



© iStock



Partenariat avec France Inter
Ce dossier a été traité par Mathieu Vidard dans l'émission « La tête au carré » du 20 juin dernier. **À réécouter sur franceinter.fr !**

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES : des addictions sans drogue

Anorexie mentale, boulimie, hyperphagie... les troubles des conduites alimentaires sont variés mais ont pour point commun un retentissement considérable sur la vie et la santé physique et psychique des personnes qui en souffrent. Leur prise en charge nécessite la collaboration de plusieurs disciplines médicales. **Psychiatrie, métabolisme, génétique... la recherche ne néglige aucune piste pour comprendre les causes et les mécanismes de ces pathologies et les meilleurs moyens de soigner les malades.**

— MARRAINE : PR NATHALIE GODART —

Les TCA en chiffres



L'anorexie mentale touche environ

1,2 % des femmes et 0,25 % des hommes.

Dans plus de **80 %** des cas, les personnes atteintes sont des femmes, avec un pic de fréquence entre 13-14 ans et 16-17 ans.



La boulimie concerne environ 1,5 %

des 11-20 ans. Dans **75 %** des cas,

les personnes atteintes sont des femmes, avec un pic de fréquence vers 19-20 ans.



L'hyperphagie boulimique est plus fréquente et touche 3 à 5 % de la population.

Elle apparaît plutôt à l'âge adulte et concerne autant les hommes que les femmes.

Source : Assurance Maladie

Durant toute notre vie, notre rapport à la nourriture reflète notre état de santé physique ou mental : notre appétit est fréquemment modifié par des bouleversements passagers (stress, déprime, fatigue, etc.). Mais lorsqu'une relation inhabituelle à la nourriture associée à une souffrance psychique s'installe et qu'il y a des conséquences pour la santé, on parle de troubles des conduites

alimentaires (TCA). Les plus fréquents sont l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Si l'on englobe aussi toutes les formes atypiques de TCA, on estime que 10 % de la population française pourrait être concernée. Ces pathologies ne doivent pas être confondues avec des habitudes de grignotage ou de suralimentation,

Si l'on englobe toutes les formes de TCA, on estime que 10 % de la population française pourrait être concernée.

ou des restrictions alimentaires liées à un régime. Il s'agit bel et bien de troubles psychiatriques qui, selon certaines données scientifiques, appartiennent au registre des addictions sans produit.

Des manifestations variées, des impacts conséquents

On distingue trois principaux TCA :

- **L'anorexie mentale** se caractérise par une alimentation insuffisante par rapport aux



3 QUESTIONS À LA MARRAINE DU DOSSIER

PR NATHALIE GODART

Pédopsychiatre spécialiste des TCA à la Fondation santé des étudiants de France (Paris)

Existe-t-il des structures de soins labélisées dans la prise en charge des TCA ?

À ce jour, non. Cependant, les équipes spécialisées souhaitent la structuration officielle d'une filière de soins TCA. En 2005, nous avons créé la Fédération française anorexie boulimie (FFAB) afin de regrouper toutes ces équipes. La FFAB édite notamment un annuaire pour les professionnels de santé et les usagers. Par ailleurs, nous défendons auprès du ministère de la Santé la nécessité de créer une filière de soins spécialisée multidisciplinaire, avec une reconnaissance officielle des équipes spécialisées. Cela existe par exemple en Angleterre. C'est important car une telle filière spécialisée permettrait de mieux prendre en charge les patients et serait aussi utile pour fidéliser les équipes soignantes et préserver leurs compétences.

De telles structures pourraient-elles aussi servir la recherche ?

Bien sûr. Chaque centre spécialisé n'accueille pas toujours un nombre suffisant de patients pour développer des recherches de niveau international, quelques centaines tout au plus. Si on fédère toutes ces équipes entre elles, cela permettra des recherches multicentriques. En Allemagne ou en Suède, les recherches cliniques portent maintenant sur plusieurs milliers voire dizaines de milliers de patients ! Plus les effectifs de patients inclus sont importants, plus les recherches ont la capacité d'aboutir à des résultats consistants.

Des actions existent-elles d'ores et déjà dans ce domaine ?

Effectivement, en parallèle de la FFAB nous avons créé la FFAB-R (R pour recherche, NDLR) pour encourager les collaborations multidisciplinaires et entre de la recherche fondamentale et clinique. Nous travaillons aussi à l'élaboration d'une évaluation nationale commune pour tous les patients avec le soutien de la Direction générale de la santé. Ce qui serait utile pour les soignants, les patients et les chercheurs puisque cela permettrait d'établir des recherches d'épidémiologie clinique plus amples.

Des liens entre anorexie mentale et autisme ?

Il existe des traits comportementaux communs entre l'anorexie mentale et certains troubles du spectre autistique : propension à la ritualisation, intolérance aux changements, manque de flexibilité cognitive, attention extrême portée aux détails, difficultés dans les relations sociales... De fait, ces pathologies se retrouvent parfois associées chez certains patients, mais « sur la base des quelques études disponibles, il est très difficile de savoir s'il existe un lien réel ou un simple hasard d'association, remarque Sylvie Berthoz, chercheuse Inserm à l'Institut des sciences cognitives et intégratives d'Aquitaine. Ce qui est troublant, c'est que l'anorexie mentale touche essentiellement des jeunes filles alors que le **syndrome d'Asperger** concerne surtout des garçons. De sorte que la Pr Janet Treasure, clinicienne et chercheuse anglaise, a soulevé la question d'envisager l'anorexie mentale "comme la forme féminine du syndrome d'Asperger"... » Un terrain de sensibilité pourrait en effet être commun aux deux pathologies, mais elles s'exprimeraient différemment selon le sexe, notamment à cause de l'influence des hormones. « Pour clarifier cela, il faut des études sur des cohortes de taille importante, idéalement suivies dès la gestation, avec un volet portant sur la génétique », détaille la psychologue.

SYNDROME D'ASPERGER :

forme de trouble autistique caractérisé principalement par des difficultés importantes dans les interactions sociales, qui ne sont pas associées à des troubles du langage ni à une déficience intellectuelle.

PURGATIFS :

médicaments favorisant l'évacuation des matières fécales en les rendant plus liquides.



→ Il existe des TCA plus rares comme l'alimentation hypersélective, qui consiste à ne manger que des aliments d'une même couleur.

Les TCA, et en particulier l'anorexie mentale, sont très souvent associés à un problème d'image du corps.

besoins physiologiques, par des perturbations de la perception du corps liées à l'estime de soi et par un refus de prendre du poids même lorsque le corps est très amaigri. Dans 50 % des cas, l'anorexie mentale peut être associée à des épisodes boulimiques. Elle se distingue de l'anorexie, simple perte de l'appétit plus ou moins temporaire, souvent consécutive à

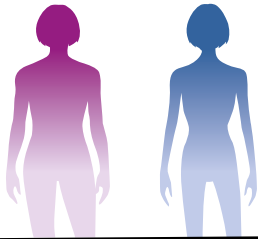
une maladie somatique ou à un état anxieux.

- **La boulimie** se manifeste par des crises compulsives d'ingestion de grandes quantités de nourriture, suivies de comportements compensatoires inappropriés (vomissements, utilisation de **purgatifs** ou de laxatifs, jeûne, exercice physique excessif, etc.).

- **L'hyperphagie boulimique**, ou accès d'hyperphagie, se présente sous la forme d'épisodes récurrents de crises de boulimie mais sans comportements compensatoires associés.

BOULIMIE ET ANOREXIE MENTALE : DES IMPACTS MULTIPLES

Alors que la boulimie se manifeste par des crises compulsives d'ingestion de grandes quantités de nourriture suivies de comportements compensatoires (vomissements, purgatifs...), l'anorexie mentale se traduit par un apport alimentaire insuffisant par rapport aux besoins physiologiques. L'un comme l'autre, ces troubles ont de graves impacts sur l'ensemble de l'organisme.



BOULIMIE

problèmes dentaires
(érosion de l'émail)

inflammation chronique
de l'œsophage

risque de troubles
ou d'arrêt cardiaques

dysfonctionnement
rénal

troubles digestifs

déficits cognitifs

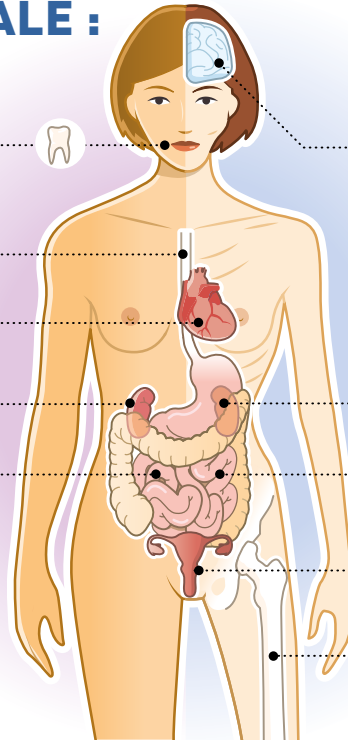
ANOREXIE MENTALE

dysfonctionnement
rénal

troubles digestifs

arrêt des cycles
menstruels

ostéoporose



Chaque TCA s'accompagne de conséquences physiques importantes. Pour l'anorexie mentale, ces impacts découlent de la malnutrition voire de la dénutrition qui s'ensuivent (troubles digestifs, arrêt des cycles menstruels, déficits cognitifs, dysfonctionnement rénal, **ostéoporose**, etc.). Le risque de mortalité des malades est multiplié par 5 par rapport à la population générale.

Pour la boulimie, les risques sont liés aux vomissements répétés (à court terme, **hypokaliémie** avec risque d'arrêt cardiaque ; à long terme, troubles digestifs et problèmes dentaires).

Quant aux conséquences de l'hyperphagie boulimique, elles sont le plus souvent liées à un surpoids (maladies métaboliques et cardiovasculaires et atteintes articulaires, notamment.)

Il existe d'autres TCA plus rares : l'alimentation hypersélective (par exemple ne manger que des aliments jaunes), le pica (ingestion compulsive de substances non comestibles comme de la

OSTÉOPOROSE :
maladie qui fragilise les os en altérant leur architecture.

HYPOKALIÉMIE :
taux anormalement bas de potassium dans le sang qui peut notamment provoquer des arythmies cardiaques, des paralysies transitoires et des difficultés à respirer.

DYSMORPHOPHOBIE :
obsession excessive pour un défaut corporel mineur voire inexistant.

terre, du papier, du plastique...), ou encore le mérycisme (régurgitation volontaire et remastication du bol alimentaire).

Des troubles multifactoriels

« Les TCA dépendent de facteurs individuels et socioculturels », résume le Pr Philip Gorwood, psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne (Paris) et chercheur Inserm (Institut de psychiatrie et neurosciences de Paris). Les TCA, et en particulier l'anorexie mentale, sont très souvent liés à un problème d'image du corps, appelé **dysmorphophobie**, aggravé par un contexte social et médiatique où la minceur est survalorisée. L'anorexie mentale est aussi souvent favorisée par une mauvaise estime de soi sur le plan mental. D'autres facteurs de risque psychologiques peuvent intervenir comme des épisodes dépressifs ou des troubles de la personnalité, un perfectionnisme pathologique ou encore un stress précoce (maltraitance infantile par exemple). Pour ce qui est des facteurs de risque socioculturels, les milieux sportifs, artistiques

et celui de la mode, dans lesquels le corps est au premier plan, sont les plus exposés.

Mais « *il ne faut pas négliger la génétique*, ajoute le psychiatre. *Dans l'anorexie mentale, les gènes jouent un rôle prépondérant, représentant 50 à 60 % des divers facteurs de risques.* » Au sein d'une équipe internationale, le Pr Gorwood a étudié le génome de près de 17 000 personnes souffrant d'anorexie mentale et vient d'identifier huit régions génétiques dont certaines variations sont fortement associées à ce trouble. Parmi elles, des régions qui contiennent des gènes qui contrôlent notamment le risque de dépression ou de **TOC** mais aussi le taux de cholestérol ou d'insuline dans le sang. Ces chercheurs appellent donc à redéfinir l'anorexie mentale comme un trouble métabolico-psychiatrique. « *Comme si le corps et l'esprit participaient tous deux à une perte de contrôle de l'alimentation* », résume le Pr Gorwood. Des facteurs **épigénétiques** sont aussi très probablement impliqués : des événements traumatiques pourraient en effet modifier l'expression de divers gènes, dont certains contrôlent le développement du cerveau par exemple. Il y a deux ans, des chercheurs bordelais ont ainsi mis en évidence que, chez des rats, l'exposition dès le plus jeune âge à un régime riche en

TOC :
troubles obsessionnels compulsifs. Ce sont des comportements répétitifs, irraisonnés et irrépessibles comme se laver les mains ou placer les objets d'une certaine manière.

ÉPIGÉNÉTIQUE :
se dit des modifications de l'ADN qui altèrent l'activité des gènes sans changer leur séquence (la composition chimique même de l'ADN).

MICROBIOTE INTESTINAL :
auparavant appelé flore intestinale. Ensemble de microorganismes (principalement des bactéries) présents naturellement dans le tube digestif.

graisses modifie le système nerveux à l'âge adulte de sorte qu'il est plus vulnérable aux addictions.

Enfin, autre piste explorée et non des moindres : le **microbiote intestinal**. En 2014, une équipe Inserm rouennaise a montré que certaines bactéries intestinales sécrétaient des protéines pouvant entraîner une dérégulation de la prise alimentaire. En 2017, ce sont des Italiens qui ont émis l'hypothèse que des perturbations durables du microbiote pourraient être impliquées dans l'anorexie mentale, et favoriser les rechutes.

Une prise en charge multidisciplinaire

« *Les TCA sont parmi les troubles psychiatriques pour lesquels il y a le moins d'études scientifiques sur les traitements, et leur niveau de preuve est souvent faible*, explique le Pr Sébastien Guillaume, psychiatre au CHU de Montpellier. *De fait, le seul consensus international qui existe recommande une prise en charge multidisciplinaire et la plus précoce possible.* » En associant médecin traitant, médecins spécialisés (pour veiller aux systèmes digestifs et cardiovasculaires notamment), médecin psychiatre ou psychologue, médecin

L'obésité n'est pas un TCA

Environ 10 à 15 % de la population française est en situation d'obésité, c'est-à-dire avec un **IMC** supérieur à 30. En soi, l'obésité n'est pas un trouble des conduites alimentaires car elle n'inclut pas forcément de dimension psychologique et/ou de souffrance. Mais elle peut être la conséquence d'un TCA comme la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Pour autant, les études épidémiologiques ont montré que souffrir de boulimie n'augmente pas le risque d'être obèse par rapport au reste de la population.

À l'inverse, l'obésité est fréquemment associée à l'hyperphagie boulimique. D'où l'importance pour les professionnels de santé d'investiguer l'existence de ce trouble chez toutes les personnes en situation de surpoids et d'obésité, et particulièrement celles en demande de **chirurgie bariatrique**. En cas d'hyperphagie boulimique, il faut mettre en place des soins incluant une **thérapie cognitive et comportementale** qui a fait ses preuves dans ces situations.



© iStock



© iStock

IMC :

l'indice de masse corporelle permet d'apprécier de façon simple et rapide la masse grasse d'un individu. Il correspond au poids (en kg) divisé par le carré de la taille (en mètre). On parle de surpoids lorsque l'IMC est supérieur à 25, et d'obésité au-delà de 30.

CHIRURGIE BARIATRIQUE :

opération chirurgicale visant à restreindre l'apport calorique en diminuant la taille de l'estomac (anneau gastrique par exemple) et/ou l'absorption des éléments nutritifs (dérivation gastrique par exemple).

THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES :

psychothérapies brèves qui visent à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées positives et des réactions en adéquation avec la réalité.

→ **La boulimie se manifeste par des crises compulsives d'ingestion** de grandes quantités de nourriture, suivies de comportements compensatoires inappropriés (vomissements par exemple). Ce TCA n'est à pas confondre avec l'hyperphagie boulimique qui, lui, n'implique aucun comportement compensatoire.

nutritionniste ou diététicien, l'objectif est de limiter les conséquences somatiques des TCA et les complications à long terme. Le but est aussi de comprendre les mécanismes psychologiques pour guérir et enrayer une évolution vers la chronicité. La dimension sociale (scolarisation, insertion professionnelle) doit aussi être envisagée.

« Pour l'anorexie mentale, il a été prouvé que les thérapies familiales sont utiles, surtout si elles sont mises en place tôt », précise le P^r Guillaume. Les thérapies cognitives et comportementales sont plutôt indiquées dans le cadre de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique. Enfin, pour l'instant, aucun médicament n'a apporté la preuve d'un intérêt thérapeutique spécifique. « L'échec de bon nombre d'études cliniques vient probablement de la difficulté à recruter des groupes de patients homogènes, explique-t-il. Il existe sûrement des malades chez qui telle ou telle molécule peut être intéressante, mais pour l'instant nous ne parvenons

ÉCLAIRAGE DE CHERCHEUR

© DR

D^r BENJAMIN CARROT,
psychiatre à l'Institut mutualiste
Montsouris (Paris)

**Évaluer l'intérêt
des thérapies
multifamiliales**

« Dans la prise en charge de l'anorexie mentale à l'adolescence, les thérapies familiales [lire texte principal] ont démontré qu'elles étaient plus efficaces que les thérapies individuelles. Car cette maladie a des conséquences sur la dynamique entre le patient adolescent, ses parents et le reste de la fratrie. Mais ne serait-il pas aussi efficace d'organiser des thérapies multifamiliales, avec 5 à 7 familles discutant ensemble, accompagnées de plusieurs thérapeutes? En effet, le partage d'expériences, les jeux de rôles et un travail en sous-groupe, par exemple les pères ensemble, peuvent être très intéressants et même plus aisés pour certains. Pour le confirmer, plusieurs centres spécialisés en France vont suivre 150 familles qui se verront proposer pendant un an soit une thérapie unifamiliale soit une thérapie multifamiliale en complément des soins habituels. Au terme de ce programme de recherche sur quatre ans, nous espérons pouvoir distinguer dans quelle situation chaque thérapie est la plus efficace. À noter : les thérapies multifamiliales permettent aussi aux soignants de prendre en charge plus de patients et leur famille en même temps. »



© iStock

→ La prise en charge des TCA est nécessairement multidisciplinaire associant médecin généraliste, médecins spécialisés, psychiatre ou psychologue, nutritionniste ou diététicien.

pas à les identifier. » Aujourd'hui, si traitements médicamenteux il y a, c'est uniquement pour traiter les conséquences psychologiques ou somatiques des TCA.

Une recherche tous azimuts

De nombreuses pistes de recherche sont explorées. En Grande-Bretagne, des études tentent d'identifier des sous-populations de personnes souffrant d'anorexie mentale chez qui les médicaments **antipsychotiques** peuvent avoir un effet positif ; idem avec des dérivés amphétaminiques mais pour les personnes souffrant de boulimie, et à condition de bien surveiller les effets secondaires. « Il y a aussi des recherches du côté de la neuromodulation, ajoute le P^r Guillaume. L'idée est d'influer sur le fonctionnement cérébral par le biais de stimulation électrique ou magnétique. » Des équipes ont par exemple évalué l'intérêt de la stimulation cérébrale profonde, où des électrodes sont implantées définitivement dans le cerveau pour stimuler des zones bien précises, chez des patients souffrant d'anorexie mentale sévère et résistante aux thérapies habituelles. « Les Canadiens ont obtenu des résultats spectaculaires chez une poignée de patients. Mais il y a encore beaucoup de travail pour identifier la cible cérébrale la plus indiquée », explique le Montpelliérain qui, avec son équipe, travaille plutôt sur la stimulation magnétique transcrânienne. Cette technique a l'avantage de ne pas être invasive et d'être totalement

« Les TCA sont parmi les troubles psychiatriques pour lesquels il y a le moins d'études scientifiques sur les traitements, et leur niveau de preuve est souvent faible. »

P^r Sébastien Guillaume

ANTIPSYCHOTIQUES :

médicaments indiqués notamment dans le traitement des psychoses telles que la schizophrénie, les épisodes maniaques ou une agressivité pathologique.

L'orthorexie, nouveau trouble alimentaire ?



© iStock

L'orthorexie (du grec *orthos*, « correct », et *orexis*, « appétit ») se définit par la volonté obsessionnelle de manger sain. Elle a été décrite pour la première fois dans les années 1990. « Le problème, c'est ce que l'on entend par "sain", explique Nicolas Sahuc, diététicien rattaché au CHRU de Montpellier. Est-ce végétarien ou bien sans gluten ? Il s'agit bien souvent d'une notion très personnelle sans lien avec une réalité biologique. » Si aujourd'hui l'orthorexie n'est pas considérée comme un trouble des conduites alimentaires, on constate tout de même parfois un envahissement dans la vie quotidienne avec un retentissement au niveau social, et même des conséquences biologiques (carences voire dénutrition). « Dans notre société s'opère actuellement un glissement de la norme du poids vers la norme du "bien manger". Il faut être vigilant à ce que cela ne conduise pas à l'apparition de nouvelles formes de TCA », alerte le diététicien.

réversible : les zones cérébrales sont stimulées durant plusieurs séances de quelques minutes, par l'intermédiaire de puissants aimants placés de chaque côté du crâne. « Les résultats sont mitigés mais probablement parce que l'on n'a pas encore identifié les patients, anorexiques ou boulimiques, qui répondent le mieux à ces traitements, et qu'il faudrait aussi intervenir plus tôt dans l'histoire du patient. » Améliorer les filières de soins, pour diagnostiquer et prendre en charge les patients précocement, et identifier des sous-groupes de malades : tels sont donc les enjeux actuels pour les professionnels de soins et de recherche dans le domaine des TCA. ■

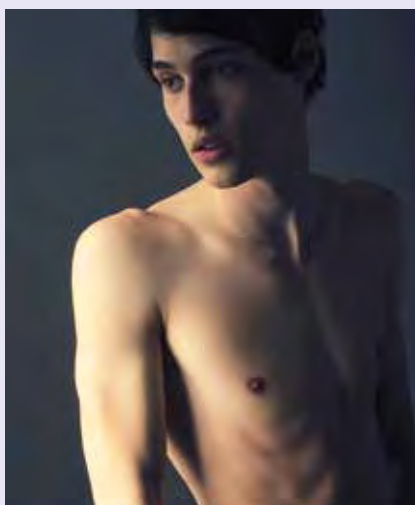
VRAI FAUX

Les personnes boulimiques sont en surpoids.

FAUX Les personnes souffrant de boulimie mangent plus – voire beaucoup plus – que les autres certes, mais mettent en place des stratégies pour compenser et ne pas prendre de poids (vomissements, purgatifs, laxatifs, régimes drastiques...). Elles peuvent donc souffrir d'un trouble sévère et avoir une silhouette inchangée. Alors que dans les deux autres grands types de TCA, il y a une répercussion visible sur le corps assez rapidement dans l'évolution du trouble.

Des relations familiales défectueuses sont à l'origine de l'anorexie mentale.

FAUX On a longtemps suspecté les relations familiales, notamment les relations mère-fille, d'être la cause de survenue des TCA et particulièrement de l'anorexie mentale. Mais aucune étude scientifique n'en a apporté la preuve. En revanche, il est désormais établi que les thérapies familiales sont efficaces pour améliorer l'évolution des symptômes. En d'autres termes, la famille n'est pas le problème mais fait partie des solutions!



© iStock

Les TCA peuvent aussi toucher les hommes.

VRAI

Parmi les personnes souffrant d'anorexie mentale, on trouve jusqu'à 20% d'hommes. Pour la boulimie, cette proportion est d'environ 30%. Mais certains spécialistes pensent que les TCA pourraient concerner beaucoup plus d'hommes : ils souffriraient d'absence ou d'erreur de diagnostic à cause d'un biais de genre (pour la même raison, les maladies cardiaques sont sous-diagnostiquées chez les femmes). D'ailleurs, pour ce qui est de l'hyperphagie boulimique, la proportion d'hommes et de femmes diagnostiqués est quasiment équivalente.

Les TCA sont des troubles dont on ne guérit jamais.

FAUX Les TCA sont des troubles graves, et même potentiellement mortels pour l'anorexie mentale, qu'il ne faut pas prendre à la légère en pensant que cela passera « tout seul ». Mais plus ils sont pris en charge tôt, et par une équipe multidisciplinaire, et plus les chances de guérison sont importantes. Même si le traitement peut s'étaler sur plusieurs années et être parfois difficile à vivre, pour le patient lui-même et pour sa famille, les chances de rémission sont importantes.

Les TCA perturbent les cycles menstruels.

VRAI Le fonctionnement des cycles menstruels dépend d'hormones sécrétées par le cerveau et les ovaires. Or l'état général de l'organisme influence leur fonctionnement. Un déficit ou au contraire un excès pondéral important, lié à une anorexie mentale ou à une hyperphagie boulimique, peut ainsi suspendre les cycles menstruels. Il en va de même avec la pratique trop intensive d'activités physiques dans le cadre d'une boulimie. Conséquences de la perturbation de ces cycles : des problèmes de fertilité mais aussi de déminéralisation osseuse qui peut entraîner une ostéoporose précoce. Si le TCA est pris en charge rapidement, ces troubles sont tout à fait réversibles.