

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 ramenée 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 que 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 : Lasègue (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. Igoïn(4)] et même une "bulimia 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 jeûne, 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 ou 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 jusque-là inégalées 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 séparées ?
- 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 traumatique 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 Chi-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 = $5,4 \pm 0,7$ vs $4,7 \pm 1,0$; $t=2,04$; $p=0,05$

- font plus de tentative de suicide

6 sur 9 vs 8 sur 25, $\chi^2=3,28$: $p=0,07$

- ont davantage de symptômes associés

PST = $60,8 \pm 11,8$ vs $50,9 \pm 17,0$; $t=1,60$; $p=0,11$

- se sentent plus coupables

Fact 4 = $2,40 \pm 0,98$ vs $1,83 \pm 0,92$; $t=1,59$; $p=0,12$

- sont plus sensibles

Fact 5 = $2,54 \pm 0,71$ vs $0,99 \pm 0,79$; $t=1,83$; $p=0,07$

- 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 déprimées

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.

- a 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, Unité 169 du réseau INSERM).

Cette étude concerne la moitié de la population scolaire de ce département soit 3287 jeunes de 11 à 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 toxicomane. 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.

	α	α_{th}	Standard
Age-actual	25.5	7.8	14.65
Age-actual desirable	18.1	4.7	12.41
Age-actual undesirable	12.1	5.6	9.17
Age-17-eligible	15.0	7.8	9.21

[illegible][illegible]

Groupe de localité	N	%
<i>chromolaena pilosiorhynchos</i>		
<i>dec. roux</i>	280	87
<i>dec. à b. lat.</i>	54	16
<i>dispositif. àment.</i>	787	87
<i>dispos.</i>	145	16
<i>sem. rouge depuis longtemp.</i>	119	10
<i>autres</i>	124	30
<i>antennaria discolorata</i>		
<i>antenn.</i>	278	73
<i>fructifère</i>	227	83
<i>scabre</i>	244	84
<i>ovale</i>	223	82
<i>triseriale</i>	192	86
<i>antenn.</i>	129	42
<i>coeur</i>	128	34
<i>autres</i>	80	24

Critères de sélection	KI	%
en présence		
à la maison	270	98
à l'école/travail	198	70
dans son véhicule	80	27
chez amis/famille/sociétés	102	37
autre lieu	70	25
moment de la journée		
matin	107	42
après-midi	162	63
soirée/après-midi	210	77
très après-midi	167	63
avant/après le coucher	308	100
autre	141	52
moment		
lecture/lecture	254	99
après avoir travaillé	260	100
préparation activité (sport, courses)	170	65

SCOLAIRE	N	%
Enseignement	68	16
Enseignement moyen	171	40
Enseignement technique	85	19
Enseignement supérieur	55	9
Salaire de l'enseignant	110	25
Enseignement à l'école	30	6
Enseignement à l'école	30	6
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	N	%
Activité professionnelle	110	25
Activité professionnelle	30	10
Activité professionnelle	120	30
Activité professionnelle	20	10
Activité professionnelle	12	7
Activité professionnelle	30	30
Activité professionnelle	30	30
Activité professionnelle	30	30

VIE SOCIALE	N	%
multiplication de besoins services/appuis ..	22	8
vie sociale isolée ..	127	34
vie sociale réduite ..	175	47
absence totale de vie sociale ..	48	12
activités (1) (entretien ménage) ..	180	49
shannon activités (2) (visites) ..	111	30

[illegible]

SYMPTÔMES MÉTÉOROLOGES	hiver		été		âge moyen
	n	%	n	%	
acouphes	21	8	37	10	25,8 ans
céphalées	14	4	30	8	19,7-65,5
acné / acné-séborrhéique / dermatite	32	9	34	10	
eczéma atopique	43	12	54	16	
rhinite	49	13	123	30	
asthme	4	1	10	3	
myalgies pathologiques	43	12	62	17	
ostéoporose	11	3	11	3	
acné séborrhéique	6	2	30	8	
autres troubles pathologiques	18	5	13	3	

TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES ASSOCIÉS	hiver		été		âge moyen
	n	%	n	%	
troubles affectifs	139	36	93	24	19,8-67,5 ans
troubles anxieux	124	33	83	21	16,7-67,5 ans
autres troubles psychopathologiques	17	5	23	6	16,3-67,5 ans

GENERAL SYMPTOMATIC INDEX 1058

