



# Les troubles du comportement alimentaire





Les troubles  
du comportement  
alimentaire

Rebecca Shankland

2<sup>e</sup> édition

DUNOD

Maquette de couverture :  
Atelier Didier Thimonier

Maquette intérieure :  
[www.atelier-du-livre.fr](http://www.atelier-du-livre.fr)  
(Caroline Joubert)

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
	

© Dunod, 2020

11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff  
ISBN : 978-2-10-080131-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

<i>Avant-propos</i> .....	9
<b>CHAPITRE 1 – REPÉRAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE</b> .....	13
1. Classification des troubles.....	16
1.1 L'anorexie mentale.....	16
1.2 La boulimie.....	18
1.3 Les accès hyperphagiques.....	20
1.4 Les formes atypiques.....	21
1.5 Grignotage et autres particularités alimentaires.....	23
2. Sémiologie.....	25
2.1 Aspects comportementaux.....	25
2.2 Distorsions cognitives.....	27
2.3 Aspects émotionnels.....	33
3. Repérage précoce et évolution des troubles.....	36
3.1 Outils de repérage précoce et de suivi.....	36
3.2 Conséquences physiques, psychologiques et sociales.....	39
3.3 Troubles associés.....	42
3.4 Évolution et pronostic.....	43
<b>CHAPITRE 2 – FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ET FACTEURS DE PROTECTION</b> ...	47
1. Facteurs de risque environnementaux.....	49
1.1 Les facteurs socioculturels: médias, culture et représentations.....	49
1.2 Caractéristiques des relations familiales.....	54
1.3 Les métiers à risque.....	57
2. Facteurs de risque individuels.....	58
2.1 Déterminants biologiques et neurologiques.....	58
2.2 Facteurs développementaux.....	59
2.3 Facteurs émotionnels et personnalité.....	62
2.4 Facteurs précipitants.....	66
3. Modèles de compréhension des troubles.....	68
3.1 Évolution des modèles de compréhension des troubles.....	70
3.2 Un modèle biopsychosocial: l'addiction.....	72
3.3 Vers de nouveaux modèles de compréhension.....	75

<b>CHAPITRE 3 – ACCOMPAGNEMENT ET PRISES EN CHARGE CLASSIQUES.....</b>	<b>83</b>
1. L'hospitalisation.....	85
1.1 Contrat et principe de séparation.....	86
1.2 Traitements fondamentaux.....	87
2. Principales approches psychothérapeutiques.....	89
2.1 Approches cognitives et comportementales.....	89
2.2 Approches familiales.....	93
2.3 Thérapies interpersonnelles.....	97
2.4 Psychanalyse et thérapies d'inspiration analytique.....	99
2.5 Manuels d'autothérapie ou « self-help ».....	101
<b>CHAPITRE 4 – INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES.....</b>	<b>103</b>
1. Thérapie par la remédiation cognitive.....	105
1.1 Principes généraux et mécanismes d'action.....	105
1.2 Historique et développements.....	106
1.3 Profils neurocognitifs.....	107
1.4 Les programmes de remédiation cognitive.....	110
2. Le développement de la pleine conscience.....	112
2.1 Adaptation aux problématiques alimentaires.....	114
2.2 Développer la conscience corporelle.....	115
2.3 Améliorer la régulation émotionnelle.....	120
2.4 Réduire l'insatisfaction corporelle.....	123
2.5 Favoriser l'intégration des pratiques dans le quotidien.....	124
3. Les apports de la psychologie positive.....	129
3.1 Les interventions de psychologie positive.....	129
3.2 Alimentation et émotions.....	132
3.3 Développer un bien-être durable.....	134
3.4 Thérapies centrées sur la compassion.....	138
4. L'approche centrée sur l'acceptation et l'engagement.....	142
4.1 Développer la flexibilité psychologique.....	143
4.2 Les valeurs en toile de fond.....	144
4.3 Acceptation n'est pas résignation.....	145
4.4 La défusion cognitive.....	149

<b>CHAPITRE 5 – PRÉVENTION DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES</b> .....	153
<b>1. Interventions de prévention</b> .....	155
<b>1.1 Typologie des actions</b> .....	155
<b>1.2 Modèles de prévention</b> .....	157
<b>1.3 Efficacité des interventions</b> .....	158
<b>1.4 Risques et limites des programmes de prévention</b> .....	161
<b>2. Développement des programmes de prévention des troubles du comportement alimentaire</b> .....	162
<b>2.1 Des actions aux effets contrastés</b> .....	162
<b>2.2 Induction de dissonance cognitive</b> .....	164
<b>2.3 L’usage d’Internet et l’éducation aux médias</b> .....	167
<b>2.4 Développement du sentiment de compétence</b> .....	170
<b>2.5 Prévention sélective chez les jeunes</b> .....	171
<b>2.6 De nouvelles perspectives inspirées de la psychologie positive</b> .....	174
<i>Conclusion et perspectives</i> .....	181
<b>1. De la prévention à la promotion de la santé</b> .....	182
<b>2. Perspectives de recherche</b> .....	182
<i>Bibliographie</i> .....	185
<i>Index des notions</i> .....	203
<i>Index des auteurs</i> .....	205







**Avant-propos**



Les troubles des conduites alimentaires font aujourd'hui partie des préoccupations de santé publique en raison de leur augmentation des risques induits sur la santé physique et mentale des individus concernés, ainsi que sur leurs proches. Une récente revue systématique des recherches publiées entre 2000 et 2018 montre que l'augmentation des troubles des conduites alimentaires était de 3,5 % entre 2000 et 2006, puis de 7,8 % entre 2013 et 2018 (Galmiche, Déchelotte, Lambert et Tavalacci, 2019). Ainsi, la prévalence moyenne qui ressort de ces études est de 8,4 % pour les femmes et 2,2 % pour les hommes. Ces troubles, en particulier l'anorexie mentale et la boulimie, concernent entre 6 et 8 % des adolescents et représentent une cause sérieuse de mortalité chez l'adolescent et le jeune adulte.

Dans une société où l'idéal de minceur ainsi que la valorisation extrême de la performance et de la maîtrise sont promus, les personnes s'orientent plus fréquemment vers des comportements de contrôle du poids. La maîtrise semble d'autant plus nécessaire que les tentations sont importantes et les moyens favorisant l'équilibre alimentaire peu présents : aliments sucrés considérés comme des récompenses, publicités pour des produits hypercaloriques, déstructuration des repas en raison des horaires de travail, développement de la consommation en *fast-food*, prix élevé des aliments comportant des nutriments essentiels tels que les vitamines et les minéraux, faible place accordée à l'apprentissage de la gestion des émotions et des comportements dans l'éducation (on considère que les enfants doivent obéir, mais on ne leur apprend pas à développer les compétences permettant de le faire). Cette surabondance alimentaire, particulièrement prégnante dans les grandes villes, côtoie une focalisation importante sur l'apparence physique, en particulier chez l'adolescente et la jeune adulte. Ainsi, une majorité de filles se déclarent insatisfaites de leur apparence physique au moment de la puberté, et plus de la moitié commencent à faire des régimes à cette période de la vie. On constate, depuis peu, que l'insatisfaction corporelle gagne même les préadolescentes, ce qui pourrait contribuer à l'apparition plus fréquente de troubles du comportement alimentaire avant l'adolescence. Ces conduites prennent ainsi progressivement les devants de la scène ; en témoigne la multiplicité des émissions et des publications sur la question.

Le présent ouvrage propose une synthèse des connaissances actuelles, dans le but d'améliorer la compréhension et la prévention de ces troubles. Nous traiterons des principales formes de troubles des

conduites alimentaires, anorexie, boulimie, hyperphagie et d'autres formes atypiques ou subcliniques dont l'incidence est en augmentation. L'appellation « subclinique » concerne les restrictions alimentaires induisant une réduction du poids moins importante que l'anorexie, le recours occasionnel aux crises de boulimie, l'excès d'exercice physique et la représentation corporelle négative ou erronée. Les troubles des conduites alimentaires seraient à considérer comme un *continuum* allant du normal au pathologique, le mode catégoriel apparaissant trop réducteur.

Cette nouvelle édition apporte une mise à jour des données épidémiologiques concernant les personnes touchées par les troubles des conduites alimentaires, notamment en population française chez l'adulte. De plus, cet ouvrage présente un outil de repérage précoce des troubles des conduites alimentaires dont l'usage est recommandé et pourrait favoriser une diminution des risques induits par ces troubles et leur chronicisation. Le chapitre sur les approches innovantes en termes d'accompagnement fondées sur la remédiation cognitive, la pleine conscience, l'approche d'acceptation et la psychologie positive a également été réactualisé au regard des avancées rapides dans ces domaines.

# **Chapitre 1**

## **Repérage des troubles du comportement alimentaire**



# Sommaire

1. Classification des troubles .....	16
2. Sémiologie.....	25
3. Repérage précoce et évolution des troubles .....	36

La prévalence des troubles du comportement alimentaire est en augmentation dans les pays industrialisés : parmi les 12-25 ans, elle se situe actuellement autour de 0,5 à 1 % pour l'anorexie mentale, entre 1,8 et 2 % pour la boulimie et pour l'hyperphagie. Cependant, la plupart des études recourent à une phase initiale de dépistage par questionnaire autorapporté, ce qui ne paraît pas être une procédure suffisamment fiable en raison de la fréquence des attitudes de déni, en particulier dans l'anorexie. Ainsi, le nombre de personnes concernées par les troubles alimentaires reste une approximation. La pratique de régimes restrictifs, considérée comme étant un facteur de risque dans le développement de ces troubles, est également largement répandue dans la population occidentale : selon les études, 30 à 77 % des adolescentes auraient déjà fait un régime. La plupart de ces régimes évoluent spontanément de manière favorable par un retour à une alimentation normale. Cependant, un certain nombre de ces adolescentes développent, souvent au décours de leur régime, un trouble du comportement alimentaire. Ce trouble peut prendre plusieurs formes qui seront exposées dans ce chapitre.

Dans le DSM-5, la nouvelle version du manuel diagnostique des troubles mentaux (American Psychiatric Association – APA, 2013 ; traduction française Crocq et Guelfi, 2015), les principaux troubles du comportement alimentaire ont été intégrés dans la catégorie « Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments ». Parmi ceux-ci sont répertoriés l'anorexie mentale de type « restrictive » ou « hyperphagique et purgative », la boulimie et les accès hyperphagiques (ou *binge eating disorders*) qui étaient auparavant classés dans les troubles alimentaires non spécifiques. Ce changement dans la classification explique pourquoi les taux de prévalence de troubles alimentaires non spécifiques diminuent, puisque le plus grand nombre de cas identifiés présentaient un diagnostic d'hyperphagie.

Sur la base des critères diagnostiques du DSM-5, les études épidémiologiques indiquent une prévalence de 9 à 12 % au cours de la vie (Smink, van Hoeken et Hoek, 2013 ; Smink, van Hoeken, Oldehinkel et Hoek, 2014). Une récente étude corrélationnelle menée en France auprès de 49 603 adultes a mis en évidence un risque de trouble alimentaire chez 15,8 % des femmes et 8 % des hommes (Andreeva *et al.*, 2019).

Toutefois, malgré le taux de prévalence élevé, les troubles des conduites alimentaires restent insuffisamment détectés en population générale, ce qui entraîne un retard de prise en charge (Keksi-Rahkonen et Mustelin,

2016; Mond, Hay, Rodgers et Owen, 2007). Ainsi, moins de 10 % des cas de troubles boulimiques et hyperphagiques et moins de 50 % des cas d'anorexie sont diagnostiqués par les médecins généralistes (Godart *et al.*, 2013). Malgré une meilleure information des professionnels de la santé concernés par les problématiques alimentaires telles que l'anorexie mentale et la boulimie, l'hyperphagie est un trouble moins bien compris et moins connu des professionnels (Supina, Herman, Frye et Shillington, 2016), étant classée dans les principaux troubles alimentaires seulement depuis la sortie du DSM-5 en 2013.

## **1. Classification des troubles**

### **1.1 L'anorexie mentale**

Il existe aujourd'hui près de 40 000 anorexiques en France au sein de la population des 12-19 ans, majoritairement des femmes (90 %), les deux pics d'apparition du trouble se situant autour de 13-14 ans et 17-18 ans. Chez l'adulte, la population des 18-25 ans est la plus à risque de présenter une anorexie mentale. Dans le cadre d'une enquête en ligne menée auprès d'adultes de la cohorte NutriNet-Santé, 1,3 % des femmes ont été identifiées comme présentant les signes d'une anorexie mentale, et 0,2 % des hommes (Andreeva *et al.*, 2019).

Le taux de mortalité, plus précoce qu'attendu par rapport à l'âge de l'individu, est important en raison des conséquences de la dénutrition, des vomissements, ou encore du suicide (*e.g.* Arcelus *et al.*, 2011; Hudson, Hiripi, Pope et Kessler, 2007). L'anorexie est le trouble de santé mentale dont le risque de mortalité prématurée est le plus élevé (Chesney, Goodwin et Fazel, 2014). Plus les épisodes sont prolongés, plus les taux de mortalité précoce augmentent : environ 20 % pour les études dépassant 20 ans de suivi, dont 5 à 10 % de suicides.

L'anorexie « mentale » se différencie de l'anorexie (ou perte d'appétit) secondaire, pouvant survenir à la suite de la prise d'un médicament ou au cours d'une maladie. L'anorexie mentale est une conduite de restriction alimentaire volontaire dont la persistance et la sévérité ont laissé penser qu'il s'agissait de la manifestation de troubles névrotiques tels que l'hystérie, le trouble obsessionnel-compulsif ou encore d'un trouble



de la personnalité plus grave, impliquant une perte de contact avec une partie de la réalité (le corps) et un déni massif des besoins fondamentaux.

Les descriptions de conduites anorexiques datent de l'Antiquité, mais on attribue les premières descriptions psychopathologiques à Gull (*hysteria aepsia*) et à Lasègue (*anorexia nervosa*). Depuis les années quarante, nombre d'hypothèses psychogénétiques ont été formulées, notamment par Bruch, Selvini-Palazzoli, Kestemberg ou Jeammet. Si l'étymologie du mot « anorexie » fait référence à la perte d'appétit, l'origine du problème ne réside pourtant pas dans l'absence de sensation de faim. En effet, loin d'avoir perdu l'appétit, la personne anorexique lutte activement contre la sensation de faim, du moins au début de la maladie, dans le but de ne pas prendre de poids. Après une période de restriction alimentaire importante, le corps s'adapte à cet état de famine et la sensation de faim disparaît. Les mécanismes biologiques de la faim et de la satiété se dérèglent, mais la faim reprend souvent le dessus, entraînant dans 50 % des cas d'anorexie restrictive un passage à des comportements boulimiques.

### 1.1.1 Critères diagnostiques

« Anorexie » signifie « perte d'appétit ». Or il s'agit plus précisément d'un refus alimentaire lié à une peur intense de prendre du poids, alors que le poids est inférieur à la normale. Cette angoisse conduit à une diminution drastique des quantités ingérées et à une réduction de la diversité des choix alimentaires. Ces comportements s'accompagnent d'une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps avec un déni de la gravité de la maigreur. On observe parallèlement une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi. L'attitude de l'anorexique face à la perte de poids est caractérisée par une banalisation de l'amaigrissement ou une dissimulation de celui-ci par le port de vêtements amples. Cette perte de poids spectaculaire entraîne souvent, dans un premier temps, des bénéfices secondaires comme l'admiration, l'attention et les félicitations des proches. D'après le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM-5* (APA, 2013), l'anorexie est évoquée lorsque la perte de poids conduit au maintien d'un poids inférieur à 85 % du poids attendu. Cet amaigrissement est rapide et important (entre 10 % et 50 % du poids normal pour la taille et l'âge du sujet), l'indice de masse corporelle (IMC) devenant inférieur à 17. L'IMC (poids divisé par la taille au carré) adapté se situe autour