



**Troubles**

**des comportements**

**alimentaires (TCA)**



# Troubles

## des comportements alimentaires

### SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	p. 02
<b>Anorexie mentale</b>	p. 03
<b>Boulimie</b>	p. 05
<b>Conséquences des TCA</b>	p. 06
<b>Origine des TCA</b>	p. 07
<b>Soins et accompagnement</b>	p. 08
<b>Où s'adresser ?</b>	p. 10
<b>En savoir plus</b>	p. 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 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 (anorexie et boulimie);
- la variété des modes d'expression d'une souffrance psychologique.

Des 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).

## Se rétablir de troubles des comportements alimentaires

Les troubles des comportements alimentaires 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.

### Anorexie mentale

C'est une perturbation de la relation à l'alimentation, qui survient le plus souvent chez les jeunes filles entre 14 et 18 ans (dans 10 % des cas chez les garçons). Il existe des anorexies pré-pubaires (survenant avant l'apparition des premières règles). Ce trouble peut aussi débuter à l'âge adulte<sup>(1)</sup>.

Une étude menée en France en 2008 auprès d'adolescents dans leur 18e année indique que l'anorexie mentale a concerné 0,5 % des filles et 0,03 % des garçons entre 12 et 17 ans (INSERM).

#### Symptômes (CIM-10)

- 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-faims 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.

(1) AFDAS-TCA : [www.anorexieboulimie-afdas.fr](http://www.anorexieboulimie-afdas.fr)

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).

### 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.
- Un manque d'appétit au cours d'une maladie ou suite à une contrariété.
- Une dépression.
- La caractéristique d'un « petit mangeur ».
- Un régime où l'objectif est raisonnable et où le poids perdu amène satisfaction.

.../...

.../...

- Un syndrome d'alimentation élective, où tout changement amène une angoisse importante et conduit à une vie sociale rétrécie.
- Une phobie de déglutition (la peur d'avaler), après un événement traumatique (fausse route, exploration fonctionnelle), 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.

## Boulimie

C'est une envie irrésistible de manger sans aucune sensation de faim ou de plaisir. La quantité de nourriture consommée est importante, peut être ingérée sans mastication et concerner tous les aliments.

La **boulimie** touche environ 1,5 % des 11-20 ans (6 filles pour 1 garçon). Elle débute généralement plus tard que l'anorexie, avec un pic de fréquence vers 19-20 ans<sup>(2)</sup>.

Les **crises de boulimie** touchent 28 % d'adolescentes et 20 % d'adolescents âgés de 10 à 19 ans<sup>(3)</sup>.

On distingue deux types de boulimie :

- **avec vomissements** : le poids est normal ou légèrement inférieur à la normale, cela correspond aux deux tiers des cas.
- **sans vomissements** : le poids est normal ou légèrement supérieur à la normale.

La boulimie masculine est beaucoup plus rare (environ un homme pour dix femmes)<sup>(4)</sup>.

### 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).

(2) ameli-sante.fr - Troubles du comportement alimentaire : anorexie et boulimie, 2016

(3) N. Godart, B. Falissard, La santé de l'homme, n° 394, 2008, p.16

(4) AFDAS-TCA : [www.anorexiéboulimie-afdas.fr](http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr)

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 grave sur le système cardio-vasculaire**, 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.**

## 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 s'interroger sur les événements ou les changements qui ont pu avoir un impact sur l'enfant ou l'adolescent.e.

### 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

La composante génétique du trouble est explorée par de nombreux chercheurs (Inserm)

### Société et culture

Elles 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 une augmentation chez les 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.  
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.

Le médecin traitant habituel (généraliste ou pédiatre) 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**  
En fonction de la personne, son âge, la gravité du trouble et 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) :  
Cette prise en charge peut s'appuyer sur des hospitalisations à la journée, à un rythme dépendant de la gravité de l'état de santé physique 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, 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 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.

## Où s'adresser ?

### Médecin traitant

Il peut orienter vers une consultation ou un service spécialisés, en fonction de la gravité de la situation.

### Centres de soins TCA

Annuaire national disponible sur le site de l'AFDAS-TCA (adresse ci-dessous)

### Centres médico-psychologiques (CMP)

Les services de psychiatrie publique proposent des soins pour les troubles psychiques, pris en charge par la Sécurité sociale. Se renseigner au CMP le plus proche du domicile.

### Anorexie Boulimie, Info Écoute 0810 037 037

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

### Associations de professionnels

Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaires  
AFDAS-TCA  
100, rue de la Santé  
CMME CH Ste-Anne  
75014 Paris  
[www.anorexiéboulimie-afdass.fr](http://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.afforthecc.org](http://www.afforthecc.org)

Association française de thérapie comportementale et cognitive – AFTCC  
27, rue de la Saïda - 75015 Paris  
01 45 88 35 28  
[www.aftcc.org](http://www.aftcc.org)

Association psychanalytique de France  
24, place Dauphine - 75001 Paris  
[www.associationpsychanalytique-de-france.org](http://www.associationpsychanalytique-de-france.org)

Société française de thérapie familiale SFTF  
23, rue de la Rochefoucauld  
75009 Paris  
01 49 70 88 58  
[sftf.net](http://sftf.net)

Société psychanalytique de Paris – SPP  
21 rue Daviel – 75013 Paris  
01 43 29 66 70  
[spp@spp.asso.fr](mailto:spp@spp.asso.fr)  
[www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr)

## Associations de patients et de proches

Liste non exhaustive.

Fédération nationale des associations  
liées aux troubles du comportement  
alimentaire (FNA-TCA)

chez CISS IdF

28 bld Pereire 75017 Paris

06 87 41 86 66 - 06 76 85 79 39

fnatca@gmail.com - fna-tca.org

Fédération nationale des associations  
d'usagers en psychiatrie (FNAPsy)

33, rue Daviel - 75013 Paris

01 43 64 85 42

www.fnapsy.org

Union nationale des familles et amis  
de personnes malades et/ou handicapés  
psychiques (UNAFAM)

12, Villa Compoint - 75017 Paris

01 53 06 30 43

écoute famille 01 42 63 03 03

secretariatdg@unafam.org

www.unafam.org

## En savoir plus

Agence nationale de sécurité du médicament : [ansm.sante.fr](http://ansm.sante.fr)

Base de données des médicaments : [base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr](http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr)

Haute autorité de santé : Recommandations de bonne pratique  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

FFAB - Fédération française anorexie boulimie : [www.anorexiéboulimie-afdas.fr](http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr)

Psycom : Brochures, vidéos, livres témoignages sur [www.psycom.org](http://www.psycom.org)

- Combe C., Soigner l'anorexie / Comprendre et soigner, Eds Dunod, 2009
- HAS-AFDAS-TCA, L'anorexie mentale, et si ça me concernait ? et Anorexie mentale, Prise en charge, 2010
- Hervais C., Boulimie-Anorexie, Guide de survie pour vous et vos proches, Interéditions, 2012
- Jeammet P., Anorexie, boulimie : maladies du paradoxe, Eds Fayard, 2013
- Pachoud B., Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes., Information psychiatrique, 2012/4 (vol. 88)
- Simon Y. et Simon-Baïssas I., Votre enfant est anorexique : comment l'aider ?, Eds Odile Jacob, 2009

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
- Soins, accompagnements et entraide
- Droits en psychiatrie
- Santé mentale et...

**psycom** 

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



**Rédactrice en chef:** Aude Caria (directrice, Psycom).

**Rédaction:** Dr Patrick Eche (pédopsychiatre, GPS Perray-Vaucluse), Aude Caria (directrice, Psycom) et Céline Loubières (chargée de mission, Psycom).

**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).

**Illustration:** AdobeStock (libre de droits).