

# Les troubles du comportement alimentaire

## ◦ Définition

Un trouble du comportement alimentaire (TCA) peut être défini comme une perturbation de la relation à l'alimentation, altérant de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale. Ces troubles surviennent principalement chez les adolescentes ou jeunes femmes, mais peuvent également survenir chez les personnes de sexe masculin ou chez les enfants proches de la puberté. Parmi les TCA, on trouve : l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique (Binge eating) Il existe deux formes d'anorexie mentale : l'anorexie de type restrictif et l'anorexie de type « purging » (crise de boulimie et vomissements ou prise de diurétiques ou de laxatifs). Ces troubles font partie du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) » qui a pour but de référencer et de classer les critères sur les troubles mentaux.

Dans le cas de l'**anorexie mentale**, on observe :

- Une restriction alimentaire, conduisant à une perte de poids significative (ou un ralentissement de la croissance staturo-pondérale chez l'enfant).
- Une peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale.
- Une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), un manque de reconnaissance de la gravité de la maigreur actuelle.

Des accès d'hyperphagie, des vomissements provoqués, des abus de laxatifs, une hyperactivité physique peuvent être associés.

La **boulimie nerveuse** est définie quant à elle par :

- La survenue de crises avec ingestion impulsive ou ritualisée, massive et rapide, de grosses quantités de nourriture, associée à une impression de perte de contrôle.
- Une mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûne, exercice excessif).

Enfin, dans l'hyperphagie boulimique, on retrouve : des épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlés tel que définis dans la boulimie, sans que des comportements compensatoires ne soient associés.

Les TCA restent à ce jour une entité dont l'origine est encore mal connue, et pour laquelle aucune cause directe n'a été identifiée. L'hypothèse la plus courante est que l'anorexie, comme la boulimie, sont dues à l'interaction de multiples facteurs. L'une et l'autre se révéleraient chez des sujets prédisposés (vulnérabilité individuelle, facteurs culturels...), à la faveur de facteurs déclenchants (adolescence, évènements de vie difficiles...), et seraient entretenues par des facteurs pérennisants (dénutrition, sentiment de contrôle, réaction de l'entourage...), entraînant un véritable cercle vicieux.

En France, il n'existe pas de chiffres officiels. Les prévalences d'anorexie mentale varient de 1,6 % à 4 % et la boulimie de 2 à 5 %. L'anorexie toucherait 70 000 adolescentes et jeunes (entre 15 et 25 ans). Elle concerne à 90 % des jeunes filles. Elle débute le plus souvent après la puberté, avec un âge moyen de début, de 17 ans (on observe deux pics de fréquence autour de 14 ans et de 18 ans). De 10 à 19 ans, les crises de boulimie peuvent concerner jusqu'à 28 % des adolescentes et 20 % des adolescents. Les stratégies de contrôle du poids concernent 19 % des filles, 8 % des garçons de cette même tranche d'âge.

## ◦ Repérage

Les TCA peuvent débuter de manière insidieuse. Et un jour, l'entourage se rend compte que la maladie s'est installée. Un enjeu est celui du repérage précoce. Certains signes peuvent alerter. Les premiers sont l'amaigrissement, ainsi que la modification du comportement alimentaire : la jeune fille va commencer à mettre la nourriture de côté, à contrôler ce qu'il y a dans son assiette. A l'inquiétude des parents, elle va répondre : « je n'ai pas faim » ou « je fais attention à ma ligne ». D'autres signes doivent également inquiéter : la présence d'obsessions alimentaires qui retentissent sur les habitudes alimentaires familiales, l'existence de vomissements provoqués, l'abus de laxatifs, une hyperactivité physique, un hyperinvestissement intellectuel, ainsi que la disparition des cycles menstruels.

**Les conséquences négatives** liées à ces troubles sont nombreuses. Elles sont physiques d'une part, causées par la dénutrition, ainsi que par les comportements associés comme les vomissements (carences, troubles métaboliques, atteintes cutanées et dentaires, atteinte cardiovasculaire, troubles digestifs...) et d'autre part

psychiques. Les TCA entraînent des obsessions alimentaires et corporelles pouvant être particulièrement envahissantes et épuisantes, et donnant lieu, dans le cas de l'anorexie, à des ritualisations importantes. Chez les patients souffrant de boulimie, il existe un fort sentiment de culpabilité avec un effondrement progressif de l'estime de soi. Les TCA ont un retentissement important sur la vie sociale, affective, scolaire ou professionnelle. L'évolution est marquée par un repli et un désinvestissement relationnel. Par ailleurs, on retrouve de façon fréquemment associée, des troubles dépressifs, précédant les troubles, ou apparaissant lorsque s'installent des crises de boulimie. Il existe chez ces patients, un risque suicidaire important. Le taux de mortalité est environ de 10%.

## ◦ **Prise en charge**

Lorsqu'ils sont pris en charge, les TCA peuvent évoluer favorablement. Le dépistage et les soins doivent être réalisés le plus précocement possible. L'objectif est de prévenir la survenue de complications, et le risque d'évolution vers une forme chronique.

L'accompagnement doit être pluridisciplinaire, reposant sur un partenariat psychiatres/non psychiatres. Le médecin traitant y a un rôle central. La prise en charge ambulatoire (consultations spécialisées, hospitalisation de jour) sera favorisée, mais lorsque cela sera nécessaire, une hospitalisation pourra être préconisée, par exemple dans le cas d'une perte de poids importante, de complications physiques ou psychiques, et dans le cas d'un envahissement majeur du symptôme. La prise en charge nutritionnelle et somatique aura pour objectif la renutrition, la prise en charge d'éventuelles complications physiques, ainsi que la rééducation nutritionnelle et diététique. L'aspect psychothérapeutique visera quant à lui d'abord, à favoriser la sortie du déni, ainsi que l'adhésion aux soins. Puis les enjeux concerneront l'acceptation de la reprise pondérale, le rehaussement de l'estime de soi, la modification des schémas, fausses croyances, automatismes, susceptibles d'entretenir le trouble, l'amélioration des relations interpersonnelles... Les approches à médiation corporelle (sophrologie, relaxation, psychomotricité...) pourront avoir un grand intérêt, notamment pour aider la patiente à se réconcilier avec son corps. Des ateliers culturels peuvent compléter le dispositif ; il s'agira, par l'intermédiaire de l'art et de la fiction, de laisser se développer son imaginaire, d'éprouver des émotions, d'accéder à des représentations de soi et de pouvoir en parler avec d'autres. Dans le cas d'antécédents traumatiques, des prises en charge spécifiques pourront être proposées. L'entourage, la famille, joue un rôle important dans le succès de la prise en charge. Dans certains cas, une thérapie familiale est proposée.

➔ Rejoindre la [FFAB](#)

## Pour en savoir plus :

- Haute autorité de santé (HAS). **Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge - Note de cadrage.** Paris: HAS; 2015.
- Criquillion S, Doyen C. **Anorexie, boulimie : nouveaux concepts, nouvelles approches.** Paris: Lavoisier; 2016.
- Thiebaut S, Courtet P, Guillaume S. **Troubles du comportement alimentaire.** Dans: Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. **Traité d'addictologie.** 2e ed. Paris: Lavoisier; 2016. p. 809-13.
- Du Pasquier J. **Chère anorexie.** Paris: Arte; 2016.
- Cellier C, Pleux D. **Deux à combattre l'anorexie. Guérir : journal d'une psychothérapie.** Paris: Odile Jacob; 2013.
- Haute autorité de santé (HAS). **Anorexie mentale : prise en charge. Document d'information destiné aux familles et aux patients.** Paris: HAS; 2011.
- Haute autorité de santé (HAS). **Anorexie mentale. Prise en charge : argumentaire.** Paris:HAS; 2010.
- Haute autorité de santé (HAS). **Anorexie Mentale: prise en charge. Recommandations.** Paris: HAS; 2010.
- DSM-5. **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.** Coordonné par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi. Paris: Elsevier Masson; 2015.

➔ [Où trouver de l'aide](#)

➔ [Posez vos questions à un professionnel](#)

<https://ifac-addictions.chu-nantes.fr/les-troubles-du-comportement-alimentaire>

---