

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
Médicale**

—

**Volume 2003  
publié le 27.11.2003**



*VINGT-SEPTIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2003*

# Déceler précocement les troubles du comportement alimentaire

J. BRINGER, I. RAINGEARD, P. LEFEBVRE, E. RENARD\*  
(Montpellier)

## INTRODUCTION

L'anorexie et la boulimie sont des comportements alimentaires pathologiques identifiés dans la grande majorité des cas chez les femmes, 10 fois plus touchées que les hommes, le plus souvent à l'adolescence ou chez l'adulte jeune. Leur fréquence est en nette augmentation depuis le début des années 1990. Les sociétés industrialisées sont les plus affectées et il n'existe plus aux États-Unis de différence de prévalence dans les différentes classes socio-économiques (8). La prévalence des TCA dépend des critères diagnostiques utilisés et des méthodes de détection. Ainsi, la prévalence de l'anorexie peut varier de 1 à 3 % (9, 10) avec deux pics d'incidence, respectivement à 13/14 ans et 16/17 ans. La boulimie paraît être un trouble plus fréquent : 3 à 12 % des femmes adolescentes ou adultes jeunes avec un pic d'incidence plus tardif à 18/20 ans. Les grignotages, les compulsions ou les hyperphagies prandiales ont moins de répercussions somatiques (hormis sur la prise de poids) et, de ce fait, ne bénéficient

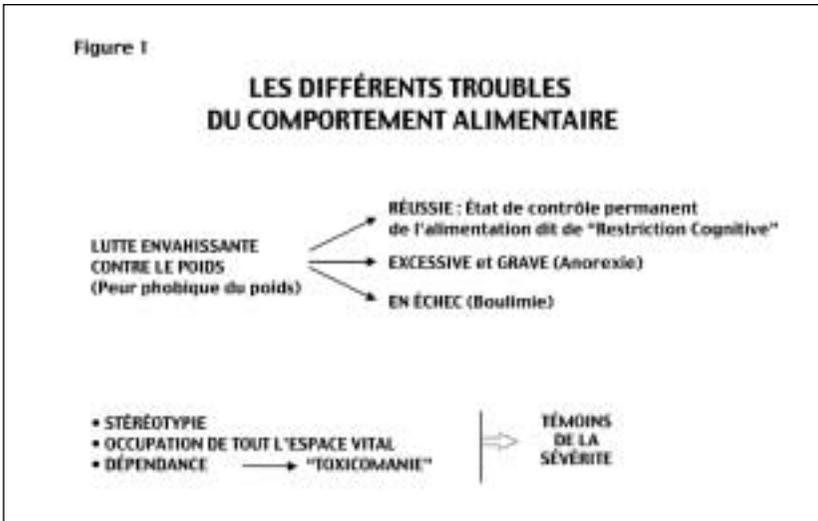
\* Service des Maladies Endocriniennes – CHRU Lapeyronie  
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

pas encore d'une classification nosologique spécifique. On estime cependant la fréquence de ces troubles à environ 30 % dans la population générale.

## LES DIVERS TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (Fig. 1)

Les anomalies du comportement alimentaire sont banales lorsqu'elles sont ponctuelles, contrôlées sans difficulté et si elles ne s'accompagnent pas d'une tension intérieure, d'une détérioration de l'image de soi, d'un repli ou d'une mauvaise adaptation sociale. Une conduite alimentaire est dangereuse et pathologique quand elle est répétitive et à l'origine de conséquences délétères pour la santé physique (obésité, dénutrition, carences), ou de désordres psychologiques (dépendance, vulnérabilité, retentissement sur la vie sociale et affective, dépression, risque suicidaire). **Tout comportement alimentaire stéréotypé est préoccupant car il paraît se perpétuer dans une répétition confinant à une toxicomanie.**

L'observation parfois ancienne des anomalies les plus visibles du comportement alimentaire (anorexie mentale) et la



## TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

survenue plus récente de déviances nouvelles (boulimie) ont conduit à caractériser des formes bien individualisées réunissant certaines attitudes psychologiques et différentes conduites nutritionnelles.

**Toutes ces personnes ont en commun une mauvaise estime** voire une honte de soi, **un rejet de leur poids et de leur silhouette, une peur panique de la prise pondérale, une culpabilité de la prise alimentaire**, une phobie du plaisir, une incapacité à mener à bien l'accomplissement de leurs désirs. Un souci permanent résulte de l'objectif obsédant de contrôle du poids et du culte narcissique de l'image de son corps. Cette exigence envahit progressivement tout et devient la seule façon de s'exprimer, de vivre. Il n'est pas étonnant que ce profil amène ces adolescentes ou jeunes femmes à passer d'un comportement à un autre, en alternant par exemple restriction et boulimie. Ce vécu réunit des conduites alimentaires apparemment différentes et s'accompagne souvent d'une hyperactivité. **Même si la perfectionniste est plus apte à la maîtrise sans faille de l'anorexie et l'impulsive plus exposée à la boulimie.** (Fig. 2 et 3).

**L'anorexie mentale** se caractérise par le refus de maintenir un poids acceptable, et donc compatible avec le fonctionnement normal d'un organisme. Il s'y associe une peur intense de reprendre du poids, de retrouver le poids initial ou de devenir

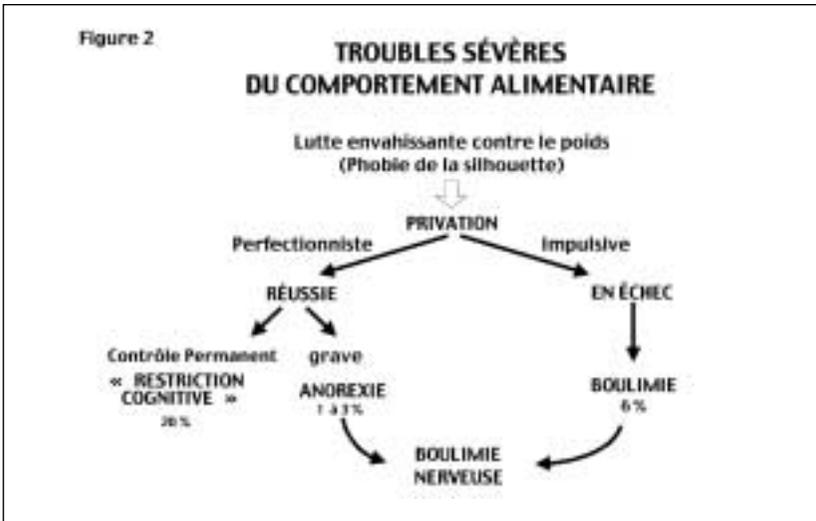


Figure 3

### LES TRAITS COMMUNS AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

- Volontaires, exigeantes, besoin de maîtrise
  - perfectionnistes ———→ anorexie
  - impulsives —————→ boulimie
- Obsession d'un poids virtuel et d'une silhouette idéalisée
- Esclaves de leur image, de leur apparence, du regard des autres
- La recherche d'un modèle inaccessible induit une mauvaise estime de soi et une culpabilité
- Recherche éperdue de reconnaissance et de valorisation
- La façade "solide" s'oppose au déni des difficultés, à l'hypersensibilité
- Insatisfaction, souffrance, détresse.

gros, alors que la maigreur est évidente mais déniée en raison d'une altération de la perception objective de son propre corps. Après la puberté, le signe le plus visible de l'insuffisance nutritionnelle est l'aménorrhée. La pilule peut masquer ce symptôme en maintenant les règles de façon artificielle. Deux types d'anorexie peuvent être distingués en fonction de la survenue ou non de crises de boulimie. La forme restrictive pure de l'anorexie ne s'accompagne pas de crises de boulimie ou de vomissements. À l'inverse, la seconde expression alterne des phases plus ou moins prolongées de restriction entrecoupées d'accès de boulimie génératrice de mesures de compensation à type de vomissements, de prise de purgatifs ou de diurétiques.

**La boulimie nerveuse** est dominée par la survenue répétée, mais longtemps cachée, de crises de boulimie qui correspondent à une absorption d'une quantité de nourriture supérieure à ce que la plupart des personnes peuvent ingurgiter en une période de temps très courte. Le sentiment de ne pouvoir s'arrêter, avec perte du contrôle de la prise alimentaire pendant la crise, est source de culpabilité, d'une souffrance extrême et de comportements compensatoires fréquents ou systématiques visant à prévenir la prise de poids. **Les vomissements provoqués**, l'abus de laxatifs, de lavements ou de diurétiques, les périodes de jeûne, un exercice physique excessif représentent ainsi les mesures les plus fréquemment rencontrées dans la

boulimie nerveuse. Pour **parler de boulimie** nerveuse, et non de simples accès boulimiques ponctuels, **il est usuel de considérer que ceux-ci doivent survenir en moyenne au moins deux fois par semaine pendant trois mois**. Cela n'exclut pas qu'une forme moins sévère puisse s'aggraver et correspondre ultérieurement à cette définition. Différencier la boulimie nerveuse de l'anorexie mentale, parfois associée à des crises de boulimie-vomissements, tient à la prédominance d'un trouble du comportement alimentaire sur l'autre. **Lorsque les crises de boulimie sont au premier plan** alors qu'il n'y a pas ou peu de périodes de restriction, le **diagnostic de boulimie nerveuse est retenu**. À l'inverse, **lorsque la restriction, entrecoupée ou non de crises de boulimie, occupe le devant de la scène, le terme d'anorexie mentale est utilisé**.

Cette différenciation subtile ne doit pas faire oublier les nombreux points convergents de ces deux entités. En premier lieu, l'influence excessive du poids et de la silhouette sur l'estime de soi, une culpabilité de la prise alimentaire, une dépendance conduisant à qualifier ces conduites de « toxicomanies du comportement alimentaire ». Les femmes atteintes de boulimie nerveuse ont généralement un poids supérieur à celles confinées dans les formes restrictives, ce qui peut masquer l'intensité des problèmes lorsque le poids reste normal.

Vomissements fréquents et prise de purgatifs indiquent une forme plus sévère de boulimie nerveuse. Le pronostic est meilleur lorsque les comportements de lutte contre le poids se limitent à des périodes de jeûne ou d'exercice physique intense. Dans ce cas, en effet, les femmes ont un comportement moins impulsif, recourent moins aux drogues psycho-actives et s'intègrent mieux socialement. Les conséquences les plus visibles (troubles du cycle, aménorrhée) dépendent de l'importance de l'intensité de la spoliation alimentaire, et du déficit calorique. L'alternance boulimie-restriction, avec ou sans vomissements, se traduit souvent par une augmentation de volume visible ou perceptible des glandes salivaires, sous-maxillaires ou parotides. Cela représente un signe essentiel de repérage lorsqu'il existe un déni du trouble du comportement alimentaire.

**L'hyperphagie boulimique** représente une situation de réelle souffrance de sujets soumis à des accès boulimiques incontrôlés, les conduisant à absorber avec glotonnerie, plusieurs fois par semaine, des quantités considérables d'aliments jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale. **Ces personnes**

**subissent ces frénésies alimentaires souvent seules, se culpabilisent et dépriment, sans mettre en place les mesures compensatoires de lutte retrouvées dans la boulimie nerveuse.** Elles ne recourent donc pas à l'hyperactivité physique, aux vomissements ou aux autres procédés purgatifs. Le surpoids ou l'obésité qui en résulte sont générateurs de troubles de l'humeur voire, en fonction de leur vécu, d'une véritable dépression. **Un tiers des obèses qui suivent un régime ont une hyperphagie boulimique et ce pourcentage est d'autant plus élevé que l'obésité est importante et que la femme est jeune.** Chez les adolescentes et jeunes femmes, le passage à la boulimie nerveuse est possible mais loin d'être constant.

De façon similaire, les situations de maîtrise alimentaire excessive et prolongée (qualifiées de **restriction cognitive**) et celles d'impulsions alimentaires sont très fréquentes. Sans atteindre l'intensité des états d'anorexie-boulimie, elles constituent une alerte préoccupante en raison de la présence des « ingrédients » habituels des risques de chronicisation et d'aggravation : mauvaise acceptation de l'image de soi, rejet de son corps, régimes multiples, inadaptés, déséquilibrés ou excessifs, au service de l'idéal obsédant de minceur et de la pression sociale féminine qu'il exerce. En fait, dans la restriction cognitive, la personne fait en permanence des efforts pour lutter contre la faim et écarte les aliments selon ses croyances sur leur impact corporel, croyances qui ne représentent pas obligatoirement la réalité calorique et nutritionnelle. Cela expose aux boulimies qui sont alors vécues comme un échec dévalorisant qui altère l'image de soi. Ainsi se succèdent privations et excès, puisque la moindre transgression de l'interdit conduit à la frénésie alimentaire. Les conduites d'évitement à participer à un repas en communauté, l'intérêt méticuleux porté à la préparation des repas familiaux avec tri éventuel des aliments en fonction de leur valeur calorique, la passion pour les connaissances nutritionnelles et la fascination exercée par la médiatisation des régimes et de la minceur sont autant de dérives qui viennent s'ajouter à ces comportements alimentaires. Nombre de ces femmes n'aiment pas aller au restaurant parce qu'elles ne supportent pas d'ignorer la composition en matières grasses, glucides et protéines des aliments qui leur sont servis. La vigilance et l'aide ne doivent pas trop tarder dans cette situation d'attente qui fait craindre à tout moment la décompensation dans l'un des états plus sévères décrits précédemment.

## TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Il n'est pas indispensable de vouloir classer ces personnes dans un groupe ou dans l'autre car les frontières sont incertaines et mouvantes. L'essentiel est de reconnaître le caractère répétitif du désordre comportemental qui envahit l'espace vital, d'évaluer les conséquences non négligeables sur la santé et de repérer le désarroi psychologique sous jacent.

**À côté de ces conduites extrêmes ou préoccupantes, d'autres comportements moins sévères** peuvent inquiéter, en raison du risque potentiel de les voir s'aggraver et se perpétuer dans un continuum marqué par une accentuation de leur intensité, de leur stéréotypie et la survenue d'un état de dépendance. Le grignotage, qui conduit à consommer de façon répétitive, sans faim ni envie, de petites quantités d'aliments, est fréquent et banal. Les compulsions ponctuelles ou transitoires déclenchées par une envie de manger un ou plusieurs aliments particulièrement appréciés procurent un apaisement et une satisfaction initiale de courte durée, vite remplacée par une culpabilité supportable. Bien que source d'un surpoids plus ou moins bien accepté, ces attitudes peuvent représenter des réponses d'adaptation au stress psychologique, dans la mesure où leur caractère transitoire et contenu n'a pas de retentissement évident sur la qualité de vie sociale et affective.

## TROUBLES DU CYCLE, INFERTILITÉ : PENSER À UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

**Le gynécologue est bien placé pour déceler précocement les troubles du comportement alimentaire susceptibles d'induire une insuffisance gonadotrope chez une adolescente ou une jeune femme.** L'aménorrhée représente habituellement le premier motif de consultation. Les insuffisances gonadotropes d'origine nutritionnelle peuvent aussi être évoquées en présence de spanioménorrhées particulièrement marquées (moins de 6 cycles par an) ou lors d'une consultation d'infertilité par anomalie de l'ovulation.

L'état de maigreur ou un amaigrissement l'évoque. Cependant, la perte de poids peut être initialement minime et volontairement masquée. **Il importe donc de déceler une sélectivité alimentaire abusive**, simplement qualifiée de « régime », notamment par

une adolescente ou une jeune femme soucieuse de son poids. **La restriction des apports caloriques, inadaptée aux besoins, porte essentiellement sur la restriction obsessionnelle des matières grasses.** Le rejet des plats cuisinés, des viandes jugées trop riches en lipides, une limitation des glucides rapides contenant des matières grasses représentent le support d'une telle attitude, non justifiée en regard du poids et de l'hyperactivité.

Chez l'adolescente, il n'est pas toujours aisé de différencier une anorexie mentale débutante des modes de restriction passagère ou des hypophagies induites par le stress. **Il convient cependant de ne pas banaliser un arrêt de règles chez une jeune fille exigeante, volontaire, perfectionniste et soumise aux contraintes qu'elle s'impose pour atteindre le modèle qu'elle s'est fixé, l'image corporelle de minceur idéalisée dont elle est « esclave ».**

Négliger un arrêt de règles ou des troubles du cycle chez une jeune fille correspondant à un tel profil psychologique et comportement alimentaire hypothèque lourdement les chances de prise en charge efficace et fait courir le risque de chronicisation dans une « toxicomanie » de la restriction alimentaire conduisant à une anorexie mentale constituée. Le pronostic dépend avant tout de la précocité de l'intervention.

## DIAGNOSTIC DE L'ORIGINE NUTRITIONNELLE D'UN TROUBLE DU CYCLE

### **Certains signes cliniques sont associés, évocateurs de l'origine nutritionnelle d'un trouble du cycle**

**La baisse du métabolisme de base** traduit une épargne de la dépense calorique de repos face au déséquilibre entre les apports alimentaires et les besoins énergétiques imposés par l'hyperactivité et le stress. Cette véritable « **hibernation** » adaptative se traduit par une **frilosité en dehors des périodes d'activité physique** et par l'apparition ou l'aggravation de **troubles vasomoteurs des extrémités** qui représentent un élément très évocateur d'un trouble du cycle d'origine nutritionnelle. La réduction de la fraction libre de l'hormone thyroïdienne T3 participe à cet hypométabolisme.

Lorsque l'hypogonadisme nutritionnel survient en **période pubertaire, l'aménorrhée primaire s'accompagne d'un ralentissement de la vitesse de croissance** dû à une réduction de la production de la somatomédine C (IGF1). Il existe en fait un état de résistance à l'hormone de croissance par baisse de la sensibilité des récepteurs, en particulier hépatiques, de cette hormone. Parallèlement, la biodisponibilité du facteur de croissance IGF I est nettement modifiée par les variations de ses protéines de transport (IGFBPs) induites par la restriction alimentaire.

**Les signes d'hypo-estrogénie** sont retrouvés chez les femmes aménorrhéiques : sécheresse vaginale avec absence de glaire cervicale, involution mammaire et, à plus long terme, ostéoporose, particulièrement nette en raison de l'association du déficit estrogénique, de la baisse de la production ovarienne d'estrogènes (faible aromatisation liée à la perte du tissu adipeux) et de la probable malabsorption des vitamines liposolubles (vitamine D) en fonction de la sévérité de la carence des apports lipidiques.

Parfois, une véritable « **gastro-entéropathie** » **secondaire à la sélectivité alimentaire** apparaît et se renforce progressivement, gênant la reprise d'une alimentation quantitativement normale et équilibrée. Le ralentissement de la vidange gastrique a été mis en évidence dans ces états de dénutrition, se traduisant par un inconfort digestif post-prandial qui devient un alibi mis en avant pour expliquer l'intolérance des repas normalement équilibrés ou des corps gras. Les modifications brutales des sécrétions digestives et en particulier biliaires dans les alternances de périodes restrictives et de reprise alimentaire jouent aussi vraisemblablement un rôle sur l'entéropathie fonctionnelle post-prandiale de ces jeunes femmes. Une **hypertrophie des glandes salivaires** est retrouvée lorsque phases de restriction et de reprise alimentaire alternent, devenant évidente chez les « boulimiques-vomisseuses ».

### **Diagnostic biologique d'un déficit gonadotrope nutritionnel**

La baisse de l'estradiol associée à une réduction très nette des taux plasmatiques de LH représente le profil biologique habituel de ces états. La FSH plasmatique est longtemps normale et

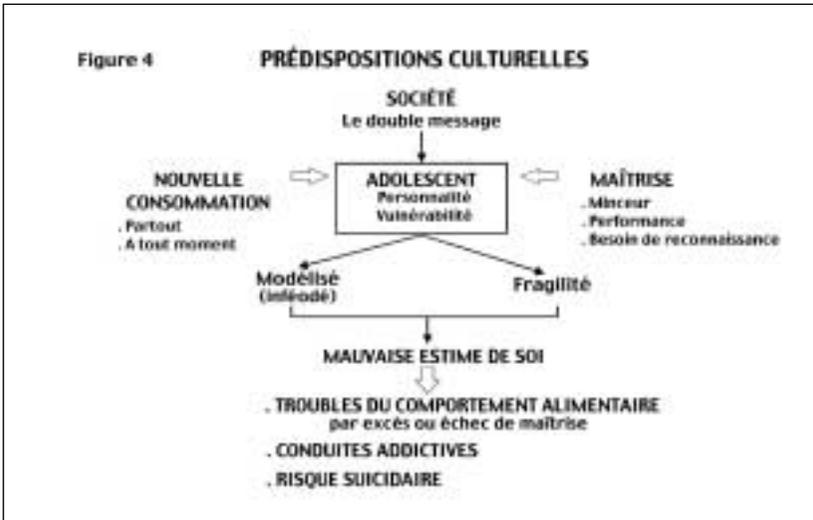
s'abaisse plus tardivement dans les états de sélectivité alimentaire sévère associés à une perte pondérale importante. La **dissociation entre des taux de LH effondrés et une FSH dans les limites de la normale est très évocatrice d'une aménorrhée nutritionnelle**. Les valeurs de la fraction libre de T3 et de la T4 sont abaissées par rapport aux taux moyens observés chez les sujets avec équilibre nutritionnel. Les valeurs peuvent même se situer franchement en dessous du seuil de normalité, mais dans les états de dénutrition évolués.

Le fait qu'un trouble du cycle ne trouve aucune autre explication (prolactine et androgènes plasmatiques normaux, absence d'élévation de la FSH) est, en soi, un élément d'orientation en faveur d'une origine nutritionnelle. **Lorsque la personnalité, le mode de vie et l'enquête alimentaire laissent un doute sur cette orientation, il est essentiel d'écartier une origine organique en contrôlant l'échographie ovarienne et surtout l'imagerie (tomodensitométrie ou IRM) centrée sur la région hypothalamo-hypophysaire.**

## MÉCANISME D'ENTRETIEN DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Anorexie et boulimie échappent au contrôle et finissent par s'auto-renforcer, d'abord dans le déni puis malgré la prise de conscience des risques potentiels et le vécu des conséquences physiques. Les raisons de cet engrenage sont mal connues. Des mécanismes psychologiques interviennent certainement chez une jeune fille qui trouve ainsi un certain degré d'apaisement grâce aux non-dits. Elle occulte ainsi « ses déceptions, ses rancœurs, ses envies rentrées » et sa détresse (Fig 4 et 5). **L'anorexique éprouve une jouissance dans la toute puissance de sa maîtrise et ne se plaint donc pas du symptôme « maigreur »**. Cet état n'est d'ailleurs pas reconnu, en raison de la **perte de la perception de la réalité de son corps**. Cette maîtrise est une manière pour l'anorexique de se rassurer. De façon anticipée, **elle ressent donc un véritable deuil à l'idée d'abdiquer. À l'inverse, la boulimique souffre du symptôme « surpoids » qui l'obsède et qu'elle souhaite éradiquer**. Sa demande se situe donc d'abord au niveau du poids lui-même, qui occulte la

## TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE



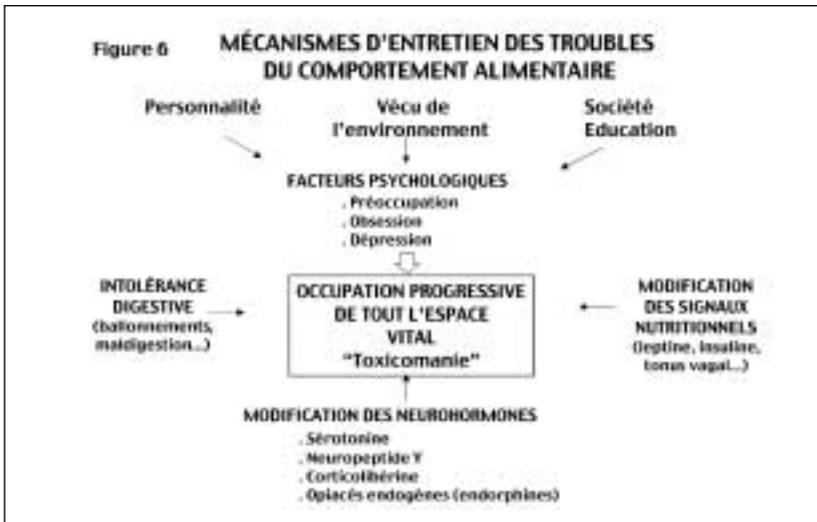
souffrance liée à l'intensité des désordres alimentaires. Les boulimiques de poids normal ne sont pas faciles à déceler car elles ont réussi à endiguer la prise pondérale par des mesures de compensation : vomissements, diurétiques, prise de laxatifs. **Une augmentation du volume des glandes salivaires, en**



**particulier sous-maxillaires ou parotides**, des lésions dentaires ou gingivales peuvent mettre sur la piste. Dans tous ces états, l'obsession du poids et du régime occupe de plus en plus l'espace vital, détériore l'humeur et induit ou renforce un état dépressif.

**Les modifications digestives** telles que la réduction de la mobilité gastrique peuvent participer à l'entretien des troubles par la perception d'une plénitude inconfortable après les repas, qui conduit à maintenir une diététique très restrictive ou à des vomissements libérateurs.

Cependant, l'un des éléments clés de ce cercle vicieux se situe vraisemblablement au niveau des perturbations neurohormonales, cérébrales et hypothalamiques (Fig. 6). Les neurohormones de l'hypothalamus, jouent un rôle essentiel dans le contrôle du comportement alimentaire. À ce niveau, on décrivait jusqu'à ces dernières années, un centre de la faim et un centre de la satiété. Nous savons aujourd'hui qu'un réseau complexe de neurones participe à la régulation de l'appétit. Les neurones de l'hypothalamus sont en étroite connexion avec des structures cérébrales situées au dessus de lui. Ces neurones sécrètent des neurohormones et des neuromédiateurs. Les premières sont transportées par voie sanguine et agissent à distance, alors que les seconds agissent localement, assurant les messages au sein des connexions entre les structures nerveuses.



Ainsi, le neuropeptide Y et la galanine stimulent la prise alimentaire, alors que la corticolibérine et la neurotensine ont une action anorexigène. La sérotonine paraît intervenir à la fois dans l'initiation et la limitation de la prise alimentaire. Elle est impliquée dans les troubles de l'impulsivité et certains dysfonctionnements émotionnels. Certaines molécules utilisées en thérapeutique, qui inhibent la recapture de la sérotonine, réduisent la fréquence et l'intensité des accès boulimiques. La production de substances opiacées (endorphines) au niveau du cerveau peut perpétuer le trouble dans un mécanisme analogue à une toxicomanie endogène, comme semble l'indiquer l'effet encourageant de médicaments s'opposant à leurs actions (Revia®). Cependant, cet ensemble est d'une extrême complexité. L'entretien des conduites alimentaires anormales et en particulier des alternances de restriction-boulimie peut résulter d'un déséquilibre entre les différents systèmes hormonaux. Il est cependant difficile de savoir si les anomalies biologiques observées sont la cause du trouble ou la conséquence des perturbations du comportement alimentaire lui-même. En effet, la succession de boulimie et de périodes de restriction pourrait profondément déséquilibrer le fonctionnement de cet ensemble neurohormonal. Cela est d'autant plus plausible que ces centres nerveux sont eux-mêmes soumis à des signaux hormonaux produits par le tube digestif (Ghreline), le pancréas (insuline...), les glandes surrénales, et le tissu adipeux (adipocytokines). Par exemple, les modifications de la Ghreline gastrique, de l'insuline, de la leptine (adipocytaire), induites par la façon de manger, le jeûne et les changements de poids, influencent la production de ces neurohormones cérébrales et hypothalamiques. Une meilleure compréhension de ces anomalies est à l'origine de nouveaux traitements. Ils peuvent non seulement atténuer une dépression ou des troubles de l'humeur, mais facilitent aussi le contrôle de l'impulsivité alimentaire. Il s'agit donc de l'une des voies de progrès de l'approche thérapeutique de ces jeunes femmes. Le développement de molécules chimiques efficaces dans le traitement des compulsions, de l'excès d'appétit, de l'obésité ou des états d'anorexie représente un défi essentiel. Cette voie de recherche peut accroître l'efficacité de l'assistance médicale à ces états d'auto-addiction.

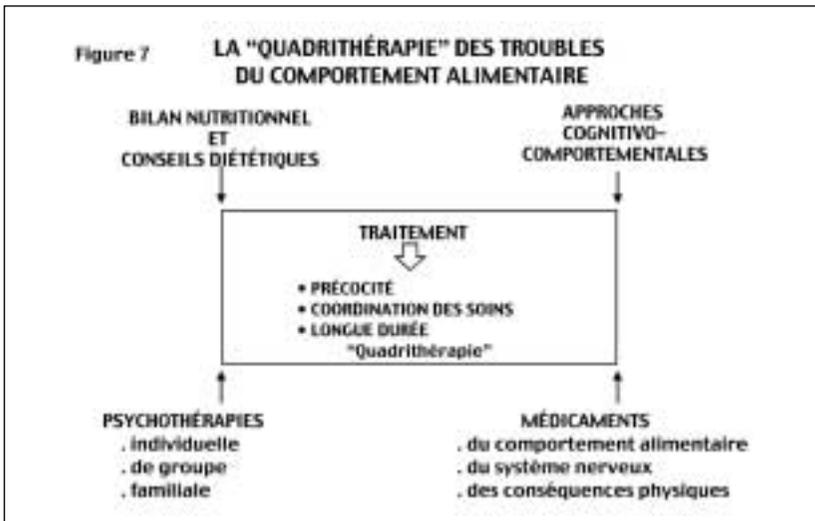
## COMMENT TRAITER LES CONDUITES ALIMENTAIRES DANGEREUSES ?

L'évolution des troubles nutritionnels, dans un sens favorable ou défavorable, résulte avant tout de la précocité d'une aide adaptée, bien comprise et acceptée par la jeune fille et sa famille. Le « piège » dans lequel se retrouve enfermée la personne atteinte d'un trouble du comportement alimentaire l'amène à des attitudes visant à occulter ou à nier son existence, son intensité ou les conséquences qui en résultent. En particulier, la boulimie est très difficile à déceler. La première étape est donc de mettre à plat les difficultés vécues, de regagner confiance et de favoriser la bonne fluidité des relations au sein de la famille et avec les multiples intervenants médicaux qui vont assurer la continuité des soins. De la qualité de cette alliance dépend la restauration de l'estime de soi de la jeune fille et de celle de ses parents, comme en dépendent l'amélioration de la communication, la réduction de l'anxiété et une plus grande autonomie de chacun. Les différentes formes d'aide et de traitement doivent donc s'attacher à retrouver un équilibre nutritionnel acceptable et à corriger les dégâts en l'attente de ce retour. Ainsi seront fixés un niveau de poids minimum de « non destruction » et un seuil maximum « dangereux », en ce sens qu'il engendre une véritable panique par l'évocation d'une image corporelle inacceptable pour elle. Il s'agit aussi de mettre en place des techniques de rééducation alimentaire visant à déconditionner la jeune fille des rites alimentaires anormaux. D'apprendre à fonctionner différemment en trouvant une relation autre, plus satisfaisante et sortant du modèle réducteur, obsédant et appauvrissant de la maîtrise alimentaire. La sortie de cet esclavage consiste à mieux saisir les occasions de plaisir, à découvrir ses envies occultées et à améliorer l'estime de soi en devenant plus autonome.

La mise en place de différentes formes de psychothérapie individuelle ou de groupe, de méthodes de rééducation comportementale ou de techniques de relaxation est fonction de la demande de la patiente, de son âge, de l'ancienneté de ses troubles et de sa capacité à adhérer au type de soins envisagé. **Les principales erreurs à éviter sont de banaliser un comportement alimentaire stéréotypé et trop envahissant, et de négliger le signe d'alerte que représente une anomalie**

**du cycle menstruel chez une jeune fille volontaire et exigeante.** Il convient de ne pas se laisser abuser par la « façade modèle » et la maîtrise apparente, en ne repérant pas l'insatisfaction, le manque d'estime de soi et le désarroi résultant du conflit dépendance-autonomie. Il est primordial de dévoiler la détresse profonde de cette adolescente en s'intéressant à elle. Cela signifie pour le thérapeute d'éviter toute exaspération face aux provocations induites par le sentiment d'incompréhension et les difficultés affectives et sociales qu'elle rencontre. Il importe aussi de nuancer la culpabilisation de la famille et son vécu d'échec éducatif, même s'il est nécessaire de modifier le mode relationnel. Cependant, cet accompagnement compréhensif et l'effort de communication qui l'accompagne n'excluent pas, bien au contraire, la fermeté et le respect de règles précises, parfois consignées dans un contrat écrit. Car, sensibles et rusées, elles portent une extrême attention à déceler le changement, l'incohérence ou l'hypocrisie des autres.

**L'association des différentes approches thérapeutiques (« quadrithérapie »)** (Fig. 7) dont nous disposons aujourd'hui renforce l'efficacité globale des soins. L'approche somatique (digestive, hormonale, telle que l'estrogénothérapie...) ne doit pas être négligée. Écouter longuement, prescrire des médicaments utiles, suggérer des activités alternatives, apprendre les techniques de relaxation et de soin du corps, assurer un suivi



en encourageant ont le même objectif : apprendre à cette jeune fille à « fonctionner » différemment, en l'amenant à ralentir sa course après les trop nombreux modèles utopiques qu'elle s'est fixé d'atteindre et concernant en premier lieu l'image de son corps. L'acquisition de cette nouvelle liberté passe par un apprentissage guidé, par la découverte de nouvelles sources de satisfaction et de valorisation, différentes de l'hyperactivité et de la maîtrise nutritionnelle destructrice. Une autre manière de voir la vie et de s'identifier ! Elle-même et ses parents doivent comprendre d'abord les mécanismes d'entretien de cet engrenage. De la qualité de cette communication vraie dépend la reconstruction d'une identité plus solide car basée sur le respect des choix personnels de vie et sur l'acquisition d'un système de défense contre l'assujettissement aux messages assimilés sans discernement de l'éducation et des médias.

Certes, un trouble du comportement alimentaire, bien ancré depuis plusieurs mois ou années, est une maladie chronique et, à ce titre, l'espoir d'une guérison magique par un médicament ou un seul type de soins est illusoire. Malgré ce, les progrès thérapeutiques sont loin d'être négligeables. Pour vaincre ce fléau, il est indispensable que les actions de soins soient coordonnées par des professionnels de santé compétents en ce domaine et utilisant un langage accessible.

**Bibliographie**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition. DSM-IV Washington DC, 1994; 539-550, 729-731.
2. Becker AE, Grinspoon SK, Klibalnski A, Herzog DB. Eating disorders. *N Engl J Med* 1999, 340: 1092-1998.
3. Bochereau D, Clervoy P, Corcos M Girardon N. L'anorexie mentale de l'adolescence. *Presse Med* 1999; 28: 89-99.
4. Branson R, Potoczna N, Kral JG, Lentos KU, Hohe MR, Horber FF. Binge eating as major phenotype of melanocortin 4 receptor gene mutations. *N Engl J Med* 2003; 348: 1096-1103.
5. Bringer J, Lefebvre P, Boulet F, Clouet S, Renard E. Deficiency of energy balance and ovulatory disorders. *Human Reprod* 1997; 12(1): 97-109.
6. Bringer J, Lefebvre P, Renard E. Conséquences endocrino-métaboliques de la restriction alimentaire. *Cah Nutr Diet* 1998; 33: 243-247.
7. Bringer J, Lefebvre P, Renard E. Déficit gonadotrope d'origine nutritionnelle. *Rev Prat* 1999; 49: 1291-1296.
8. Bringer J., Lefebvre P. Poids et fertilité. *Cah Nutr Diet* 1997; 32: 151-154.
9. Corcos M, Jeammet P. Anorexie mentale et boulimie. *Cah Nutr Diet* 1999, 34 Hors Série 1: 92-97.
10. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 416.
11. Jeammet P, Corcos M Désordres nutritionnels et pathologie psychiatrique. In *Traité de nutrition clinique de l'adulte. Médecine-Sciences Flammarion* 2001; pp 574-581.
12. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 179-183.
13. Maggioni C. Anorexie et boulimie. In *Traité de gynécologie obstétrique psychosomatique. Médecine-Sciences Flammarion* 1999, pp 89-94.
14. Raingeard I, Renard E, Bringer J. Troubles du comportement alimentaire chez la jeune femme diabétique de type 1. Mises au point cliniques d'endocrinologie, nutrition et métabolisme 2001; 163-177.
15. Rigaud D. Troubles du comportement alimentaire et composition corporelle. In *La composition corporelle : aspects physiologiques et pathologique. Médecine-Sciences Flammarion* 2001, pp. 101-113.
16. Rigotti NA, Neer RM, Skates SJ, Herzog DB, Nussbaum SR. The clinical course of osteoporosis in anorexia nervosa: a longitudinal study of cortical bone mass. *JAMA* 1991; 265: 1133-1138.
17. Rohner-Jeanrenaud F. Aspect of the neuroendocrine regulation of body weight homeostasis. *Ann Endocrinol* 2002; 63: 125-128.

