

Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont classés parmi les affections psychiatriques. Parmi ces troubles figurent l'anorexie mentale (AM), la boulimie nerveuse (BN) et les autres troubles non classés par ailleurs qui ne comportent que certains des symptômes de l'anorexie mentale ou de la boulimie nerveuse ou sont des formes atténuées de ces troubles (formes pauci symptomatiques).

Bien qu'ils ne soient pas mentionnés dans la loi de santé publique de 2004, la ministre de la Santé a déclaré souhaiter faire des risques liés à la condition féminine en matière de nutrition une de ses priorités, et en particulier l'anorexie des adolescentes qui constitue selon elle un grand enjeu de santé publique¹.

Du fait du manque d'études nationales, sont présentées ici principalement des données issues de travaux internationaux, sauf exception comme ceux issus de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) menée en 2006. Cette étude permet de disposer de données sur la maigreur (tableau 1, graphique 1a, 1b, 2a, 2b), un état qui n'est pas synonyme de troubles de conduite alimentaire mais témoigne de l'existence de sujets potentiellement à risque. Une étude épidémiologique nationale est en cours². À noter que les éléments présentés dans cette fiche ont été partiellement publiés dans un rapport du Sénat en juillet 2008.

■ L'ANOREXIE MENTALE ET LA BOULIMIE NERVEUSE CONCERNENT DAVANTAGE LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES

Des travaux récents ont établi que l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse touchaient respectivement 0,9 % et 1,5 % des femmes et 0,3 % et 0,5 % des hommes [Hudson, 2007]. À la fin des années 1980, une étude indiquait déjà une prévalence de la boulimie nerveuse de l'ordre de 1,5 % parmi les jeunes âgés de 11 à 20 ans tous sexes confondus [Ledoux, 1991]. Les formes pauci symptomatiques, facteurs de risque de troubles physiques et psychiques à l'âge adulte, sont entre 2 et 10 fois plus fréquentes selon les études [Johnson *et al.*, 2002; Keel *et al.*, 2003; Kendler *et al.*, 1991; Keski-Rahkonon *et al.*, 2007]. Cette fourchette très large d'estimation est liée à une grande variabilité des critères diagnostiques retenus et incite à la plus grande prudence quant à la manipulation des résultats. Les crises de boulimie, quant à elles, concernent 28 % des adolescentes et les stratégies de contrôle du poids 19 % [Flament, 1995; Kendler *et al.*, 1991]. La moitié des sujets ne sont pas traités [Keski-Rahkonon *et al.*, 2007].

■ LES INCIDENCES DE L'ANOREXIE MENTALE ET DE LA BOULIMIE NERVEUSE MAL CONNUES

Les incidences de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse sont mal connues [Currin *et al.*, 2005], et varient en fonction des popula-

tions étudiées. Ainsi, parmi les consultants en médecine générale [Hoek, 2006] observe une incidence de 8 nouveaux cas par an pour 100 000 personnes pour l'anorexie mentale et de 12 nouveaux cas par an pour 100 000 personnes pour la boulimie nerveuse. Une autre étude réalisée parmi une population finlandaise de jumeaux âgés de 15 à 19 ans met en évidence une incidence de l'anorexie mentale de 270 cas pour 100 000 personnes [Keski-Rahkonon *et al.*, 2007].

■ L'ANOREXIE MENTALE, UNE PATHOLOGIE QUI SURVIENT À DES ÂGES PLUS PRÉCOCES QUE LA BOULIMIE NERVEUSE

La courbe de fréquence de l'anorexie mentale présente deux pics autour de 14 ans et de 18 ans représentant les deux âges auxquels apparaît plus spécifiquement ce trouble du comportement alimentaire. Cependant, l'âge de début tend à baisser et des formes très précoces d'anorexie mentale (dès l'âge de huit ans) sont signalées comme particulièrement sévères [Gowers, 2004]. L'âge au début de la boulimie nerveuse est plus tardif, aux environs de 19-20 ans (American psychiatric association, 1994).

■ LA FAIBLE ESTIME DE SOI : UN FACTEUR FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DE L'ANOREXIE MENTALE ET LA BOULIMIE NERVEUSE

Dans une revue de la littérature [Stice *et al.*, 2002] montrent que les principaux facteurs de

risque associés à la boulimie nerveuse sont de différentes natures. On relève aussi bien l'insatisfaction corporelle, les affects négatifs, le perfectionnisme, l'impulsivité, le sentiment d'une pression sociale à être mince, l'intégration d'un idéal de minceur, une faible estime de soi ou encore des règles précoces. Concernant l'anorexie mentale, ces mêmes chercheurs pointent deux principaux déterminants : le perfectionnisme et une faible estime de soi.

■ LES COMPLICATIONS LIÉES AUX TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES SONT NOMBREUSES ET GRAVES

Les complications somatiques des troubles des conduites alimentaires sont nombreuses et graves, mais leur fréquence est mal connue. Ces complications sont aiguës ou tardives, liées à la dénutrition et/ou aux vomissements (troubles cardiaques, digestifs, métaboliques, dentaires, rénaux, ostéoporotiques et infectieux). Les comorbidités psychiatriques sont très fréquentes : dépression, anxiété, troubles de la personnalité, abus de substances. Une étude française a montré que les symptômes alimentaires sont associés à une augmentation de la fréquence des pensées suicidaires chez les 12-19 ans [Guilbert *et al.*, 2001]. Les tentatives de suicide toucheraient entre 3 % et 20 %

1. www.sante.gouv.fr/hm/actu/33_070911rbn.pdf

2. L'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel de préparation à la défense (Escapad), sous la direction de Stéphane Legleye, OFDT.

Tableau 1 • Distribution (%) des sujets en état de maigreur selon le sexe et le groupe d'âges (2006-2007)

	Filles				Garçons			
	Total	3-7 ans	8-12 ans	13-17 ans	Total	3-7 ans	8-12 ans	13-17 ans
IMC < 18,5	9,5	8,7	7,3	10,1	8,8	11,1	10,0	7,1

Lecture : Selon les références de maigreur utilisées la proportion de sujets en situation de maigreur chez les sujets âgés de 8 à 18 ans varie de entre 0,1% à 10%. Tous ces sujets ne souffrent pas de TCA, mais cela contribue à expliquer la variabilité des indicateurs de fréquence de l'anorexie mentale : en fonction du seuil de maigreur choisi ceux-ci peuvent varier de 1 à 10.

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques de fixes et de portables.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et de portables.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

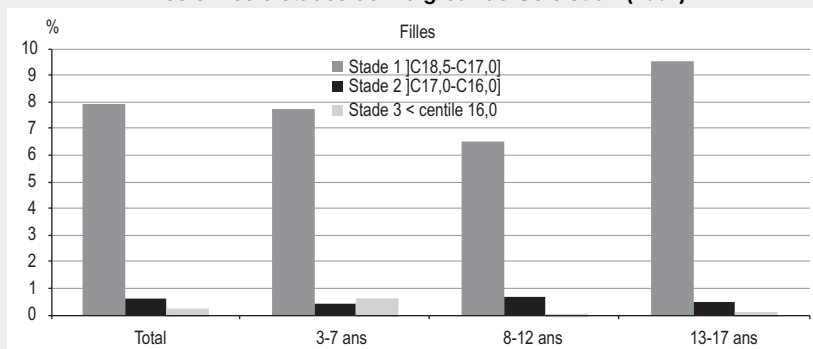
MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Données mesurées de poids et de taille. Indice de masse corporelle (IMC) = Poids(kg) / Taille(m)². Classification des enfants d'après les références pour la maigreur selon l'âge et le sexe de Cole *et al.* (grade 1 : courbe de centiles passant par 18,5 à l'âge de 18 ans ; grade 2 : courbe de centiles passant par 17,0 à l'âge de 18 ans ; grade 3 : courbe de centiles passant par 16,0 à l'âge de 18 ans) et les références françaises (3^e et 10^e percentiles). Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institution.

RÉFÉRENCES

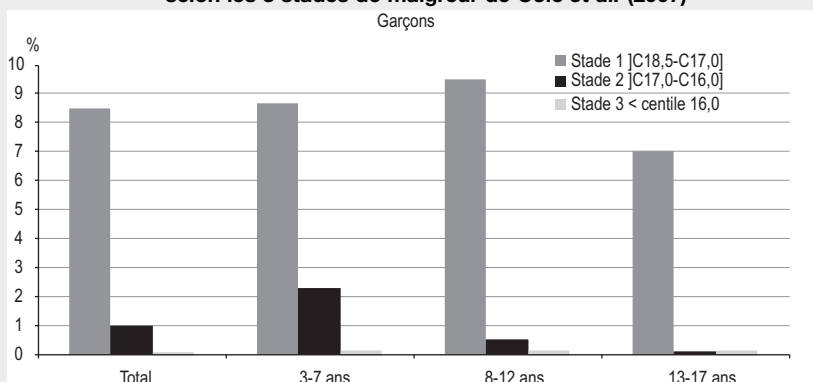
- Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), 2007, «Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)», Rapport Institut de veille sanitaire, université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE • USEN (InVS – Paris 13 – CNAM).

Graphique 1a • Distribution de la maigreur en population française avant 18 ans selon les 3 stades de maigreur de Cole *et al.* (2007)

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques de fixes et de portables.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

Graphique 1b • Distribution de la maigreur en population française avant 18 ans selon les 3 stades de maigreur de Cole *et al.* (2007)

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques de fixes et de portables.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

Troubles des conduites alimentaires anorexie mentale (suite)

des personnes souffrant de l'anorexie mentale et entre 25 % et 35 % de ceux souffrant de la boulimie nerveuse [Flament, 1995].

■ DEUX FACTEURS CLÉS POUR UN PRONOSTIC FAVORABLE : UN ÂGE DE DÉBUT PRÉCOCE ET UN DÉLAI COURT ENTRE LE DÉBUT DES SYMPTÔMES ET CELUI DES SOINS

Les personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire peuvent guérir. L'évolution des troubles des conduites alimentaires a souvent été étudiée en population clinique mais peu en population générale. Chez les malades traités en clinique, la synthèse des données des 119 principales études publiées entre 1950 et 2000 fait le constat que 47 % des personnes ayant été touchées par l'anorexie mentale guérissent, 34 % voient leur état s'améliorer, 21 % présentent un trouble du comportement alimentaire chronique, 5 % sont décédées. Le pronostic ne semble pas s'être amélioré au cours du ^{xx} siècle. Deux facteurs sont liés à un pronostic favorable : un âge de début précoce de l'anorexie et un délai court entre le début des symptômes et le début des soins. Ces éléments plaident en faveur du développement d'actions de dépistage précoce des troubles des conduites alimentaires. En population générale,

la durée moyenne d'évolution de l'anorexie est de 1,7 an et celle de la boulimie de 8,3 ans [Hudson, 2007]. Après cinq ans d'évolution, 66,8 % des sujets anorexiques sont guéris [Keski-Rahkonen *et al.*, 2007]. Après sept ans de suivi, 73 % des boulimiques suivis en population clinique sont en rémission lors du suivi mais 35 % d'entre eux rechutent par la suite. Après 12 années de suivi, 67 % sont guéris sans trouble de conduites alimentaires [Keel *et al.*, 2003].

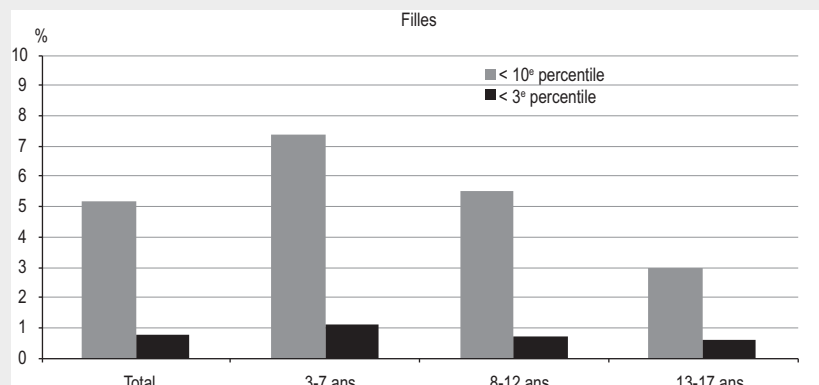
■ PARMIS LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES, L'ANOREXIE MENTALE A LA PLUS FORTE MORTALITÉ

La mortalité liée à l'anorexie mentale est de l'ordre de 5 % par décennie d'évolution, soit 10 à 12 fois la mortalité observée dans une population générale du même âge [Keel *et al.*, 2003; Nielsen *et al.*; Sullivan, 1995]. Les principales causes de décès sont le suicide et les complications somatiques. Il ne semble pas y avoir de surmortalité liée à la boulimie nerveuse [Keel *et al.*, 2003], mais le recul est peu important car cette pathologie n'a été individualisée qu'à la fin des années 1970. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
U669 INSERM – AFDAS-TCA –
RÉSEAU TCA FRANCILIEN

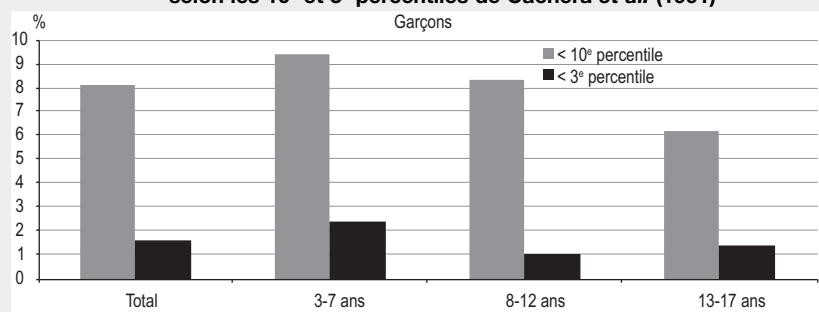
synthèse

Les troubles des conduites alimentaires sont fréquents et mal dépistés. Or, c'est la précocité des soins qui conditionne le pronostic. L'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les troubles pauci symptomatiques ont une évolution tout aussi préoccupante. Leur mortalité et leur morbidité sont considérables. Tous ces éléments en font un problème de santé publique. Il serait souhaitable que les troubles des conduites alimentaires deviennent une priorité dans la loi de santé publique afin de développer des recherches sur ce thème et des dispositifs de soins adaptés et en nombre suffisant.

Graphique 2a • Distribution de la maigreur en population française avant 18 ans selon les 10^e et 3^e percentiles de Cachera *et al.* (1991)

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques de fixes et de portables.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

Graphique 2b • Distribution de la maigreur en population française avant 18 ans selon les 10^e et 3^e percentiles de Cachera *et al.* (1991)

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques de fixes et de portables.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

RÉFÉRENCES •

- 1994, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition, primary care version Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- 2008, *La santé de l'homme*, INPES, n° 394, mars-avril.
- Berkman N.D., Lohr K.N., Bulik C.M. 2007, «Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature», *Int J Eat Disord*, 40(4) : 293-309.
- Cassin S.E., Von Ranson K.M., 2005, «Personality and eating disorders: a decade in review», *Clin Psychol Rev*, 25(7): 895-916.
- Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A., 2007, «Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international», *Survey BMJ*; 335(7612):194.
- Currin L., Schmidt U., Treasure J., Jick H. 2005, «Time trends in eating disorder incidence», *Br J Psychiatry*, 186: 132-5.
- Eddy K.T., Celio Doyle A., Hoste R.R., Herzog D.B., le Grange D. 2008, «Eating disorder not otherwise specified in adolescents», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(2) : 156-64.
- Flament M.-F., 1995, «Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires» in Rouillon F., Lépine J.-P., Terra J.-L., *Épidémiologie Psychiatrique*, Paris, Ellipse.
- Franko D.L., Keel P.K., 2006, «Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications», *Clin Psychol Rev*, 26(6) : 69-82.
- Godart N.T., Perdereau F., Rein Z., Berthoz S., Wallier J., Jeammet P., Flament M.-F., 2007, «Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature», *J Affect Disord*, 97(1-3) : 37-49.
- Godart N.T., Flament M.-F., Perdereau F., Jeammet P., 2002, «Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review», *Int J Eat Disord*, 32 (3) : 253-70.
- Gowers S., Bryant-Waugh R., 2004, «Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions», *J Child Adolesc Psychol Psychiat*, 45(1) : 63-83
- Guilbert P., Choquet M., Arwidson P. *et al.*, 2001, «Conduites alimentaires perturbées et pensées suicidaires chez les adolescents: résultats d'une enquête nationale par téléphone», *Santé publique*; 13(2) : 112-23.
- Harris E.C., Barraclough B., 1998, «Excess mortality of mental disorder», *Br J Psychiatry*, 173: 11-53.
- Hoek H.W., 2006, «Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders», *Curr Opin Psychiatry*, 19(4) : 389-94.
- Hudson J.I., Hirpi E., Pope H.G., Kessler R.C., 2007, «The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication», *Biological Psychiatry*, 61 : 348-58.
- Johnson J.G., Cohen P., Kasen S., Brook J.S., 2002, «Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood», *Arch Gen Psychiatry*, 59(6) : 545-52.
- Keel P.K., Dorer D.J., Eddy K.T., Franko D., Charatan D.L., Herzog D.B., 2003, «Predictors of mortality in eating disorders», *Arch Gen Psychiatry*, 60(2) : 179-83.
- Kendler K.S., Mac Lean C., Neale M., Kessler R., Heath A., Eaves L. 1991, «The genetic epidemiology of bulimia nervosa», *Am J Psychiatry*, 148(12) : 1627-37.
- Keski-Rahkonen A., Hoek H.W., Susser E.S., Linna M.S., Sihvola E., Raevuori A., Bulik C.M., Kaprio J., Rissanen A., 2007, «Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community», *Am J Psychiatry*, 164(8) : 1259-65.
- Ledoux S., Choquet M. 1991, *Les troubles des conduites alimentaires*, Documentation française, Paris: INSERM, Les 11-20 ans et leur santé.
- Mitchell J.E., Crow S. 2006, «Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa», *Curr Opin Psychiatry*, 19(4) : 438-43.
- Nielsen S., Møller-Madsen S., Isager T., Jørgensen J., Pagsberg K., Theander S., 1998, «Standardized mortality in eating disorders - a quantitative summary of previously published and new evidence», *J Psychosom Res*, 44(3-4) : 413-3.
- Rolland-Cachera M.-F., Cole T.J., Sempé M., Tichet J., Rossignol C., Charraud A., 1991, «Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years», *Eur J Clin Nutr*, 45(1) : 3-21.
- Schillinger P., 2008, *Rapport du Sénat au nom de la Commission des affaires sociales sur la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale visant à lutter contre les incitations à la recherche d'une maigreur extrême ou à l'anorexie*, Rapport n° 439, 60 p., juillet.
- Stice E., 2002, «Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review», *Psychol Bull*, 128(5) : 825-48.
- Sullivan P.F. 1995, «Mortality in anorexia nervosa», *Am J Psychiatry*, 152(7) : 1073-4.
- Steinhausen H.C., 2002, «The outcome of anorexia nervosa in the 20th century», *Am J Psychiatry*, 159(8) : 1284-93.
- Viricel J., Bossu C., Galusca B., Kadem M., Germain N., Nicolau A., Millot L. *et al.*, 2005, «Retrospective study of anorexia nervosa: reduced mortality and stable recovery rates», *Press Med*, 34(20 Pt 1) : 1505-10.
- Zimmerman M., Francione-Witt C., Chelminski I., Young D., Tortolani C., 2008, «Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in a general psychiatric outpatient practice», *J Clin Psychiatry*, 69(3) : 381-4.