

CHAPITRE 6

TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Points saillants

- Environ 3 % des femmes seront affectées par un trouble de l'alimentation au cours de leur vie.
- Les jeunes filles et les femmes sont plus affectées par l'anorexie et la boulimie mentale que les garçons ou les hommes.
- Les troubles de l'alimentation peuvent être provoqués par des facteurs biologiques et personnels ainsi que par la promotion de l'image du corps mince.
- Les troubles de l'alimentation présentent un risque élevé d'autres maladies mentales et physiques qui peuvent conduire à la mort.
- Depuis 1987, les hospitalisations pour les troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux ont augmenté de 34 % chez les jeunes femmes de moins de 15 ans et de 29 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans.

Que sont les troubles de l'alimentation?

Les troubles de l'alimentation se distinguent par une perturbation grave du comportement alimentaire : le fait de manger trop ou trop peu, ainsi qu'une grande préoccupation concernant la taille et la forme de son corps¹. Ce chapitre porte sur l'anorexie mentale, la boulimie mentale et la frénésie alimentaire.

Les troubles de l'alimentation ne sont pas une fonction de la volonté mais sont plutôt des modes d'alimentation malsains qui s'autonomisent. L'ingestion volontaire de portions plus petites ou plus grandes que d'habitude est courante, mais pour certaines personnes, cela devient une compulsion et les comportements alimentaires deviennent outrés.

Les personnes souffrant d'**anorexie mentale** refusent de maintenir un poids corporel minimalement normal, craignent beaucoup de prendre du poids et ont une perception déformée

de la forme et de la taille de leur corps².

Les personnes souffrant de **boulimie mentale** s'alimentent excessivement et utilisent ensuite des méthodes compensatoires pour prévenir la prise de poids, par exemple, en se faisant vomir, en pratiquant un exercice excessif ou en abusant de laxatifs. Elles accordent également une importance excessive à la forme et au poids du corps. Pour diagnostiquer la boulimie mentale, la frénésie alimentaire et les comportements compensatoires doivent se manifester, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois².

Un diagnostic de **frénésie alimentaire** est porté si la frénésie n'est pas suivie d'un comportement compensatoire, tel se faire vomir, pratiquer un exercice excessif ou abuser des laxatifs. Ce trouble est souvent associé à l'obésité.

<u>Symptômes</u>		
<u>Troubles de l'alimentation</u>		
<u>Généralités</u>		
Perception déformée de la forme ou de la taille de son corps		
<u>Anorexie</u>	<u>Boulimie</u>	<u>Épisodes d'alimentation excessive</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Résistance à maintenir le poids corporel au poids normal ou au-dessus du poids minimalement normal pour l'âge et la grandeur, accompagnée d'une crainte intense de prendre du poids ou d'engraisser, même si la personne ne pèse pas son poids normal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Épisodes récurrents de frénésie alimentaire accompagnés d'un comportement compensatoire inapproprié afin de prévenir la prise de poids, par exemple, en se faisant vomir, en consommant des laxatifs ou en pratiquant un exercice excessif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frénésie alimentaire sans comportement compensatoire, par exemple en se faisant vomir, en pratiquant un exercice excessif ou en abusant des laxatifs. • Ces personnes sont souvent obèses.

Jusqu'à quel point les troubles de l'alimentation sont-ils répandus?

On estime que 3 % des femmes seront affectées par un trouble de l'alimentation au cours de leur vie.³ Environ 0,5 % à 4 % des femmes développeront l'anorexie mentale au cours de leur vie et

de 1 % à 4 % développeront la boulimie¹. La frénésie alimentaire affecte environ 2 % de la population⁴.

Répercussions des troubles de l'alimentation

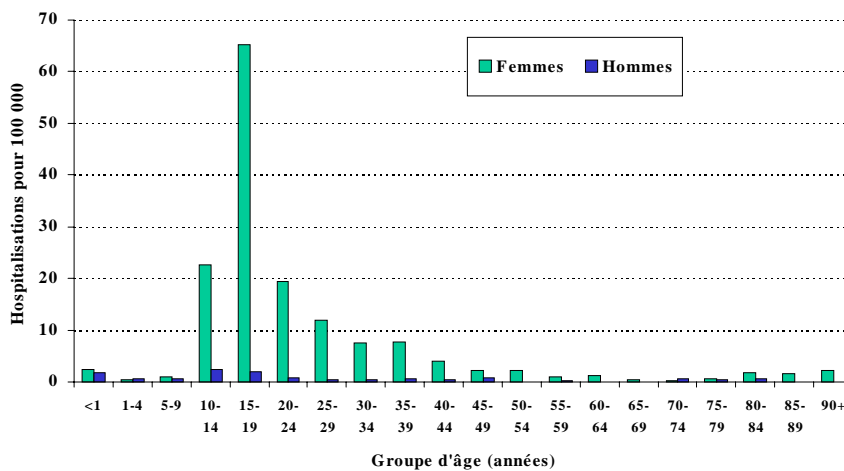
Qui est affecté par les troubles de l'alimentation?

L'anorexie mentale et la boulimie affectent surtout les jeunes femmes. Toutefois, il se peut que cette tendance se modifie. Dans le passé, seulement environ 10 % des personnes présentant ce trouble étaient des jeunes hommes¹. Une étude Ontarienne indique que 0,3 % des hommes de 15 à 64 ans et 2,1 % des femmes souffraient d'anorexie mentale ou de boulimie⁵. Dans la plupart des cas, la frénésie alimentaire apparaît au cours de l'adolescence ou de la jeune vie adulte. Les hommes sont plus

susceptibles d'être affectés par la frénésie alimentaire que par les autres troubles de l'alimentation.

Bien que le traitement d'un trouble de l'alimentation soit surtout dispensé dans la collectivité, l'hospitalisation est parfois nécessaire. Les données sur les hospitalisations offrent une description partielle des personnes affectées par des troubles de l'alimentation graves. Toutefois, les résultats doivent être considérés avec prudence puisqu'il ne s'agit que d'un sous-ensemble des personnes souffrant de ces troubles.

Figure 6-1 Hospitalisations pour troubles de l'alimentation* dans les hôpitaux généraux pour 100 000 par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



* Diagnostic le plus responsable

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

En 1999, les femmes de tous les groupes d'âge présentaient des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux des hommes pour les troubles de l'alimentation (figure 6-1). Les femmes figuraient dans 94 % de toutes les admissions à l'hôpital pour ces troubles. Les adolescents des deux sexes âgés de 10 à 19 ans présentaient les taux d'hospitalisation les plus élevés.

Comment les troubles de l'alimentation affectent-ils les gens?

Les anorexiques et les boulimiques peuvent récupérer après un seul épisode du trouble. D'autres peuvent osciller entre des prises et des pertes de poids. D'autres encore continueront d'avoir des problèmes liés à l'alimentation et au poids toute leur vie. Des antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme au moment du diagnostic et une durée plus longue des symptômes avant le diagnostic sont associés à de moins bons résultats à long terme⁶.

Les anorexiques et les boulimiques peuvent développer des problèmes physiques sérieux, tels une affection cardiaque, un déséquilibre électrolytique et une insuffisance rénale pouvant conduire à la mort. Les troubles de l'alimentation peuvent causer des problèmes psychologiques, sociaux et de santé à long terme, même après que l'épisode aigu a été résolu⁷.

Les anorexiques sont plus susceptibles de souffrir d'une dépression majeure, d'une dépendance à l'alcool et de troubles anxieux au moment de leur maladie ou plus tard dans la vie^{8,9}. Le suicide est également une conséquence possible.

Un trouble de l'alimentation amène une jeune personne à s'absenter de l'école, du travail et des activités récréatives. La faiblesse physique associée à la maladie affecte aussi sérieusement l'interaction sociale avec les amis et la participation à la vie en général. Les amis ont aussi de la difficulté à savoir comment réagir et aider.

Les familles des personnes souffrant de troubles de l'alimentation vivent également un grand stress. Elles peuvent se blâmer, se sentir anxieuses au sujet de l'avenir d'un être aimé, s'inquiéter de la mort possible de la personne et peuvent faire l'objet de la stigmatisation associée au fait d'avoir un enfant souffrant d'une maladie mentale. Les parents éprouvent particulièrement une tension entre leur instinct protecteur naturel qui veut forcer l'enfant à adopter des comportements sains (ce qui peut souvent empirer la situation) et le besoin de l'enfant de prendre le contrôle de sa maladie et de sa santé.

Stigmatisation associée aux troubles de l'alimentation

L'anorexie mentale et la boulimie mentale ne présentent pas les mêmes manifestations publiques que les autres maladies mentales. En général, la gêne attribuable à un comportement inhabituel n'est pas un problème. Essentiellement, ces maladies sont une affaire familiale privée. Ainsi, la stigmatisation associée aux troubles de l'alimentation vient de l'impression erronée que les autres (les parents en particulier)

sont à blâmer pour la maladie. La stigmatisation isole les parents de leurs pairs et des autres membres de la famille.

Les personnes s'alimentant excessivement qui sont obèses doivent faire face aux attitudes sociales négatives à l'égard de l'obésité. Ces attitudes les isolent et la perte d'estime de soi ne fait qu'aggraver la maladie.

Causes des troubles de l'alimentation

Les troubles de l'alimentation sont des syndromes complexes fortement associés à d'autres maladies mentales telles les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et les troubles anxieux. Cela semble indiquer que le développement de la maladie est le résultat d'une combinaison de

facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. De plus, les effets secondaires de pratiques d'alimentation mésadaptées contribuent probablement au trouble. Steiger et Séguin ont rédigé un excellent article approfondi sur l'étiologie des troubles de l'alimentation¹.

Tableau 6-1 Sommaire des facteurs de risque pouvant contribuer au développement de troubles de l'alimentation

	Facteurs spécifiques (Facteurs de risque directs)	Facteurs généralisés (Facteurs de risque indirects)
Facteurs biologiques	Risque génétique spécifique de troubles de l'alimentation Physionomie et poids corporel Régulation de l'appétit Métabolisme de l'énergie Sexe	Risque génétique de perturbation associée Tempérament Impulsivité Neurobiologie (p. ex., mécanismes de 5-HT) Sexe
Facteurs psychologiques	Image corporelle faible Attitudes alimentaires mésadaptées Croyances mésadaptées quant au poids Valeurs ou significations spécifiques accordées à l'alimentation et au corps Surévaluation de l'apparence	Faible image de soi Mécanismes d'adaptation inadéquats Problèmes d'autorégulation Conflits irrésolus, déficits, réactions post-traumatiques Problèmes d'identité Problèmes d'autonomie
Facteurs développementaux	Identification à des parents ou pairs concernés par le corps Expériences d'évitement à l'heure des repas Traumatisme affectant l'expérience corporelle	Surprotection Négligence Rejet ressenti, critique Traumatisme Relations d'objet (expérience interpersonnelle)
Facteurs sociaux	Attitudes familiales mésadaptées quant à l'alimentation et au poids Préoccupations du groupe de pairs quant au poids Pression à être mince Insultes relatives au corps Pressions spécifiques pour contrôler le poids (p. ex., ballet, activités athlétiques) Valeurs culturelles mésadaptées accordées au corps	Dysfonction familiale Expériences aversives avec les pairs Valeurs sociales au détriment d'une image de soi stable et positive Changement social déstabilisant Valeurs accordées au sexe Isolement social Faible réseau de soutien Entraves au sens de la définition de soi

Traitement des troubles de l'alimentation

Les troubles de l'alimentation peuvent être traités et un poids-santé peut être restauré. Un diagnostic précoce donne de meilleurs résultats. Le traitement est le plus efficace s'il commence au tout début du trouble. Par conséquent, une évaluation régulière des adolescentes pour discerner tout signe avertisseur d'un trouble de l'alimentation peut aider à déterminer celles qui bénéficieraient d'un traitement.

Le succès du traitement dépend d'un plan intégré¹⁰ comportant :

- La surveillance des symptômes physiques.
- La thérapie comportementale.
- La thérapie cognitive.
- La thérapie de l'image de soi.
- Le counseling en nutrition.
- L'éducation.
- La médication, au besoin.

Le traitement a changé radicalement avec le temps¹¹. La psychothérapie à long terme et les médicaments éventuellement dangereux ont cédé à une stabilisation nutritionnelle d'abord.

Lorsque l'état nutritionnel s'est amélioré, diverses psychothérapies (cognitive-analytique, familiale et

cognitive-comportementale) peuvent améliorer le fonctionnement. Malheureusement, un examen récent des traitements psychologiques de l'anorexie mentale a permis de constater qu'il faut beaucoup plus de recherche dans ce domaine¹².

Selon un examen récent du traitement pharmacologique des troubles de l'alimentation, plusieurs études ont montré que les antidépresseurs sont utiles pour le traitement de la boulimie mentale³. Certains médicaments servent également au traitement de la frénésie alimentaire. Malheureusement, les études n'ont pas fait état de médicaments efficaces pour traiter l'anorexie mentale.

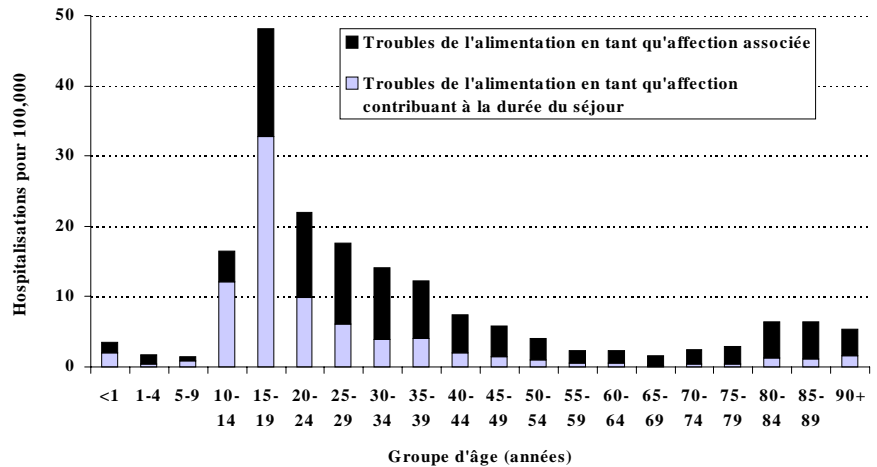
Le traitement des maladies mentales concomitantes telles la dépression, l'anxiété et l'alcoolisme est essentiel.

Pour les personnes qui ont souffert d'anorexie mentale pendant de nombreuses années, un bref séjour à l'hôpital pour stabiliser la perte de poids et traiter les complications métaboliques, accompagné d'une psychothérapie de soutien, est plus efficace qu'un traitement hospitalier coercitif ayant des objectifs trop ambitieux.

Le plus souvent, le traitement des troubles de l'alimentation s'effectue dans la collectivité, mais les données sur les hospitalisations peuvent tout de même témoigner de la présence de maladies graves dans la population.

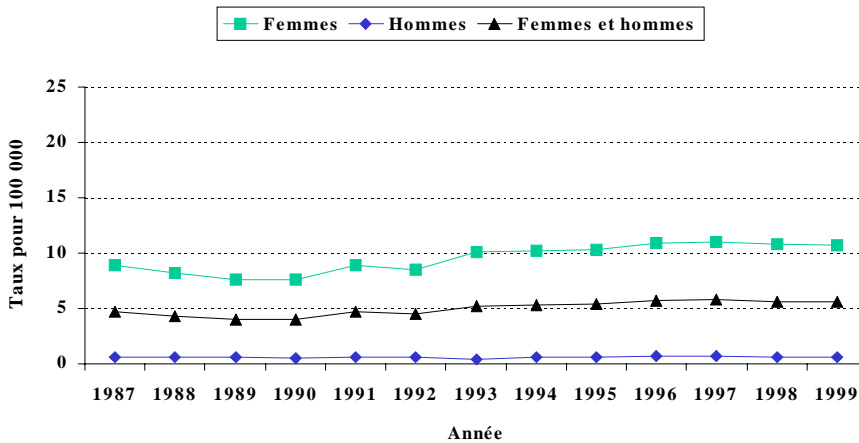
En 1999, chez les adolescents, un trouble de l'alimentation était le diagnostic le plus apte à déterminer la durée d'un séjour à l'hôpital, probablement influencé par les changements biochimiques mortels qui se sont effectués dans le corps (figure 6-2). Chez les personnes plus âgées, les troubles de l'alimentation étaient le plus souvent dûs à une affection associée.

Figure 6-2 Hospitalisations pour troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux pour 100 000 selon leur contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Figure 6-3 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles de l'alimentation* dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

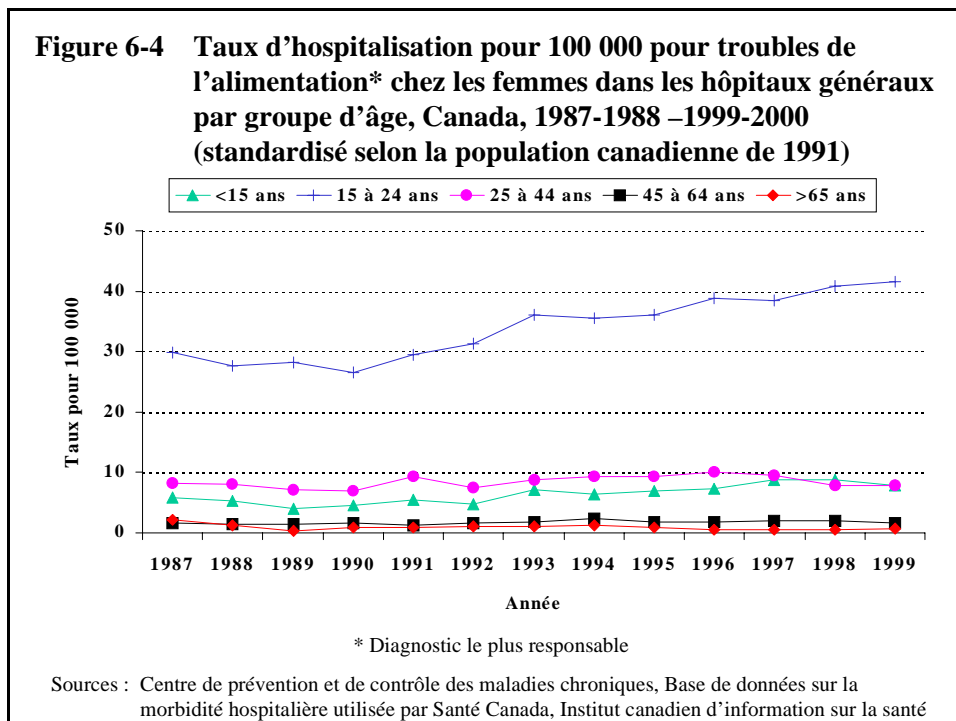


* Diagnostic le plus responsable

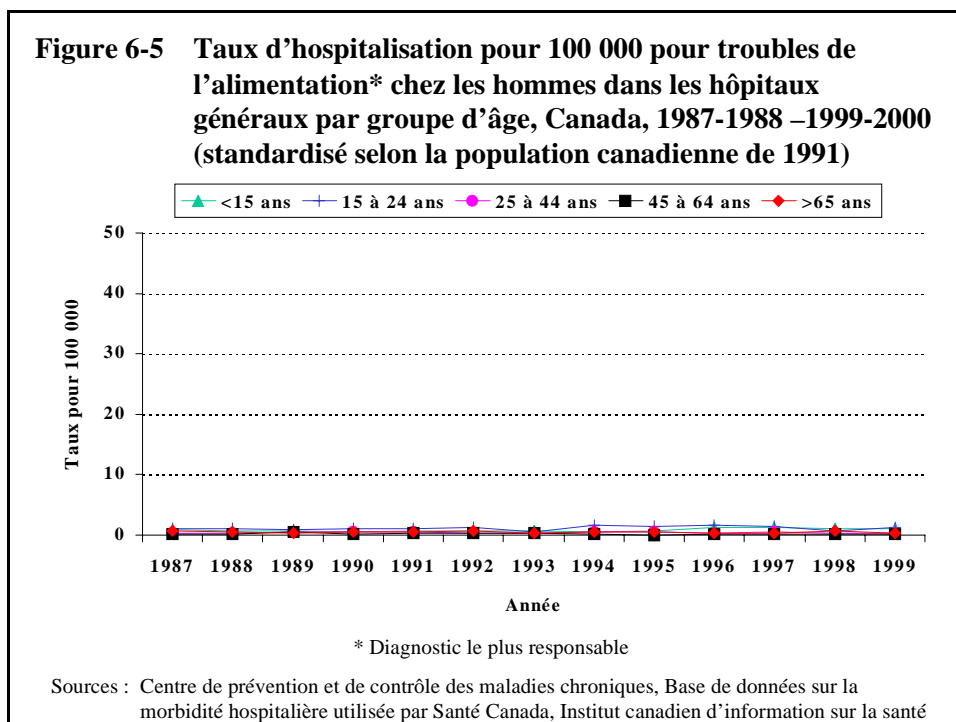
Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Les taux d'hospitalisation pour les troubles de l'alimentation chez les femmes ont augmenté de 20 % entre 1987 et 1999 (figure 6-3). Chez les hommes, les taux sont demeurés stables.

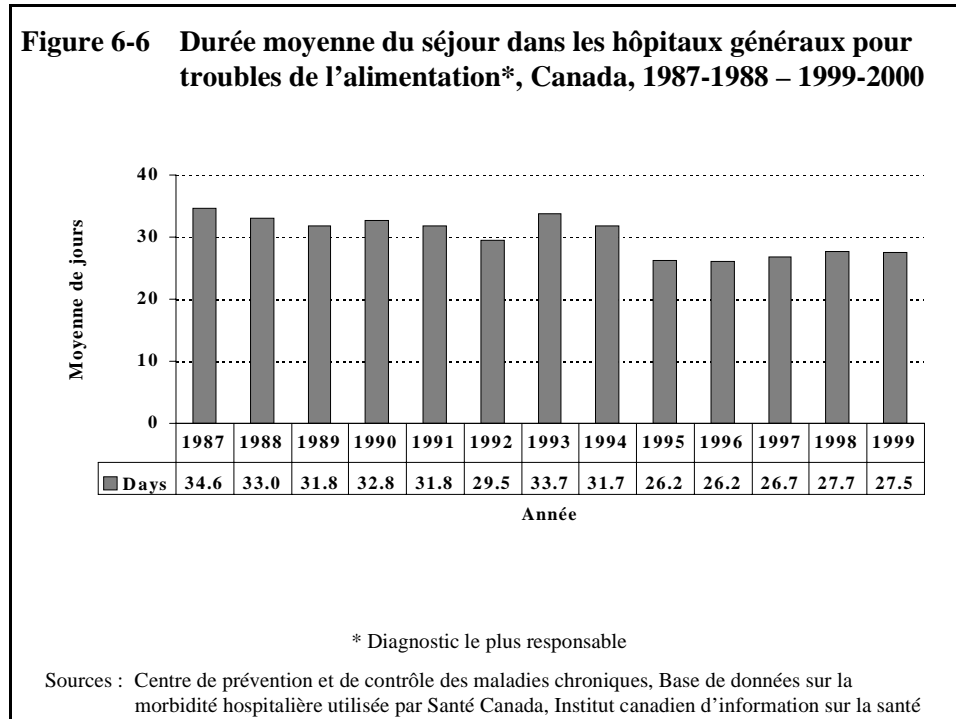
De 1987 à 1999, les taux chez les femmes de < 15 ans et de 15 à 24 ans ont augmenté (34 % et 39 %, respectivement) (figure 6-4). Pour tous les autres groupes d'âge, les taux sont demeurés stables.



Entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour les troubles de l'alimentation chez les hommes ont été très instables en raison du petit nombre (figure 6-5).



La durée moyenne d'un séjour dans les hôpitaux généraux pour les troubles de l'alimentation a baissé au milieu des années 1990, et en 1999 elle était de 27,5 jours (figure 6-6).



Données sur les hospitalisations

Les données sur les hospitalisations soutiennent les conclusions cliniques selon lesquelles plus de femmes que d'hommes sont affectés par les troubles de l'alimentation. Dans les hôpitaux généraux, 93 % des personnes hospitalisées pour les troubles de l'alimentation sont des femmes. Les taux d'hospitalisation sont très élevés chez les adolescentes, conformément à l'apparition des troubles de l'alimentation dans ce groupe d'âge.

Chez les personnes plus âgées, les troubles de l'alimentation sont plus susceptibles d'être une affection associée, plutôt que primaire, affectant

ainsi la durée du séjour à l'hôpital, ce qui témoigne des complications plus graves associées à l'affection qui se font sentir après une certaine période.

Les taux d'hospitalisation pour les troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux augmentent chez les jeunes femmes. Une recherche plus poussée pourrait déterminer si cela présage une augmentation du trouble ou plutôt une augmentation du recours à l'hospitalisation pour le traiter.

Futurs besoins de surveillance

Les troubles de l'alimentation sont courants chez les jeunes femmes et peuvent conduire à la mort. Ils sont difficiles à traiter, mais un diagnostic précoce donne de meilleurs résultats.

Les données existantes offrent un profil très restreint des troubles de l'alimentation au Canada. Les données sur les hospitalisations doivent être complétées par d'autres données pour mieux surveiller ces troubles au Canada.

Voici les données d'intérêt prioritaire :

- Incidence et prévalence de chacun des troubles de l'alimentation selon l'âge, le sexe et d'autres variables importantes (p. ex., le statut socio-économique, l'éducation et l'origine ethnique).
- Impact des troubles de l'alimentation sur la qualité de vie de la personne et de la famille.
- Accès et recours aux services de soins de santé primaires et spécialisés et aux programmes communautaires.
- Stigmatisation associée aux troubles de l'alimentation.
- Attitude envers l'image corporelle dans la population générale.
- Accès et recours aux services de santé mentale publics et privés.
- Accès et recours aux services de santé mentale offerts par d'autres systèmes, tels les écoles.
- Résultats des traitements.
- Exposition à des facteurs de risque et de protection connus ou soupçonnés.

Références

- ¹ Steiger H, Séguin JR. Eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Million T, Blaney PH, David R, ed., Oxford Textbook of Psychopathology,. New York, Oxford University Press, 1999. 365-88.
- ² American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- ³ Zhu AJ, Walsh BT. Pharmacologic treatment of eating disorders. *Can J Psychiatry* 2002;47:3:227-34.
- ⁴ Bruce, B., & Agras, S.. Binge eating in females: A population-based investigation. *Int J Eat Disord* 1992;12:365-373.
- ⁵ Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry* 2001;158:570-574.
- ⁶ Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:63-69.
- ⁷ Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1284-1292.
- ⁸ Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996; 41:559-563.
- ⁹ American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice Guidelines for the treatment of patients with eating disorders. *Amer J Psych* 2000;157:1suppl:1 – 39.
- ¹⁰ Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1998; 155:939-946.
- ¹¹ Steiger H, Champagne J. Les troubles d'alimentation: l'anorexie nerveuse et la boulimie. Habimana E (ed.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: approche intégrative*. Paris, Christian Morin, 1999.
- ¹² Garfinkel PE. Eating Disorders. (Guest editorial). *Can J Psychiatry* 2002;47:3:225-6.
- ¹³ Kaplan AS. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. *Can J Psychiatry* 2002;47:3:235-42.