique, activités scolaires et autres, symptômes physiques, comportements alimentaires, symptômes dépressifs, troubles du comportement, usage de drogues,

histoire du traitement, événements de vie, relations interpersonnelles et familiales. Le taux de réponse fut 93,9 %.

Parmi ces adolescents ceux présentant des troubles du comportement alimentaire (59), des troubles dépressifs notables (62), firent l'objet d'un entretien clinique approfondi ainsi que 121 jeunes constituant le groupe contrôle.

Les premiers résultats confirment les données précédentes, à savoir chez les troubles du comportement alimentaire :

- l'importance des signes d'alarme avant-coureurs au moment de la puberté
  - l'importance de la mauvaise estime de soi de ces sujets
  - la fréquence des symptômes dépressifs avant, pendant et après les troubles alimentaires
  - l'existence de formes de passage entre les différents troubles du comportement alimentaire
- Ces résultats confirment que les troubles du comportement alimentaire ne peuvent être banalisés et considérés comme des symptômes mineurs. Ils reflètent des troubles graves de la personnalité auxquels il faudrait s'efforcer d'apporter une réponse avant le déclenchement du trouble alimentaire qui une fois installé a tendance à s'auto-renforcer et à organiser la personnalité en fonction de lui sur un mode caractéristique des conduites addictives.(7)

## Bibliographie

- 1 . BRUSSET B., L'assiette et le miroir. Privat, edit. Paris 1977, 1 vol, 273 p.
2. BRUSSET B., JEAMMET Ph., Les périodes boulimiques dans l'évolution de l'anorexie mentale de l'adolescente. Rev de Neuropsychiat. 1971, 19, 11, 661.-690.
3. FLAMENT M., La boulimie. Evaluation des critères diagnostiques et aspects sémiologiques. In :Venisse J.L., Les Nouvelles Addictions. Ed.Masson, 1991, 10-29.
4. IGOIN L., La boulimie et son infortune, 1979, P U F, Paris.
5. JEAMMET Ph., Existe-t-il une personnalité toxicophile. 11ème entretiens du CNPERT : Le risque toxicomaniaque. Personnalités et Situations. Bulletin du CNPERT 15.10.1990, 29-42
6. JEAMMET Ph., Le devenir de l'anorexie mentale : Une prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. Psychiatrie de l'Enfant, 1991, XXXI, 2, 381-442.
7. JEAMMET Ph., Addiction-Dépendance-Adolescence. Réflexions sur leurs liens. Conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. In : Venisse J.L., Les Nouvelles Addictions. Ed. Masson, 1991, 10-29.
8. JANET P., Les obsessions et la psychasthénie. Alcan, 1908, Paris, 2ème éd.
9. KASEGUE C., De l'anorexie hystérique. Arch. gén. Méd 1873? 1? 385.
10. PARIENTE P , LEPINE J.P., BOULENGER J. P , ZARIFIAN E., LEMPERIERE T., LELLOUCH J ., The Symptom Check-List 90R (SCL-90R) in a French general psychiatric 708 outpatient sample is there a factor structure ? Psychiatr. and Psychobiol. 4, 151-157.
11. RUSSELL G., Bulimia nervosa : an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol. Med., 1979. 9, 429-448.

**TABLEAU I**  
DEUXIÈME ÉVALUATION INITIALE DU DESSÉA/  
DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON  
DÉMOS

N=521
11 hommes (2%)
500 femmes (97%)

	n	%
Age actuel	25,5	7,8
Age début troubles	18,1	4,7
Age début troubles	12,1	1,6
Age 1 <sup>re</sup> épouse	18,0	5,8

**TABLEAU IV**

Groupe de besoins	n	%
changement d'habitat		
être seul	290	87
être à l'étranger	230	64
disponibilité affective	197	57
travail	145	38
renouvellement depuis longtemps	119	33
autre	19	5
renouvellement discursif		
enfants	275	73
transition	227	63
adultes	93	24
couple	223	60
transit	557	58
seconde	138	38
couple	129	34
autre	93	24

**TABLEAU VI**

VIE SOCIALE	n	%
maladie/soins ou handicap empêche rapport	22	8
peur sociale importante	127	34
peur sociale importante et handicap	175	47
absence sociale ou handicap	68	12
absence social et handicap	130	43
absence sociale handicap	111	38

**TABLEAU II**  
DEUXIÈME ÉVALUATION INITIALE DU DESSÉA/  
DESCRIPTION DU DESSÉA

Nombre TDS	n	%
aucun	143	38
1	144	38
2	14	3
3	2	1
4	22	5
5	1	1

**TABLEAU V**

Groupe de besoins	n	%
je passe		
à la maison	270	68
à l'école/travail	196	46
à l'étranger/étranger	188	46
chez amis/famille/voisins	192	47
autre lieu	70	18
renouvellement de la famille		
enfant	157	42
adulte	163	43
adulte après-midi	210	57
adulte	367	80
adolescent	306	82
autre	121	32
renouvellement		
adulte/adolescent	254	66
adulte/adolescent	245	50
adolescent adulte/adolescent	170	42

**TABLEAU III**

Changement au moment de la visite-d	n	%
plus de 10%	142	36
moins de 10%	38	9
pratiquement rien/n'a pas changé	223	55
moins de 5%	17	4

**TABLEAU VI**

SECONDAIRE	n	%
hypothèse	106	15
réalisation/déroulé	171	49
modifications secondaires	135	39
échec initial d'investigation	12	3
absence de succès	112	32
absence de succès	14	4
réévaluation des résultats	14	4

**TABLEAU VII**

Groupe de besoins	n	%
quand on qui prononce la fin des choses ?		
adulte	229	58
adulte	167	48
dépôt de fil	182	43
volonté	172	40
pas rien à manger	129	32
renouvellement	167	42
adultes après		
adulte/adolescent	206	51
adolescent adulte/adolescent	81	17
adolescent	213	54
renouvellement	263	70
adulte	276	70
adolescent	271	73
adolescent	137	38
peur mort	71	18
peur être	46	12
volonté	33	8

**TABLEAU IX**

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	n	%
adulte professionnelle actuelle	142	40
survie	37	10
modifications secondaires	128	36
renouvellement filiale	25	7
absence notable d'investissement	72	1
adulte défaillant maternité	50	14
adulte surdoué maternité	50	14
adulte surdoué maternité	50	14
absence de succès professionnelle	50	14

**TABLEAU X**

GENERAL SYMPTOMATIC INDEX (GSI)

