



Troubles des **conduites alimentaires** (TCA)



TROUBLES PSYCHIQUES

Troubles des conduites alimentaires (TCA)

SOMMAIRE

| | |
|----------------------------|----|
| Introduction | 3 |
| Quelques repères | 3 |
| Soins et accompagnement | 7 |
| Quelques points clés | 9 |
| Élaboration de la brochure | 9 |
| Adresses utiles | 9 |
| Lignes d'écoute | 10 |
| En savoir plus | 11 |
| Sources | 11 |

Introduction

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

Se rétablir de troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale. Malgré ces difficultés il est possible de se rétablir de ces troubles.

Quelques repères

Anorexie mentale

C'est une perturbation de la relation à l'alimentation, qui survient le plus souvent chez les jeunes entre 14 et 18 ans. Certaines anorexies peuvent apparaître avant la puberté, ou à l'âge adulte.

Ces troubles concernent particulièrement les femmes ; entre 0,5 et 4 % des femmes européennes seraient concernées par une anorexie mentale. Autour de 0,3 % des hommes européens seraient concernés par un des différents troubles des conduites alimentaires¹.

Des travaux récents tendent à rapprocher les TCA des conduites addictives (ex : toxicomanie).

Symptômes (CIM-10)²

- Perte de poids intentionnelle, induite et maintenue, associée à la peur de grossir et d'avoir un corps flasque.
- Maintien d'un poids faible, en dessous des normes pour l'âge et la taille.
- Vomissements provoqués et utilisation de laxatifs, coupe-faim et diurétiques.
- Dénutrition de gravité variable, s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques, notamment aménorrhée (arrêt des règles).
- Restriction des choix alimentaires.
- Pratique excessive d'exercices physiques.

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

¹ Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). "Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors". *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345.

² Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10).

À partir de quand faut-il s'inquiéter ?

L'anorexie peut survenir subitement 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 peuvent passer inaperçus. 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
- Un manque d'appétit au cours d'une maladie ou suite à une contrariété
- Une dépression
- La caractéristique d'un « petit appétit »
- Un régime où l'objectif est raisonnable et où le poids perdu amène satisfaction
- Un syndrome d'alimentation sélective, où tout changement amène une angoisse importante et à un impact sur la vie sociale
- Une phobie de déglutition (la peur d'avaler), après un événement traumatique (ex : fausse route, intubation), accompagné d'angoisse
- Une phobie alimentaire, 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.

L'anorexie mentale et ses conséquences

La dangerosité de l'anorexie mentale est souvent sous-estimée, voire niée. Des sites Internet, des mouvements sectaires ou des personnes vantant des médecines parallèles non validées peuvent aller jusqu'à valoriser l'extrême minceur.



Conséquences immédiates

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

Conséquences à long terme

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

L'enfant ou le jeune souffrant d'anorexie est en danger, parfois pour sa vie et toujours pour sa croissance et son devenir.

Boulimie

La **boulimie** correspond à une envie irrésistible de manger excessivement (hyperphagie) dans des moments de crise, sans aucune sensation de faim ou de plaisir. La quantité de nourriture consommée est importante, peut être ingérée sans mastication et concerne tous les aliments.

Ce trouble a des points communs avec l'anorexie : la préoccupation excessive du poids et des formes corporelles.

La boulimie toucherait environ 1,5 % des 11-20 ans (6 filles pour 1 garçon). Elle débute généralement plus tard que l'anorexie, avec un pic vers 19-20 ans³.

Les **crises de boulimie isolées** toucheraient quant à elles 28 % d'adolescentes et 20 % d'adolescents âgés de 10 à 19 ans⁴.

Dans les antécédents de boulimie on peut retrouver un épisode d'anorexie mentale, survenu quelques mois ou années plus tôt.

Symptômes (CIM-10)

On distingue deux types de boulimie :

- **Crises de boulimie suivies de vomissements**, d'utilisation de laxatifs, de diurétiques, d'un jeûne, d'exercice physique excessif : le poids est normal ou légèrement inférieur à la normale.
- **L'hyperphagie boulimique correspond à des crises de boulimie sans vomissements** ni recours à des laxatifs ou autres. Elle peut occasionner un surpoids ou une obésité.

La boulimie et ses conséquences

La boulimie est souvent associée à un état dépressif, une anxiété, un sentiment de honte lié à la perte de contrôle, une faible estime de soi, etc.

³ Troubles du comportement alimentaire : anorexie et boulimie, 2016, ameli-sante.fr.

⁴ N. Godart, B. Falissard, *La santé de l'homme*, n° 394, 2008, p. 16.

Plus spécifiquement, les vomissements répétés peuvent provoquer :

- des perturbations électrolytiques : déséquilibre entre sodium, potassium, chlore, calcium, magnésium et l'eau contenus dans l'organisme
- des complications somatiques : problèmes dentaires, douleurs à l'œsophage, à l'estomac, perturbations des cycles hormonaux, etc.

Origine des TCA

Il n'y a pas de cause unique mais des facteurs physiques, psychologiques, familiaux et socio-culturels. Sans culpabilité ni reproches inutiles, il faut s'interroger sur les événements ou les changements qui ont pu avoir un impact sur l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent.

Facteurs psychologiques et individuels

Préoccupation particulière autour de la nourriture, l'aspect physique, les orientations sexuelles, le genre.

Contexte familial

Type de relation, de communication mis en place au sein de la famille, place de chacun dans la famille, accès à l'autonomie, règles éducatives, place de l'alimentation dans les relations familiales, etc.

De plus, en cas d'antécédent familial il y a un risque plus important de développer un TCA.

Vulnérabilité génétique

Des travaux de recherche récents explorent la composante génétique des TCA⁵.

Société et culture

Les représentations sociales et culturelles du corps, ainsi que les injonctions médiatiques diverses jouent un rôle important dans les idéaux de minceur, la valorisation des conduites à risque et la course aux performances.

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 ou aux jeunes des idéaux de réussite impossibles à atteindre, ou des contraintes éducatives excessives. Les aider à assouplir leurs exigences vis-à-vis de leur vie et de leur corps.
- Se méfier des idées reçues sur l'alimentation.
- Éviter d'inquiéter les enfants avec les difficultés alimentaires ou de poids des adultes.
- Respecter les désirs et les choix des enfants ou des jeunes, 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.

Soins et accompagnement

Le médecin traitant habituel (généraliste ou pédiatre) fera le premier diagnostic, prescrira les examens nécessaires, conseillera sur le choix d'une consultation spécialisée ou d'un service hospitalier et sera médecin de référence pour assurer le suivi global.

Différents niveaux d'intervention

• Suivi somatique

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

• Suivi psychiatrique

Évaluation de l'état psychique, recherche de troubles psychiques associés, évaluation de la reconnaissance du trouble et d'un besoin d'aide, afin d'établir une relation de confiance avec la personne malade.

• 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 satisfaisante. Les parents peuvent y être associés.

• Prise en charge familiale

Les familles doivent être soutenues et impliquées dans les soins. Les entretiens familiaux aident à développer une relation de confiance avec l'entourage, et apportent soutien et écoute. Ces entretiens permettent aussi d'apprécier l'impact du trouble dans la famille et les dysfonctionnements qui participent au maintien du trouble.

• Psychothérapie

En fonction de la personne, de son âge, de la gravité du trouble et de sa reconnaissance ou pas par la personne, une psychothérapie peut être proposée.

Organisation des soins

• En ambulatoire (consultations ou hospitalisation à la journée) :

Cette prise en charge peut s'appuyer sur des consultations ou des hospitalisations à la journée. Le rythme dépend de la gravité de l'état de santé physique et psychologique. Cette organisation des soins offre une unité de lieu et de coordination, sans couper l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent 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, risque suicidaire, etc.).
- Dénutrition trop sévère et qui met la vie en jeu.
- Famille débordée, épuisée qui doit être relayée.
- Échec du traitement en consultation 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.

⁵ Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, N. Ramoz, J. Clarke, Philip Gorwood 2017.

L'hospitalisation peut être vécue comme un moment difficile car elle vient confirmer la gravité de la situation.

Pour se dérouler le mieux possible 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 des troubles des conduites alimentaires.

- **Le contrat de soins**

Négocié avec la personne, il 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 étapes, 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.

S'aider par soi-même

Si le recours aux soins est souvent indispensable en cas de troubles des conduites alimentaires, la personne peut aussi développer des ressources personnelles qui peuvent l'aider à aller mieux.

Par exemple, en portant attention à ses rythmes de sommeil, à sa consommation d'alcool, de médicaments anxiolytiques ou de substances psychotropes (cannabis, autres drogues), éventuellement en pratiquant la relaxation ou la méditation⁶.

Enfin, des échanges avec des personnes vivant ou ayant vécu des troubles des conduites alimentaires peuvent apporter un soutien et une aide (Groupes d'entraide mutuelle, association de patients et de proches, groupes de parole, forums de discussion, voir : Adresses utiles).

Afin d'éviter une rechute ou une aggravation, on peut aussi apprendre à repérer les signes d'alerte (ex : changement d'humeur, perte d'intérêt, troubles du sommeil, irritabilité, fatigue, etc.).

Aider un proche, le rôle de l'entourage

L'entourage ne peut se substituer au médecin ou au psychothérapeute, mais il peut assurer un soutien essentiel dans ces moments difficiles. Ce soutien peut notamment consister à :

- Repérer les signes de souffrance chez son proche et faire le premier pas pour en parler
- Aider son proche à chercher de l'aide, à consulter un professionnel et, si besoin, à suivre un traitement
- Soutenir son proche dans ses activités de la vie quotidienne si cela est nécessaire

L'entourage peut trouver de l'aide pour lui-même, de l'écoute et des conseils auprès de certaines associations (voir : Adresses utiles).

Quelques points clés

- Les TCA s'expriment de différentes façons mais ont tous un impact sur la santé physique et psychique et sur la vie sociale.
- Les origines des TCA sont multifactorielles (personnalité, hérédité, environnement social, familial et culturel).
- Les TCA concernent majoritairement des femmes (enfant, adolescente, adulte) mais également des hommes.
- Les soins et l'accompagnement se font à différents niveaux et par des professionnels variés.
- Il est possible de se rétablir d'un TCA.

Élaboration de la brochure

La première version de cette brochure a été élaborée par Patrick Eche, pédopsychiatre. Elle a été mise à jour en août 2020 par Aude Caria et Céline Loubières (Psycom).

Adresses utiles

Médecin traitant

Il est conseillé de demander l'avis de sa ou son médecin généraliste, qui peut orienter vers une consultation ou un service spécialisés.

Centres de soins TCA

Annuaire national disponible sur le site de la Fédération française anorexie boulimie (FFAB) www.ffab.fr

Centres médico-psychologiques (CMP)

Les services de psychiatrie publique proposent des soins pour tous les troubles psychiques, pris en charge par la Sécurité sociale.

⁶ Info Dépression. En savoir plus pour en sortir : www.info-dépression.fr.



Associations d'entraide

Ces associations nationales regroupent des personnes vivant ou ayant vécu des troubles psychiques, et des proches. Elles proposent conseil, entraide et informations.

Liste non exhaustive.

- **Fédération nationale des associations liées aux troubles des conduites alimentaires (FNA-TCA)**
06 87 41 86 66
www.fna-tca.org
- **Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPsy)**
01 43 64 85 42
www.fnapsy.org
- **Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques (Unafam)**
01 53 06 30 43
écoute famille 01 42 63 03 03
www.unafam.org

Associations de professionnels

Ces associations nationales renseignent sur les psychothérapies, les formations et les coordonnées de leurs membres assurant des consultations privées ou publiques sur tout le territoire.

Liste non exhaustive.

- **Fédération française anorexie boulimie (FFAB)**
www.ffab.fr
- **Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC)**
01 45 88 35 28
www.aftcc.org
- **Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive (AFFORTHECC)**
www.afforthecc.org
- **Association psychanalytique de France**
www.associationpsychanalytiquedefrance.org
- **Société psychanalytique de Paris (SPP)**
01 43 29 66 70
www.spp.asso.fr
- **Société française de thérapie familiale (SFTF)**
01 49 70 88 58
sftf.net

Ligne d'écoute

Anorexie Boulimie, Info Écoute
0810 037 037

En savoir plus

- Psycom : www.psycom.org
- Fédération française anorexie boulimie : www.ffab.fr - Annuaire national des centres de soins TCA, 2017
- Agence nationale de sécurité du médicament : ansm.sante.fr
- Base de données des médicaments : base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr
- Haute autorité de santé : www.has-sante.fr

Sources

- HAS, Recommandation de bonne pratique, Boulimie et hyperphagie boulimique Repérage et éléments généraux de prise en charge : Méthode Recommandations pour la pratique clinique, juin 2019
- Boulimie et Hyperphagie boulimique : repérages et éléments généraux de prise en charge, septembre 2019
- Ramoz N., Clarke J., Gorwood P., Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires, in *Biologie Aujourd'hui*, 2017
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. "Epidemiology of eating disorders in Europe : prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors". *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345, 2016
- Jeammet P., *Anorexie, boulimie : maladies du paradoxe*, Fayard, 2013
- Hervais C., *Boulimie-Anorexie, Guide de survie pour vous et vos proches*, Interéditions, 2012
- HAS-AFDAS-TCA, *L'anorexie mentale, et si ça me concernait ?* 2010
- Dubel C. et Zrihen P., *Anorexie boulimie. Je m'en sors !*, édition du Dauphin, 2018



Rédactrice en chef : Aude Caria (Psycom)

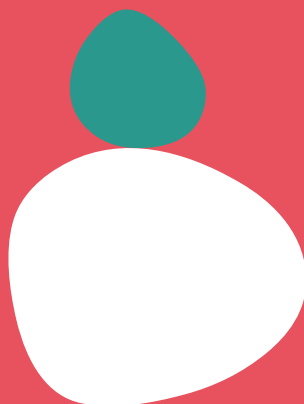
Rédaction : D^r Patrick Eche (pédopsychiatre), Céline Loubières (Psycom) et Jean-Baptiste Hazo (CCOMS)

Troubles des conduites alimentaires (TCA)

Psycom, une ressource publique nationale, pour que la santé mentale devienne l'affaire de toutes et de tous.

Psycom édite 6 collections de brochures d'information :

- Santé mentale et...
- Troubles psychiques
- Psychothérapies
- Médicaments psychotropes
- Soins, accompagnements et entraide
- Droits en psychiatrie



PSYCOM

11, rue Cabanis
75674 Paris Cedex 14
contact@psycom.org
www.psycom.org

PSYCOM

AVEC LE SOUTIEN
FINANCIER DE :

