



Troubles

des comportements

alimentaires (TCA)

psycom 

www.psycom.org

SOMMAIRE

| | |
|-----------------------------|-------|
| Introduction | p. 02 |
| Anorexie mentale | p. 03 |
| Boulimie | p. 05 |
| Conséquences des TCA | p. 06 |
| Origine des TCA | p. 07 |
| Traiter les TCA | p. 08 |
| Où s'adresser ? | p. 10 |
| Pour en savoir plus | p. 11 |

Introduction

L'alimentation est une fonction vitale qui apporte les éléments nutritionnels indispensables à une bonne santé, en quantité et en qualité. Santé physique mais aussi psychologique, affective et sociale. Un équilibre doit être trouvé entre exigences personnelles, culturelles et métaboliques. L'alimentation est aussi une pratique sociale, familiale et culturelle qui permet à la personne de prendre une place dans son environnement.

Ceci explique :

- la diversité des facteurs à l'origine des TCA ;
- la continuité entre préoccupations alimentaires sans lendemain et troubles pathologiques ;
- la variété des modes d'expression d'une souffrance psychologique dans des conduites diverses touchant les besoins fondamentaux (alimentation, sommeil ...).

Les travaux récents montrent que les TCA pourraient être liés à des processus biologiques ou à une vulnérabilité génétique. C'est pourquoi on tend à les rapprocher des conduites addictives (ex : toxicomanie).

Le nombre de nouveaux cas par an d'anorexie mentale de l'adolescent et du jeune adulte reste stable, mais on constate une augmentation des conduites anorexiques chez l'enfant, parallèlement à des pratiques alimentaires chaotiques et une augmentation préoccupante de l'obésité.

Classification des troubles psychiques

Il existe plusieurs façons de décrire les troubles psychiques, correspondant à différents courants de l'histoire de la psychiatrie. A l'heure actuelle, deux classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont utilisées :

- Classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la santé, dixième version (CIM-10),
- Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-V), développé par l'Association américaine de psychiatrie.

Elles proposent une description clinique de syndromes (ensemble de symptômes) mais ne tiennent pas compte de l'origine des symptômes, ni de la personnalité qui les accompagne.

Anorexie mentale

C'est une perturbation de la relation à l'alimentation, qui survient chez une adolescente ou une jeune femme, ou chez un adolescent ou un jeune homme (environ 1 garçon pour 10 filles), ou chez un enfant proche de la puberté. Troisième maladie chronique chez l'adolescente aux États-Unis (après l'obésité et l'asthme), sa prévalence vie entière est estimée à 0,5 %. Son taux d'incidence est faible (1 à 2 ‰) chez les femmes et n'augmente pas (INSERM).

Symptômes (CIM-10)

- Perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient, associée à la peur de grossir et d'avoir un corps flasque.
- Dénutrition de gravité variable, s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques, notamment aménorrhée (arrêt des règles).
- Maintien d'un poids faible, en dessous des normes pour l'âge et la taille.

.../...

.../...

- Restriction des choix alimentaires.
- Pratique excessive d'exercices physiques.
- Vomissements provoqués et utilisation de laxatifs, coupe-faims et diurétiques.

L'anorexie peut apparaître seule ou accompagnée d'épisodes de boulimie, associés à une horrible sensation de perte de contrôle, de profond sentiment de culpabilité, de dépression et d'angoisse, suivis d'une purge des calories absorbées (vomissements, abus de laxatifs et de diurétiques).

À partir de quand faut-il s'inquiéter ?

- La perte de poids se poursuit au-delà d'un poids de référence minimum.
- Les préoccupations autour de la nourriture et/ou la forme du corps envahissent l'ensemble du fonctionnement psychique et des relations sociales.
- Des signes secondaires apparaissent : disparition des règles, hyperpilosité...
- Les préoccupations autour de la nourriture sont l'occasion de conflits systématiques et violents avec l'entourage.
- Des vomissements provoqués apparaissent.

L'anorexie survient souvent comme un coup de tonnerre dans un ciel serein, à la suite d'une déception scolaire ou sentimentale, d'un deuil ou d'un régime amaigrissant commencé suite à une remarque «vexante» sur le physique de la personne. Un début plus progressif est également possible. Pendant un moment, ces symptômes passent inaperçus de l'entourage, qui a pu encourager le régime au début.

Puis, les conflits entre la personne et son entourage deviennent majeurs, celle-ci est décrite comme tyrannique, imposant ses volontés à sa famille, et elle-même décrit sa famille comme ne la laissant pas tranquille, l'épiant et ne pensant qu'à la faire manger.



L'anorexie mentale, ce n'est pas :

- Un caprice alimentaire (engouement ou rejet de tel ou tel aliment).
- Un manque d'appétit au cours d'une maladie ou suite à une contrariété.
- Une dépression.
- La caractéristique d'un « petit mangeur ».
- Un régime normal, dicté par un désir de changement, où l'objectif est raisonnable et où le poids perdu amène satisfaction.
- Un syndrome d'alimentation électorale, où tout changement amène une angoisse importante et conduit à une vie sociale rétrécie.
- Une phobie de déglutition, c'est-à-dire la peur d'avaler, après un événement traumatique (fausse route, exploration fonctionnelle), qui s'accompagne de manifestations d'angoisse.
- D'autres phobies alimentaires, en fonction de la couleur des aliments, de la peur de maladies, où une anxiété est toujours présente.
- Un trouble obsessionnel compulsif, où la diminution de la prise d'aliments est liée à un besoin de contrôle permanent.

Boulimie

Sa prévalence serait de 1,5% de la population féminine (3-4 filles pour 1 garçon) et entre 1 et 3% de prévalence vie entière. En France dans une pré-enquête sur 3500 élèves menée dans la Haute-Marne, les préoccupations corporelles concernaient un tiers des jeunes filles. 20% avaient des conduites de restriction alimentaire, 3% avaient des vomissements et près de 10% une crise de boulimie hebdomadaire.

Symptômes (CIM-10)

- Préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs.
- Accès répétés d'hyperphagie (absorption de grandes quantités de nourriture en peu de temps).

Ce trouble a des points communs avec l'anorexie : préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques. Dans les antécédents on peut retrouver un épisode d'anorexie mentale, survenu quelques mois ou années plus tôt.

Conséquences des TCA

La dangerosité de l'anorexie mentale est souvent sous-estimée, voire niée. Des sites Internet, des sectes et des personnes vantant les médecines parallèles valorisent même l'extrême minceur.

Conséquences immédiates

- Détérioration de l'état général : fonte musculaire, chute de la température corporelle, déshydratation, troubles hormonaux, constipation résistante...
- Retentissement sur le système cardio-vasculaire grave, voire mortel : hypotension, troubles du rythme cardiaque.
- Anomalies cérébrales, parfois incomplètement réversibles après renutrition.

Conséquences à long terme

- **Somatiques** : retard de puberté, problème de fertilité, fausses couches, prématurité, enfant dysmature, retard ou blocage de croissance, atteinte osseuse, ostéopénie exposant au risque d'ostéoporose.
- **Psychologiques** : dépression, anxiété, trouble obsessionnel compulsif.
- **Sociales** : restriction des sorties, contacts, échanges et activités.



L'enfant ou l'adolescent anorexique est en danger, parfois pour sa vie et toujours pour sa croissance et son devenir d'homme ou de femme.

Origine des TCA

Il n'y a pas de cause unique mais des facteurs physiques, psychologiques, familiaux et socioculturels. Sans culpabilité ni reproches inutiles et nuisibles, il faut se poser les bonnes questions, pour tenter de voir si certains événements ont pu avoir un écho. Il faut réfléchir aux changements possibles dans l'accompagnement des soins de l'enfant ou de l'adolescent.

Facteurs psychologiques et individuels

Préoccupation particulière autour de la nourriture, l'aspect physique, les identités sexuelles.

Contexte familial

Mode de relation interpersonnelle, place de chacun dans la famille, accès à l'autonomie, règles éducatives...

Vulnérabilité génétique

Prouvée par des études de jumeaux et des études familiales.

Société et culture

Ils jouent un rôle important dans les idéaux de minceur, la valorisation des conduites à risque et la course aux performances.

Si le pourcentage d'anorexie à l'adolescence reste stable, on constate aujourd'hui une augmentation chez les enfants, en particulier chez des enfants trop seuls, trop responsables et soumis aux préoccupations des adultes.

Peut-on éviter les TCA ?

Quelques conseils simples peuvent aider à prévenir ces troubles :

- Retrouver le plaisir des courses pour des repas variés.
- Valoriser les repas, vrais moments de rencontre et d'échange, sans se focaliser sur la nourriture prise par l'enfant.
- Éviter de proposer aux enfants des idéaux de réussite impossibles à atteindre, ou des contraintes éducatives excessives « pour leur bien ». Les aider à assouplir leurs exigences vis-à-vis d'eux-mêmes.
- Se méfier des idées reçues sur le plan alimentaire.
- Éviter d'encombrer les enfants avec les difficultés alimentaires ou de poids des adultes.
- Respecter les désirs et les choix des enfants, pour les aider plus efficacement, en favorisant leur autonomie.
- Favoriser pour l'enfant les loisirs et plaisirs partagés avec des enfants de son âge, l'aider à ne pas s'isoler.
- Être positif dans les exigences parentales, plutôt que d'assommer les enfants de critiques.

Traiter les TCA

Consulter le médecin traitant habituel (généraliste ou pédiatre) qui fera le premier diagnostic, prescrira les examens nécessaires et conseillera sur le choix d'un confrère ou d'une équipe hospitalière. Il sera également le médecin de référence pour assurer le suivi.

Différents niveaux d'intervention

• Suivi médical

Surveillance du poids, de l'état général physique, prescription des examens complémentaires nécessaires, mise en place des traitements adjuvants éventuels (vitamines, fer...).

• Suivi psychiatrique

Évaluation de l'état psychique, recherche d'autres troubles psychopathologiques associés, évaluation de la reconnaissance du trouble et d'un besoin d'aide, afin d'établir une alliance thérapeutique.

• Suivi nutritionnel

Mise en place d'un programme de réalimentation progressive négocié, afin d'aboutir à un contrat décrivant les différentes étapes pour le retour à une vie normale. Les parents y sont associés.

• Prise en charge familiale

Les familles, en souffrance, doivent être aidées et impliquées dans les soins. Les entretiens familiaux construisent une alliance avec la famille, pour lui apporter soutien et écoute, et pour apprécier l'impact du trouble dans la famille et les dysfonctionnements qui participent au maintien du trouble.

• Psychothérapie de l'enfant ou adolescent

En fonction de la personne, de son âge, de la gravité du trouble et de sa reconnaissance ou pas, une psychothérapie peut être proposée. En groupe ou individuelle, psychanalytique ou cognitivo-comportementaliste et pratiquée par un praticien expérimenté.

Organisation des soins

• En ambulatoire (hors de l'hôpital) :

Cela demande beaucoup de disponibilité pour assurer la coordination des soins. Cette prise en charge peut s'appuyer sur des hospitalisations à la journée, à un rythme dépendant de la gravité médicale et psychologique. Son intérêt est de fournir une unité de lieu et de coordination, sans couper le jeune de son insertion familiale, sociale et scolaire.

• En hospitalisation

- dans les cas suivants :
- Complications médicales (trouble cardiaque, déshydratation), ou psychologiques (dépression sévère, idées de mort, refus de soins..).
 - Dénutrition trop sévère et qui met la vie en jeu.
 - Famille débordée et épuisée et qui doit être relayée.
- Échec du traitement ambulatoire ou en hôpital de jour et poursuite de la perte de poids.
 - Coordination des soins difficile, compte tenu du contexte familial ou de la situation géographique.



Moment difficile, confirmant la gravité de la situation, l'hospitalisation doit s'appuyer sur une décision claire des parents, aidés par le médecin. Idéalement, elle doit se réaliser dans un service ayant une compétence dans le traitement de ces troubles.

Le contrat de soins, négocié avec la personne, engage aussi l'équipe soignante et les parents : c'est le fil conducteur des soins. Le soutien de l'ensemble de l'équipe, les diverses activités proposées (thérapeutiques, éducatives et scolaires), constituent un cadre aidant et dynamisant.

Dans certains cas il faut utiliser une assistance nutritionnelle médicale par sonde, car la personne est en danger, ou l'alimentation par voie naturelle trop difficile. Malgré son inconfort, ce mode d'alimentation apporte souvent un soulagement, tant les moments des repas peuvent être difficiles.

L'alimentation par voie naturelle peut être progressivement réintroduite. La surveillance médicale et infirmière doit être étroite dans les moments les plus difficiles d'opposition et d'angoisse, mais la coopération est toujours recherchée, des explications claires sont données à la personne et aux parents.

Après une hospitalisation, le retour à la vie normale se fait par étape, les retours à la maison sont progressifs. L'accompagnement en ambulatoire doit être suffisamment prolongé et solide, pour prévenir les rechutes et donner à tous la sécurité nécessaire pour aborder avec confiance une vie nouvelle.

Où s'adresser ?

Médecin traitant

Il est conseillé de demander l'avis de son médecin habituel qui peut orienter vers une consultation ou un service spécialisés, en fonction de la gravité de la situation.

Dans tous les cas, une bonne coordination est nécessaire pour un accompagnement de qualité de la personne et de sa famille.

Centres médico-psychologiques (CMP)

Les services de psychiatrie publique proposent des consultations et des prises en charge pour tous les troubles psychiques.

Les consultations sont prises en charge par la Sécurité Sociale.

Se renseigner auprès du CMP le plus proche du domicile.

Certains hôpitaux proposent des services spécialisés dans la prise en charge des TCA.

Anorexie Boulimie, Info Ecoute 0810 037 037

Lundi-mardi-jeudi-vendredi 16h-18h, questions, information, adresses utiles, demande d'aide, confidentielle et anonyme.

Associations de professionnels

Renseignent sur les psychothérapies, la formation de leurs membres et les adresses de leurs membres assurant des consultations privées.

Liste non exhaustive.

Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaires
AFDAS-TCA
100, rue de la Santé
CMME Centre hospitalier Sainte-Anne
75014 Paris
www.anorexiéboulimie-afdass.fr

Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive
AFFORTHECC
41, route de la fruitière
74650 Chavanod
www.afforthcecc.org
(annuaires des membres actifs)

Association française de thérapie comportementale et cognitive – AFTCC
27, rue de la Saïda - 75015 Paris
01 45 88 35 28
www.aftcc.org
(annuaires des membres actifs)

Association Psychanalytique de France
APF
24, place Dauphine - 75001 Paris
01 43 29 85 11
www.associationpsychanalytiquedefrance.org

Société de Psychanalyse Freudienne
23, rue Campagne Première
75014 Paris
01 43 22 12 13
www.spf.asso.fr

Société française de thérapie familiale
SFTF
23, rue de la Rochefoucauld
75009 Paris
01 49 70 88 58
sftf.net

Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe – SFPPG
(l'adresse change tous les 4 ans)
35, rue Élisée Reclus
93300 Aubervilliers
01 48 34 23 06
sfppg@wanadoo.fr - www.sfppg.fr

Société Psychanalytique de Paris – SPP
187, rue St Jacques
75005 Paris
01 43 29 66 70
spp@spp.asso.fr
www.spp.asso.fr

Associations de patients et de proches

Regroupent des personnes souffrant de troubles psychiques et proposent des groupes de paroles, des lignes d'écoute téléphonique, des conseils et de l'entraide. Liste non exhaustive.

Fédération nationale des associations liées aux troubles du comportement alimentaire (FNA-TCA)
Maison des associations
56000 Vannes
contact@fna-tca.com
www.fna-tca.fr

Fédération Nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPsy)
33, rue Daviel - 75013 Paris
01 43 64 85 42
fax 01 42 73 90 21
www.fnapsy.org

Union nationale des amis et familles de malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM)
12, Villa Compoint - 75017 Paris
01 53 06 30 43
fax 01 42 63 44 00
écoute famille 01 42 63 03 03
infos@unafam.org
www.unafam.org

Pour en savoir plus

Haute autorité de santé : www.has-sante.fr
Brochures Psycom : Les psychothérapies, les médicaments psychotropes et les droits et devoirs des usagers, téléchargeables sur www.psycom.org

- Anorexie, boulimie : maladies du paradoxe, Philippe Jeammet, Eds Fayard, 2013.
- Boulimie-Anorexie, Guide de survie pour vous et vos proches, Catherine Hervais, Interéditons, 2012.
- Votre enfant est anorexique : comment l'aider ? Yves Simon et Isabelle Simon-Baïssas, Eds Odile Jacob, 2009.
- Bien choisir sa psychothérapie, Sylvie et Pierre Angel, Larousse 2010.
- Guide de l'aide psychologique de l'enfant – de la naissance à l'adolescence, Michel David et Jocelyne Jérémie, Odile Jacob, 1999.

Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.

Le Psycom édite 6 collections de brochures d'information :

- Troubles psychiques
- Psychothérapies
- Médicaments psychotropes
- Organisation des soins psychiatriques
- Droits et devoirs des usagers
- Santé mentale et...

psycom 

11, rue Cabanis - 75674 Paris Cedex 14
facebook.com/psycom.org - @Psycom_actu
www.psycom.org - contact@psycom.org

Avec le soutien financier de :



35, rue de la Gare
75935 Paris Cedex 19
www.ars.iledefrance.sante.fr



42, bd de la Libération
93203 Saint Denis Cedex
www.inpes.sante.fr

Rédacteur en chef : Jean-Luc Chassaniol (secrétaire général, Psycom).
Rédaction : Dr Patrick Eche (pédopsychiatre, GPS Perray-Vaucluse) et Aude Caria (directrice, Psycom). **Comité de relecture :** Caroline David (bénévole, UNAFAM), Claude Finkelstein (présidente, FNAPsy), Dr Marie-Jeanne Guedj (psychiatre, CH Sainte-Anne), Dr Vassilis Kapsambelis (psychiatre, ASM13), Dr Frédéric Khidichian (psychiatre, Hôpitaux de Saint-Maurice), Dr Christiane Santos (psychiatre, GPS Perray-Vaucluse) et Dr Norbert Skurnik (psychiatre, EPS Maison Blanche).
Coordination éditoriale : Aude Caria (directrice, Psycom). **Illustration :** Fotolia (libre de droits).