

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N°148

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE PSYCHIATRIE

par

Véronique Ferri,
née le 17 mai 1984 à Bourg Saint Maurice

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2012

**LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE RESTRICTIFS
DE L'ENFANT PREPUBERE :**
Particularités cliniques, thérapeutiques et comorbidités.

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christian HAULLE.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE I : GENERALITES AUTOUR DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)	7
I.1 HISTORIQUE DES TCA ET DE L'ANOREXIE MENTALE INFANTILE	7
I.1.1 Anorexie mentale, les premières descriptions.....	7
I.1.2 Evolution des hypothèses étiopathogéniques.....	8
I.1.3 Historique des TCA prépubères.....	10
I.2 EPIDEMIOLOGIE	12
I.2.1 Nosographie.....	12
I.2.2 Prévalence, sex-ratio et âge de début	13
I.2.3 Mortalité	13
I.2.4 Préoccupations pondérales et corporelles et évolutions sociétales.....	14
I.2.5 Extension géographique	14
I.2.5 Concernant les TCA à début précoce.....	15
I.3 FACTEURS SOCIO-CULTURELS.....	17
I.3.1 Evolutions sociologiques et nouvelles personnalités.....	17
I.3.2 Les déterminants socio-culturels de la maladie	19
I.4 ETIOPATHOGENIE	24
I.4.1 L'acte de manger.....	24
I.4.2 Approches psychopathologiques	25
I.4.3 Modèle attachementiste.....	38
I.4.5 Modèles familiaux.....	40
I.4.6 Modèle cognitivo-comportemental.....	44
I.4.7 La perspective féministe.....	45
I.4.8 Tempérament et personnalité dans les TCA.....	46
I.4.9 Facteurs de vulnérabilité génétique et environnementaux dans les TCA.....	47
I.4.10 Facteurs de vulnérabilité neurologique centrale.....	48
CHAPITRE II : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRES SELON LA PERIODE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT	50
II.1 TCA DE LA PREMIERE ET DE LA DEUXIEME ENFANCE (0-6 ANS)	50
II.1.1 Généralités.....	50
II.1.2 Les différents troubles alimentaires selon la classification de Chatoor.....	54
II.1.3 Etiopathogénie	66
II.1.4 Prévention des troubles	71
II.1.5 Evolution, pronostic	72
II.2 ANOREXIE MENTALE A L'ADOLESCENCE	74
II.2.1 Sémiologie.....	74
II.2.2 Sur le plan psychologique... ..	77
II.2.3 Concernant les relations intrafamiliales... ..	79
II.2.4 Diagnostic différentiel	80
II.2.5 Formes cliniques	80
II.2.6 Evolution et pronostic	81
CHAPITRE III : TCA A L'AGE DE LATENCE (6-12 ANS)	82
III.1 REMARQUES PRELIMINAIRES	82
III.2 CAS CLINIQUES.....	83
III.2.1 Marjorie, 12 ans.....	83
Anamnèse, histoire de la maladie.....	84
Eléments sémiologiques.....	85
Evolution au cours de l'hospitalisation.....	86

<i>Quelques remarques au sujet de ce cas</i>	89
<i>III.2.2 Johanna, 10 ans</i>	91
<i>III.2.3 Ambre, 12 ans</i>	95
<i>III.2.4 Livia, 21 ans</i>	102
III.3 EPIDEMIOLOGIE ET PRINCIPALES ETUDES DANS LA LITTERATURE :	107
<i>III.3.1 Les études</i>	107
<i>III.3.2 Facteurs de risque et facteurs de protection</i>	112
III.4 SEMIOLOGIE DES TROUBLES :	113
III.5 CLASSIFICATIONS/NOSOGRAPHIE :	117
<i>III.5.1 CIM-10 et DSM-IV</i>	118
<i>III.5.2 Classification française, CFTMEA (51)</i>	120
<i>III.5.3 Classification de Lask et Bryant-Waugh</i>	120
<i>III.5.4 Les perspectives d'avenir</i>	124
III.6 DIAGNOSTIC POSITIF	124
<i>III.6.1 Particularités des formes prépubères</i>	124
<i>III.6.2 Les instruments de dépistage et de diagnostic</i>	126
<i>III.6.3 Examens cliniques et paracliniques</i>	126
III.7 FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES :	127
<i>III.7.1 Profil de personnalité et caractéristiques des patients prépubères</i>	128
<i>III.7.2 Approche psychopathologique</i>	130
<i>III.7.3 Fonctionnement familial</i>	143
<i>III.7.4 Facteurs neurocognitifs, biologiques et génétiques</i>	145
III.8 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	146
<i>III.8.1 Evitement alimentaire émotionnel</i>	147
<i>III.8.2 Phobie de déglutition et phobies alimentaires</i>	151
<i>III.8.3 Syndrome de refus global</i>	151
<i>III.8.4 Boulimie et compulsions alimentaires</i>	152
III.9 COMORBIDITES	153
<i>III.9.1 TCA et troubles anxieux</i>	154
<i>III.9.2 TCA et dépression</i>	157
<i>III.9.3 TCA et « trouble de la personnalité »</i>	162
<i>III.9.4 TCA associés aux troubles de développement</i>	163
<i>III.9.5 TCA et syndrome de stress post-traumatique (PTSD)</i>	164
<i>III.9.6 Troubles du comportement alimentaire et affections somatiques</i>	164
<i>III.9.7 Comorbidités des troubles alimentaires dans la petite enfance</i>	165
III.10 EVOLUTION DES TROUBLES	167
<i>III.10.1 Critères de guérison</i>	168
<i>III.10.2 Les formes mineures</i>	169
<i>III.10.3 Pronostic</i>	169
<i>III.10.4 Les complications</i>	172
<i>III.10.5 Facteurs prédictifs de réhospitalisation</i>	173
<i>III.10.6 Au total</i>	173
III.11 IMPACT SUR LA CROISSANCE ET SUR LE DEROULEMENT DE LA PUBERTE	174
CHAPITRE IV : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	176
IV.1 GENERALITES	176
IV.2 HOSPITALISATION : INDICATIONS ET MODALITES	177
<i>IV.2.1 Critères d'hospitalisation selon l'HAS</i>	178
<i>IV.2.2 La nutrition entérale</i>	178
<i>IV.2.3 Déroulement de l'hospitalisation</i>	179
<i>IV.2.4 La prise en charge psychologique</i>	180
<i>IV.2.5 Autres aspects de la prise en charge</i>	181
<i>IV.2.6 Le cadre thérapeutique</i>	181
IV.3 APPROCHES FAMILIALES	182
<i>IV.3.1 Intérêts et efficacité du travail familial</i>	182

<i>IV.3.2 Un exemple de travail familial, les thérapies multifamiliales</i>	185
IV.4 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE INDIVIDUELLE.....	189
<i>IV.4.1 Thérapies d'orientation psychodynamiques</i>	190
<i>IV.4.2 Approche cognitive et comportementale</i>	191
IV.5 AUTRES APPROCHES THERAPEUTIQUES.....	197
<i>IV.5.1 Un exemple de médiation : la musicothérapie</i>	197
<i>IV.5.2 Psychodrame</i>	198
IV.6 PLACE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX.....	199
CONCLUSION	202
BIBLIOGRAPHIE	205
ANNEXES	210

Introduction

L'anorexie mentale connaît actuellement une extension épidémiologique et sociale considérable. En effet, cette pathologie se retrouve dans tous les milieux socio-économiques et non pas uniquement dans les catégories favorisées comme cela est souvent décrit. Elle a tendance à s'étendre au sexe masculin et même à concerner des enfants plus jeunes, notamment en période prépubertaire.

L'existence de formes d'anorexie mentale à début précoce, même si elles sont rares, remet en question le rôle généralement attribué à l'adolescence et à la puberté dans cette pathologie et soulève l'hypothèse d'une variante développementale particulière de la maladie.

Un intérêt accru pour les troubles du comportement alimentaire (TCA) se développe, d'une part du fait d'une augmentation de fréquence de la maladie, mais aussi du fait du caractère provocant et paradoxal de ces conduites situées au carrefour de la psychopathologie individuelle, des interactions familiales et du corps au sens large (1).

Dans nos sociétés, l'obésité, les préoccupations autour du poids et les tentatives pour en perdre, ainsi que les insatisfactions corporelles deviennent communes même chez les plus jeunes filles.

Des études américaines rapportent ainsi qu'environ 21% des petites filles de 5 ans, 37% des fillettes de 9 ans et 50 % de celles âgées de 9 à 13 ans présentent des préoccupations pondérales. Des modifications comportementales liées à ces préoccupations sont remarquées dès le plus jeune âge. Quarante pour cent environ des enfants âgés de 8 à 13 ans tenteraient activement de perdre du poids(2).

Diverses études s'intéressent au sujet, mais beaucoup restent très floues quant à la définition du terme prépubère. Les critères retenus sont variables, tantôt chronologiques (âge des sujets), tantôt physiologiques (stade pubertaire). Ceci rend difficile les comparaisons entre les études et explique, en partie, les lectures contradictoires des problématiques de troubles du comportement alimentaire chez l'enfant.

Au cours de mon stage en pédopsychiatrie de liaison, j'ai eu l'occasion de rencontrer de jeunes patientes, âgées souvent de moins de 12 ans, souffrant d'anorexie mentale. Ces patientes, hospitalisées en pédiatrie, tenaient une place toute particulière dans le service et m'ont très vite intriguée. Mes représentations de cette pathologie étaient surtout en rapport avec l'adolescence, l'émergence de la sexualité et le recul des adolescentes devant ces bouleversements corporels et psychiques.

Pourquoi, alors que la puberté et l'adolescence ne se sont pas encore manifestées, des jeunes filles ou même des enfants entrent-ils dans l'anorexie mentale ? Cela est-il en lien avec les évolutions sociétales ? Ces enfants très jeunes ont-ils déjà l'impression d'être trop gros en réponse à un idéal de minceur ? Existe-t-il des explications psychopathologiques spécifiques à cette forme de la maladie ? Les troubles du comportement alimentaires de l'enfant se résument-ils à l'anorexie mentale ou existe-t-il d'autres tableaux cliniques ?

Voilà le type de questions qu'a suscité la rencontre avec ces patients.

J'ai eu alors envie de comparer ces jeunes patients avec, celles, mieux connues, qui développent la maladie au moment de l'adolescence, d'où mon envie d'effectuer un stage dans une unité spécialisée dans la prise en charge des addictions comportementales.

D'autres questions se sont alors posées : existe-t-il des différences et des particularités sémiologiques dans l'expression des troubles du comportement alimentaire chez l'enfant ? L'évolution et le pronostic sont-ils semblables ? Quelles prises en charge thérapeutiques pouvons-nous proposer à ces jeunes patients ? Peuvent-ils bénéficier des traitements utilisés chez l'adolescent et l'adulte ?

Pour tenter de répondre à ces interrogations diverses, nous nous intéresserons tout d'abord à quelques généralités sur les TCA, en particulier au sujet des facteurs socio-culturels en jeu et de l'étiopathogénie des troubles. Après avoir fait un rappel sur l'anorexie mentale de l'adolescent, nous nous pencherons sur la question plus spécifique des TCA de l'enfant de moins de six ans, puis chez l'enfant d'âge scolaire (phase de latence). Pour finir, nous étudierons quelques modalités de prise en charge des TCA prépubères.

Chapitre I : Généralités autour des troubles du comportement alimentaire (TCA)

I.1 Historique des TCA et de l'anorexie mentale infantile

I.1.1 Anorexie mentale, les premières descriptions

Nous allons tout d'abord nous intéresser aux origines de la description des troubles alimentaires. Les premières observations rapportées concernaient des adolescentes ou des jeunes femmes, mais déjà à la fin du XIX^{ème} siècle, l'anorexie de l'enfant était évoquée.

L'anorexie mentale constitue une pathologie ancienne, les premières descriptions remontant aux années **1500** environ, mais elle est surtout reconnue au XVIII^{ème} siècle, sous la dénomination de « phtisie nerveuse », décrite par **R. Morton**, un auteur anglais. Il dépeint une maladie caractérisée par un amaigrissement extrême, sans origine organique mais plutôt secondaire à une affection nerveuse provenant d'une altération de l'élan vital.

Les premières descriptions plus classiques de l'anorexie mentale ont été réalisées par **Ch. Lasègue** et **W. Gull** dans les années **1865-1870**. Ils ont tous deux exposé des situations cliniques concernant des cas d'anorexie mentale. Gull parle d'« Hystéria apepsia » puis s'inspirant des travaux de Lasègue sur l'« anorexia nervosa », modifie son diagnostic en « anorexie hystérique ». Il évoque alors une pathologie d'origine centrale et à caractère héréditaire. Les descriptions cliniques de l'époque se révèlent être très fines et comparables aux formes actuelles de la maladie : « peu à peu la malade réduit sa nourriture prétextant tantôt un mal de tête, tantôt un dégoût momentané, tantôt la crainte de voir se répéter les impressions douloureuses qui succèdent aux repas. Au bout de quelques semaines ce ne sont plus des répugnances supposées passagères, c'est un refus de l'alimentation qui se prolonge indéfiniment. [...] La malade loin de s'affaiblir, de s'attrister, déploie une façon d'alacrité qui ne lui était pas ordinaire : plus active, plus légère, elle monte à cheval, elle entreprend de longues courses à pied... » (cité dans (3)).

A l'époque, les auteurs attribuent la cause de la maladie à une perturbation mentale et déjà des relations familiales particulières sont mises en évidence.

Le terme d'anorexie mentale a été réellement introduit par **Huchard** en **1883**.

En **1885**, **Charcot** rapproche l'anorexie de l'hystérie et **Déjerine** définit cette affection en ces termes : « On dit qu'un sujet est atteint d'anorexie mentale quand, sous l'influence de

représentations mentales, il prend le dégoût de toute espèce d'alimentation et parvient à inhiber en lui la sensation de faim ».

Globalement, tous ces auteurs identifient l'anorexie mentale comme étant une pathologie nerveuse et recommandent, déjà à l'époque, une prise en charge psychothérapeutique associée à une cure d'isolement.

I.1.2 Evolution des hypothèses étiopathogéniques

Freud a assez peu étudié l'anorexie mentale et tend à la rapprocher de l'hystérie, identifiant l'anorexie comme un symptôme de conversion, en mettant l'accent sur le refoulement de l'érotisme oral. Freud souligne également l'aspect dépressif de l'anorexique et parle de « névrose de la nourriture » dans son ouvrage intitulé *Mélancolie*, publié en 1950. Il étudie également le dégoût comme une force faisant obstacle aux pulsions sexuelles.

À la même époque, certains médecins mettent en avant l'hypothèse d'une participation endocrinienne au trouble, en évoquant, pour la première fois, le rôle déclencheur de la puberté. C'est à cette période que les pédiatres (Soltmann, Kissel..) commencent à s'intéresser à cette pathologie.

Au début du XX^{ème} siècle, l'anorexie mentale est donc plutôt considérée comme une pathologie endocrinienne. En **1914**, les travaux de **Simmonds** décrivent un nouveau syndrome dénommé cachexie panhypophysaire, dont la cause est avant tout organique et endocrinienne. Pendant plusieurs années l'anorexie mentale va être assimilée à cette pathologie.

Pourtant certains auteurs, tels que **K.Abraham**, poursuivent leurs recherches concernant la psychopathologie du trouble. Pour Abraham, ce trouble est lié aux phases prégénitales du développement, en étudiant plus particulièrement le rôle du sadisme, de l'ambivalence et du désir d'incorporation du pénis paternel. Les travaux d'Abraham permettent également de prendre en compte l'importance de la maîtrise anale dans le comportement anorectique. Abraham montre aussi que la signification inconsciente de l'action de manger chez la femme est de devenir enceinte, pouvant expliquer certaines inhibitions alimentaires.

Mélanie Klein va s'intéresser au symptôme, et plus particulièrement à l'organisation de la personnalité et aux types d'angoisses du patient. Elle va ainsi enrichir la dynamique de l'oralité. Sa vision va influencer les psychanalystes et notamment les travaux de **Grinberg** ou de **Selvini**.

En parallèle, **Anna Freud** travaille sur les mécanismes de défenses du Moi et inscrit l'anorexie mentale dans l'ascétisme de l'adolescence.

Jusqu'à dans les années 1940-1960, la vision de Charcot et de Freud, rapprochant l'anorexie mentale de l'hystérie, reste pourtant prédominante dans les courants

psychanalytiques. L'anorexie est souvent analysée en tant que symptôme, les recherches ne concernant que très peu l'organisation de la personnalité. Ce sont des auteurs finalement non freudiens et plutôt influencés par les travaux de Biswanger et de M. Klein qui vont apporter une vision plus dynamique et globale de l'anorexie mentale en lien avec l'organisation de la personnalité.

C'est à partir des années 1940 que des hypothèses différentes sont envisagées avec de multiples travaux et auteurs tels que H. Bruch aux USA, M. Selvini en Italie, E. et **J. Kestenberg** et **Décobert** en France.

Des perspectives psychodynamiques, systémiques ou comportementales, en tout cas toujours d'ordre psychologique, sont alors mises en avant, constituant alors les principales explications étiopathogéniques.

Bull, en **1939**, pose la question du lien entre anorexie mentale et psychose alors que plusieurs autres auteurs postulent plutôt pour une composante névrotique dans l'anorexie mentale.

En **1949**, **Delay** étudie l'anorexie mentale en tant que pathologie psychosomatique.

Dans les années 60, **Selvini** évoque la possibilité d'une anorexie en tant que psychose monosymptomatique. Pour elle, c'est « la nécessité de tenir en respect un corps dangereux qui est pathognomonique de l'anorexie nerveuse » (citée dans (3)). Elle rejoint H. Bruch sur l'importance de la relation avec la mère et décrit une mère surprotectrice, ne pouvant se séparer de sa fille. La mère contrarie donc l'autonomisation de sa fille et notamment l'expression de son plaisir et de son désir. Selvini parle de dépression du Moi prodromique à l'anorexie. Elle évoque un défaut au niveau de l'incorporation du corps comme objet total. Le corps est perçu comme humiliant et dangereux.

H Bruch étudie, à partir de l'obésité, la nécessité de rejeter le corps pour en fait rejeter la mère à laquelle ce corps appartient. Les troubles de l'image du corps ont pour elle une valeur d'images délirantes. Pour elle, l'anorexie mentale est une variété de l'obésité développementale. Elle décrit des relations précoces mère-enfant perturbées. La mère, dans la relation anorectique, « programme » son enfant selon ses propres besoins et attentes. Bruch décrit une triade de symptômes propres à l'anorexie mentale : des troubles de l'image du corps (pathognomoniques), des troubles de la perception intéroceptive, et enfin des troubles de la puissance. Elle fait de l'anorexie mentale une forme spéciale de schizophrénie.

En 1965, les premières recherches multidisciplinaires aboutissent à trois conclusions présentées au symposium de Göttingen : L'anorexie mentale exprime une incapacité d'assumer le rôle sexuel génital et d'intégrer les transformations de la puberté. Le conflit

principal se situe dans le corps et non au niveau de la fonction alimentaire. Enfin, la structure de l'anorexie mentale est différente de celle d'une névrose classique.

Cinq lignes de force semblent se dégager dans l'historique des approches autour de l'anorexie mentale :

- L'anorexie mentale est classée parmi les affections psychiatriques soit sous forme d'entité distincte, soit au contraire faisant partie d'une entité nosographique déjà définie comme la mélancolie, la phobie ou l'hystérie.
- L'anorexie mentale est considérée par beaucoup d'auteurs comme une affection endocrinologique à partir des travaux de Simmonds qui décrit en 1914 la cachexie hypophysaire.
- Pour certains, l'anorexie mentale est une maladie neurologique cérébrale.
- L'anorexie mentale est considérée comme une affection psychosomatique affectant à la fois le psychisme et le corps.
- La compréhension dynamique de l'anorexie mentale est plutôt récente notamment à partir de l'école de Piaget.

Une perspective plus récente concerne la problématique de la dépendance, la boulimie étant alors interprétée comme une forme de « toxicomanie alimentaire » et l'anorexie comme une tentative de contrôle de la dépendance à l'alimentation et à l'avidité orale plus globalement.

Les troubles du comportement alimentaires sont alors considérés comme faisant partie des addictions, partageant, comme nous allons le voir en détails par la suite, de nombreuses caractéristiques cliniques et psychopathologiques avec les addictions aux produits. De plus, les troubles du comportement alimentaires, et tout particulièrement la boulimie, présentent de fréquentes comorbidités avec la toxicomanie ou l'alcoolodépendance.

I.1.3 Historique des TCA prépubères

Les premières descriptions de troubles alimentaires chez l'enfant ont été faites presque 400 ans après celle de l'adulte ou de l'adolescente. Un des premiers cas d'anorexie mentale prépubère est publié en **1894** : **Collins** dans le « Lancet » évoquait alors le cas d'une petite fille de sept ans et demie présentant un refus alimentaire entraînant un amaigrissement.

Marshal, à la même époque, a décrit un cas similaire chez une jeune fille âgée de 11 ans, décédée des suites d'un amaigrissement et d'une dénutrition extrême.

Les premières études portant sur le sujet étudiaient en général un échantillon constitué à partir de critères d'âge et non de statut pubertaire. Ces études, en général, ne totalisaient

pas un nombre de sujets suffisamment important pour que les résultats soient significatifs. D'autre part, le plus souvent, il n'y avait pas de groupe contrôle.

En **1984**, **Irwin** décrit l'existence de formes graves associant un état clinique de dépression avec anhédonie, fatigue, sensation de faiblesse et même idéations suicidaires. Il mettait alors en avant la gravité de la dénutrition chez l'enfant du fait du faible pourcentage représenté par la masse grasse. Il a mis alors en évidence l'existence réelle de l'anorexie mentale prépubère, bien que rare, en montrant que cette entité présentait des points communs avec la forme classique de l'adolescente et de la jeune fille, mais également des spécificités importantes qui l'en différencie.

Jacobs et Isaacs, en **1986**, comparent différents groupes de patients (un groupe prépubère, un groupe postpubère et un groupe d'enfants non anorexiques dans un registre plutôt névrotique). Ils révèlent que les patients prépubères anorexiques présentent davantage d'antécédents de troubles alimentaires dans la petite enfance mais ne se différencient pas significativement du groupe d'anorexiques postpubères au niveau clinique, du fonctionnement familial et de la problématique sexuelle. Ils cherchent alors des hypothèses étiopathogéniques et tentent de faire des liens entre les symptômes alimentaires et le processus pubertaire.

C'est à cette époque que **Jeammet**, en France, distingue les anorexies immédiatement prépubertaires assez similaires aux formes adolescentes mais avec une aménorrhée primaire, des formes strictement prépubertaires de l'enfant de moins de 10 ans, qui s'accompagnent d'un arrêt de la croissance. Dans ce cas, l'anorexie ne serait pas directement déclenchée par la puberté (4).

En **1987**, **Fosson** étudie 48 patientes avec un diagnostic d'anorexie mentale, âgées en moyenne de 11.7 ans. Il met en avant la fréquence de la dépression associée aux TCA chez l'enfant. Il retrouve la présence de troubles dans les interactions familiales. Il décrit « des parents souvent intrusifs, dans un échec de résolution des conflits présentant des difficultés de communication » (5).

I.2Epidémiologie

L'anorexie mentale semble être une pathologie de plus en plus fréquente et de survenue de plus en plus précoce, dès l'enfance.

Les formes prépubères de troubles alimentaires sont-elles réellement plus fréquentes qu'avant ou est-ce qu'elles sont mieux dépistées car mieux connues ?

L'épidémiologie est l'étude de la fréquence et des facteurs de risque de la pathologie, elle permet d'évaluer de façon objective ces hypothèses. La plupart des études épidémiologiques concernant l'anorexie mentale ont été réalisées à l'étranger, ce qui est regrettable par rapport à l'offre de soins dans ce domaine en France. L'anorexie mentale est définie, dans ces études, selon les classifications internationales, CIM-10 et DSM-IV-TR.

I.2.1 Nosographie

Dans le DSM-IV, l'anorexie mentale est définie par :

- un refus de maintenir son poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille, par exemple : perte de poids conduisant au maintien du poids corporel à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu ;
- une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale ;
- une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ou un déni de la gravité de la maigreur actuelle ;
- chez les femmes postpubères : une aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après l'administration d'hormones, par exemple, des oestrogènes).

Il convient de préciser ensuite le type d'anorexie mentale : *restrictive* lorsqu'elle n'est pas associée à des conduites purgatives (vomissement, prise de laxatifs) ou à des crises de boulimie ; ou alors *mixte* avec des crises de boulimie et/ou des vomissements et/ou autres conduites purgatives.

Une partie des patients traités en centre spécialisé ne présente pas la totalité du tableau clinique classiquement décrit dans les classifications. Environ 20 % des patients

présenteraient des formes subsyndromiques ou encore dénommés EDNOS (*eating disorders not otherwise specified*).

Les formes subsyndromiques d'anorexie mentale sont deux à trois fois plus fréquentes, elles correspondent à des formes prodromiques de TCA, ou à des formes résolutives ou encore évoluant sur un mode mineur. Ces formes restent inquiétantes puisqu'elles impliquent un plus grand risque de développer des troubles physiques ou psychiques à l'âge adulte.

Toutes ces formes de la maladie, anorexie restrictive, formes subsyndromiques, boulimie nerveuse, constituent en fait un continuum, évoluant souvent en alternance dans la vie du sujet (50 % des patientes anorexiques développent des crises boulimiques et 20 à 36 % des patientes boulimiques présentent des antécédents d'anorexie restrictive).

I.2.2 Prévalence, sex-ratio et âge de début

Selon les études et les critères utilisés, la prévalence est de 0.9 à 2.2 % en population générale féminine (jusqu'à 4 % des adolescentes) et de 0.25 à 0.3 % en population masculine. La prévalence des formes subcliniques ou partielles serait en revanche de l'ordre de 5 % (6). L'incidence de la maladie, même si les différents résultats restent contradictoires, semble augmenter régulièrement depuis 1945. Il y a aussi une meilleure reconnaissance des troubles, les médecins généralistes étant mieux formés et les parents davantage sensibilisés.

La prévalence semble surtout augmenter parmi les 15-19 ans. Le début de la maladie serait de plus en plus précoce (6).

L'anorexie mentale est une pathologie essentiellement féminine, le sex-ratio étant de 8 à 9 filles pour 1 garçon.

L'âge moyen de survenue de l'anorexie mentale est de 17 ans avec deux pics de fréquence, autour de 13-14 ans puis autour de 18-20 ans.

La durée d'évolution des troubles est variable, de 1.7 à 3 ans selon les auteurs. Une étude américaine en 2007 fait état de 66 % de patients guéris à 5 ans d'évolution.

Il a été montré qu'environ 50 % seulement des patients souffrant de TCA sont effectivement pris en charge sur le plan médical et psychologique (4).

I.2.3 Mortalité

Le taux de mortalité serait de 5.6 % par an, la moitié des cas serait détectée par les soins primaires de santé et 30% d'entre eux seulement seraient dirigés vers la filière de santé mentale (6).

I.2.4 Préoccupations pondérales et corporelles et évolutions sociétales

Une étude réalisée par Bartsch en 2007 révélait qu'environ 60 % des collégiens présentaient des préoccupations corporelles et notamment une peur de prendre du poids ou de ne pas être assez mince par rapport à leurs pairs. Les comportements de contrôle du poids, les régimes sont fréquents chez les adolescents en particulier dans la population féminine, mais tendent également à se généraliser à la classe d'âge inférieure, pouvant être présents notamment chez les filles avant la puberté(7).

Il paraît évident que la société évolue dans son rapport au poids et à l'apparence physique. Les préoccupations par rapport à l'image corporelle sont de plus en plus précoces. Dès l'âge de trois ou quatre ans, les enfants expriment déjà une préférence pour la minceur et dès cinq ans nous pouvons retrouver une crainte de devenir gros.

Des études ont montré que dès cinq ans, les fillettes sont capables d'estimer correctement leur silhouette. Lorsqu'on leur demande de décrire une silhouette idéale, elles choisissent en général une silhouette plus mince que la leur (6).

Les enfants de cette classe d'âge montrent également une tendance à repousser leurs pairs présentant une obésité, exprimant souvent beaucoup d'aprioris à leur égard, mettant en lien l'obésité avec une certaine paresse, ou d'autres traits de caractères peu flatteurs, répétant ainsi probablement en partie le discours parental ou celui transmis par les médias et la publicité. Le corps idéalisé est donc un corps mince, musclé et les enfants évoquent régulièrement les notions de régimes, de calories, de nutrition. En 1989, une étude montrait déjà que 45% des enfants âgés de 7 à 13 ans exprimaient un souhait d'être plus mince, 37% avaient même tenté de suivre des régimes et 1.3% présentaient des vomissements provoqués. Il est également désormais bien connu que les traitements des surpoids et de l'obésité peuvent entraîner des troubles du comportement alimentaire secondaire. Certains enfants sont également plus à risque de présenter des TCA lorsqu'ils sont soumis à des pressions de la part de l'entourage, tels que les gymnastes, les danseurs classiques ou les jeunes athlètes.

I.2.5 Extension géographique

Classiquement, l'anorexie mentale était plutôt décrite dans les classes socioculturelles privilégiées et dans les pays développés occidentaux. Actuellement nous assistons à un élargissement des milieux et pays concernés. En effet, des cas d'anorexie se développent dans des milieux sociaux défavorisés et les TCA ont tendance à apparaître et à prendre de l'ampleur dans des zones géographiques telles que certains pays d'Afrique ou

comme la Chine. En Chine, avec la politique de l'enfant unique (et souvent roi), l'obésité et les TCA se multiplient, avec quelques nuances sémiologiques (notamment par rapport à la fréquence accrue des cas masculins). Mais la maladie fait tout autant que les formes classiques référence à une certaine maîtrise du corps, à une toute puissance ou bien encore à une punition de la famille par l'enfant. Les pays en voie de développement semblent « contaminés » par le modèle de minceur régnant dans les pays occidentaux. En France, certaines jeune filles issues de familles immigrées, peuvent présenter des troubles alimentaires, comme pour mieux ressembler, mieux « s'intégrer » au groupe de pairs d'origine française (8).

I.2.5 Concernant les TCA à début précoce...

Environ 5% des anorexies mentales concerneraient des enfants âgés de moins de 12 ans. Le questionnaire d'auto-évaluation des conduites alimentaires E.A.T (*eating attitude test*) a été adapté afin d'obtenir une version infantile, dénommée EAT-Ch. Appliqué à une population de 318 enfants âgés de 8 à 13 ans à la fin des années 80, il révélait alors que 7% environ des enfants de cette population présentaient un score correspondant à l'anorexie, ce qui était comparable aux résultats retrouvés dans des populations d'adolescents ou d'adultes (9).

Cependant, les données épidémiologiques concernant les troubles du comportement alimentaire de l'enfant restent relativement rares et même contradictoires du fait, entre autres, de difficultés méthodologiques. Les études, qui utilisent les critères diagnostiques des classifications internationales, sous-estiment probablement la fréquence des troubles. Une majorité d'entre elles ne différencie par clairement l'enfant de l'adolescent, s'intéressant à des classes d'âge du type 10-14 ans.

Ces études, d'autre part, ont tendance à s'intéresser avant tout aux formes classiques d'anorexie mentale et de boulimie, négligeant alors toutes les autres formes de TCA de l'enfant.

Ainsi, les chiffres concernant l'incidence des nouveaux cas d'anorexie mentale sont assez variables d'une étude à l'autre, allant de 9.2 à 25.7 pour 100000 par an. Les prévalences des troubles du comportement alimentaire prépubères sont également variables, allant de 0.2 à 0.6 %.

Plus récemment, une étude américaine utilisant la EAT-Ch sur un échantillon de population de jeunes de 10 à 14 ans, s'intéressant à l'ensemble des TCA, retrouvait une prévalence en population générale de 10.5%, c'est-à-dire une prévalence 10 fois plus élevée que celle retrouvée lorsque les critères des classifications usuelles sont utilisés.

Plusieurs études ont montré l'augmentation importante des troubles alimentaires de l'enfant ces deux dernières décennies, ce qui pourrait s'expliquer entre autre par un meilleur dépistage de ce type de trouble.

La proportion de garçons touchés par les troubles est une donnée importante. Le sex-ratio traduit une surreprésentation des garçons dans les TCA de l'enfant prépubère comparé aux TCA classiques(10).

I.3 Facteurs socio-culturels

Les troubles alimentaires peuvent être considérés, au moins en partie, comme étant des « troubles liés à la culture » (6). Il serait logique de penser que l'apparition des troubles avant la puberté suggère une évolution de la maladie parallèle à celle de la société. Les données évoquées précédemment autour des troubles de la perception de l'image corporelle de l'enfant, de survenue toujours plus précoce, confirmeraient cette idée.

I.3.1 Evolutions sociologiques et nouvelles personnalités

L'anorexie mentale est une pathologie particulièrement médiatisée, ce qui peut s'expliquer entre autres par l'idéalisation et l'exposition du corps féminin dans nos sociétés contemporaines.

Certaines jeunes filles contre-investissent leur monde interne, trop insécurisant, et deviennent alors particulièrement vulnérables aux propositions faites par le monde externe et à ses exigences. Il existe bien, dans nos sociétés modernes, une dimension sociale des conduites addictives.

En effet, le narcissisme social s'articule avec le moi narcissique du sujet. L'alexithymie, la pensée opératoire et la « dépression essentielle » constituent des concepts plutôt récents, qui ont émergé dans le contexte socioculturel actuel. Une décroissance des cas d'hystérie et de névrose « classique » est constatée. En parallèle, il apparaît une augmentation des pathologies psychosomatiques et des conduites addictives, en particulier chez des patients aux personnalités état-limite ou narcissique.

L'évolution sociale implique l'apparition de nouveaux modèles identitaires.

L'histoire sociale influence notamment l'écart narcissico-objectal à l'adolescence, écart qui représente la problématique centrale dans les conduites de dépendance et dans la structuration psychique.

Les sociétés actuelles favorisent la maîtrise et la performance tout en amincissant la frontière entre réalité et fantasmes, ce qui pourrait être en lien avec l'apparition des structurations psychiques limites et de moins en moins névrotiques. Les mécanismes de défenses névrotiques (refoulement, déplacement..) sont remaniés et rendus inopérants à la faveur de mécanismes différents tels que le clivage ou le déni.

L'enfant et l'adolescent, pour se construire, ont besoin de références identificatoires au sein de leur environnement proche et notamment familial afin de ne pas se laisser happer par des identifications externes et le miroir social.

Les sociétés actuelles sont marquées par une perte des limites, une « démétaphorisation » et une importance accrue accordée au narcissisme, éléments tout particulièrement impliqués

dans les conduites addictives. « Incorporer c'est être au sens littéral et se remplir c'est risquer de se vider d'une part de soi dans un cercle vicieux sans fin » (1).

Le statut d'enfant et d'adolescent évolue également, tendant à revêtir un caractère « adultomorphe », individus précocement sexués et consommateurs. L'adolescence est de moins en moins en lien avec la maturité biologique et sexuelle. Corcos parle d' « adultisation précoce générant des adolescents pré-pubères » : ces considérations posent diverses questions autour de notre sujet : est-ce que celles-ci peuvent expliquer, parmi d'autres causes, l'évolution épidémiologique de l'anorexie mentale et son extension à des classes d'âge de plus en plus jeunes ? L'enfant deviendrait-il adolescent avant même d'acquérir des caractères sexuels secondaires ? L'enfant, s'il est comme un adulte en miniature, pourrait-il présenter les mêmes préoccupations, notamment corporelles et le même besoin de contrôler son poids et de faire des régimes ?

D'autre part, l'enfant se trouve « parentifié » précocement, et dans l'obligation (inconsciente) de combler les failles narcissiques parentales voire de devenir le thérapeute parental. Le lien de filiation en est forcément remanié.

La société tend à prioriser l'image plutôt que la parole et la mise en mot et en sens, favorisant probablement l'apparition de pathologies « du self » telles que les états-limites et les troubles narcissiques. Winnicott parlait déjà « d'organisations en faux-self » dans les années 60. Hélène Deutsch, à la fin des années 70, évoquait les personnalités « comme si ». Le socius attire et séduit les adolescents, tout particulièrement lorsque ceux-ci manquent de figures d'identification proches.

Il y a une augmentation des conduites externalisées, démontrant la moindre intégration des mécanismes surmoïques d'autocensure et d'auto-contrôle (tentative de suicide, toxicomanie, alcoolisme, impulsivité, violences).

Il est constaté que les troubles du comportement alimentaire demeurent plutôt rares dans les pays du Tiers-Monde (il n'existe notamment quasiment pas de boulimie). Au contraire, dans certaines sociétés influencées par la culture occidentale, il est noté une apparition et une amplification des préoccupations pondérales et corporelles ainsi que des troubles du comportement alimentaires. Il y a également davantage de cas dans les populations maghrébines en France avec un grand écart entre la cellule familiale et le système social.

La société moderne est également très sensible à l'hygiène, à la norme sanitaire, au point de « faire naître » des « addicts » à la santé, fascinés par les conduites ascétiques. Le corps devient un lieu de figuration, de représentation de soi et se trouve sacralisé, idéalisé dans la minceur. Le corps de la femme est particulièrement concerné en lien avec l'évolution majeure du statut social de la femme.

Les enfants et adolescents qui ont, dans leur environnement proche (avant tout familial), des figures auxquelles ils peuvent s'identifier, ne vont pas investir totalement le reflet du corpus social. En revanche, ceux qui vivent dans une famille dans laquelle il est difficile de penser et notamment de penser ses origines et sa filiation, risquent de se retrouver dans une « adhérence horizontale » plutôt que dans une transmission verticale. La sociologue Véronique Nahoum-Grappe disait en 1991 : « On ressemble plus à son époque qu'à ses parents ». La conflictualité survenant à l'adolescence entre en résonance avec les conflits non élaborés des parents pendant leur propre adolescence et avec l'état psychique de ceux-ci au milieu de leur vie, surtout lorsqu'ils traversent une période dépressive plus ou moins extériorisée.

Le modèle actuel, plus libéral, a tendance à accorder à l'enfant une liberté de choix qu'il n'est pas prêt à assumer, en parallèle notamment à la chute du patriarcat et à la perte d'autorité de la figure paternelle. L'enfant, qui n'est plus assez guidé par les positions parentales, se retourne vers les idéologies sociales. Les différences de générations sont également moins marquées et tendent à s'effacer en plus d'un certain renoncement à la fonction parentale, le tout laissant libre cours aux influences extérieures.

Dans les familles de jeunes filles atteintes de TCA, les préoccupations pour les études et la réussite scolaire ne signent pas forcément une attention d'ordre éducatif et autoritaire mais plutôt un besoin de conformité et de réussite sociale. Le jeune adolescent n'est souvent pas suffisamment pris en compte dans sa subjectivité. Le jeune a plus de liberté, apparemment plus d'autonomie mais ses choix, ses actions ne trouvent pas de retour dans le discours de ses parents, ne suscitent pas de réactions chez les parents, d'où la tentation du jeune d'aller toujours plus loin pour les faire réagir et vérifier le lien : jusqu'aux limites de la mort s'il le faut.

Nous pouvons donc penser que l'idéalisation de la minceur, de l'ascèse dans les TCA est en lien avec une influence externe, provenant de stéréotypes culturels, favorisés par un défaut d'identification intrafamiliale qui oblige l'adolescent à chercher des figures identificatoires exogènes.

L'environnement social et culturel perd alors son rôle transitionnel et séparateur car il devient l'unique source d'identification.

I.3.2 Les déterminants socio-culturels de la maladie

L'anorexie n'est pas une maladie nouvelle puisqu'elle était déjà décrite il y a des siècles. Les pratiques de jeûne étaient alors avant tout à connotations religieuses. C'est ce qui s'appelait au III^e - IV^e siècle l'inédit, correspondant à une conduite de restriction

alimentaire dans un but religieux afin d'accéder à la perfection et à la pénitence et donc à la spiritualité. C'était alors une pratique communautaire.

Progressivement, la pratique du jeûne devient rare, résultant d'un choix personnel, plus souvent féminin. Il donne naissance au XIV^e - XVI^e siècles aux saintes jeûneuses.

Puis le jeûne devient suspect, notamment d'après des descriptions issues de la médecine arabe qui décrit déjà des conduites alimentaires pathologiques. Progressivement la notion d'anorexie mentale apparaît.

1.3.2.1 Répartition démographique

Actuellement, la répartition des troubles évolue à travers le monde, d'abord dans des minorités ethniques des pays occidentaux puis vers les pays de cultures non occidentales (Afrique noire, Moyen-Orient, Iran, Inde, Sri Lanka...). Le rôle de l'influence occidentale est plus ou moins clair dans le développement de la maladie dans ces pays. Les personnes migrantes ont plus de risque de développer des TCA que celles restées dans le pays d'origine (6).

L'exemple des îles Fidji est bien connu et particulièrement révélateur : avant 1995, il n'y avait pas la télévision dans les îles et les régimes étaient très rares parmi les habitants. La culture locale favorisait un bon appétit et un corps robuste. Trois ans après l'apparition de la télévision, 74% des lycéennes interrogées se trouvent « trop grosses » et 69% d'entre elles ont déjà tenté de faire un régime pour perdre du poids. Onze pour cent d'entre elles avaient eu recours à des vomissements provoqués contre 0 % avant 1995. Les jeunes filles interviewées prenaient alors comme idéal de minceur les personnages des séries américaines(11).

Le plus grand nombre de publications concerne actuellement les pays asiatiques. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen des jeunes femmes japonaises est ainsi passé de 21.5 en 1960 à 20.5 en 1995. Les auteurs asiatiques insistent sur l'inadéquation des critères diagnostiques concernant l'anorexie mentale dans leur pays. En général, les jeunes femmes ne présentent pas, ni préoccupation pondérale ni peur de l'obésité mais simplement un désir de maigrir en se restreignant sur le plan alimentaire et en mettant en avant des douleurs gastriques, un manque d'appétit ou une peur de certains aliments. Certains considèrent qu'il s'agit là de forme atypique d'anorexie mentale ou de « pseudo-anorexies mentales » alors que d'autres y voient l'expression de la même maladie mais avec des variants culturels. En effet la peur de l'obésité et du « gras » est avant tout spécifique aux pays occidentaux.

1.3.2.2 Influences sociales et familiales

La pression sociale au travers du culte de la minceur est une réalité dans nos sociétés occidentales et prend une importance croissante chez des enfants de plus en plus jeunes.

La pression sociale se manifeste sous différentes formes. Elle peut s'exercer au travers des commentaires négatifs, des moqueries, des tentatives d'intimidation de la part des pairs au sujet de l'apparence corporelle et du poids. Elle est également retrouvée dans les médias qui véhiculent l'idéal de minceur. Enfin, les parents peuvent, eux même, exercer une certaine pression autour du poids (12).

Des études ont montré que le comportement de contrôle de l'alimentation et du poids de l'enfant par les parents, associé en plus à l'influence des pairs (moqueries) favorisaient l'émergence de TCA. Lorsque le père souffre lui-même d'insatisfaction corporelle, la fille aurait plus de risque également.

La pression sociale exercée est plus ou moins péjorative selon le niveau d'intériorisation du message sociétal. La famille qui représente le premier agent de socialisation peut renforcer le message sociétal en créant, autour de l'enfant, un environnement particulier (valeurs autour de la minceur, des régimes, de la réussite sportive, de la performance...). La famille présentant alors des attitudes de renforcement par rapport aux préoccupations antérieures ou aux troubles.

Une étude réalisée en Floride en 2004 s'est intéressée à l'impact des moqueries ou des plaisanteries sur l'apparence et le poids. Un quart des jeunes filles interrogées avaient entendu des plaisanteries de la part de leur parents et un tiers de la part d'un membre de la fratrie (frères aînés avant tout). Les conséquences les plus négatives seraient en lien avec les plaisanteries émanant du père, ce qui amplifie également la probabilité pour que la fratrie se moque également. Les pères et les frères aînés représentent des modèles d'interactions entre les hommes et les femmes.

L'influence des pairs serait finalement moins importante, dans la classe d'âge des 9-14 ans en tout cas. La comparaison sociale semble avoir plus d'importance par rapport à la perception de soi au début de l'adolescence et tout particulièrement chez les filles (6).

1.3.2.3 La mode et les médias

La mode joue également un rôle important, les mannequins étant toujours plus maigres, ce qui contribue également à la transmission du culte de la minceur, notamment parmi les adolescentes.

Les sites internet de type « pro-ana » ou « pro-mia » (pour la boulimie) participent également à véhiculer une image normative des troubles alimentaires en renforçant « l'identité anorexique ».

Les TCA peuvent également être perçus comme faisant partie des conduites à risque qui se développent dans les populations adolescentes mais aussi de plus en plus chez les enfants.

Le jeûne représente un comportement à risque, comme une recherche de vertige, de contrôle, une attraction vers les limites de la vie.

1.3.2.4 La pratique sportive

Le sport constitue également un facteur important dans les TCA, d'une part parce qu'il peut parfois faire l'objet d'addiction et représenter une comorbidité. D'autre part, il semble que les sportifs de haut niveau représentent une population à risque de TCA du fait de leur personnalité et des exigences corporelles et pondérales imposées par leur activité sportive(10). Les sportifs présentent plus fréquemment des troubles alimentaires et en particulier des troubles subcliniques comparés aux non sportifs (13).

Selon les études, la prévalence des troubles alimentaires chez les sportifs varie de 15 à 65% chez les filles et de 5 à 15% chez les garçons. Cependant ces chiffres sont sous-estimés du fait d'une certaine dénégation des athlètes eux-mêmes mais également du déni qui touche le milieu sportif en général (entraîneurs). Trois grands types de sports sont particulièrement concernés :

- les sports concernés par des exigences esthétiques (gymnastique, danse, patinage artistique...);
- les sports où la réduction pondérale permet d'améliorer la performance (saut à ski, course de fond...);
- les sports fonctionnant avec des catégories pondérales (judo, aviron...).

La question principale est de déterminer si le sport attire des individus ayant déjà des profils particuliers, à risque de TCA ou si c'est la pratique sportive en elle-même qui engendre le développement de troubles alimentaires.

Il semble évident que les sportifs de haut niveau présentant des troubles alimentaires et les patientes souffrant de TCA présentent des traits de personnalités communs : recherche du poids idéal, perfectionnisme, ascétisme, contrôle de soi...

La dimension addictive est également notable dans la pratique sportive du côté d'une « addiction au mouvement »(10). Le contrôle du corps qui accompagne l'entraînement sportif intensif peut favoriser la restriction des affects et comporte une dimension auto-érotique comme dans l'anorexie mentale. Le sujet devient dépendant d'une excitation provoquée par le mouvement qu'il auto-entretient (13).

La maîtrise et le contrôle sont omniprésents, envahissants comme dans les TCA. Le mode de pensée opératoire est aussi un point commun entre sportif de haut niveau et TCA (10).

Les capacités d'élaboration sont affaiblies par « l'agir opératoire » en lien avec la pratique sportive tout comme dans les troubles du comportement alimentaire.

Le dépistage d'une addiction au mouvement devrait être systématique lors de consultation avec des patients anorexiques du fait des similitudes avec l'hyperactivité retrouvée dans l'anorexie (13).

Une entité clinique concernant les athlètes féminines de haut niveau a été décrite, « l'anorexia athletica », regroupant une triade symptomatique (anorexie, aménorrhée, ostéoporose) très proche de l'anorexie mentale. La réduction pondérale serait guidée par un désir de performance et non par une préoccupation esthétique corporelle.

Les résultats des études restent contradictoires, certaines affirment qu'il existe certes des points communs entre la personnalité ou le physique des sportives et ceux des patientes, mais que les sportives en question, pour la plupart, ne sont pas concernées par les TCA.

Cependant, Davison dans son étude sur les enfants de cinq à sept ans, montre que les fillettes qui pratiquent des sports « esthétiques » (gym, danse...) présentent plus de préoccupations pondérales que celles pratiquant des sports « non esthétiques », et ce dès l'âge de 5 ans, avec une majoration après 7 ans (10).

La pratique sportive intensive peut également répondre à une demande parentale, souvent dans des familles où la réussite et la recherche de la performance sont mises en avant, ce qui peut être retrouvé également dans les familles des anorexiques. On parle même de « syndrome de réussite par procuration », apparenté pour certains auteurs au syndrome de Münchausen par procuration. Les parents surinvestissent et sur-stimulent la réussite et les talents de leur enfant. Cela peut aller jusqu'à de la maltraitance, notamment en induisant ou en renforçant des troubles alimentaires débutants (13).

L'Académie américaine de pédiatrie (AAP) a publié en 2000 des recommandations concernant la pratique sportive chez l'adolescent et l'enfant. Le sport y est encouragé dans un but de plaisir, en priorisant la santé. Il est donc nécessaire de surveiller les pratiques de régimes et la présence ou non des menstruations. En effet, l'AAP insiste sur le fait que l'aménorrhée de la sportive ne doit pas être considérée comme normale mais doit être explorée (10).

Des actions de prévention semblent essentielles à mettre en place auprès des jeunes sportifs, de leurs parents mais aussi des entraîneurs qui doivent apprendre à repérer certains signes d'alerte. Un réaménagement de certaines disciplines sembleraient également nécessaire, en particulier celles dans lesquelles des pressions importantes sont exercées autour de l'apparence physique et du poids (13).

I.4 Etiopathogénie

L'étiopathogénie de l'anorexie mentale reste relativement mal connue et il n'y a pas à ce jour de causalité unique identifiée.

L'étiologie et la psychopathologie des troubles du comportement alimentaire de l'enfant prépubère, n'ont fait l'objet que de très peu d'études spécifiques. La maladie, en effet, s'exprime différemment sur le plan clinique selon le stade développemental de l'enfant mais partagerait des causes et des mécanismes psychopathologiques communs aux formes plus fréquentes de l'adolescente.

Différents modèles étiopathogéniques existent, notamment un modèle à hypothèse unique (modèle génétique par exemple) et d'autres considérant la question sur le plan développemental donc intégrant plusieurs modèles.

Actuellement, l'approche « bio-psycho-sociale » semble intéressante. Les modèles intégratifs mettent en avant l'existence de facteurs déclenchants qui facilitent l'apparition des troubles chez un sujet prédisposé (facteurs de vulnérabilité individuels, familiaux, culturels). La pathologie est ensuite maintenue par des facteurs pérennisants, ce qui constitue un cercle vicieux (4). Les bénéfices secondaires de la maladie (la toute-puissance, la jouissance du jeûne) tendent aussi à chroniciser les conduites(14).

Récemment, il a été mis en évidence que les sujets anorexiques seraient porteurs de certaines anomalies biologiques qui sembleraient préexistantes au développement des troubles. Ces anomalies seraient secondaires à un particularisme génétique et/ou à des facteurs de stress survenus dans la petite enfance, modifiant en particulier le fonctionnement corticotrope de réponse au stress (Godart, 2010)(4)

I.4.1 L'acte de manger

Chez l'enfant, le fait de se nourrir est un acte complexe qui correspond à différentes fonctions essentielles au développement de l'enfant : *La faim* représente un besoin instinctuel fondamental qui crée un état de tension, soulagé par l'ingestion alimentaire pendant le repas. Le fait de manger correspond également à *un plaisir* procuré par la succion et par le fait de mordre, ce qui permet d'évacuer l'agressivité normale. L'alimentation est importante au cours des interactions précoces et représente un mode *d'échange et d'attachement*, mettant en jeu une communication verbale et comportementale essentielles au développement harmonieux de l'enfant. Par l'acte de manger, l'enfant prend également conscience de la différence entre *le dehors et le dedans* ce qui favorise la constitution d'enveloppes corporelles solides sur lesquelles la construction du Moi va pouvoir s'étayer. La formation du Moi permet à l'enfant de *structurer sa personnalité* et ses *relations à l'autre*.

Enfin l'alimentation revêt également des *significations sociales et culturelles, imaginaires et symboliques*(15).

I.4.2 Approches psychopathologiques

Les données sont relativement rares au sujet des hypothèses psychopathologiques de l'anorexie prépubère. La plupart des auteurs qui se sont intéressés aux TCA considèrent ce trouble comme une variante de l'anorexie mentale plus classique de l'adolescence, dans une logique de continuité des troubles alimentaires, de la toute petite enfance, au moment des premières interactions du nourrisson, jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte. C'est pour cette raison qu'il semble nécessaire de s'intéresser à la psychopathologie de l'anorexie mentale de l'adolescente, forme la plus étudiée par les auteurs psychanalytiques.

De façon schématique, jusque dans les années 1980, l'anorexie mentale était considérée avant tout comme un refus de la sexualité ou encore comme l'expression d'un conflit avec la mère. Après les années 80, les hypothèses se sont diversifiées, en particulier du côté de l'addiction(14).

Les premiers éclairages psychopathologiques autour des TCA portaient avant tout sur la nature du conflit pulsionnel en jeu ainsi que sur les représentations fantasmatiques du sujet. Plus tard, l'intérêt s'est déplacé sur l'hypothèse d'une pathologie du lien, associée à une organisation particulière de la personnalité.

Le symptôme alimentaire en lui-même façonne la structuration psychique de l'adolescent en devenir. La maladie génère aussi des bénéfices secondaires, notamment sur le plan relationnel (1).

Les premières grandes hypothèses psychodynamiques portaient sur l'idée d'une régression devant l'émergence de la sexualité génitale en référence au modèle de l'hystérie, l'anorexie mentale « gommant » véritablement les caractères génitaux secondaires (16). L'anorexique revient à son corps d'enfant, se protégeant par là même d'un désir de grossesse. La pathologie empêche ainsi d'avoir du désir pour le parent de sexe opposé (le plus souvent) ou d'être l'objet du désir de ce parent (3).

1.4.2.1 Le rôle de la puberté

L'anorexie mentale correspond à un rapport au corps marqué par une angoisse « incorporable » au sens littéral du terme qui pousse les patientes à l'auto-punition pour donner « une légitimité à leur existence », voire à l'autodestruction. La lutte contre la faim est en lien avec un vécu de débordement pulsionnel ressenti par ces patientes, accru au moment de la puberté et des transformations corporelles qui l'accompagnent. La puberté, la croissance et la prise d'autonomie qui s'y associent sont imaginées comme infinies, la prise

de poids comme sans fin, incontrôlable et immense, et la prise de distance avec la famille comme définitive, comme une rupture (1).

La puberté initie un processus de changement inacceptable pour les jeunes filles par impossibilité d'un travail d'élaboration purement psychique. Elles vont donc avoir recours à une expression agie, comportementale et à une inscription corporelle au travers du trouble alimentaire qu'elles développent à ce moment-là (17).

Les représentations en lien avec la sexualité génitale seraient déplacées sur l'oralité qui de ce fait en est conflictualisée. Le sujet serait alors dans une régression associée à une réactivation des relations d'objet antérieures et à un érotisme appartenant aux stades anal et oral de la libido. Le refus de manger est alors interprété chez la jeune fille, comme « un désir d'incorporation du pénis paternel et de fécondation orale », la peur de grossir pouvant se comprendre comme « un refoulement et un contre-investissement d'un désir de grossesse incestueuse ». Le contre-investissement correspond à l'investissement, sur une représentation acceptée, non choquante pour les instances idéales, de l'énergie libérée à partir du refoulement d'une représentation non autorisée par le surmoi (16).

1.4.2.2 Les relations à la mère et la place du père

Toute l'énergie pulsionnelle est condensée sur le corps dans la conduite d'autodestruction, permettant de « préserver » (initialement) les autres domaines de la vie de la patiente : la scolarité souvent brillante, une certaine hyperadaptation sociale, une relation au père calme sans réactivation intense du conflit œdipien et une relation à la mère qui peut rester fusionnelle car protégée d'une rivalité féminine.

La patiente protège souvent sa mère, se sacrifiant pour elle. Tous désir propre est vécu comme une trahison à la mère car représentant une marque de subjectivité.

La relation mère-fille est souvent dépourvue d'un tiers paternel séparateur. La position paternelle est soit effacée soit trop excitante et perd donc de sa valeur différenciatrice (17). Le père symbolique a pourtant comme rôle essentiel de transmettre et de faire respecter la loi du désir qui interdit l'inceste et permet à l'enfant d'intégrer la différence des sexes et des générations, rendant possible la séparation. C'est la mère qui attribue la fonction de père symbolique et donc permet au père, en le convoquant dans son désir, de jouer son rôle de tiers entre elle et son enfant. C'est la parole de la mère, tout autour de l'enfant, qui convoque le père, ce que Lacan rapproche de la « castration symbolique par le langage signifiant ». La mère doit désirer le père pour pouvoir sevrer l'enfant de son sein, sevrage qui constitue un premier renoncement à l'objet, nécessaire à l'enfant pour qu'il puisse s'intéresser au monde environnant et construire ainsi sa propre subjectivité. Sevrage qui pour M. Klein, représente la première étape de l'Œdipe, ayant fonction de castration, d'interdit convoquant la fonction

tierce du père. Le père suspend la dévoration initiale pour établir une nouvelle distance relationnelle. L'enfant, avant de se sevrer, incorpore normalement le bon objet maternel, dans le sens d'une intégration symbolique.

Le sein a aussi une fonction symbolique en permettant à l'enfant d'incorporer l'objet sur un mode fantasmatique, correspondant à l'introjection permettant ensuite l'identification.

Bochereau en 1992 décrit les pères des patientes anorexiques comme étant souvent asexués et sans autorité, comme « déphallilisés » par leur femme qui elle-même rejoue souvent leur relation à leur propre mère. Si le père est dévalorisé, la loi paternelle est défaillante et la fille se trouve dans une indifférence des sexes et des générations. Elle n'est plus alors qu'une extension narcissique de sa mère, elle-même souvent extension narcissique de sa propre mère. Racamier parlait d' « incestuel » pour évoquer cette relation d'emprise trans-générationnelle dans la lignée maternelle. Dans l'anorexie mentale, le père ne jouerait pas son rôle de tiers séparateur et la phase d'individuation serait perturbée, l'enfant restant dans une position schizoparanoïde sans accès à l'ambivalence.

Le bon objet maternel est mal introjecté et l'enfant a recours à une idéalisation de l'objet maternel pour lutter contre des pulsions agressives à l'encontre du mauvais objet. Cette idéalisation nie la fonction symbolique du père.

Jeammet met en avant la défaillance de la fonction paternelle dans nos sociétés contemporaines. Le symptôme anorexique semble être un appel au symbolique dénonçant la loi maternelle. L'anorexie est comme une impasse dans ce lien maternel, ne permettant pas la séparation, l'accès à la féminité et à la sexualité génitale.(18)

L'enfant semble avoir adhéré à un modèle identificatoire maternel, s'en décoller de la part de la fille serait trop dangereux pour la mère au risque d'une décompensation maternelle (1). La relation est vécue comme « un vol réciproque » et non comme un échange. Se rapprocher de la mère dans un désir identificateur correspond à se substituer à elle, d'autant plus qu'il existe une complicité incestueuse ou au moins narcissique de la part de l'autre parent (17).

La relation avec la mère est souvent marquée par des investissements narcissiques. Cette relation est complexe. Kestemberg évoque ainsi une patiente qui semblait se voir investie par sa mère comme un objet partiel et qui présentait de ce fait des fantasmes autour d'une identification à une image maternelle surmoïque toute puissante, générant une forte agressivité, bien entendu refoulée. La rivalité avec la mère est souvent impossible à affronter. Etre en rivalité, c'est s'accepter méchante donc accepter d'être détruite, destructible et destructrice ce qui n'est pas envisageable. Des fantasmes mégalomaniaques sont très souvent présents même s'ils ne sont pas exprimés (3).

Bruch émet l'hypothèse de l'existence de patterns d'interactions précoces inadaptées entre la mère et son enfant, dès la toute petite-enfance, et notamment au moment des repas qui sont marqués par une gratification des besoins maternels au détriment de l'enfant. Cela pourrait entraîner des perturbations de l'expérience physiologique et émotionnelle de la nourriture et de la satiété. L'adolescente, plus tard, peut donner l'impression de se comporter comme « un automate », elle joue alors souvent le rôle d'antidépresseur pour la mère, l'anorexie étant alors une lutte désespérée pour tenter de se construire, malgré tout, une identité propre et ainsi de s'autonomiser (10).

Il existe donc des dysfonctionnements dans les interrelations précoces avec des aspects transgénérationnels ayant pour conséquences une constitution défectueuse des assises narcissiques. Cela entraîne des difficultés d'accès à l'aire transitionnelle, ainsi qu'un défaut d'acquisition des capacités de représentation et de symbolisation. La défaillance de la fonction maternelle et de la transmission du féminin engendre un vide identificatoire. Les liens sont insécures ce qui explique les difficultés relationnelles ultérieures.

Sours, représentant l'Ecole psychanalytique nord-américaine, s'est intéressé à l'histoire développementale des patients anorexiques, relevant que les parents de celles-ci leur inculquaient souvent « le contrôle du plaisir et l'importance des activités de maîtrise anale ». Il y a souvent peu de gratification orale au sein de ces systèmes familiaux, l'enfant étant assez rapidement orienté vers un certain conformisme social. Les soins précoces sont adéquats mais marqués de peu d'affect. Les processus de séparation et d'autonomisation sont en général mis à mal, les parents ayant tendance à les entraver. La mère est décrite comme anticipant les désirs et les besoins de son enfant, et « se défend souvent elle-même de ses propres fantasmes de restriction alimentaire et de ses désirs incorporatifs et cannibaliques ». L'enfant investi tellement l'objet maternel qu'il n'a plus la possibilité d'investir correctement son self. La crainte de perdre l'objet maternel est omniprésente. Avec la croissance et le développement de l'enfant cette relation symbiotique est menacée ce qui favorise des mouvements régressifs empêchant la survenue normale de l'adolescence.

Le recours répété à l'agir révèle souvent un dysfonctionnement dans les processus de séparation-individuation à l'adolescence, souvent en continuité avec des difficultés dans les interactions précoces de la petite enfance(1).

1.4.2.3 Vulnérabilité narcissique, défenses et régression

Les mécanismes de défense sont souvent très rigides, le refoulement est massif par rapport au conflit œdipien et les formations réactionnelles sont importantes, notamment au travers d'un surinvestissement intellectuel représentant un contre-investissement important.

Les patientes paraissent ne pas posséder leur propre corps d'où le surinvestissement intellectuel.

Les investissements narcissiques sont largement prédominants par rapport aux investissements objectaux, ce qui peut expliquer en partie les difficultés à établir un transfert satisfaisant dans la relation thérapeutique duelle. Le fait de ne pas se reconnaître soi-même comme étant malade est révélateur d'une grande vulnérabilité narcissique (3).

Les psychanalystes ont rapidement mis en avant la dimension dépressive de la personnalité en expliquant qu'un défaut d'incorporation plutôt que d'introjection était mis en cause dans l'anorexie. L'incorporation peut être considérée comme la « composante somatique » de l'introjection, « l'élaboration psychique objectale étant défailante ». C'est bien d'ailleurs dans l'oralité et dans l'analité que l'individu met en place ses premières assises narcissiques au travers de ses premières relations objectales. « Les symptômes viennent finalement répondre aux failles d'ordre psychotique de l'organisation du Moi par la tentative de rétablissement de l'unité mère-enfant ».

A l'analité sont rattachées diverses manifestations, comme notamment les formations réactionnelles (contre-investissement sur une attitude autorisée à partir d'une représentation refoulée), les rites alimentaires, les pensées obsédantes concernant l'alimentation et le poids, les conduites de vérifications, la relation d'emprise... Le vomissement « condense les aspects liés à l'oralité et à l'analité ». La régression permet également une « désintrinsication pulsionnelle » engendrant la libération d'une agressivité libre pouvant nourrir les symptômes (16).

L'hyperactivité peut être interprétée également comme une sorte de « stimulation auto-érotique diffuse », permettant aussi à la patiente de retourner l'agressivité contre soi (1).

Finalement, d'un symptôme essentiellement considéré comme issu du conflit pulsionnel dans un modèle proche de l'hystérie, nous sommes passés à une vision du symptôme comme une tentative de réponse aux failles narcissiques et à l'échec de l'individuation.

Jeammet place la problématique de l'identité au centre de la compréhension des TCA et appuie sur l'importance du « conflit dépendance/autonomie et de la vulnérabilité fondamentale ».

Pour Jeammet, les TCA correspondent à un aménagement de la dépendance qu'il définit comme « l'utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivomotrice comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défailante ou menaçante ». Le monde perceptivomoteur correspond à la réalité externe et le sujet dépendant l'utilise de façon prévalente et durable pour contre-investir une réalité interne insécurisante. La régression entraîne une désorganisation chez l'individu dépendant car il ne bénéficie pas d'une réalité

interne sécurisée suffisante. La question de la « maîtrise du lien et du contrôle de la distance aux objets est donc centrale » (16).

Pour Kestemberg et Décobert, les TCA ne correspondent pas à une structure psychique particulière mais plutôt à une structuration fragile de la dynamique psychique, capable de « mouvements progrédients comme régressifs » à partir d'une organisation névrotique précaire. La régression est décrite, chez ces sujets, comme étant « vertigineuse » jusqu'aux précurseurs de la relation avec l'objet et de l'organisation du Moi, le « Soi ». Ce « Soi-corps » éprouvant avant de penser les sensations intéroceptives. Ce fonctionnement précoce est possible selon les investissements de l'enfant par le corps maternel lui permettant de se construire une identité. S'il existe un défaut d'investissement narcissique lors des interrelations précoces mère-enfant, la position dépressive sera peu solide et la dépression sera ensuite difficilement mentalisable (notion de psychose froide ou blanche) (1).

1.4.2.4 Une pathologie de l'incorporation

Du modèle de l'hystérie, les psychanalystes évoluent vers un modèle de pathologie du Moi avec des carences narcissiques primaires, un clivage du Moi (« paranoïa intrapersonnelle » de Selvini) et une pathologie de l'incorporation proche de la mélancolie. Selvini-Palazzoli, en effet, met en avant des difficultés d'incorporation orale dans l'anorexie, l'objet maternel étant incorporé mais en étant mauvais, hypercontrôlant. L'identité corporelle de la patiente se calque sur ces introjections maternelles de mauvaise qualité. L'amaigrissement peut être compris comme une tentative de déféminisation du corps afin de minimiser les processus d'identification maternelle ambivalente et confuse. Elle qualifie l'anorexie mentale de psychose monosymptomatique, comme un intermédiaire entre la mélancolie et la paranoïa.

Masterson, évoque surtout des introjections maternelles contradictoires, les introjections se révélant hostiles et rejetantes lorsque la patiente tente de se séparer de sa mère ce qui génère alors des sentiments de vide, de culpabilité et d'inadéquation ; alors qu'elles sont soutenantes et valorisantes lorsque la patiente se met dans des positions régressives, générant alors des « bonnes » représentations de soi mais passives et conformes.

L'incorporation et les assises narcissiques étant touchées, le processus d'individualisation ne peut se faire normalement. Le processus de séparation-individuation, tel que Malher l'a décrit, nécessite en effet que l'enfant se soit constitué des bases narcissiques suffisantes et sécurisées, au cours des relations d'objet précoces, afin de pouvoir explorer son environnement et s'autonomiser (16).

Pour la patiente, les TCA constituent un substitut objectal dont la perte expose le sujet à l'effondrement. Les patientes anorexiques semblent se prouver qu'elles sont plus fortes que leurs besoins et donc que l'objet ne saurait leur manquer. Le lien avec leurs émotions est fortement réprimé, d'où l'importance d'un travail psychothérapeutique visant à les aider à accepter d'entrer en contact avec leurs besoins émotionnels sans en être désorganisées. La conduite alimentaire représente une défense contre la peur d'être envahie par l'objet. Toute relation nouvelle est vécue comme menaçante ce qui peut expliquer l'aggravation initiale des symptômes au début d'un travail psychothérapeutique. L'anorexie représente également un pare-excitation, une sorte de limite, de frontière entre le soi et l'objet. Le comportement alimentaire est le seul élément qui leur appartient vraiment car il échappe au désir de l'autre (17).

1.4.2.5 Les différents modèles

1.4.2.5.1 L'hystérie

Elle constitue le modèle le plus ancien. Les symptômes alimentaires étaient alors considérés comme une forme de conversion par refoulement de l'érotisme oral (16). Plus récemment, Valabrega (1967) met en avant le fait que les symptômes alimentaires peuvent effectivement être perçus comme une forme de conversion mais susceptible de se développer sur différentes structures. Israël en 1971 considère l'anorexie mentale comme une « hystérie localisée ou spécifique » (1).

1.4.2.5.2 La dépression

Une fréquence élevée des troubles thymiques serait retrouvée parmi les apparentés de sujets anorexiques et le poids des dépressions parentales est connu par rapport au risque de développer des troubles alimentaires dans l'enfance. Dans les TCA, les dimensions addictives et dépressives coexistent presque systématiquement. Cela dit, les troubles de l'humeur ne sont jamais réellement au premier plan malgré la consonance thymique de certains symptômes (hyperactivité, sentiment de bien-être, ou au contraire auto-accusations, vécu d'inefficience ou d'absence de valeur personnelle). La problématique serait donc plutôt celle de la *dépressivité* comme maladie du narcissisme ou trouble du développement du narcissisme. Les processus d'intériorisation et de projection sont mis en échec chez ses patientes (difficultés d'élaboration et fonctionnement dans l'agir) ce qui entrave mais aussi protège d'une véritable dépression mélancolique ou d'une véritable paranoïa, même si elles restent des modalités évolutives rares de ces troubles.

Les éprouvés internes sont disqualifiés ou mis en échec, les dévoiler génère un sentiment de honte voire même un effondrement du Moi en lien avec un « vécu de soumission ou d'invasion par rapport à l'objet ». Ces patientes présentent donc souvent une personnalité conformiste, « alexithymique » associée à un risque de décompensations anaclitiques mélancoliformes durant les intervalles libres d'amélioration des symptômes alimentaires.

I.4.2.5.2.1 La notion de dépressivité

Cela rejoint la notion de « cassure » décrite par Laufer comme une rupture de développement au moment de l'adolescence, c'est-à-dire à une période d'intégration de l'identité sexuelle plus ou moins irréversible. Pour Laufer, l'adolescent doit apprendre « la capacité d'assumer la possession de son propre corps et de ses propres pensées, sentiments, désirs et actes ». Certains adolescents peuvent penser que c'est leur corps qui les pousse à avoir certaines pensées ou fantasmes de façon prédéterminée et incontrôlable. Une impasse de développement peut alors se constituer, correspondant souvent à des personnalités narcissiques ou borderline (16). Le « breakdown » de Laufer correspond finalement à un arrêt du développement des fonctions du Moi qui génère des mécanismes de défenses névrotiques défailants, remplacés par le clivage et le déni. Cela entraîne aussi un défaut de mentalisation associé à une crudité des fantasmes responsable d'une instabilité relationnelle et d'une impulsivité (1).

La dépressivité peut être considérée comme « une impossibilité du travail de deuil par impossibilité à se détacher des idéaux infantiles portés sur l'objet ». La perte de l'objet est vécue comme irréparable, radicale et ne peut donc s'envisager. La menace dépressive reste donc comme suspendue et contenue par le comportement. La dépression est liée à un deuil actif mais non résolu, non réussi. Le sujet reste « aliéné à l'objet », objet devenant de ce fait persécuteur.

L'équilibre instable généré par la dépressivité augmente encore la fragilité narcissique du sujet. Il ne peut investir un nouvel objet par peur de perdre l'objet d'attachement primaire, ce qui aggrave encore en un cercle vicieux, la mésestime personnelle. La conduite addictive protège donc de la position génitale qui expose au risque de perte de l'objet d'amour primaire.

La « dépressivité antidépressive » permet de contenir un temps, des angoisses archaïques menaçantes, mais de façon coûteuse. Ces angoisses archaïques témoignent de la « mauvaise constitution des objets internes ». La dépression est peu mentalisable, comme gelée et le risque est la survenue d'une régression vers une fixation somatique comme lors d'une *dépression essentielle*.

I.4.2.5.2 La mélancolie

Elle a été un des modèles utilisés pour l'anorexie, en particulier par Freud en 1895. Il compare alors la « névrose alimentaire » à la mélancolie. D'autres auteurs tels que Chabert, Couvreur, Bergeret ou Abraham l'évoquent également, plutôt dans la boulimie. En effet, il existe des similitudes théoriques entre les conduites addictives et la mélancolie. La relation d'objet est de type narcissique dans les deux cas avec une crainte de perdre cet objet ou à l'inverse d'une trop grande proximité avec l'objet, les conflits étant donc ambivalents. La différence est qu'en ce qui concerne la mélancolie, c'est « l'ombre de l'objet qui régit les instances psychiques » alors que pour les conduites addictives, c'est l'Idéal du moi qui gouverne le moi, l'objet étant externe, substitutif d'un objet maternel idéalisé. Dans la mélancolie l'objet est perdu, entraînant avec lui une part plus ou moins importante du sujet (dépression psychotique). Dans l'addiction, l'objet est externe et représente un aménagement de la dépression, la destructivité est centrée sur le corps plus que sur la psyché. Dans l'addiction, l'identification narcissique à l'objet n'est donc pas totale contrairement à la mélancolie et la nature de relation d'objet primaire est différente.

I.4.2.5.3 La maladie psychosomatique

La plupart des patientes anorexiques présentent des caractéristiques justement décrites dans la maladie psychosomatique par Marty : « difficultés associatives, pauvreté ou absence d'élaboration des fantasmes, tendance à la reduplication projective et à une pensée opératoire ». La reduplication projective correspond au fait que la personne ne peut se vivre comme différent des autres, l'autre étant mal perçu dans sa singularité et sa différence. La pensée opératoire est caractérisée par le manque de référence à un objet intérieur vivant, l'impression de vide donnée par le patient, la relation « blanche » qu'il instaure. Le patient raconte son histoire de façon précise et souvent impersonnelle, avec une grande exactitude, sans montrer d'affects. Pour Freud, la pensée opératoire correspond à un isolement sur elle-même de l'énergie de l'inconscient nécessitant un échappement. Ceci serait en lien avec un défaut du préconscient qui assure normalement l'unification et l'écoulement des pulsions par des mécanismes de liaison (processus secondaire). La conscience n'est pas entièrement coupée de l'inconscient mais les liens sont fragiles et la pensée se fait sans lien avec une activité fantasmatique ce qui favorise les dépressions essentielles et l'effondrement psychosomatique.

La majorité des conduites addictives ne se situent ni dans un registre névrotique structuré, ni dans la psychose franche. Elles se situent plutôt dans un registre narcissique ou limite ou encore névrotique précaire. Corcos parle de « structuration vacuolaire ou d'astructuration », en soulignant le risque psychosomatique de ce type de troubles. La dimension alexithymique

en cause dans le mode de vie opératoire des patientes représente également un risque psychosomatique (19).

Les dysfonctionnements fréquents au cours des interactions précoces peuvent générer une « défaillance du maternel » chez les mères des patientes. Cela se manifeste en particulier dans l'investissement du corps de l'enfant, qui sera ensuite en difficultés pour investir son propre corps de façon autonome. La féminité est particulièrement touchée et peu intégrée. Les patientes sont souvent en difficultés pour se sortir de « filiations narcissiques » marquées par la séduction et l'emprise, difficultés de séparation en lien avec des « achoppements dans le processus de séparation-individuation » déjà évoqués plus haut, et ce dès la plus petite enfance. Des conflits introjectifs existent entre la mère et la fille, le corps de celle-ci étant comme indifférencié de celui de sa mère (16).

L'instabilité de l'identité maternelle est responsable d'une discontinuité de présence physique et psychique. Cela génère un manque de sécurité chez l'enfant qui manque également d'une construction maternelle directive. Cette discontinuité maternelle induit un éprouvé corporel de l'absence. D'après Corcos, le choix d'un symptôme somatique doit justement se référer aux premières expériences d'investissement du soi somatique, c'est-à-dire du Moi peau, par la mère. Le clivage corps-esprit secondaire à ce défaut d'investissement est responsable d'un défaut d'édification du soi. Chez l'enfant, « la pensée est pensée du corps » (19), les « trous psychiques » enregistrés le sont donc sous forme de « trous physiques ». La séparation par exemple, ne pouvant être élaborée psychiquement, est éprouvée physiquement.

La solution dépressive évoquée plus haut, lorsqu'elle se chronicise, fait barrage à un travail de deuil et expose à une organisation en faux-self, au risque de dépression essentielle et au risque psychosomatique.

D'après Corcos, la dimension alexithymique est primaire dans les troubles alimentaires, comme une fixation structurelle d'un type particulier de relation d'objet. Elle est responsable du mode de vie opératoire des patients, organisé très tôt. La dimension alexithymique est centrale, comme un trait de personnalité et probablement en partie responsable du refus ou de l'impossibilité du féminin comme une défense contre la menace de l'autre. Le mode de vie opératoire protège le sujet contre le risque de dépression essentielle et le sujet peut évoluer positivement lorsque l'environnement est bon et présent. Lorsqu'il vit des événements sidérants, il peut régresser à la position antérieure. La solution addictive, entraînant un rétrécissement existentiel majeur aggrave aussi l'alexithymie jusqu'au risque d'épuisement exposant le sujet à la décompensation psychosomatique.

1.4.2.5.4 Le modèle addictif

Les troubles du comportement alimentaire partagent en effet certaines similitudes cliniques avec les autres toxicomanies : début à l'adolescence avec réactivation d'événements infantiles ; compulsivité et obsessions idéatives concernant l'objet ou la conduite ; sentiment de vide ou de manque puis impulsivité amenant au recours à l'objet addictif ; substitution d'une dépendance à l'objet humain par une dépendance à un objet externe inanimé, disponible et manipulable ; vécu de honte et culpabilité post-critique ; dépressivité et lutte antidépressive durant les intervalles ; manifestations somatiques au moment du sevrage ; maintien masochique de la conduite ; fréquence des co-addictions. Tous ces éléments sont en faveur d'une « problématique narcissique commune » (16).

Deux types de profil sont souvent décrits dans les addictions :

1. Les sujets présentent des carences, une personnalité psychopathique, schizoïde ou limite. Le risque de désorganisation psychique est grand et les mécanismes défensifs sont essentiellement le clivage et le déni, le refoulement étant défaillant. Les sujets sont alors souvent impulsifs, présentant des capacités d'élaboration et de représentation relativement faibles. L'angoisse est dépersonnalisante.
2. Les sujets sont moins carencés, plutôt névrotiques mais fragiles. Les défenses sont de type refoulement et contre-investissement avec projection sur le corps. La problématique en jeu est effectivement œdipienne mais le mode de gestion des pulsions et des conflits est plutôt archaïque. Le deuil est impossible et le mode de relation à l'objet est souvent anaclitique. Les introjections maternelles sont en général insuffisantes du fait d'une mauvaise différenciation. La conduite addictive représente une forme de régression. Le travail phobique de déplacement est en échec, les mécanismes hystériques et obsessionnels également.

La place de la dépression est centrale, elle peut être d'allure mélancolique parfois (dans le type 1 surtout) ou en lien avec une problématique d'identification dans un registre plus névrotique (dans le type 2). Les conduites addictives peuvent être interprétées comme une lutte contre la dépression, comblant un sentiment de vide. Ensuite, le comportement addictif s'auto-entretient et se ritualise puis se fixe et même s'aggrave, abrasant progressivement les capacités d'élaboration et d'accès à la dépression et au travail de deuil (1).

Le recours à l'objet addictif a comme fonctions : la défense contre des affects dépressifs, une jouissance solitaire (même si elle est souvent niée ou masquée) et enfin une auto-stimulation

face à un sentiment de vide. Le comportement alimentaire peut également avoir l'effet de certaines drogues, de par l'apaisement ou au contraire l'excitation stimulante qu'il peut générer. Ces effets s'expliquent d'une part par des mécanismes psychiques (fonction du symptôme et sensations procurées) et également par des modifications biologiques concernant les neuromédiateurs. La boulimie notamment partage diverses caractéristiques communes avec les addictions, les crises alimentaires étant source de production de substances opioïdes. « L'orgasme de la faim » lui aussi serait en lien avec des modifications neuro-hormonales telles que la sécrétion d'endorphines endogènes (16).

Dans l'addiction, les tensions internes sont gérées dans l'agir, projetées sur l'extérieur, l'environnement étant très sollicité et mis à mal (emprise, manipulation). A l'opposé, l'alexithymie passe par une répression des affects et une passivité. Il n'y a pas d'externalisation mais plutôt une hyperadaptation de façade. S'il n'y a pas d'externalisation, il existe un risque d'atteindre le soma en court-circuitant ainsi les voies psychiques.

Les liens entre alexithymie et addiction sont pourtant réels au travers d'une continuité entre les deux dans l'évolution de l'enfant à l'adolescent addictif et dans l'aspect opératoire de la conduite addictive. L'approche psychosomatique des conduites addictives fait ainsi l'hypothèse d'une dimension alexithymique primaire dans les conduites addictives alimentaires. Ces patients sont dans l'incapacité de s'ouvrir et de se laisser aller dans une relation à l'autre, présentent une intolérance à la tristesse et une inaptitude hédonique nécessitant le recours à l'objet addictif(16).

Les patientes trouvent un néo-objet de substitution dans le comportement alimentaire puis aménagent une relation de type pervers, dans un but défensif : le sentiment de dépendance est renversé en un comportement d'emprise, le sujet contrôle l'objet utilisé à des fins utilitaires uniquement. L'objet n'est pas reconnu dans ses désirs propres mais est utile à des fins de réassurance narcissique. La patiente répète souvent ici une relation d'enfance dans laquelle elle était captée par l'entourage notamment la mère dans une relation narcissique de contrôle et de complétude (17).

Sur un versant davantage structurel, la perversion est également révélée par le déni de la castration, la fétichisation du corps et la réactivation d'une sexualité prégénitale (1). L'objet est gardé à proximité sous « surveillance » tout en étant maintenu à l'extérieur afin d'éviter au sujet d'être envahi et menacé. C'est pourquoi les sensations externes, superficielles sont surinvesties au profit des émotions, des échanges affectifs et d'une intériorisation des liens, c'est la « culture de la sensation », commune à toutes addictions. L'« orgasme de la faim », évoqué plus haut, se rapproche de ces sensations externes en ce qui concerne l'anorexie mentale, tout comme la recherche des sensations physiques (fatigue) ou encore la quête d'une résurgence de l'appétit pour mieux le contrôler.

L'alternance de phases d'excitation (manque) et d'apaisement (recours au produit ou au comportement) est retrouvée dans l'anorexie mentale comme dans les autres addictions, l'apaisement étant alors secondaire à la satisfaction apportée par la non satisfaction du besoin.

Il ne s'agit donc pas d'une structure perverse stable mais simplement d'un aménagement défensif secondaire à une régression, comme nous l'avons déjà évoqué, qui n'a pas pu se stabiliser sur une zone érogène. La fragilité narcissique et la lutte contre des processus projectifs ne permettent, en effet, aucune organisation stable possible (ni hystérique, ni mélancolique, ni perverse, ni paranoïaque).

Le risque de l'évolution chronique des troubles est l'apparition progressive d'une « désobjectalisation » de l'ensemble des investissements du sujet. D'un auto-érotisme positif de plaisir et de liaison, le sujet peut alors basculer vers un auto-érotisme négatif d'autostimulation à la recherche de sensations pouvant aller jusqu'à l'autodestruction. Cela rappelle les différentes réactions de l'enfant lors des premières expériences de séparation :

- L'enfant peut, dans cette situation, développer une activité de rêverie dans laquelle il utilise des souvenirs agréables de présence maternelle pour gérer ses angoisses. La symbolisation est ici possible pour penser l'objet absent car l'intériorisation de celui-ci existe et est de qualité.
- L'enfant peut au contraire présenter des balancements rythmiques ou même taper sa tête contre les murs, dans une tentative d'effacement de l'objet absent. La violence des sensations provoquées rend inutile la symbolisation et évite la dépression. L'absence de l'objet revient à la désorganisation du fait d'un défaut d'intériorisation.
- Une possibilité intermédiaire consiste à faire appel à la figure maternelle pour suppléer au défaut des ressources internes. C'est le prototype de la dépendance : un recours à des objets externes comme contre-investissement d'une réalité interne anxiogène (17).

Lors de situations d'emprise le sujet addictif régresse, subissant alors des angoisses archaïques d'intrusion-pénétration ou d'abandon qui entraînent un vécu d'annihilation ou de néantisation, le ramenant en deçà des angoisses de castration. Le sujet traverse un vécu douloureux de vide, un sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation, associés à une interrogation identitaire. Le vide est finalement créé par le sujet pour contenir ce risque de dépersonnalisation risquant d'atteindre l'intégrité corporelle. La dépersonnalisation désorganise le Moi de façon temporaire jusqu'au passage à l'acte qui permet de déconnecter le sujet de sa pensée (1).

Le déni présenté par les patientes est le résultat d'une « hallucination négative » correspondant à un « désinvestissement brutal et massif et un effacement d'une perception

externe insupportable du fait d'une surcharge d'excitation traumatique ». Le travail du négatif crée le déni comme le refoulement crée les symptômes névrotiques. Ce travail est notamment retrouvé dans les pathologies limite comme substitut d'un refoulement défailant (1).

I.4.3 Modèle attachementiste

Bowlby en 1959, après avoir étudié des enfants hospitalisés et des jeunes délinquants, présente sa théorie de l'attachement. Il s'éloigne du concept de pulsion et met en avant le besoin inné de proximité et de sécurité présenté par le nouveau-né auprès de sa figure d'attachement principale. L'enfant va acquérir un sentiment de sécurité en fonction d'interactions et de stratégies comportementales qu'il va expérimenter. L'attachement est sécure lorsque « l'accordage affectif » est de bonne qualité entre l'enfant et sa figure d'attachement. Cette sécurité est nécessaire pour le bon développement de l'enfant et notamment son autonomisation. L'attachement dépend aussi de l'évolution de la relation dynamique entre les parents et l'enfant tout au long de son développement ainsi que de caractéristiques personnelles de l'enfant (tempérament, état de santé...) et des parents (personnalité, modèle d'attachement propre, psychopathologie...). L'enfant intériorise progressivement des modèles interactionnels qui vont modeler ses représentations et ses styles d'attachement sur les plans affectif, cognitif et comportemental. Ceci influence la construction de la personnalité du sujet, le concept de soi et les capacités relationnelles de l'individu.

Il semble exister un modèle intergénérationnel dans la transmission des styles d'attachement. La présence d'un attachement perturbé est en lien avec le développement de certaines pathologies. Le style d'attachement n'est cependant pas rigide et déterminé pour toute la vie, au contraire, il évolue en fonction des événements de vie et des rencontres avec d'autres figures d'attachement.

Ainsworth, Main et Solomon ont mis en évidence quatre types d'attachement différents : B, *sécure* ; A, *insécure-évitant* (style « détaché » chez l'adulte) ; C, *insécure-résistant ambivalent* (style « préoccupés » chez l'adulte) et enfin D, *désorganisé désorienté*.

La nourriture, dans la construction de l'attachement, tient un rôle considérable, déjà décrit par Bowlby. La faim fait produire à l'enfant des signaux de détresse secondaire à l'inconfort et à l'angoisse générés et la manière dont les parents vont y répondre influence la qualité du lien et de l'attachement. Bruch, dans les années 70, expliquait déjà que les réponses inadaptées de la mère aux besoins de son enfant engendraient des difficultés chez celui-ci

pour distinguer le Moi du non Moi. Le bébé s'adapte en devenant docile et conformiste mais cette adaptation est remise en cause au moment de l'adolescence faisant émerger les TCA. Ces dernières années, de nombreuses études se sont intéressées aux liens entre l'attachement et la survenue des TCA. Trois méta-analyses anglo-saxonnes publiées en 96, 2000 et 2009, révèlent l'existence de processus d'attachement perturbés chez les patients souffrant de troubles alimentaires même si leurs résultats sont parfois contradictoires. Les patients souffrants de TCA présentent apparemment des attachements plus souvent insécures qu'en population générale avec une tendance à l'évitement et à l'anxiété. Les liens de causalité entre attachement et troubles du comportement alimentaires sont cependant complexes et souvent indirects. Le style d'attachement serait en effet surtout lié à la sévérité des troubles.

Certains auteurs expliquent que les symptômes alimentaires constituent une base de sécurité de substitution, malheureusement inefficace. Les symptômes alimentaires peuvent être perçus comme une « sur-régulation de l'affect ».

Un lien transgénérationnel semble exister, des difficultés de « traitement émotionnel des pertes et des traumatismes anciens » seraient transmises de mère en fille et constituerait un facteur de risque de développer un TCA.

Finalement, les troubles de l'attachement semblent constituer une vulnérabilité non spécifique, potentialisée par d'autres variables (ex : faible estime de soi, insatisfaction corporelle...), favorisant alors l'apparition de troubles alimentaires. Le lien de causalité n'est donc pas direct et continu.

Les études portant sur l'attachement dans les TCA concernent avant tout les adultes ou les adolescents. Aucune étude ne semble avoir traité de l'attachement de l'enfant anorexique prépubère. Cependant, Chatoor et Surles suggèrent que l'anorexie prépubère se développerait sur un fond d'attachement anxieux et que des événements de vie stressants prendraient la fonction de la puberté dans le développement des TCA. Il s'agirait surtout d'événements concernant la perte ou la menace de perte, nous y reviendrons par la suite.

Concernant les adolescents, des études ont montré que les jeunes insécures sont plus à risque de développer des préoccupations pondérales que les sujets sécures. Ils développent également davantage de problèmes alimentaires et de stratégies pour changer d'aspect corporel. Cependant les résultats sont contradictoires en ce qui concerne les adolescents puisque certains auteurs ont montré que l'attachement dans l'anorexie est le plus souvent sécure, en contraste avec d'autres pathologies psychiatriques. Comme nous l'avons déjà évoqué, il semblerait que le type d'attachement « détaché » serait plus présent dans

l'anorexie restrictive pure alors que le style « préoccupé » serait davantage en lien avec les formes boulimiques.

Des études portant sur les familles d'anorexiques révèlent certaines caractéristiques en lien avec l'attachement, telles que « de nombreux thèmes d'insécurité, une méfiance interpersonnelle, des relations négatives à la nourriture sur plusieurs générations ».

Les troubles de l'attachement ne sont donc pas spécifiques des TCA.

Les résultats contradictoires obtenus chez les adolescents pourraient s'expliquer par des biais cognitifs ou défensifs (dénier des troubles). Cela pourrait également évoquer des processus distincts dans le développement de l'anorexie chez l'enfant et l'adolescent par rapport à l'adulte. L'anorexie elle-même pourrait moduler l'attachement en engendrant des vécus d'attachement insécure (10).

I.4.5 Modèles familiaux

Depuis très longtemps, un rôle central est donné à la famille dans l'anorexie mentale. Déjà Charcot, au XIX^e siècle, recommandait la séparation thérapeutique afin d'éviter à la patiente de subir l'influence de sa famille.

I.4.5.1 Les premières théories

Dans les années 60-70, la vision systémique de la famille s'est développée. Les membres de la famille sont alors considérés non plus de manière individuelle, mais comme composants d'un même système. Encore une fois, ce sont les troubles du comportement alimentaire « classiques » qui ont fait l'objet d'études dans le domaine et il n'y a que quelques publications qui traitent de l'enfant dans ce domaine. En ce qui concerne l'enfant prépubère, les auteurs réfléchissent donc souvent en extrapolant à partir du modèle de l'adolescent.

Dans les années 1970, Minuchin aux USA et Selvini-Palazzoli en Italie, développent une « théorie de causalité familiale » permettant alors de resituer l'anorexie dans son contexte environnemental d'apparition. Minuchin décrit ainsi une famille « psychosomatique » alors que Selvini parle de famille « anorexigène ». Leurs hypothèses reposent sur le fait que certains processus familiaux ont un rôle dans le déclenchement et/ou le maintien de la maladie. L'anorexie une fois constituée, contribue également aux dysfonctionnements familiaux. Les deux auteurs décrivent alors en résumé, des familles fusionnelles, enchevêtrées, fermées au monde extérieur. Ces familles valoriseraient la loyauté au groupe familial au détriment des besoins de soi, se trouvant dans l'évitement des conflits et « l'enfant symptôme » se trouve souvent impliqué dans les conflits du couple parental. Les familles sont décrites comme étant peu souples et peu adaptables.

Minuchin donne à l'enfant malade un rôle de régulateur mis à mal par l'arrivée de l'adolescence et les questions d'individuation et d'autonomie. D'après Selvini, l'anorexie représente finalement une adaptation à ce genre de famille. La patiente paradoxalement tente de mettre en échec les valeurs familiales, tout en se conformant aux valeurs de loyauté et de conformisme ambiants.

H. Bruch évoque aussi la rareté de l'expression et de l'échange des sentiments et des émotions dans les familles des patientes avant même le début de la maladie. Elle fait le lien avec les difficultés de ces patientes à reconnaître et à verbaliser leurs propres ressentis émotionnels. Elle explique que ces difficultés sont également en rapport avec les problèmes fréquents survenant au cours des interactions précoces entre la mère et l'enfant. Celui-ci n'apprend pas correctement à distinguer les sensations corporelles des expériences émotionnelles interpersonnelles. Cela engendrerait un défaut de distinction entre la source interne ou externe d'une sensation ou d'une impulsion(20).

Rapidement ces théories se sont appuyées sur la réussite du travail familial dans la prise en charge des patientes, Minuchin montrant déjà que la thérapie familiale était efficace dans 86% des cas.

1.4.5.2 Les visions plus modernes

A la fin des années 70 cependant, ces théories commencent à être remises en question à la faveur d'une vision multifactorielle de la maladie et de la diversité des familles concernées.

En effet, les recherches plus récentes révèlent qu'il n'y a pas de « famille type » dans l'anorexie. Au contraire de ce qui était avancé par Minuchin et Selvini, certaines familles sont au contraire désorganisées et très conflictuelles et d'autres majoritaires sont plutôt intactes et saines.

Globalement, il est admis que ces familles présentent davantage de distance émotionnelle dans les relations et sont moins satisfaites de la vie familiale.

D'autre part, de nombreuses similitudes sont repérées entre les familles d'anorexiques, les familles d'enfants porteurs de maladie somatique et les familles non touchées par une maladie.

La théorie a donc évolué d'une vision causaliste vers la notion de facteurs familiaux d'amélioration, d'aggravation ou de pérennisation.

Les études plus récentes ont ainsi révélé que :

- Les patientes des familles les plus perturbées ont un moins bon pronostic à court et long terme et que les familles plus distantes, moins engagées présentent une moins bonne évolution thérapeutique.

- L'évolution de la maladie dépend de l'évolution des relations familiales. Des perturbations familiales plus importantes sont liées à une alliance thérapeutique moindre et davantage d'interruption précoce de traitement.
- Les familles présentant un surinvestissement émotionnel et des attitudes critiques ou d'hostilité envers la patiente ont également un devenir moins favorable et davantage de difficultés à s'intégrer dans une relation thérapeutique (10).

1.4.5.3 Les cycles de vie familiale

Certains auteurs se sont penchés sur le concept de stades développementaux dans les familles d'anorexiques et des liens potentiels existant entre non résolution de certains stades et survenue de symptômes alimentaires chez l'un des enfants.

Il existe depuis les années 1950, différents modèles qui tentent de conceptualiser les grandes étapes qu'une famille traverse tout au long de son développement. Le modèle le plus couramment utilisé est celui de McGoldrick et Carter décrivant 6 stades : le départ de la maison du jeune adulte célibataire, la formation du couple, l'arrivée des enfants, l'entrée des enfants dans l'adolescence, le départ des enfants de la famille, la retraite des parents. A chaque stade, des tâches développementales sont associées. La résolution de ces tâches par la famille lui permet de développer des compétences afin de mieux affronter les étapes ultérieures. La non-résolution de certaines tâches rendrait la famille plus vulnérable pour l'avenir.

La connaissance du cycle de vie familial permettrait une meilleure connaissance de la famille et de son fonctionnement et peut être un outil utile en thérapie familiale. Cette approche est cependant largement critiquée notamment par rapport à son aspect normatif, peut être réducteur, et pas toujours adapté aux différences culturelles et à l'évolution socio-familiale de nos sociétés contemporaines.

Cela dit, ce modèle apporte quelques notions intéressantes, en particulier par rapport à la compréhension de l'anorexie mentale prépubère et de l'adolescent.

Il est beaucoup question dans cette pathologie d'autonomisation, d'individualisation et de prise d'indépendance. Le modèle du cycle familial explique que le transfert de l'affection du jeune à des personnes extérieures à sa famille, lui permettant notamment de former un couple, prend appui sur les liens que le jeune entretient avec ses parents. Le principal défi à ce stade est de pouvoir former de nouvelles frontières entre le jeune et sa famille d'origine, afin de s'autonomiser. « Plus la différenciation est efficace, moins les stress intergénérationnels conserveront une influence sur le futur système familial du jeune »(21). Il est donc intéressant d'interroger les parents des patients anorexiques au sujet de leur propre départ du domicile parental afin d'évaluer les retentissements possibles sur l'autonomisation du patient. Un parent qui n'aura pas bien réalisé ce travail de différenciation d'avec sa famille

d'origine sera probablement plus en difficulté dans l'acceptation de l'autonomisation de son propre enfant.

Le stade de l'arrivée du premier enfant représente également un stade délicat, demandant souvent de grandes capacités adaptatives au couple parental. La place disponible pour l'enfant à ce moment-là est d'une grande importance. Ainsi, lorsque cette place est excessive, l'enfant venant combler un vide (laissé par une insatisfaction ou une perte relationnelle), les relations risquent d'être enchevêtrées et les tensions familiales peuvent se canaliser à travers l'enfant en question. Encore une fois, au regard de cette notion, il semble intéressant de discuter avec les parents du contexte au moment de la naissance des patients, du fait de la fréquence de ce type de relations enchevêtrées dans les familles d'anorexiques.

Le stade de l'entrée dans l'adolescence est générateur de nombreux changements familiaux. Les frontières sont redéfinies, pour devenir plus perméables, flexibles dans le but de favoriser la prise d'indépendance de l'enfant. Les transformations corporelles de l'enfant devenant adolescent peuvent également générer un malaise chez les parents qui constatent la sexualisation de leur enfant, question centrale dans l'anorexie mentale lorsqu'elle survient au moment de la puberté. L'enfant vit difficilement les changements corporels amenés par la puberté et peut probablement être encore davantage mis à mal par le malaise que cela génère chez les parents. La maladie peut permettre à l'enfant de faire disparaître ces caractères sexuels naissants et de garder un corps d'enfant.

L'adolescence réveille souvent également certains conflits intergénérationnels non résolus ainsi que des conflits conjugaux et des difficultés de triangulation.

L'adolescent amène de nouvelles influences et valeurs de l'extérieur. Si la famille se sent menacée par ces nouveautés, elle peut tendre à maintenir l'adolescent dans une position infantilisante. L'enfant peut alors se retrouver pris au piège entre la loyauté à sa famille et son besoin d'autonomisation.

Il est donc admis que lorsque certaines transitions familiales se font difficilement, les stades ultérieurs du cycle de vie familiale pourront être perturbés. Par exemple, le décès d'un grand parent survenant au moment de la naissance d'un enfant peut entraîner pour celui-ci des difficultés de transition ultérieures même tardives, en particulier au moment de son départ de la maison.

D'après ce modèle, des difficultés au moment de l'arrivée du premier enfant seraient fréquentes dans les familles d'anorexiques, difficultés tout particulièrement réactivées au moment de la puberté. Dans ces familles, la vie conjugale au moment de l'arrivée d'un enfant serait très réduite au profit de la fonction parentale, notamment pour l'un des parents pouvant prendre la place de soignant et qui sera souvent très investie par la patiente au

début des troubles. Il existe souvent un manque de cohésion et d'intimité conjugale dans le couple parental, les tensions étant palpables même si le conflit est souvent évité (21).

1.4.5.4 La famille bulle et l'ambiance mortifère

Certains auteurs évoquent la notion de « famille bulle », comme une famille surprotectrice, au sein de laquelle la préoccupation maternelle primaire selon Winnicott serait excessive, entravant le processus de séparation-individuation. Le lien d'amour dans ces familles est indestructible. La réussite et le bonheur ou l'échec et la souffrance de l'un sont vécus par tous. Les frontières interpersonnelles sont floues et les différences de générations également. Les auteurs parlent de « lien placentaire » entre la mère et la fille, comme un maintien fantasmatique d'une interface placentaire entre elles deux. La fille a besoin de cet interface pour construire son identité, filtrer ses affects et ses émotions. Les deux figures féminines sont comme indifférenciées. Ce lien est rendu possible par un père qui laisse toute la place au maternel et qui se représente lui-même le lien placentaire comme une relation d'amour idéal. Le plus souvent cette bulle est construite sur une inquiétude familiale ancienne et persistante souvent en lien avec le souvenir mortifère d'un passé destructeur touchant les générations précédentes. Abraham et Torok évoquent ainsi la notion de « crypte » comme un trou creusé dans le psychisme de l'enfant, un espace virtuel creusé par l'imaginaire des parents avant même la conception. La « crypte » héberge « le fantôme » d'un ancêtre dont la mort n'a pas pu être représentée et qui se transmet d'une génération à une autre. Souvent ce genre de climat prédispose la mère à un vécu traumatique de sa grossesse et/ou de l'accouchement autour de fantasmes de mort du bébé, en écho à des événements traumatiques dans les générations précédentes. L'enfant est investi avec ce fantasme de mort ce qui imprègne les relations précoces mère-enfant. Toutes les séparations réactivent des angoisses de mort archaïques, notamment au moment de l'adolescence. L'anorexie peut alors être considérée comme une mise en scène de la mort incorporée par l'enfant pour tenter de l'exorciser (22).

1.4.6 Modèles cognitivo-comportemental

L'association d'expériences désagréables avec la nourriture au moment du repas ou du nourrissage peut entraîner un évitement conditionné de la nourriture. Par exemple, il peut s'agir de ressentis désagréables en lien à des pathologies somatiques ou encore des expériences éducatives adverses ou traumatiques. Ces enfants peuvent alors présenter différents troubles alimentaires tels qu'une phobie alimentaire spécifique, une sélectivité ou encore un TCA post-traumatique. Les enfants ayant des antécédents de reflux ou de

douleurs abdominales récurrentes au cours des repas peuvent également être dans la crainte et l'évitement par rapport à certains aliments.

Une combinaison de renforcements positifs et négatifs semblent accentuer l'évitement, l'anxiété, les comportements de restriction, l'amaigrissement et aussi le statut d'enfant malade.

Le plaisir de contrôler peut aussi être en soi, un puissant auto-renforçateur.

Il semble qu'il existe des « schémas cognitifs défailants ou dysfonctionnels » dans l'anorexie mentale concernant le poids, les aspects corporels, l'alimentation... Ces distorsions cognitives sont caractérisées par « l'abstraction sélective » (le contrôle de la vie est simplifié au seul contrôle du poids) ; « le raisonnement dichotomisé » (pas de contrôle total = pas de contrôle du tout) ; « la surgénéralisation » (un échec une fois signifie échec pour toujours) ; « l'amplification » (la prise de quelques grammes est considérée comme énorme) ; « une pensée superstitieuse » (regarder des aliments signifie les avaler et grossir) ; « la personnalisation » (des gens rient, ils rient de la patiente).

Le développement des troubles alimentaires est également influencé par le social, les patientes subissant un « modeling ». Elles ont ainsi tendance à imiter des modèles, en particulier ceux diffusés dans les médias.

Nous connaissons aussi le rôle de la mère lorsque celle-ci souffre elle-même de TCA. Ces enfants sont plus à risque de développer des troubles alimentaires, d'autant plus sévères que la durée d'exposition aux TCA de leur mère aura été longue.

Le déroulement des repas familiaux est également d'une grande importance. Des études ont révélés que des repas bien structurés, réguliers, se déroulant dans un climat affectif favorable constituaient un facteur protecteur. A l'inverse des enfants qui ont toujours connu des repas perturbés, irréguliers, déstructurés sont plus à risque de développer des comportements alimentaires perturbés après 5 ans de suivi. Cette influence est notamment vraie pour les filles.

Les commentaires négatifs des parents sur l'aspect physique de leur enfant et la pression exercée pour changer sont également des facteurs fragilisants.

I.4.7 La perspective féministe

Il existe des différences de socialisation des petites filles et des petits garçons, les filles étant plus souvent élevées pour mater et prendre soin des autres au prix d'un certain sacrifice d'elles même. Les filles sont plus souvent soumises à un certain conformisme et à la dépendance. Enfin, elles sont particulièrement influencées par les normes en matière de beauté féminine et cela dès leur plus jeune âge.

Une étude s'est intéressée au rôle des « silences volontaires » des jeunes filles dans le développement des TCA. En effet, ces jeunes filles ont plus souvent tendance à taire leur pensées, désirs, émotions dans le but de maintenir la relation en bons termes et de conserver une bonne opinion auprès des autres (10).

I.4.8 Tempérament et personnalité dans les TCA

Certains traits de tempérament et de personnalité révélateurs d'une faible recherche de nouveauté, d'un évitement du danger et d'une persévérance élevée sont fréquemment retrouvés chez les patientes anorexiques restrictives. Il s'agit par exemple d'« une tendance anxieuse, d'une intolérance aux changements, d'un attachement aux conventions sociales, d'un perfectionnisme avec une tendance à la persévération en dépit des frustrations et du renforcement négatif ». Elles présentent souvent des sentiments d'incomplétude, d'insatisfaction et une attitude critique voire intolérante envers autrui. Sur le plan affectif, elles sont souvent dans la restriction au niveau de l'expression émotionnelle avec une tendance ascétique et anhédonique.

En ce qui concerne la petite enfance, Chatoor a étudié le tempérament des nourrissons présentant une sélectivité alimentaire ou une anorexie infantile. Elle a montré que ces enfants présentaient un tempérament difficile, une irrégularité des rythmes biologiques, des comportements de retrait et de refus actif des interactions ainsi qu'une dépendance accrue vis-à-vis de la figure d'attachement.

Ces différents traits de personnalité et de tempérament pourraient donc constituer une vulnérabilité particulière dans le développement des troubles alimentaires.

Le perfectionnisme représenterait un facteur important. Celui-ci comprend deux dimensions différentes : « les standards personnels » (perfectionnisme orienté vers soi et vers les autres : se demander à soi-même et aux autres d'être parfait) et « les préoccupations évaluatives » (prescrit socialement, consistant à croire que les autres attendent la perfection de soi : on est valorisé si on est parfait uniquement). C'est la combinaison des deux qui semble être en lien avec les symptômes de TCA.

Le perfectionnisme persiste même après renutrition. Il s'accroît lorsque les cognitions anorexiques et le contrôle du poids (notamment au travers d'une hyperactivité physique) s'amplifient.

La personnalité peut également représenter un facteur pronostique dans l'anorexie. Par exemple, des études ont montré que l'association d'une personnalité évitante et d'antécédents d'abus physiques et/ou sexuels représentaient un pronostic défavorable cinq ans après une hospitalisation(10).

I.4.9 Facteurs de vulnérabilité génétique et environnementaux dans les TCA

Des antécédents familiaux de troubles du comportement alimentaire sont fréquemment présents, plus souvent dans la lignée maternelle. Les TCA maternels représentent un facteur de risque d'une part du fait d'un impact environnemental et d'autre part du fait d'un facteur génétique. L'impact environnemental est lié au fait que l'anorexie maternelle influence la maternité et le style relationnel de la mère avec son enfant, en particulier au moment des repas.

Ainsi, Pike et Rodin en 1991 se sont intéressés à des jeunes lycéennes anorexiques dans le but d'étudier l'état psychologique de leurs mères. Celles-ci présentent davantage d'habitudes alimentaires anormales ou particulières et ont plus facilement tendance à critiquer leur fille au sujet du poids ou de l'apparence corporelle (23).

Concernant la part génétique de transmission des troubles, aucun gène majeur impliqué n'a jusqu'à maintenant été retrouvé. Mais il semble évident que cette voie de transmission est importante.

Les études d'agrégation familiale consistent à évaluer un risque relatif de développer la maladie lorsque l'on est apparenté à un sujet atteint par rapport à des individus ne présentant aucun antécédent familial de TCA. Ce risque relatif dépend tout à la fois de facteurs génétiques et environnementaux. Il a été montré qu'une augmentation significative de la prévalence des troubles alimentaires existe chez les apparentés de sujets porteur d'un TCA par rapport aux apparentés de sujets témoins, le risque relatif s'élevant à 15. Il y a donc une agrégation familiale de l'anorexie mentale mais ces études ne permettent pas de différencier l'impact des facteurs génétiques par rapport aux facteurs environnementaux.

Les études de jumeaux permettent en revanche d'estimer l'héritabilité du trouble en comparant des jumeaux homo et dizygotés. Une concordance plus importante a été retrouvée chez les jumeaux homozygotes par rapport aux jumeaux dizygotés pour l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse. Ceci est en faveur d'une agrégation familiale avant tout d'origine génétique. L'héritabilité dans l'anorexie mentale, selon les études, varie de 0.5 à 0.9. Cette héritabilité concerne notamment certains traits ou symptômes tels que le *binge eating disorder*, les vomissements provoqués, le désir de maigreur, la restriction alimentaire ainsi que la perte de poids intentionnelle et importante.

En 2003, Klump a comparé dans une étude l'anorexie mentale prépubère et post-pubère. Il a révélé que le déterminisme génétique est plus important chez les patients post-pubères que chez les prépubères (chez qui les facteurs environnementaux sont prédominants), comme si les facteurs de vulnérabilité génétiques étaient activés durant la puberté.

Enfin, il semble exister une héritabilité commune entre les TCA et les troubles anxieux, suggérant des gènes impliqués communs.

La recherche actuelle tente d'identifier des gènes de prédisposition dans les TCA et sélectionne ainsi des gènes candidats choisis de par leur rôle fonctionnel (gènes s'exprimant dans des zones cérébrales a priori impliquée dans les troubles, gènes permettant la synthèse de protéines dont la fonction biologique est pertinente et gènes impliqués dans l'organisation de certains réseaux neuronaux). Des études de liaison s'intéressent à la transmission de certains marqueurs au sein de famille dans laquelle il existe plusieurs cas de la maladie. Il existe également des études d'association qui s'intéressent à la fréquence de certains allèles dans une population malade par rapport à une population témoin. Il n'y a aucun locus précis de susceptibilité mais certains allèles ont été retrouvés comme étant en lien avec certains traits tels que l'obsessionnalité ou encore le désir de minceur majeur. Le déterminisme des TCA semble reposer sur une hétérogénéité moléculaire. Les gènes étudiés sont notamment ceux qui sont impliqués dans la régulation de l'appétit aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique ainsi que les gènes impliqués dans la synthèse et la régulation des mono-amines. Les gènes du système sérotoninergiques, dopaminergiques voire noradrénergiques sont particulièrement explorés, sans qu'il n'y ait de résultats probants pour le moment (10).

I.4.10 Facteurs de vulnérabilité neurologique centrale

Il existe une vulnérabilité biologique qui contribue au développement des troubles alimentaires. Les recherches à ce sujet sont encore limitées et restent à développer. Un des principaux problèmes rencontrés dans ces études est de faire la part des choses entre les anomalies biologiques secondaires à la dénutrition et celles qui pourraient être primaires.

Il est connu que la dénutrition entraîne une diminution du taux de monoamines au niveau du système nerveux central, d'où l'intérêt des études s'intéressant à des patients en rémission, équilibrés sur le plan pondéral et nutritionnel.

La sérotonine est impliquée dans le contrôle de l'appétit et de la satiété, dans l'agressivité et l'impulsivité et également dans les traits perfectionnistes ainsi que l'image et la perception du corps. Plusieurs études ont retrouvé un taux augmenté de 5-HIAA qui est un métabolite de la sérotonine dans le liquide céphalorachidien (LCR) des patientes anorexiques en rémission. Cet élément pourrait participer à accentuer certains traits tels que le perfectionnisme, les traits obsessionnels et l'inhibition comportementale.

La dopamine est impliquée dans la récompense hédoniste, la régulation de l'alimentation, de l'humeur et de l'activité motrice. Elle serait plutôt diminuée chez les patientes anorexiques mais n'a fait l'objet d'étude qu'en phase active de la maladie.

Les neuropeptides (leptine, opioïdes endogènes..) modulent également les comportements alimentaires et le métabolisme énergétique. Ils sont réduits pendant la phase active de la maladie a priori secondairement aux effets de la dénutrition.

D'autres molécules ont été mise en avant et n'ont pas encore été l'objet d'étude tels que la mélanocortine ou encore le système cannabinique.

Des études en neuro-imageries permettent également de faire évoluer les connaissances en termes de neurobiologie notamment.

Des études structurales (TDM, IRM), réalisées chez des sujets anorexiques, ont révélé une diminution de la masse cérébrale, une augmentation des volumes ventriculaires, une diminution de la substance grise et blanche totale. Certaines de ces modifications structurales sont réversibles après la renutrition (volume ventriculaire et substance blanche notamment) alors que d'autres semblent avoir un caractère définitif (substance grise).

Des études fonctionnelles (PET, SPECT, IRM fonctionnelle) ont également révélé une hypoperfusion temporale dans 70 % des cas d'anorexie mentale, corrélée à la sévérité du trouble et entraînant un dysfonctionnement au niveau de la mémoire et des fonctions exécutives. Cette hypoperfusion serait non réversible, donc pourrait être considérée comme primaire, constituant un facteur de risque de la maladie. Les études ont également révélé « un dysfonctionnement dans l'activation des réseaux neuronaux impliqués dans l'élaboration des stimuli liés à l'alimentation, de l'image corporelle, de la réponse à la récompense » (10).

Chapitre II : Les troubles du comportement alimentaires selon la période de développement de l'enfant

Nous allons aborder pour commencer les troubles alimentaires du tout petit. Ces difficultés sont assez fréquentes au cours du développement de l'enfant et en particulier chez les patients anorexiques prépubères. Certains de ces troubles persistent d'ailleurs dans l'enfance jusqu'à la puberté. Ensuite, nous nous attarderons sur les TCA de l'adolescent qui partagent de nombreuses similitudes avec ceux de l'enfant pour enfin nous intéresser aux TCA de l'enfant prépubère.

II.1 TCA de la première et de la deuxième enfance (0-6 ans)

L'alimentation représente une des principales occupations du bébé et c'est aussi la principale source d'interactions précoces entre le bébé et sa mère ou son père. L'alimentation tient donc un rôle majeur dans les relations précoces de l'enfant. C'est pour cette raison que de nombreux auteurs considèrent les troubles du comportement alimentaires à cet âge comme étant secondaires à des difficultés dans les interactions précoces de l'enfant. Cependant, d'autres auteurs, insistent au contraire pour évoquer une cause première souvent physiologique ayant trait au processus alimentaire pouvant influencer le rapport à la nourriture. Ce n'est alors que secondairement que des troubles de la relation pourraient apparaître. Evans et Davis (cité dans(24)) évoquent notamment un problème de régulation de l'appétit dont l'étiologie reste méconnue.

Les soignants doivent pouvoir répondre aux interrogations des parents concernant la quantité à donner au bébé, la qualité mais aussi actuellement à toutes les questions en lien aux nouvelles préoccupations (peur de l'obésité, peur des OGM, des substances cancérogènes...).

II.1.1 Généralités

II.1.1.1 Epidémiologie

Des études épidémiologiques révèlent qu'environ 25 à 35 % des bébés dit « normaux » présentent à un moment donné, des difficultés alimentaires (8). Il peut s'agir de difficultés concernant les quantités, des attitudes de restriction, des retards à l'autonomisation et à la diversification, des comportements alimentaires inacceptables ou

encore des habitudes alimentaires étranges (25). Ce chiffre est estimé entre 40 et 70 % pour les nouveau-nés prématurés ou ceux porteurs d'une maladie chronique (8) et concerne jusqu'à 80% des enfants qui présentent un retard de développement psychomoteur (26). Selon Dahl et son équipe (cités dans(27)), 1 à 2 % des nourrissons présenteraient des troubles du comportement alimentaire graves(suffisamment sévères pour entraîner un gain de poids insuffisant ou un retard staturopondéral) dont 70% garderont encore des troubles à 6 ans. Selon le DSM-IV, environ 50 % des bébés hospitalisés pour retard de croissance sans cause médicale identifiable souffrent de problème du comportement alimentaire (24).

L'âge moyen d'apparition des troubles est de 3 mois, le délai avant la consultation spécialisée est de 19 mois environ. Le problème alimentaire est bien souvent déjà chronique lors de la consultation, entraînant des problèmes comportementaux et des difficultés interrelationnelles déjà enkystées, difficiles à traiter (24).

Les difficultés alimentaires survenant à cet âge ont des conséquences, non seulement sur le plan pondéral, mais aussi sur le plan cognitif et favorisent des troubles du comportement futurs notamment sur le plan alimentaire (25). Dahl, notamment, a mis en évidence des liens et une continuité entre les troubles alimentaires précoces et ceux de l'enfance (10).

II.1.1.2 Diagnostic

L'urgence nécessite tout d'abord d'éliminer une pathologie organique, en particulier lorsque les troubles entraînent des répercussions sur la croissance pondérale. Mais l'étiologie n'est pas toujours retrouvée, d'où l'importance des soins coordonnés entre pédiatres et pédopsychiatres en une approche pluridisciplinaire. Parfois une hospitalisation au sein d'une unité mère-enfant s'avère nécessaire, au moins à temps partiel, afin de permettre une meilleure observation du bébé et de ses interactions avec les parents (26).

II.1.1.3 Evolution des concepts

Longtemps, les difficultés alimentaires du tout petit ont été peu spécifiées. Les médecins s'intéressaient avant tout au retard de croissance, distinguant les causes organiques des causes psychogènes.

Spitz, dans les années 40 a mis en évidence des liens entre la qualité des interactions précoces et le développement du comportement alimentaire de l'enfant. Il a montré que le développement du Moi dépendait du « nourrissage » et des comportements alimentaires de l'enfant. Un enfant carencé sur le plan affectif en particulier (maltraitance ou négligence, absence maternelle, psychopathologie maternelle..), peut développer des troubles précoces du comportement alimentaire.

En France, les travaux de Kreisler et Ferrari distinguaient d'une part l'anorexie commune précoce, qui débute dans le second semestre de vie comme un conflit entre la mère et son bébé sur un mode anxieux, dépressif ou agressif ; et d'autre part les formes sévères d'anorexie. Ces formes sévères peuvent s'intégrer dans un tableau de dépression anaclitique du nourrisson ou dans des troubles de nature plutôt psychotique. La mère est souvent décrite comme gravement déprimée ou présentant d'autres troubles psychiatriques. Un trouble de la relation mère-enfant est avant tout évoqué (10).

Chatoor aux USA a rapidement pointé l'absence de nosographie consensuelle en matière de troubles alimentaires de l'enfant en lien avec un manque d'étude sur ce sujet. Elle remarque alors la confusion qui règne autour de ces troubles, l'emploi fréquent d'un même diagnostic pour décrire divers tableaux sémiologiques ou inversement, l'utilisation de multiples termes pour finalement évoquer un même diagnostic.

En 1994, le DSM-IV introduit la catégorie diagnostique « *troubles alimentaires survenant dans la première enfance* ». Ces troubles sont caractérisés par : un comportement alimentaire inadéquat et persistant ; une absence de gain de poids ou bien une perte de poids pendant plus d'un mois ; l'absence de cause organique ou de pathologie psychique particulière ; un début des troubles avant l'âge de 6 ans.

Le problème est que cette catégorie ne distingue pas tous les troubles retrouvés à cet âge et exclut les troubles alimentaires sans retentissement pondéral franc (mais pouvant causer des carences nutritionnelles par exemple).

Chatoor et son équipe ont donc créé une classification regroupant huit catégories diagnostiques différentes que nous évoquerons plus tard (six catégories concernant la première enfance essentiellement en plus de l'anorexie nerveuse et de la boulimie) (25).

II.1.1.4 Evaluation nutritionnelle du jeune enfant

Une cassure de la courbe de croissance doit toujours interpeller et faire rechercher une maladie organique en première intention (malabsorption, maladies inflammatoires, cancer..), ou bien faire évoquer des troubles des interactions précoces chez le petit enfant, ou encore une entrée dans l'anorexie mentale chez l'enfant plus âgé.

Récemment, des évaluations ont révélé qu'environ 2 % des enfants scolarisés d'âge moyen de 13.5 ans présentaient une insuffisance pondérale (IMC < 3^{ème} p.), la proportion chez l'enfant plus jeune étant plus élevée, évaluée autour de 5.8% des enfants de 4 ans.

L'enquête nationale « nutrition santé » retrouve une insuffisance pondérale chez environ 10% des enfants âgés de 3 à 10 ans pour les garçons comme pour les filles.

Le poids seul ne peut suffire à évaluer le statut nutritionnel de l'enfant. Celui-ci doit s'interpréter en fonction de la taille de l'enfant, permettant de calculer l'IMC (indice de masse corporelle). L'IMC de l'enfant est reporté sur les courbes du carnet de santé et permet de diagnostiquer une insuffisance pondérale lorsque celui-ci est inférieur au 3^e percentile. En nutrition de l'enfant, la référence est représentée par le calcul du rapport poids sur taille (RPT) ou indice de Waterlow correspondant au rapport du poids mesuré sur le poids attendu pour la taille mesurée de l'enfant. Lorsque le rapport est inférieur à 80% il signe une dénutrition.

Toute cassure pondérale doit attirer l'attention. Une cassure staturale associée signe la chronicité de la pathologie étant donné qu'elle survient en général 3 à 4 mois après la cassure pondérale.

La première étiologie à éliminer est bien entendu organique. L'enfant doit donc absolument bénéficier dans un premier temps d'un bilan clinique complet avec un examen détaillé ainsi que des examens complémentaires (10).

II.1.1.5 Quelques notions sur les représentations alimentaires de l'enfant

La psychologie du développement considère que l'enfant présente de façon précoce des connaissances intuitives structurées, parfois dénommées « théories naïves ». Ces connaissances concernent en particulier le domaine alimentaire. Les représentations de l'enfant autour de la fonction alimentaire sont en connexion avec des processus biologiques généraux. Les jeunes enfants comprennent que la nourriture ingérée est transformée à l'intérieur du corps et que le manque de nourriture peut être très grave pour la santé. Dès 3 ans, les enfants commencent à savoir distinguer la « bonne » nourriture de la « mauvaise ». Les notions de bon/mauvais étant principalement rattachées à la santé.

Une étude réalisée sur des enfants de 6, 9 et 12 ans, consistant à présenter des photos de personnages différents (selon leur taille, stature, santé...) révèle que les enfants en question mentionnent l'alimentation comme principale cause des différences observées entre les personnages. Ils évoquent notamment la quantité, la qualité et la spécificité des aliments. Les enfants de 6 ans pensent de façon erronée, que la taille est directement liée à la quantité d'aliments ingérés et que manger fait beaucoup grossir, quel que soit le type d'aliments, même s'il s'agit d'eau. Ces éléments peuvent être mis en lien avec les préoccupations corporelles qui concernent parfois l'enfant de façon précoce, entraînant un risque de développer un trouble du comportement alimentaire constitué.

Les plus jeunes enfants développent déjà une certaine compréhension des différences de rôle des nutriments dans le corps (les légumes et une alimentation variée sont connotés positivement alors que les desserts rendent « gros et moins énergique »).

Cette recherche montre également que dès le CP, les enfants discriminent les aliments selon leurs types et que cette différenciation augmente avec l'âge. Par exemple, les fruits et légumes ont une valeur positive dès le CP, moins en maternelle. Les enfants distinguent surtout les aliments en termes de force et de santé (28).

II.1.2 Les différents troubles alimentaires selon la classification de Chatoor

II.1.2.1 Trouble de régulation homéostatique

Le nouveau-né, après la naissance, doit acquérir un certain nombre de rythmes, notamment pour le sommeil et l'alimentation. Un enfant trop irritable, qui ne dort pas suffisamment, aura plus de difficultés à se nourrir correctement et à trouver un rythme alimentaire satisfaisant. Le trouble peut se fixer s'il existe des facteurs de risque, en particulier lorsque la mère présente un trouble psychique tel qu'une dépression et/ou de fortes angoisses et/ou un grand manque de confiance en elle (10).

Le nouveau-né doit apprendre l'expérience de la faim et de la satiété ainsi que les signaux d'alerte correspondant, qui lui permettent de solliciter une réponse maternelle. La figure d'attachement principale (la mère ou le père en général) doit apprendre à repérer et à interpréter ces signaux, en y répondant de la manière la plus adéquate et la plus continue possible. L'homéostasie est donc maintenue grâce à la participation du nouveau-né et de la mère.

S. Dowling (cité dans (10)) s'est intéressé dans les années 70 à des nouveau-nés porteurs d'une atrésie œsophagienne entravant une alimentation naturelle et nécessitant des apports artificiels (gastrostomie). Ces enfants présentaient des difficultés dans l'apprentissage de la succion, de la salivation et de la déglutition ainsi qu'une absence d'acquisition des sensations de faim et de satiété associée à un retard de développement moteur, affectif et du langage. Ces difficultés étaient en partie contournées lorsque la mère apprenait à procurer des soins adaptés au bébé, comme un portage adéquat lors du passage de l'alimentation entérale, et une stimulation de la succion non nutritive.

Les nouveau-nés à risque de troubles homéostatiques sont les prématurés, les enfants porteurs d'une pathologie organique, les nouveau-nés irritables, ou encore ceux qui mangent trop vite ou en quantité insuffisante. Une mère très angoissée, débordée ou dépressive risque de ne pas parvenir à compenser ce risque.

La prise en charge est individualisée et passe notamment par une aide apportée à la mère afin de travailler sur la qualité des interactions(25).

Critères de Chatoor :

- Nouveau-né en difficulté pour atteindre et maintenir un état de calme suffisant pour pouvoir se nourrir (trop somnolent, trop agité ou inconfortable).
- Début dans les premières semaines de vie.
- Pas de gain de poids ou perte de poids.

II.1.2.2 Trouble de l'attachement ou de la réciprocité

Il s'agit de troubles alimentaires d'apparition précoce, entre 2 et 6 mois. L'enfant présente des signes de dénutrition associés à des signes de retard de développement moteur, cognitif et affectif (apathie, retrait, mimique figée..).

Les repas sont en général marqués par une pauvreté voire une absence d'échange entre la mère et l'enfant (8).

Entre deux et six mois, la relation mère-bébé est d'une grande importance, elle évolue au travers du contact oculaire, des vocalisations échangées, des échanges corporels. Si cette relation n'existe pas ou est de mauvaise qualité, il peut exister des conséquences négatives sur l'alimentation et la croissance de l'enfant (10).

Le nourrisson concerné par ces troubles aura donc tendance à éviter ou à ne pas accrocher le regard de l'adulte. Il tient difficilement assis, semble inconfortable, tient mal sa tête et peut sembler mou, comme une poupée de chiffon lorsqu'il est porté. La mère qui est souvent en grande difficulté, ne semble pas percevoir le problème et engage rarement des soins de façon spontanée. La mère est en général défavorisée socialement, au chômage, et a elle-même souvent vécu des abus sexuels et/ou des violences notamment conjugales.

L'attachement est de type insécure et la mère souffre le plus souvent de troubles psychopathologiques patents : schizophrénie ou autres psychoses, alcoolisme, toxicomanie, dépression.

Le traitement est adapté selon la situation, il peut avoir lieu en ambulatoire avec un travail à domicile ou en hospitalisation si l'enfant est très dénutri et qu'il court un risque somatique ou si l'environnement est vraiment très défavorable et que l'enfant a moins d'un an. Le pronostic dépend beaucoup du degré de conscience des parents et de leur coopération dans les soins. Parfois un placement de l'enfant est nécessaire(25).

Critères de Chatoor :

- Nourrisson peu en interaction lors des repas.
- Retard de croissance saturopondérale.
- Pas de pathologie physique ou de trouble du développement pouvant expliquer les troubles.

II.1.2.3 Dégoût des aliments, néophobie alimentaire, évitements alimentaires

La néophobie constitue une phase normale du développement alimentaire. En effet, la peur de la nouveauté alimentaire a aussi une fonction protectrice après la période de développement au cours de laquelle l'enfant porte tout à sa bouche. La néophobie s'installe souvent lors d'une période d'opposition et de recherche d'autonomie. Cependant, il existe un risque d'installation d'un comportement d'alimentation sélective avec un retentissement sur le développement staturo-pondéral et sur la socialisation. La néophobie concerne à un moment ou un autre 77% des enfants âgés de 2 à 10 ans, mais celle-ci serait pathologique chez 6 % d'entre eux uniquement.

Diverses dénominations existent pour décrire des troubles plus ou moins similaires : sélectivité alimentaires, néophobie, aversion alimentaire, « petit mangeur », « mangeur capricieux »..., entités diagnostiques effectivement semblables pour certaines d'entre elles alors que d'autres s'en différencient un peu (notamment les « petits mangeurs » que nous évoquerons par la suite) (8).

L'évitement alimentaire apparaît en général lors de la diversification alors que l'enfant goûte à de nouveaux aliments et appréhende de nouvelles textures. Il va alors refuser certains aliments en fonction de leur goût, de leur texture, de leur odeur, de la couleur ou de la consistance.

Chatoor utilise le terme de « dégoût des aliments » (*Sensory food aversions*). L'enfant présente des réactions de dégoût au contact de certains aliments : grimaces, haut-le-cœur, vomissements, crachats. Il refuse ensuite de goûter à nouveau l'aliment en question et manifeste des réactions de détresse en cas de forçage. Le dégoût peut se généraliser à d'autres aliments qui ressemblent au premier (par exemple légumes verts à partir des épinards). L'enfant est souvent en difficulté pour goûter de nouveaux aliments surtout lorsque ceux-ci ont été en contact avec un aliment évité.

Le risque est l'apparition d'un déséquilibre alimentaire, avec même parfois un surpoids. Si l'enfant refuse vraiment tout aliment devant être mâché, il peut même développer un déficit de la motricité orale. Lorsque l'enfant ne mange que deux ou trois aliments, les auteurs parlent d'hypersélectivité alimentaire.

De nombreux enfants présentent des difficultés au moment de l'introduction d'une alimentation variée, environ 27% d'entre eux seraient concernés. Il a été démontré que les nouveaux aliments introduits nécessitent d'être proposés à l'enfant à plusieurs reprises (jusqu'à 11 fois) et dans de bonnes conditions.

Birch a montré qu'il était plus facile d'introduire de nouveaux aliments à un an qu'après deux ans. Il est donc vivement conseillé aux parents de diversifier et de faire découvrir de nouveaux aliments à l'enfant le plus tôt possible.

Les difficultés alimentaires à cette période sont considérées comme inquiétantes si elles s'accompagnent d'anxiété, de symptômes obsessionnels compulsifs ou encore si l'enfant est en incapacité de manger en groupe.

En effet, une des conséquences du trouble peut être un évitement des situations sociales durant lesquelles l'enfant serait gêné de ne pas manger comme ses pairs (27).

Ces enfants peuvent présenter d'autres manifestations anxieuses en rapport avec les sensations nouvelles (marcher pieds nus dans l'herbe par exemple ou encore avoir les mains sales, porter des shorts, sentir l'étiquette des vêtements...) et peuvent également manifester une hypersensibilité aux bruits et aux odeurs (10).

Le plus souvent, ces difficultés s'amendent avec l'âge mais certaines manifestations d'hypersensibilité peuvent persister durant la seconde enfance(27).

Des études s'intéressent à la part héréditaire du trouble car les enfants qui présentent ce trouble ont fréquemment un parent concerné par une hypersensibilité sensorielle. L'environnement familial est également d'une grande importance : les parents qui ont des goûts alimentaires restreints et qui offrent à leur enfant une nourriture peu variée exposent l'enfant à un risque accru de développer des dégoûts alimentaires. Les mères d'enfants néophobes présentent souvent, dans le présent ou parmi leurs antécédents, des difficultés alimentaires. Les pères peuvent avoir des difficultés à contrôler leur propre poids.

Le traitement consiste à informer les parents concernant l'alimentation de l'enfant et les interactions qui peuvent faire perdurer les troubles. Des suppléments spécifiques sont parfois nécessaires (vitamines, zinc, fer...)(25).

Lorsque un complément alimentaire est indiqué, l'enfant doit pouvoir choisir le goût de celui-ci et les quantités doivent être progressivement croissantes(27).

Des techniques comportementales sont mises en avant par les auteurs anglo-saxons, comme par exemple un système de points attribués à l'enfant en fonction du « courage » dont il fait preuve en goûtant à de nouveaux aliments. Ce système permettrait à l'enfant de moins focaliser sur la nourriture, d'augmenter la confiance et l'estime de soi. Parfois, lorsque l'anxiété est massive, un traitement anxiolytique peut être temporairement prescrit (27).

Critères de Chatoor

- Refus de manger certains aliments selon le goût, la texture, la couleur, l'odeur, l'apparence.
- Début des troubles au moment de la diversification.
- Meilleur appétit avec les aliments préférés.
- Carences nutritionnelles spécifiques et/ou retard de développement de la motricité orale.

II.1.2.4 Le trouble alimentaire post-traumatique

Ces troubles font suite le plus souvent à un traumatisme de l'oropharynx ou de l'œsophage. Ce traumatisme peut être ponctuel et « familial » (fausse route, forçage alimentaire) ou encore survenir dans un contexte médical (sonde d'intubation ou d'aspiration, SNG...). Ces troubles peuvent également être secondaires à un épisode de vomissements incoercibles.

Lors du traumatisme, l'enfant manifeste souvent une grande détresse, détresse qu'il exprime ensuite lorsque l'adulte tente de le nourrir. Il peut alors vomir, recracher en cas de forçage, ou bien accumuler des aliments dans sa bouche sans les avaler. Certains auteurs parlent de « phagophobie » (10).

Le refus de s'alimenter est total ou sélectif. Ces enfants présentent la résistance la plus intense à manger par rapport aux autres troubles.

Ils présentent une intense anxiété anticipatoire avant les repas (à la vue du biberon, à l'écoute des bruits de la cuisine annonçant le repas...) (8).

L'enfant a peur de s'étrangler, notamment la nuit et il présente des angoisses de mort envahissantes.

Ces troubles peuvent représenter un facteur de risque concernant le développement oral et linguistique.

L'enfant doit absolument être pris en charge le plus tôt possible, les troubles l'exposant à un risque vital. Une alimentation artificielle peut être nécessaire en cas de risque vital, même si celle-ci aggrave souvent les troubles et la résistance à l'alimentation dans un second temps. Il n'y a aucune étude spécifique concernant l'efficacité des différents traitements concernant ce trouble. Cependant Chatoor a décrit une méthode de prise en charge progressive de « désensibilisation ». Le comportement alimentaire de l'enfant est tout d'abord observé et évalué au moment des repas. L'enfant est ensuite progressivement exposé aux objets de

ses angoisses (premier contact avec le biberon ou la cuillère, jeu avec les ustensiles de cuisine, puis contact sur les lèvres avec la nourriture puis dans la bouche en petite quantité...) Le traitement est long s'étalant en général sur des mois voire des années(25). Lorsque l'enfant est plus âgé, une approche cognitive est également possible en commençant par expliquer à l'enfant l'anatomie des voies aériennes supérieures par rapport aux voies digestives, de façon simple et illustrée (« une petite porte se ferme entre la trachée et l'œsophage dès que tu avales ») (27).

Critères de Chatoor :

- Refus alimentaire faisant suite à un événement traumatique ou à la survenue de traumatismes répétés au niveau oesopharyngé ou gastro-intestinal (fausse route, vomissements, sonde naso-gastrique...) ayant provoqué une détresse intense.
- Refus constant des aliments : refus de boire le biberon mais parfois acceptation de la cuillère (ou le biberon mais seulement au moment de l'endormissement ou pendant le sommeil) ; ou refus de nourriture solide mais acceptation du biberon ; ou refus de toute nourriture.
- Souvenirs de l'accident traumatique, cause de détresse : anxiété anticipatoire ; résistance à l'approche du biberon ou de la cuillère ; résistance à la déglutition.

II.1.2.5 Anorexie infantile

L'anorexie infantile débute plus tardivement que les précédents troubles, en général entre 6 mois et 3 ans (notamment au moment de la diversification). L'enfant présente des signes de malnutrition avec un retentissement sur le développement staturo-pondéral. Les préoccupations parentales sont au premier plan, faites d'anxiété et de frustration. Pendant le repas, les parents utilisent des stratagèmes ou augmentent la fréquence des repas (même la nuit). Les repas sont entrecoupés de distractions dénommé par Ramsay « stratégies d'alimentation compensatoires » (24). Les interactions sont marquées par le conflit intense qui se joue : refus de s'alimenter de la part de l'enfant et commentaires/affects négatifs de la mère. L'anorexie infantile est souvent le fruit d'une rencontre entre un enfant à « tempérament difficile » et une mère fragilisée(10).

L'anorexie infantile selon Chatoor survient lors de la période de séparation-individuation décrite par M. Malher. L'enfant acquiert progressivement son autonomie, en particulier au moment du repas. Il s'agit d'une période de transition essentielle au bon développement global de l'enfant. L'enfant apprend à différencier différentes sensations telles que la faim, la

satiété et d'autres expériences émotionnelles. Si les parents ne répondent pas de façon appropriée aux « demandes » de leur enfant, celui-ci risque de confondre la faim avec les autres expériences émotionnelles. Le fait de manger ou de ne pas manger deviendra variable et revêtira une fonction de réponse à un état de colère, de tristesse, de solitude, d'angoisse ou de tout autre état émotionnel.

Souvent, dans l'histoire de l'enfant, des « antécédents » sont retrouvés concernant l'alimentation : nouveau-né qui tétait peu, avait besoin de biberons fréquents, refusait d'ouvrir la bouche à l'approche de la nourriture...

L'enfant montre peu de signaux de faim. Les parents sont de plus en plus inquiets et mettent en place des stratagèmes pour tenter d'augmenter les prises alimentaires : exhortations, distractions pendant les repas, jeu pour détourner l'attention et faire accepter la cuillère, alimentation nocturne, menace voire forçage. L'alimentation devient régulée uniquement par des stimuli externes au détriment des sensations internes qui sont ignorées.

Chatoor a étudié la relation mère-enfant et a perçu :

- moins de réciprocité dans la dyade ;
- moins de continuité dans les soins maternels ;
- davantage de conflits dans la dyade ;
- plus de lutte pour contrôler l'alimentation.

Par ailleurs, l'enfant est souvent curieux de son environnement, en demande d'attention et plutôt obstiné. En général, la mère est anxieuse, les parents décrivent leur enfant comme difficile, pleurant souvent, irrégulier, dépendant et irritable.

Chez les enfants concernés, des mesures physiologiques ont révélé un niveau d'éveil plus important et davantage de difficultés pour modifier leur comportement vers un retour au calme (27).

Plus le tempérament de l'enfant est difficile, plus il y a de conflits dans la dyade (surtout pendant les repas) et plus le pourcentage de poids idéal présenté par l'enfant est faible.

La plupart du temps, les mères présentent elles-mêmes un attachement insécurisé avec leur propre figure d'attachement et verbalisent régulièrement des préoccupations au sujet de leur poids.

Lorsque les troubles persistent dans l'enfance, le patient peut verbaliser son désintérêt pour la nourriture, et dire qu'il ne ressent pas la faim. Il peut dire aussi qu'il s'ennuie en mangeant, qu'il n'aime pas interrompre une activité en cours pour aller manger et qu'il veut souvent sortir de table, préférant reprendre ses activités ludiques.

Les garçons sont autant touchés que les filles mais l'évolution est un peu différente. Les garçons sont plus souvent l'objet de moqueries de la part de leurs pairs à propos de leur petite corpulence et de leur faiblesse, surtout en sport (un garçon de 10 ans pouvant ressembler à un enfant de 6 ou 7 ans). Les filles rencontrent moins de difficultés d'ordre social mais peuvent rapidement présenter des distorsions par rapport à leur image corporelle (par exemple, sensations de gros ventre ou de grosses cuisses), assez semblables à ce qui est retrouvé au cours de l'anorexie mentale de l'adolescente (27).

Le traitement est basé sur un modèle transactionnel de la pathologie en travaillant sur trois points : le tempérament difficile de l'enfant ; la vulnérabilité des parents ; les conflits dans la relation parents-enfant.

Il est tout d'abord nécessaire d'évaluer l'histoire développementale de l'enfant ainsi que ses antécédents personnels et ceux de la famille. Il est également essentiel, lorsque l'enfant parle, de chercher à connaître les perceptions de l'enfant quant à ses difficultés alimentaires et au retard de croissance pouvant y être associé.

Le thérapeute aide notamment les parents à prendre conscience des qualités de l'enfant en dehors de l'alimentation et effectue un recadrage au travers d'une explication différente des troubles : l'enfant est tellement curieux et explorateur qu'il en oublie d'avoir faim. Les parents apprennent à instaurer des repas très structurés, à poser des limites nécessaires au bon développement de l'enfant. L'alliance et l'empathie avec les parents sont essentielles. Un travail plus en profondeur sur les difficultés propres des parents par rapport à leur enfance et à leurs antécédents est toujours intéressant à envisager. Des schémas alimentaires réguliers sont instaurés, des intervalles d'au moins quatre heures entre chaque repas sont conseillées aux parents en faisant en sorte que l'enfant ne se nourrisse pas dans cet intervalle de temps afin qu'il puisse appréhender la sensation de faim. L'enfant peut être servi par petites portions qu'il peut répéter deux à trois fois au cours du même repas.

Critères de Chatoor :

- Enfant qui refuse de manger et d'ingérer des apports suffisants pendant au moins un mois.
- Début des troubles au moment de la transition vers une alimentation autonome (6 mois à 3 ans).
- Enfant qui ne communique aucune sensation de faim, montre peu d'intérêt pour la nourriture mais un intérêt certain pour l'exploration de son environnement et les interactions.
- Retentissement staturopondéral significatif.
- Pas d'évènement traumatique dans les antécédents.
- Pas de pathologie médicale pouvant expliquer les troubles.

II.1.2.5.1 Premières descriptions de la maladie

Il y a deux périodes dans la description de l'anorexie infantile. La plus ancienne, à partir de 1950 et jusque dans les années 1980, s'attachait à décrire les mécanismes psychopathologiques en cause. A partir des années 80-90, la description des troubles devient plus statistique et débouche sur une réorganisation nosographique.

Des travaux psychiatriques d'inspiration psychanalytique et pédiatrique (médecine psychosomatique) voient le jour. Kreisler notamment décrit les « conduites alimentaires déviantes du bébé » en tenant compte des interactions entre la mère et l'enfant pendant les repas. « L'anorexie mentale du nourrisson » est alors décrite comme un refus alimentaire sans trouble somatique sous-jacent, se manifestant sous formes variées. Une distinction est alors faite entre *l'anorexie commune du deuxième semestre* et les formes plus graves et plus complexes sur le plan psychopathologique.

II.1.2.5.1.1 L'anorexie commune précoce

Elle représente la forme la plus fréquente, correspondant à une anorexie du sevrage ou anorexie d'opposition, qui débute dans le second semestre au moment de la diversification, à l'occasion du sevrage. Un changement de vie de l'enfant est souvent mis en cause parmi les facteurs favorisant l'apparition du trouble (entrée en crèche, déménagement, reprise par la maman de son activité professionnelle...).

Nous retrouvons également l'implication fréquente d'un facteur déclenchant mineur entraînant un premier refus « logique », par exemple dans un contexte d'infection virale ou d'une poussée dentaire. Si l'entourage ne respecte pas ce premier refus légitime et adopte des attitudes de « forçage », les conséquences peuvent être rapidement importantes et perdurer dans le temps avec un refus qui se chronicise. En général plus la situation perdure, plus l'entourage se montre dans la contrainte et plus le refus s'aggrave. L'enfant est décrit comme étant le plus souvent gai et bien éveillé. Il peut présenter des vomissements en fin de repas. La mère est décrite comme souvent agacée et mettant en place des subterfuges afin de « forcer » l'enfant à s'alimenter.

En général, l'évolution est considérée comme favorable lorsque la prise en charge est adaptée afin de permettre à l'entourage de laisser l'enfant expérimenter à nouveau la sensation de faim. Lorsque le trouble se structure et dure dans le temps, il devient difficile à faire régresser, d'autant plus qu'il peut engendrer des bénéfices secondaires (relation d'emprise).

D'autres symptômes sont alors décrits comme étant associés fréquemment à l'anorexie d'opposition, tels que des vomissements, des douleurs abdominales, une insomnie, des spasmes du sanglot, ou plus généralement une opposition dans d'autres domaines.

Déjà à l'époque, une continuité était évoquée entre l'anorexie infantile et les troubles alimentaires de la seconde enfance voire de l'adolescence.

II.1.2.5.1.2 Les anorexies mentales complexes du 1^{er} âge

Elles correspondent à :

- Des formes phobiques d'évolution aiguë, débutant souvent au cours de la deuxième année. L'installation est rapide, le nourrisson exprime une véritable terreur à l'approche de la nourriture et présente un refus alimentaire. Les risques de dénutrition et de déshydratation sont considérables. Le trouble alimentaire est souvent associé à des troubles graves du sommeil et à des phobies diverses.
- Des pathologies « limites » ou des psychoses : le nourrisson ne présente aucune activité autoérotique orale, aucun plaisir n'est associé à la succion, l'enfant ne suce pas son pouce non plus et il utilise peu sa bouche pour explorer son environnement. Kreisler parlait de « phobie du museau ». Le plus souvent le trouble alimentaire survient dans le cadre d'un trouble du spectre autistique.
- Des formes dépressives décrites par Kreisler, débutant au second semestre ou au début de la deuxième année. L'anorexie est alors secondaire à une dépression du nourrisson marquée par « une passivité, la perte d'acquisitions psychomotrices, un retrait dans la relation voir un repli d'allure autistique ». Le principal diagnostic différentiel à évoquer est encore une fois les troubles du spectre autistique. Cette forme est en général secondaire à une rupture dans la relation mère-enfant, à une séparation et se rapproche de la dépression anaclitique décrite par Spitz.

II.1.2.5.1.3 Les anorexies précoces sévères primaires

Elles surviennent de façon précoce dès la naissance ou dans les premiers jours et comportent :

- *L'anorexie primaire* qui complique en général une période d'inappétence passagère : par exemple lorsque la mère a bénéficié d'une anesthésie au moment de l'accouchement. Ce trouble risque cependant de perdurer s'il existe un forçage alimentaire de la part d'une maman souvent anxieuse ou en difficulté d'ajustement dans les interactions précoces. Les mécanismes en jeu sont relativement similaires à ceux de l'anorexie commune du second semestre avec une réaction du nouveau-né à la contrainte.

- *L'anorexie néonatale active*, caractérisée par un nouveau-né qui détourne la tête et le regard à l'approche de la nourriture (sein ou biberon). Le pronostic est souvent sévère, le refus est d'emblée actif.
- *L'anorexie d'inertie* durant laquelle le nouveau-né ne semble pas avoir faim. Les réactions sont passives, le bébé ne présente pas de déglutition, ni d'activité autoérotique orale. Kreisler mettait en avant la fréquence d'une dépression maternelle grave en perpartum.

Ces descriptions sont anciennes et il n'y a actuellement que très peu de publication au sujet de ces troubles précoces (26).

II.1.2.6 Troubles alimentaires associés à une pathologie organique

Ce diagnostic rejoint celui du FTT (*failure to thrive*) des anglo-saxons. Le trouble alimentaire est d'origine mixte et se développe à partir d'une pathologie organique avec une participation psychologique. C'est le cas du reflux gastro-œsophagien pouvant entraîner des troubles alimentaires sévères, qui persistent parfois malgré un traitement chirurgical. Le refus alimentaire peut être le principal symptôme de la pathologie organique (RGO silencieux, allergie alimentaire, détresse respiratoire..).

Le traitement est difficile et doit se faire en collaboration avec les pédiatres et les pédopsychiatres. Il est nécessaire dans un premier temps d'observer les repas en présence des parents afin d'adapter la prise en charge (25).

Critères de Chatoor :

- Enfant qui tente de manger mais montre rapidement des signes de détresse et refuse de continuer à s'alimenter.
- Existence d'une pathologie organique sous-jacente.
- Le traitement médical améliore les troubles mais ne les guérit pas totalement.
- Il existe une cassure pondérale.

II.1.2.7 Les autres diagnostics :

II.1.2.7.1 Mérycisme

Il s'agit d'une régurgitation active et répétée de nourriture suivie de mâchonnements, débutant entre 3 et 12 mois, survenant souvent après une période de fonctionnement normal même si des antécédents de reflux gastro-œsophagien sont souvent retrouvés. Les aliments

sont régurgités sans effort ni nausées ni dégoût. Souvent, un filet continu de liquide à l'odeur aigrelette s'écoule par les commissures labiales du petit enfant. En général, celui-ci est seul dans ces moments de régurgitations. Il peut s'aider de la succion, il semble absorbé, indifférent, affichant un regard vide. Il paraît béat ou indifférent par rapport à son environnement. L'enfant ne présente pas d'altération de l'appétit, qui peut même être au contraire augmenté, l'enfant pouvant paraître affamé. Il existe cependant souvent un état de dénutrition patent associé à un risque de déshydratation, pouvant même être mortel. Il s'agit d'un trouble rare, touchant plutôt des garçons. La prévalence est de 0.7% en service de pédiatrie « aigu » et va jusqu'à 9.6% chez des enfants handicapés en institution (10). Le mérycisme est rarement isolé et survient dans un contexte de pathologie de l'enfant (retard mental, troubles autistiques) ou dans un contexte de pathologie maternelle grave (froide, voire « rejetante » ou maltraitante, maladie mentale) (8).

II.1.2.7.2 Les petits mangeurs ou alimentation restrictive

Les « petits mangeurs » sont des enfants qui s'alimentent de façon plutôt variée mais qui mangent en petite quantité. Ils manifestent peu de signe d'appétit mais peuvent grignoter quelques fois en dehors des repas. Ils sont souvent menus (IMC proche de la normale inférieure) mais sans qu'il n'existe de réelle dénutrition. Souvent, il s'agit d'enfants qui étaient déjà « petit tétards » avec un faible poids de naissance (29).

Les auteurs ont longtemps tendu à minimiser ce trouble mais certains travaux plus actuels ont tendance à montrer qu'il pourrait s'agir là d'une forme atténuée d'anorexie infantile. Des études ont montré que les « petits mangeurs » présentaient des modes de succion différents des enfants sans difficulté alimentaire du même âge.

Les filles « petites mangeuses » n'augmentent pas leur prise alimentaire entre trois ans et demie et cinq ans et demie. Le repérage des troubles est donc important, la restriction pouvant perdurer dans le temps.

A long terme, le pronostic et l'évolution sont encore incertains. Plusieurs études montrent que le trait « petit mangeur » serait stable dans le temps et qu'il peut constituer un risque d'évolution vers une anorexie mentale. En revanche, d'autres études ont montré qu'il serait plutôt protecteur vis-à-vis de l'apparition d'une boulimie ou d'une hyperphagie boulimique.

Le risque somatique est celui d'un retentissement sur la croissance et sur le développement. Ces enfants paraissent souvent plus petits et plus minces que les autres enfants de leur âge. A 10 ans l'âge osseux est souvent celui d'un enfant de 6 ou 7 ans. Le développement intellectuel n'est pas modifié mais il existe une véritable souffrance émotionnelle. Les garçons notamment souffrent souvent d'une certaine exclusion de la part de leurs pairs. Les filles peuvent exprimer des préoccupations corporelles, notamment autour de leur ventre ou de leurs cuisses qu'elles peuvent trouver « trop gros » (10).

II.1.2.7.3 Le Pica

Il s'agit d'ingestions répétées de substances non nutritives (plâtre, terre, ficelle, cheveux...). Ce trouble peut être considéré comme banal jusqu'à 6-12 mois mais devient pathologique s'il est durable et discordant par rapport au niveau de développement de l'enfant ou encore si cela ne correspond pas à une pratique culturellement admise. Les conséquences peuvent être graves : anémie, intoxication au plomb, intoxications parasitaires, bézoards/occlusion, retard staturopondéral dans les formes graves. Il existe des facteurs de risques individuels (retard mental et trouble autistique) et/ou socio-familial (milieu insalubre, précarité, carences...) (8).

La prévalence est de 37% suivant un déclin âge-dépendant, passant de 35 à 6% de 1 à 4 ans.

Une étude a fait le lien entre les antécédents de pica dans l'enfance et l'apparition d'une boulimie ensuite.

II.1.3 Etiopathogénie

II.1.3.1 Le développement alimentaire de l'enfant

Le comportement alimentaire de l'enfant débute avant même sa naissance. La grossesse et son déroulement influencent déjà le développement de l'alimentation de l'enfant. Lorsque la mère vit une grossesse difficile, marquée par des événements de vie difficiles, la relation précoce entre la mère et son enfant en sera influencée et, avec elle, l'alimentation (30).

L'étude du développement alimentaire repose sur quelques recherches, celles-ci étant plutôt rares du fait des contraintes dans la réalisation.

II.1.3.1.1 En période prénatale

Dès la période prénatale pendant la grossesse, le fœtus développe déjà des compétences et une expérience utiles pour son alimentation ultérieure.

Dès les premiers jours, le nouveau-né présente des compétences innées précoces telles que la perception du besoin de boire, la discrimination de la voix maternelle, l'adaptation du tonus et l'expression de l'inconfort... L'ajustement spatial et corporel de l'enfant ainsi que la réponse tonico-émotionnelle impliquent un traitement cortical, donc modulé par l'expérience environnementale.

Il existe également une composante sensorielle dans la gustation et l'olfaction. In utéro, une transmission maternelle d'une mémoire sensorielle existe par ces deux voies. Différentes

expériences réalisées sur des animaux ou au travers d'observations de nouveau-nés prématurés ont montré que les préférences et rejets du bébé dépendent d'expériences chimiosensorielles fœtales. Les nouveau-nés sembleraient être préférentiellement attirés par des aliments ou des odeurs auxquels ils ont été exposés durant la grossesse. Les perceptions sensorielles sont fonctionnelles dès la 18^{ème} semaine de grossesse, le fœtus étant capable de distinguer et percevoir des stimuli auditifs et olfactifs et de développer une empreinte sensorielle précoce. L'exposition à un arôme alimentaire en prénatal détermine donc le comportement alimentaire post-natal.

Le fœtus présente déjà une sensibilité gustative : lorsqu'une solution sucrée est injectée dans le liquide amniotique, le fœtus présente une accélération de la déglutition, la quantité de liquide amniotique ingérée est plus grande alors que lorsque la solution est amère, la fréquence de déglutition et donc les quantités ingérées diminuent (30).

Peut-on alors imaginer qu'il puisse y avoir une influence des expositions alimentaires en période prénatale sur le développement ultérieur de troubles du comportement alimentaire de l'enfant ? Dans la même ligne de pensée, pourrait-on établir un lien entre la prématurité et les TCA de l'enfant de l'ordre d'un facteur de risque ? Une mère anorexique ou présentant un régime particulier est-elle plus à risque d'avoir un enfant lui-même anorexique du fait de cette exposition in utero ?

II.1.3.1.2 En période périnatale

Dès les premiers jours de vie, le nourrisson marque des préférences alimentaires, ses mimiques guidant l'adulte dans le choix alimentaire, le nouveau-né semble pouvoir accéder ainsi à une expérience hédonique de l'alimentation. La sensation de faim, sensation désagréable, va être apaisée par une sensation agréable : le fait de manger et d'être rassasié, ce qui va générer du plaisir. L'aliment représente assez rapidement un élément censé être apaisant et sécurisant. Cette perception hédonique varie également selon l'état d'homéostasie du nouveau-né et notamment de la satiété. C'est ce qui constitue l'alliesthésie (l'odeur du lait maternel par exemple va donner faim au nouveau-né s'il n'a pas mangé depuis quelques temps alors qu'il va plutôt présenter une réaction de rejet s'il se trouve être à satiété). Globalement, le sucré est préféré à l'amer mais il existe des différences interindividuelles remarquables chez les nouveau-nés.

Après la naissance, le nouveau-né expérimente donc des perceptions et des émotions auxquelles il va pouvoir donner un sens essentiellement selon la réaction de ses parents et plus précisément de sa mère. Le nouveau-né présente des caractéristiques innées génétiques et de tempérament qui vont orienter ses choix alimentaires mais il est également influencé largement par les réponses de sa mère qui a donc un rôle majeur dans le

développement du caractère hédonique de l'alimentation, notamment au cours des interactions précoces. Le plaisir ressenti par le bébé dépend en effet de l'état psychologique et de la disponibilité de la mère ou de la personne s'occupant du nourrissage. L'alimentation a donc une place prépondérante dans le lien qui se crée entre le bébé et sa figure d'attachement principale (30).

Cela questionne à nouveau sur la transmission de ce caractère hédonique par une mère qui présenterait elle-même des troubles alimentaires.

Le nourrisson régule de façon active son alimentation par des messages comportementaux qu'il adresse à ses parents et à sa mère en particulier. Il pleure, se montre irritable afin de faire comprendre ses besoins et notamment celui de s'alimenter. La stimulation de la sphère oro-pharyngée participe au développement et à l'investissement affectif et cognitif de l'enfant ainsi qu'au développement de l'appétence. Le comportement alimentaire, en tant qu'aptitude sensori-motrice, comprend un part développementale. C'est un processus complexe qui évolue dans le temps, en lien avec la qualité de l'appétit de l'enfant (24).

Très tôt le nourrisson retient et apprend des rythmes alimentaires qui doivent donc être assez rapidement être transmis par les parents et ce dès la période d'allaitement (même si la tendance est à la tétée « à la demande ») (30).

II.1.3.1.3 Sevrage et introduction de solides

L'acceptation de nouvelles textures dépend du fonctionnement oro-moteur (les nouveaux aliments difficiles à mastiquer sont plus facilement acceptés à 13-22 mois qu'au début de la diversification).

Le sevrage doit se faire progressivement car il s'agit d'une période délicate au cours du développement de l'enfant, aussi bien sur le plan alimentaire que sur le plan de l'attachement et de la phase de séparation-individuation (30).

Les réponses aversives après le sevrage concernent plus souvent les légumes (80% des 5-8 mois). Les mères abandonnent donc souvent la présentation du nouveau légume alors que des études montrent que si ce légume est présenté en alternance avec un légume apprécié, sa consommation finit par être acceptée et augmente, c'est le concept d'habituation : la répétition de la consommation d'un même aliment est à l'origine d'une diminution à court terme de la consommation de cet aliment. Au contraire, l'introduction de la nouveauté au sens large favorise la déshabitude et augmente la consommation alimentaire (10).

A partir de l'âge de un an, l'enfant doit avoir acquis un certain rythme alimentaire, assez semblable à celui des plus grands.

La néophobie alimentaire est une période normale au cours du développement de l'enfant entre deux et huit ou neuf ans, c'est ainsi une manière, pour l'enfant, d'exprimer son

opposition. La réponse des parents est déterminante, ceux-ci devant rester en position dominante et non vulnérable dans la relation sans pour autant entraver l'autonomisation de l'enfant.

Les repas sont des moments de partage et d'échange, facilitant souvent la communication entre les parents et l'enfant lorsque ceux-ci se déroulent sans tension majeure. Le repas est aussi un moment de plaisir. Ce plaisir partagé joue un rôle important dans la transmission à l'enfant des représentations sur l'alimentation.

II.1.3.2 Quelques notions psychopathologiques

II.1.3.2.1 Les troubles des interactions précoces

Les théories psychanalytiques classiques ont contribué à la compréhension des troubles pré-œdipiens en s'intéressant notamment à la dyade mère-enfant et ensuite à la relation triadique père-mère-bébé. Plusieurs auteurs se sont intéressés aux processus de « maternité », correspondant à un d'état quasi « psychotique » dans lequel se trouve la mère afin de comprendre et de répondre au mieux aux besoins précoces de son enfant (position symbiotique de Mahler, préoccupation maternelle primaire, « maladie normale » décrit par Winnicott). Si la mère ne peut supporter cet état de régression et d'angoisses, les relations précoces mère-enfant risquent d'être perturbées, sur le plan quantitatif ou qualitatif, et une pathologie du lien risque de se constituer. D'autres auteurs évoquent l'écart qui peut exister entre le bébé fantasmé par la mère et le bébé réel. Cet écart risque d'entraîner des difficultés d'ajustement ainsi qu'une défaillance du système de pare-excitation maternel, essentiel au bébé.

Kreisler L., Fain M. et Soulé M. se sont intéressés plus particulièrement aux troubles alimentaires de la petite enfance. Ils insistent sur les conséquences désorganisatrices et pathogènes des signaux contradictoires émis par une mère en souffrance. C'est surtout le cas quand la mère se situe dans une problématique de contrôle ou d'inhibition de ses émotions. Elle compense alors ses failles par des soins trop abondants ainsi que des stimulations alimentaires excessives auprès de son enfant.

Par exemple, dans une situation de carence maternelle marquée par une inaffektivité et/ou des soins trop ritualisés, un symptôme comme le mérycisme peut survenir. Le mérycisme peut s'interpréter comme une compensation auto-érotique, déviation de la pulsion orale, en faveur d'une distorsion précoce du Moi en formation.

Les formes complexes d'anorexie infantile peuvent être analysées comme étant le signe d'expériences orales de mauvaise qualité secondaires à des conflits maternels non résolus,

le bébé introjectant une image maternelle négative. La nourriture devient le mauvais objet que le bébé refuse d'ingérer.

Les formes d'anorexie divergent selon l'organisation psychopathologique maternelle :

- Les anorexies gravissimes précoces peuvent être secondaires à une relation à une mère psychotique, la relation mère-bébé étant gravement perturbée.
- Les anorexies de formes plutôt dépressives sont souvent en lien avec une rupture dans le maternage ou une séparation d'avec la figure d'attachement.
- Les anorexies d'inertie peuvent être en lien avec une très grave dépression maternelle du post partum précoce (10).

II.1.3.2.2 Influences des TCA de la mère

En 1994, Stein dans une étude longitudinale avait montré que les mères souffrant de TCA avaient tendance à se montrer plus intrusives avec leur enfant et que les relations mère-enfants étaient davantage conflictuelles. Il évoquait alors un possible mécanisme de transmission intergénérationnelle des troubles.

Cooper et son équipe(23), en 2004, ont étudié l'association entre les problèmes alimentaires de l'enfant et les TCA de la mère.

Cooper a comparé trois groupes d'enfants (moyenne d'âge de 4 ans) : le premier groupe comprenait des enfants présentant des difficultés alimentaires ; le second groupe était constitué d'enfants avec d'autres type de problèmes (timidité, autre trouble du comportement...); le dernier groupe était un groupe contrôle (enfants sans difficulté particulière). Les auteurs ont évalué l'état psychique des mères et la présence de TCA présents ou passés. Ils ont également filmé les mères et les enfants pendant le repas et au cours d'une activité d'exploration en dehors du contexte alimentaire afin d'évaluer le style relationnel des mères. L'étude a révélé que deux indices relationnels étaient particulièrement importants et significativement plus marqués dans le groupe des enfants à problèmes alimentaires. Il s'agissait du niveau de désorganisation des repas et du niveau de contrôle et de dysharmonie au sein de la relation mère-enfant. Ces deux variables relationnelles sont, d'autre part, corrélées de façon significative à l'intensité des troubles alimentaires maternels.

Il y a assez peu d'études qui se sont intéressées au rôle de l'environnement familial par rapport à l'agrégation familiale de la maladie, hormis notamment l'étude de Stein, déjà citée, qui a révélé que les mères présentant des TCA se montraient plus intrusives dans la relation avec l'enfant, relation également plus conflictuelle. Leurs enfants étaient également plus légers par rapport aux enfants des groupes contrôles (mères sans pathologie ou mères déprimées).

Stein dans une autre étude, tout comme Whelan et Cooper en 2000, a mis en avant l'association spécifique existant entre les TCA de la mère et les problèmes alimentaires de l'enfant. Cette transmission intergénérationnelle semble donc se manifester durant le développement de l'enfant, dès le plus jeune âge.

II.1.3.3 Causes physiologiques

Certains auteurs évoquent des causes physiologiques pouvant initialement expliquer les troubles alimentaires de l'enfant, troubles qui vont très rapidement comporter une composante comportementale et relationnelle.

Trois grandes catégories sont ainsi mises en avant : *L'appétit pauvre ou fluctuant*, certains enfants peuvent en effet présenter un déficit des commandes concernant l'appétit même en l'absence de pathologie organique notable (31) ; *les difficultés sensorielles de la sphère oro-pharyngée* pouvant consister en une hypersensibilité de la région buccale entraînant des régurgitations, favorisant les vomissements. Il peut s'agir également d'une hypersensibilité à la consistance ou à la température des aliments, les enfants étant alors perçus comme capricieux, qualifiés souvent de façon négative par leurs parents, ce qui peut encore amplifier les troubles ; enfin il peut s'agir de *problèmes moteurs de la sphère oro-pharyngée*, impliquant le réflexe de succion ou encore les capacités de mastication (24).

II.1.4 Prévention des troubles

La prévention nécessite de repérer les situations de vulnérabilité en lien avec l'enfant : vulnérabilité médicale (reflux gastro-œsophagien, mucoviscidose, pathologies respiratoires, chirurgie, prématurité..) et vulnérabilité psychologique (trouble autistique, retard mental, expositions à des négligences et carences) mais aussi surpoids et obésité. Chez l'enfant « normal », un tempérament difficile peut également constituer une certaine vulnérabilité qu'il convient de surveiller (irrégularité dans le sommeil, l'alimentation, difficultés d'adaptation aux changements et notamment à la diversification).

Il est bon d'être également attentif aux situations de vulnérabilité en lien avec la famille par rapport aux pathologies psychiatriques familiales (schizophrénie, alcoolisme, toxicomanie) et également de penser à dépister une dépression du post-partum.

Les antécédents maternels de troubles du comportement alimentaire doivent être pris en compte, les mères anorexiques ayant tendance à sous-alimenter leur enfant. En effet, les TCA sont plus fréquents chez les bébés de mères anorexiques et il y a plus de restriction alimentaire chez les filles (dans l'idée de faire plaisir à leur mère en étant mince).

De la même façon, comme évoqué ci-dessus, il existe un parallélisme entre une néophobie maternelle et le développement d'une néophobie de l'enfant.

Les troubles anxieux et les préoccupations parentales excessives autour de l'alimentation sont également à prendre au sérieux (peur des fléaux tel que la « vache folle », des organismes génétiquement modifiés, de la grippe aviaire, souci de la minceur et suivi de régime..).

Ces éléments sont d'autant plus importants à repérer qu'il existe souvent une intrication de ces facteurs de vulnérabilité : par exemple une mère d'un bébé prématuré ou handicapé (facteur de risque individuel) va être plus à risque de dépression (facteur de risque familial) (8).

La prévention médicale des TCA post-traumatiques est également essentielle. Lorsque le traumatisme est ponctuel, la réalimentation pourra se faire progressivement avec réassurance et avec les techniques de désensibilisation déjà évoquées.

Si l'enfant doit bénéficier d'une sonde naso-gastrique dès la naissance et de façon durable, un protocole de stimulation buccale sera mis en place avec une attention particulière portée au maintien de la succion non nutritive et de la mise en contact avec des saveurs et textures différentes (32).

II.1.5 Evolution, pronostic

L'hétérogénéité des tableaux cliniques ainsi que la persistance des troubles dans le temps ressortent des différentes études et travaux concernant les troubles du comportement alimentaire du tout jeune enfant. Malheureusement, il n'y a que peu d'études prospectives à long terme publiées sur le sujet, probablement du fait de difficultés telles que l'hétérogénéité des troubles, l'absence de classification consensuelle et l'intrication de nombreux facteurs (individuels, somatiques et psychologiques, et familiaux).

Actuellement, il semble plutôt qu'il existe une continuité des troubles alimentaires de la petite enfance aux TCA de l'adulte, les difficultés alimentaires du jeune âge constituant des facteurs de vulnérabilité au moment de l'adolescence. Saint André en 2006(33) décrit justement le cas d'une anorexie mentale chez une petite fille de 4 ans et demie, en soulignant la continuité des troubles, celle-ci présentant des difficultés alimentaires anciennes, qui semblent avoir décompensées à l'occasion d'un épisode dépressif dans un contexte familial complexe. L'auteur souligne les similitudes étonnantes de ce cas avec l'anorexie de l'adolescente.

Il existe également une continuité du trait « petit mangeur » entre les premières années et l'enfance et la survenue d'une anorexie mentale à l'adolescence. De même, les néophobies alimentaires tendent à évoluer vers des tableaux de sélectivité alimentaire dans l'enfance (10).

Nous pourrions donc penser, comme nous allons l'évoquer plus tard, que certains enfants manifestent leur souffrance psychique et réagissent aux conflits internes auxquels ils font face, au travers des symptômes alimentaires, et ce, quel que soit leur âge.

II.2 Anorexie mentale à l'adolescence

Il semble nécessaire de rappeler quelques notions sémiologiques et évolutives de l'anorexie mentale telle qu'elle est le plus souvent rencontrée en clinique, afin de mettre en avant de façon plus évidente les particularités des formes prépubères.

II.2.1 Sémiologie

Classiquement, une triade symptomatique est décrite et retrouvée dans les formes classiques d'anorexie mentale :

- ✓ *L'anorexie* : Il s'agit en réalité d'une « fausse anorexie » puisqu'elle est initialement volontaire (4), comme une lutte active contre la faim. En général elle est inaugurale et caractérisée par un comportement actif de restriction alimentaire, souvent initialement expliqué par la volonté de faire un régime (15). L'adolescente peut également mettre en avant des gastralgies ou bien une inappétence, ne correspondant pas à la réalité puisque la sensation de faim persiste au début des troubles. Cette sensation est même recherchée, ressentie comme une tension, une sensation de contact plus large avec le corps qui devient maîtrisé (34).

La patiente opère une éviction progressive des aliments qu'elle sélectionne en fonction de leur valeur calorique et des codes diététiques. Une centration progressive et exclusive des intérêts sur la nourriture s'installe progressivement(35). Elle développe des rituels autour de l'alimentation : trie les aliments, fractionne ses repas en petites parts et petites bouchées, mange de façon quasi-automatique, dissimule de la nourriture, refuse de participer au repas familiaux ou refuse la nourriture qui n'a pas été préparée par la famille... Ces rituels tentent de contenir une anxiété manifestement envahissante et reflètent les préoccupations excessives centrées sur l'alimentation.

Puis, progressivement, la sensation de faim disparaît et une véritable intolérance à l'alimentation se constitue. L'adolescente présente, de plus, des comportements particuliers autour de la nourriture : attrait pour la cuisine et les recettes, calcul des calories, développement de connaissances en nutrition et diététique...

- ✓ *L'amaigrissement* : il peut être extrême et atteindre jusqu'à 30 à 40 % du poids initial, menaçant parfois le pronostic vital. Le diagnostic d'anorexie mentale peut être posé lorsque le poids est inférieur à 15 % du poids attendu, soit un IMC inférieur au dixième percentile chez l'adolescente. La patiente présente un aspect physique souvent évocateur : disparition des formes féminines, corps anguleux, peau terne,

visage creusé, yeux cernés, cheveux secs et cassants. Cette maigreur n'est pas reconnue par l'adolescente qui continue à penser qu'elle est trop grosse. La volonté de continuer à maigrir persiste et des rituels s'installent autour de la vérification du poids, des vérifications autour du corps et de l'alimentation. On parle de trouble de la perception, ou distorsions, de l'image du corps ou encore de dysmorphophobie, qui concerne souvent plus particulièrement certaines parties du corps (cuisses, ventre, fesses...).

Les préoccupations pondérales deviennent rapidement envahissantes, générant des comportements particuliers : pesées répétées pour vérifier le poids et mensurations (tour de taille, de cuisse) notamment (36).

La perte de poids initiale est souvent justifiée par la patiente et/ou par ses parents par une surcharge pondérale accompagnant la puberté, en réalité souvent minime voire inexistante.

La dénutrition en elle-même peut générer entre autre, des ruminations obsédantes autour de l'alimentation et des ritualisations, une irritabilité, une instabilité thymique et des troubles de concentration (37).

- ✓ *L'aménorrhée* : dans la plupart des cas (55%) elle survient en même temps que l'anorexie mais peut aussi la précéder (15%) ou la suivre (30%). C'est souvent le dernier symptôme à disparaître dans l'évolution de la maladie, le retour des menstruations correspond donc à un facteur de bon pronostic. Ce symptôme est important à dépister chez les adolescentes et il faut savoir évoquer le diagnostic d'anorexie mentale même en l'absence d'une anorexie ou d'un amaigrissement francs. L'aménorrhée s'explique par des facteurs hormonaux en lien avec la dénutrition et l'hyperactivité physique (modifications de la fonction gonadotrope) mais aussi par des facteurs psychologiques expliquant le fait qu'elle peut être antérieure à l'amaigrissement ou qu'elle puisse persister malgré la reprise d'un poids normal. La plupart du temps, l'aménorrhée ne semble pas inquiéter la patiente qui ne la considère pas comme un problème.

Des symptômes sont associés à cette triade tels que :

- *l'hyperactivité motrice* (marche, sport intensif, course à pieds...) avec une méconnaissance de la fatigue et des limites physiques, voire une restriction volontaire du temps de sommeil et une incapacité à s'accorder le moindre repos. La patiente peut également adopter d'autres conduites dans le but de dépenser toujours plus de calories, comme par exemple de s'exposer au froid (pas assez de vêtement chaud en hiver, fenêtres ouvertes, extinction du chauffage...);

- *une potomanie* peut être retrouvée, représentant un signe de gravité. Elle est assez fréquente et doit être recherchée avec attention du fait des conséquences somatiques graves qu'elle peut engendrer. La patiente explique qu'elle veut « se purifier, favoriser l'élimination des calories », cela peut également permettre un « lavage d'estomac » favorisant les vomissements (36) ;
- *des douleurs abdominales* ;
- *des conduites de purge* comme des vomissements provoqués, une prise de laxatifs ou de diurétiques (formes mixtes d'anorexie mentale dans 50 % des cas) ;
- un *mérycisme* peut également être présent, moins rarement que ce qu'il n'y paraît, en général survenant chez des patientes présentant des troubles de la personnalité sous-jacents (36).

La peur de prendre du poids, de devenir obèse alors même que le poids est largement inférieur à la normale, est centrale. Le poids et l'apparence corporelle exercent une influence majeure sur l'estime de soi (4).

La patiente présente également fréquemment des troubles du sommeil caractérisés par une fragmentation du sommeil, une insomnie de milieu-fin de nuit ou d'endormissement. Ces perturbations seraient directement liées à la dénutrition et la sévérité des troubles du sommeil serait inversement proportionnelle à l'IMC de la patiente. Ces troubles sont améliorés par la renutrition et ne seraient pas liés à des troubles de l'humeur (sauf dans la boulimie nerveuse) (10).

La patiente peut également avoir tendance à mentir et à manipuler l'autre (famille et soignants), elle peut présenter des épisodes de cleptomanie, et notamment de vol d'aliments, faisant transparaître une avidité qu'elle tente absolument de maîtriser (36).

Il est nécessaire lors des entretiens et de l'évaluation clinique, de rechercher des signes en faveur de certaines comorbidités fréquemment retrouvées, tels que des symptômes de dépression, d'anxiété, des abus de substances (plus souvent dans les formes boulimiques). Une anamnèse précise des troubles doit être réalisée, en s'intéressant notamment à la première enfance de la patiente. Il est ainsi nécessaire d'être attentif aux antécédents familiaux de troubles du comportement alimentaire et aux antécédents personnels d'abus sexuels, fréquents dans cette pathologie (20 à 50 % des patientes). La présence de crises boulimiques doit également être interrogée (4).

Le diagnostic est souvent retardé du fait du déni de la patiente par rapport aux troubles et aussi fréquemment celui de son entourage. D'autre part, la symptomatologie n'est pas toujours aussi complète et franche, la patiente pouvant notamment ne présenter qu'un symptôme isolé ou des plaintes fonctionnelles focalisées surtout autour de la sphère digestive. Le comportement alimentaire perturbé fait ainsi l'objet de rationalisations.

Lors des premières consultations, c'est souvent la fatigue, l'aménorrhée, la constipation, la frilosité voire d'autres conséquences de la dénutrition qui motivent la demande de soins. Le délai entre le début des troubles et le début de la prise en charge ainsi que la perte de poids initiale sont des facteurs de pronostic importants.

Lors des entretiens, la patiente se présente initialement dans une indifférence déroutante, affichant même parfois une certaine satisfaction devant l'impuissance du soignant. L'agressivité semble être refoulée. Ces patientes peuvent susciter un certain agacement, voire de l'agressivité, secondaires au contraste existant entre l'aspect physique inquiétant et le discours de la patiente. Elle est dans un déni de la pathologie, de la maigreur, du sens en général. Ce déni semble fonctionner comme un clivage permettant de mettre de côté émotions, désirs et besoins.

L'anamnèse, auprès de la patiente et des parents, contient souvent une part de reconstruction biographique de la part des parents, influencée par la maladie et remaniée. En effet, ils décrivent souvent une enfant idéale, sage, conforme, bonne élève. L'estime de soi est bien souvent directement indexée à la réussite scolaire. Dans l'enfance, la patiente est souvent décrite également comme sensible aux situations de séparation, présentant une certaine intolérance à la solitude (34).

II.2.2 Sur le plan psychologique...

La patiente se trouve dans un déni des troubles, et notamment de la maigreur, associé à une dénégaration de tous les besoins physiologiques du corps. L'état physique contraste avec une apparente indifférence, voire souvent un sentiment de bien-être, de maîtrise, de satisfaction. Le désir de minceur et la peur de grossir prennent une place prépondérante dans l'activité psychique de la jeune fille. Elle est souvent dans un certain isolement relationnel, s'accompagnant d'une grande dépendance à la famille et surtout aux parents. La patiente se trouve dans une relation d'emprise qui contamine toute la famille. L'isolement social peut parfois prendre la forme d'une phobie sociale (35).

Elle montre la plupart du temps un perfectionnisme extrême et est hyper investie sur le plan scolaire, ce qui dénote aussi de ce besoin constant de maîtrise. En général, elle présente une appétence pour les nouvelles connaissances mais rencontre des difficultés quand il s'agit d'utiliser des capacités imaginaires et abstraites. L'adolescente se trouve dans un surinvestissement de l'activité intellectuelle centrée sur du « par cœur » au profit d'une activité de raisonnement et de réflexion plus poussée. L'intellectualisation ramène à la mise à distance de toutes les émotions ressenties.

Une grande faiblesse de l'estime de soi associée à une problématique dépressive sous-tend le plus souvent les troubles.

Hilda Bruch avait déjà décrit des traits de personnalité caractéristiques, souvent retrouvés chez la jeune fille anorexique : perfectionnisme, inefficacité, méfiance interpersonnelle et défaut de perception intéroceptive, ensemble de traits qui peuvent être considérés comme un état de « vulnérabilité anorexique ». Ce sont, schématiquement, ces traits qui sont détectés grâce aux outils tels que l'EDI (*eating disorder inventory*).

Trois grandes caractéristiques psychologiques sont quasi constantes chez la patiente anorexique :

- *Le désintérêt pour la sexualité génitale* : celle-ci est le plus souvent massivement désinvestie ou alors fait l'objet d'une activité polymorphe, sans plaisir, sans désir, sans satisfaction, qui répond plutôt à un but conformiste ou utilisant l'autre à des fins narcissiques. L'anorexie peut parfois survenir après une première expérience de ressenti amoureux ou de relation, l'éveil du désir et du plaisir submergent la patiente en débordant les capacités de contenance de son appareil psychique (37).

- *L'hyperactivité* : représentant une forme d'intolérance à la passivité et au laisser-aller, perçus comme une régression honteuse. La patiente semble avoir besoin de s'activer physiquement pour se sentir en vie et recherche ainsi des limites. L'hyperactivité est également utilisée afin d'éviter de grossir, la peur de grossir étant en lien avec une peur de « trop-plein », une surcharge d'énergie, un débordement qui nécessite l'évacuation. La patiente cherche donc à évacuer des tensions mais ne semble jamais totalement y parvenir. L'hyperactivité se poursuit donc sans fin, jusqu'à épuisement du corps alors que la patiente a le sentiment d'être invincible. Le plus souvent, cette activité se fait sans plaisir, en solitaire, de manière rigide et automatique. L'interruption de l'activité entraîne un sentiment de culpabilité et d'angoisse.

L'hyperactivité est aussi scolaire ou professionnelle, ne laissant jamais « d'intervalles libres ». L'apprentissage semble surtout un moyen de se remplir et de mettre ainsi de côté certaines pensées et représentations gênantes.

Les conduites ascétiques (expositions au froid, refus de se vêtir, de s'asseoir...) se rapprochent d'une certaine façon de l'hyperactivité (4).

- *Maintien d'une adaptation en apparence normale* : elle est notamment rendue possible grâce à l'hyperactivité qui est en réalité stérile et improductive. La jeune fille anorexique semble avoir « la volonté d'être comme tout le monde tout en n'étant pas tout à fait comme les autres ». Il semble que « le style anorectique » lui apporte une identité

justement défailante et permet une contre-identification amenant une solution aux problématiques d'identification à la mère (34). Elle se présente souvent avec une certaine coquetterie alors que l'aspect corporel décharné est nié.

L'anorexique passe son temps à faire le contraire de ce qu'elle désire, « à défaut d'être la première et l'unique pour ses proches, elle devient la dernière, cherche à s'effacer »(36). Elle présente une maigreur extrême qui la rend transparente tout en la montrant comme jamais aux yeux des autres. « Elle réussit là où elle n'a pas réussi ailleurs ». Un ensemble de comportement procède ainsi par « paires opposées ». Au niveau relationnel, la patiente oscille entre le « montrer » et le « cacher ». Elle montre sa privation et sa souffrance, parle à ses proches et notamment à sa mère de ses plaintes, de sa dévalorisation, de ses doutes et cache tout ce se rapproche du plaisir, surtout en ce qui concerne la nourriture. Elle oppose le « dire » (« tout va bien ») et le « faire » (maigrir, s'activer, vomir...). La patiente peut d'ailleurs ressentir une véritable dualité interne, comme une double personnalité mais elle ne reconnaît pas la dualité existant entre sa pensée et son comportement, ce qui est caractéristique du clivage. Le clivage consiste en la « non-reconnaissance des liens entre deux activités contradictoires », il évite la prise de conscience et donc élude les conflits sous-jacents. Il protège le Moi tout en l'appauvrissant(36).

II.2.3 Concernant les relations intrafamiliales...

Elles sont le plus souvent perturbées, notamment au moment des repas, moments partagés durant lesquels l'adolescente montre pour la première fois en général, des signes de « résistance » par rapport à ses parents. Des tensions et des conflits se cristallisent insidieusement autour du conflit alimentaire jusqu'à entraîner un véritable « drame familial » qui implique bien souvent également la fratrie et même parfois les grands parents.

La jeune fille renvoie à ses parents une image de « mauvais parents persécuteurs » qui entraîne souvent une profonde remise en question de la part de ses parents, bien souvent impuissants. Cela peut expliquer en partie le déni fréquemment observé chez les parents des patientes anorexiques par rapport aux troubles et à la maigreur. Bien souvent, les parents sont en recherche d'une cause extérieure précise, en particulier de l'ordre du traumatisme.

En général, la relation mère-fille est marquée par une certaine « complicité ». La mère peut avoir tendance à vouloir tout gérer, à s'occuper de tout dans la prise en charge de la maladie, pouvant même montrer une certaine méfiance par rapport aux professionnels de santé. La jeune fille semble sereine, même indifférente à ses troubles alors que son entourage lui, se trouve en profonde remise en question et « s'agite pour et dans les soins ».

La patiente semble signifier à son entourage une révolte qui ne peut s'exprimer autrement (34).

II.2.4 Diagnostic différentiel

Classiquement, il convient de rechercher une pathologie organique avant de poser le diagnostic d'élimination d'anorexie mentale. Il faut notamment penser à un processus intracrânien, une maladie digestive (maladie de Crohn notamment), une pathologie infectieuse (tuberculose), une hyperthyroïdie ou encore une maladie d'Addison...

Sur le plan psychiatrique, il est important d'avoir à l'esprit les diagnostics différentiels de schizophrénie ou de dépression. Concernant le premier, l'indifférence est souvent massive par rapport au corps et aux autres, l'isolement est rationalisé et il existe de fréquentes variations thymiques et des crises de colères brutales (par exemple, l'anorexie peut être secondaire à un délire d'empoisonnement) (3). La dépression peut également entraîner une anorexie et un amaigrissement mais la patiente ne présente pas le plus souvent de distorsions concernant son aspect corporel ni de craintes par rapport à une éventuelle prise de poids. Elle est d'autre part plutôt ralentie et non pas hyperactive.

II.2.5 Formes cliniques

Il existe différentes formes de la maladie :

- *Les formes mixtes d'anorexie-boulimie* concernent la moitié des patientes environ. Ces formes illustrent bien à quel point le contrôle et la maîtrise de l'anorexique sont des contre-investissements à l'avidité et aux besoins insatiables. D'autre part, il faut avoir à l'esprit le fait que les comportements boulimiques rapportés par la patiente peuvent être subjectifs, de simples prises alimentaires pouvant être vécues comme des crises par la patiente (37).
- *L'anorexie du garçon* représente 10% des cas environ, elle serait en augmentation et probablement sous-estimée car méconnue. Les formes restrictives pures sont plus rares. L'hyperactivité physique est souvent particulièrement marquée, les préoccupations concernent essentiellement l'image corporelle et moins directement le poids. L'hyperactivité intellectuelle est moins fréquente. Des antécédents d'obésité et des troubles de l'identité sexuelle sont fréquents.

II.2.6 Evolution et pronostic

L'anorexie mentale est une pathologie grave, pouvant entraîner un risque vital et dont le pronostic à long terme est souvent réservé. L'évolution serait nettement plus sévère chez les patientes souffrant d'anorexie mentale restrictive pure que dans les formes mixtes (4). La durée d'évolution peut aller de plusieurs mois (rarement inférieur à 18 mois) à toute la vie.

A court terme, l'évolution est avant tout marquée par des complications somatiques en lien avec la dénutrition pouvant engager le pronostic vital.

A long terme, une étude menée en 2002 (cité par (4)) par une équipe anglo-saxonne qui a suivi des patients (adolescents et adultes) pendant quatre ans, a révélé qu'en moyenne 44 % des sujets traités reprennent un poids proche de la normale et ont leurs règles, alors que 24 % sont encore en sous-poids avec des règles sporadiques ou absentes. Dans deux tiers des cas, des préoccupations pondérales et alimentaires restent présentes et 40 % des sujets présentent des épisodes boulimiques.

La mort survient dans 5 à 10% des cas, dans la moitié des cas en raison de complications somatiques et dans l'autre moitié par suicide (plus fréquent chez les patientes boulimiques). La mortalité des anorexiques chroniques est plus élevée, la mort survenant de manière prématurée dans 15 à 20 % des cas. Une étude suédoise a révélé que la mortalité serait 6.2 fois plus importante chez les sujets anorexiques (qui ont été hospitalisés) qu'en population générale.

Le pronostic serait meilleur concernant les adolescents avec 50 à 70 % de guérison, 20 % de symptômes résiduels et 20 % de chronicisation. L'anorexie est considérée comme chronique après cinq ans d'évolution. Les rechutes sont fréquentes, concernant environ la moitié des patients.

Chapitre III : TCA à l'âge de latence **(6-12 ans)**

III.1 Remarques préliminaires

Il existe encore peu d'étude concernant les troubles du comportement alimentaire de l'enfant prépubère. Par définition, l'enfant, à ce stade de son développement, n'a pas encore été confronté aux conflits réactivés par l'adolescence et à tous les réaménagements s'opérant à cette période de la vie.

Une des difficultés retrouvées dans de nombreux travaux sur le sujet est la définition d'une limite d'âge pour ces patients. La plupart des études utilisent des critères d'âge alors que la puberté est un phénomène variable et survenant à des âges divers. Les menstruations pourraient représenter un repère intéressant car, il s'agit chez la fille de la manifestation la plus concrète et inévitable de la puberté.

Certaines études se sont donc penchées sur les formes prémenstruelles d'anorexie mentale en tentant de déterminer s'il s'agit d'un variant atypique de la maladie avec des traits psychopathologiques différents, ou bien si les traits sont similaires, certains pouvant être amplifiés ou au contraire atténués, par rapport aux formes de l'adolescence. S'il s'agit effectivement d'une forme différente, à part entière de la maladie, la prise en charge devrait également être adaptée et spécifique(5).

Jeammet précise qu'il est peut-être trop vite question d'anorexie mentale prépubère, là où en réalité il y a anorexie se développant chez une fille non réglée mais présentant déjà des caractères sexuels pubères, forme qui pourrait plutôt être qualifiée d'anorexie mentale pubère avec aménorrhée primaire (36), ou anorexie péripubertaire(38).

Pour commencer, nous allons présenter quatre observations cliniques. Il s'agit de quatre jeunes filles que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors de mes différents stages. Les rencontres avec ces patientes ont toutes contribué à nourrir mon intérêt pour les troubles alimentaires survenant avant l'adolescence. Après chacune des observations, nous discuterons rapidement de leurs particularités afin d'ouvrir la discussion davantage théorique, à propos des troubles alimentaires de l'enfant.

III.2 Cas cliniques

III.2.1 Marjorie, 12 ans

Marjorie est une jeune fille âgée de 12 ans au moment de notre première rencontre. Elle est alors hospitalisée en service de pédiatrie communautaire dans le cadre du bilan et de la prise en charge d'une asthénie associée à un amaigrissement important ayant débuté il y a plusieurs mois.

Biographie

Marjorie vit avec ses parents qui travaillent tous les deux à la Poste. Le père est âgé de 51 ans et la mère a 47 ans.

Marjorie a deux frères, Jonathan âgé de 18 ans et Simon âgé de 17 ans. Jonathan a quitté le domicile familial il y a presque un an, il se forme au sein des Compagnons du Devoir et vit donc plutôt loin de la maison familiale. Marjorie était semble-t-il très proche de lui.

Simon est scolarisé au lycée en première et vit donc avec sa sœur et leurs parents. Marjorie et Simon ne s'entendent pas très bien, elle trouve son frère trop « bruyant », il prend beaucoup de place. Ce frère a lui-même des antécédents importants, il faisait de l'asthme étant petit et a été hospitalisé à de nombreuses reprises. Nous apprendrons au cours de l'hospitalisation qu'il a débuté un suivi psychothérapeutique depuis que Marjorie est hospitalisée.

Les grands-parents maternels sont tous deux décédés, ils étaient agriculteurs. Marjorie ne sait pas grand-chose de cette grand-mère maternelle qu'elle n'a jamais connue. Le grand-père maternel est décédé d'un infarctus du myocarde lorsqu'elle était âgée de 8 ans environ. Ce décès semble l'avoir beaucoup affectée, elle est encore émue lorsqu'elle en parle. La mère de Marjorie a également vécu cette perte de façon très douloureuse.

Les grands-parents paternels semblent être moins proches de Marjorie. La grand-mère paternelle est décédée il y a deux ans, elle était atteinte d'une maladie d'Alzheimer et Marjorie conserve le souvenir d'une vieille dame malade et souffrante. Seul le grand-père paternel est en vie mais les liens de ce côté-là semblent plutôt distendus.

Marjorie est scolarisée en cinquième dans un établissement privé depuis cette année. C'est une élève plutôt douée qui travaille beaucoup.

Marjorie a assez peu d'activité de loisir. Elle pratique actuellement la course à pieds de façon très régulière et fait également de façon plus occasionnelle de la natation en compagnie de sa mère.

Elle passe la plupart de son temps libre chez elle et semble assez isolée par rapport à ses pairs.

Antécédents

Marjorie a présenté des dorsalgies chroniques invalidantes secondaires à une attitude scoliothique qui avait nécessité de la rééducation.

Elle a également subi une chirurgie du frein de la langue et des végétations dans sa petite enfance. Elle a bénéficié de séances d'orthophonie entre cinq et douze ans. Cependant elle conserve un léger zozotement qui ne s'explique pas vraiment.

Elle a récemment rencontré une psychologue scolaire qui l'a orientée sur un suivi psychologique plus régulier qui vient tout juste de débuter.

Marjorie semble avoir présenté des angoisses de séparation importantes lorsqu'elle était petite.

D'après les parents, elle n'a pas souffert de difficultés alimentaires particulières dans la petite enfance.

Anamnèse, histoire de la maladie

Au début de l'année 2011, Marjorie a présenté une asthénie, une perte de l'élan vital associée à un amaigrissement conséquent depuis les vacances de Noël 2010. La perte de poids est évaluée à environ 8 kilos au total.

Marjorie explique qu'elle a eu envie de maigrir, de faire un régime car elle se sentait grosse et pensait pouvoir s'intégrer plus facilement à son groupe de pairs en étant mince. Elle a en fait commencé à se trouver grosse et à se sentir jugée par les autres au cours de son année de 6^{ème} lors d'un cours d'éducation physique et sportive durant lequel tous les élèves avaient été pesés les uns après les autres, les poids étant annoncés haut et fort par le professeur. A cette époque, Marjorie était scolarisée dans un autre établissement dans lequel un climat de violences existait, violences qui ne semblent pas avoir concerné Marjorie directement.

Cet épisode a été terriblement mal vécu par Marjorie qui a alors eu le sentiment d'être « anormale », trop grosse par rapport à ses pairs. Elle était alors âgée de 11 ans et n'était a priori ni formée ni réglée à ce moment-là.

Elle décrit par ailleurs une tristesse de l'humeur ancienne. Elle ne parvient pas vraiment à préciser la chronologie de ses difficultés mais la perte de poids semble être antérieure à l'atteinte thymique.

Progressivement, les repas familiaux sont devenus très difficiles pour Marjorie, toute la famille semblant se focaliser sur elle, sur son assiette, surveillant son alimentation.

Eléments sémiologiques

Marjorie est une jeune fille très brune aux cheveux longs et aux yeux marron, pâle, discrète, amaigrie et fatiguée. Physiquement, elle paraît plus âgée ainsi que dans sa façon de s'exprimer et de penser. Nous remarquons un certain ralentissement psychomoteur, elle parle peu spontanément, d'une voix faible et peu assurée.

A l'admission dans le service, elle pèse 40.700 kg pour 1m63, ce qui donne un indice de masse corporelle (IMC) de 15.3 kg/m².

Cliniquement, elle a la peau froide, notamment au niveau des extrémités, elle est pâle, cernée, ses os sont saillants, elle est hypotendue, légèrement bradycarde et hypotherme en tout début d'hospitalisation.

Marjorie présente une aménorrhée primaire.

En discutant avec elle et en la questionnant, nous retrouvons différents signes cliniques évocateurs d'anorexie mentale. Elle présente une restriction alimentaire active avec une alimentation sélective (suppression des sucres rapides et des graisses) associées à une volonté de maigrir secondaire à l'impression d'être trop grosse, différente des autres, comme « anormale ». Cette restriction alimentaire est associée à une tendance à l'hyperactivité physique au travers de la pratique régulière et récente de la course à pieds ainsi qu'à un investissement scolaire important. Marjorie est une jeune fille assez perfectionniste, rarement satisfaite d'elle-même, en particulier en ce qui concerne ses résultats scolaires.

Elle ne présente pas réellement, au cours des premiers entretiens, de troubles de perception de l'image du corps. Elle ne rapporte aucune conduite de purge, ni prise de laxatif ou de coupe faim.

Chez Marjorie, à côté des signes évocateurs de trouble du comportement alimentaire, nous retrouvons également tout un panel de symptômes thymiques. En effet, elle se dit triste depuis plusieurs mois, décrit une perte de l'élan vital, un repli, une baisse de la motivation ainsi qu'une anhédonie partielle. Elle présente également des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes, symptômes pouvant faire partie d'un épisode thymique mais pouvant aussi s'expliquer par la dénutrition. Marjorie rapporte également une tendance à faire des cauchemars dont le principal sujet reste l'école et ses relations aux autres.

Les symptômes thymiques semblent être ultérieurs aux symptômes alimentaires, d'après les parents de Marjorie.

Elle va également exprimer à plusieurs reprises lors de son hospitalisation, souvent par l'intermédiaire de messages écrits laissés aux soignants, des idées noires, morbides associées à des phobies d'impulsion.

Elle est régulièrement envahie par de nombreuses angoisses, souvent vespérales et anticipatoires, toujours en lien avec l'école, ses capacités scolaires, ses difficultés à créer des liens et à s'intégrer au sein du groupe de pairs.

Marjorie supporte très mal la séparation avec ses parents, surtout avec sa mère, séparation qui génère de fortes angoisses mais aussi une véritable tristesse.

Evolution au cours de l'hospitalisation

Marjorie est hospitalisée en pédiatrie dans le but initial de réaliser un bilan d'amaigrissement. Différents examens somatiques sont pratiqués afin d'éliminer une pathologie organique (bilan biologique complet diagnostique et de retentissement, radiographies osseuse (âge osseux) et pulmonaire, échographie pelvienne, ostéodensitométrie osseuse, scanner cérébral). Le bilan organique est sans particularité et devant l'ensemble du tableau clinique, un diagnostic d'anorexie mentale est envisagé et annoncé à Marjorie en présence de ses parents lors d'un entretien familial conjoint (en présence des pédiatres et pédopsychiatres).

Marjorie ayant perdu un kilo supplémentaire après une semaine d'hospitalisation, nous décidons de prolonger l'hospitalisation.

Lors de cet entretien d'annonce, elle semble peu présente, ne paraît pas nous entendre, comme si elle n'était pas concernée. Sa mère reprend rapidement une place centrale, monopolisant la parole. Elle semble très culpabilisée par cette annonce, se montre assez défensive, laissant même paraître par moment un peu d'agressivité. Elle s'adresse à sa fille à plusieurs reprises, tentant de la rassurer et analysant les événements de façon très opératoire.

La mère de Marjorie est une femme assez imposante, un peu masculine dans sa présentation (cheveux très courts, sans maquillage, vêtements amples, en surpoids) alors que son père, lui, paraît plus effacé, un peu en retrait, probablement timide ou mal à l'aise en présence de tous ces médecins. Il semble plutôt confiant dans la réassurance vis-à-vis de sa fille, qui semble apparemment davantage sécurisée par ses propos que ceux de sa mère, posés plus brutalement.

Au moment de la pose d'un contrat de poids en présence des parents, Marjorie réagit cette fois davantage, surtout à l'annonce de la séparation qui est très difficile à envisager pour elle. Elle pleure beaucoup durant l'entretien et c'est son père qui la reconforte. La mère reste très rationnelle, posant des questions très pratiques, montrant peu d'émotion face à la réaction de sa fille.

Marjorie est donc hospitalisée en « première partie de contrat » ce qui nécessite beaucoup de repos, notamment après les repas qui sont pris en chambre. Elle n'a pas accès aux

activités du service, ni aux temps scolaires, son état physique restant préoccupant même si l'IMC n'est pas extrêmement inquiétant.

Marjorie, au début de l'hospitalisation, se montre très discrète, peu présente, peu bruyante, elle reste beaucoup dans sa chambre et semble en difficulté pour s'intégrer au groupe de pairs.

Au cours des premiers entretiens individuels, Marjorie semble ne pas avoir entendu le diagnostic d'anorexie mentale, elle paraît être dans une dénégaration de ses troubles alimentaires. Elle se dit gênée par une sensation de fatigue sans parvenir à faire de liens avec sa maigreur et sa dénutrition.

Elle pourra cependant évoquer assez rapidement la relation avec sa mère qu'elle décrit comme étant fusionnelle. Progressivement, elle parvient à mieux la définir, pouvant dire qu'elle ne peut jamais s'opposer à celle-ci, qu'elle n'ose pas donner un avis différent de celui de sa mère et même qu'elle lui fait parfois peur. Marjorie peut rapidement dire qu'elle se sent soulagée par la séparation induite par l'hospitalisation. La peur de l'échec, omniprésente dans son quotidien, est moindre depuis.

Elle évoque également sa difficulté à accepter de grandir, de se représenter non plus comme une enfant mais comme une future adolescente.

Au début de l'hospitalisation et de façon assez prolongée, Marjorie va présenter une stagnation de poids après une perte initiale. Elle a beaucoup de difficultés à s'alimenter, se plaignant de douleurs abdominales récurrentes, de tension importante au moment des repas. Elle est manifestement très angoissée pendant les repas ce qu'elle a beaucoup de difficultés à élaborer et à verbaliser.

Rapidement, le syndrome dépressif qui nous avait alerté dès son admission va prendre une part majeure du tableau présenté par Marjorie. Elle va notamment pouvoir extérioriser des idéations morbides à travers des écrits qu'elle dépose à l'attention des soignants.

En entretien familial, le père évoque notamment son enfance difficile. Il souffrait d'épilepsie sévère qui avait obligé ses parents à le faire admettre dans une école spécialisée loin du domicile parental de 15 à 21 ans, période durant laquelle il ne voyait que très rarement sa famille et qui génère encore beaucoup d'émotions durant l'entretien. Il explique que c'est dans cet établissement qu'il a rencontré la mère de Marjorie qui travaillait là-bas à l'époque. Elle semble avoir eu une place majeure dans sa guérison. Les parents de Marjorie nous précisent spontanément qu'ils n'ont raconté cette période de leur vie que très tardivement à leur fille, le père se reprochant beaucoup de ne pas l'avoir fait plus tôt.

Nous allons pouvoir évoquer également avec Marjorie et ses parents, le départ du frère aîné, vécu très douloureusement par la famille. Le père tient alors des propos assez tranchants,

expliquant que pour lui, son fils a fait un choix, qu'il a décidé de quitter la famille pour s'en reconstruire une autre ailleurs. Marjorie pourra également dire durant l'hospitalisation qu'elle a très mal vécu le départ de ce grand frère qu'elle affectionne tout particulièrement. Il semble représenter une sorte de modèle pour elle.

Progressivement, Marjorie va pouvoir verbaliser et élaborer ses angoisses plus aisément. Elle va parallèlement reprendre du poids de façon régulière. A ce moment-là de l'hospitalisation, Marjorie passe en « seconde partie de contrat », ce qui lui permet d'accéder aux ateliers thérapeutiques et aux temps scolaires. Marjorie va ainsi participer au psychodrame et au groupe de parole de façon hebdomadaire. Marjorie débute les groupes de parole qui sont assez compliqués pour elle, la mettant en difficulté pour s'exprimer devant ses pairs. Elle est plutôt en position d'écoute et semble sensible à tout ce qu'elle y entend.

De fortes angoisses persistantes au moment des repas vont motiver l'introduction d'un traitement anti-psychotique par rispéridone.

Assez rapidement après le début des médiations thérapeutiques, Marjorie va reprendre plus régulièrement du poids et les symptômes dépressifs et anxieux vont s'atténuer.

Nous allons alors pouvoir effectuer un travail d'externalisation et de personnification de la maladie qui semble utile à Marjorie. Cependant, elle ne parvient pas à « faire vivre la maladie » et va la comparer plutôt à un puits, image qu'elle gardera tout au long de la seconde partie d'hospitalisation. Nous utiliserons la métaphore du puits afin d'évaluer l'évolution de ces troubles, Marjorie expliquant qu'elle est « en train de remonter le puits, jusqu'à la lumière de la ville ». A chaque barre d'échelle gravi, Marjorie semble revalorisée et reprend progressivement confiance en elle, même si au travers de ses propos, émerge un sentiment de solitude face à la maladie.

Marjorie va également tenir un carnet dans lequel elle notera ses ressentis corporels, ses pensées, ses angoisses dans l'idée de débiter un travail autour des émotions.

En parallèle, les entretiens familiaux s'enrichissent, la mère peut notamment évoquer avec nous une période difficile au moment de la naissance de Marjorie. En effet, l'accouchement semble avoir été très difficile et douloureux pour la mère de Marjorie qui a été hospitalisée pendant près d'un mois pour une sciatique paralysante immédiatement après son accouchement. Marjorie a donc été séparée de sa mère pendant le premier mois de sa vie. Nous apprenons également que madame aurait préféré avoir un troisième garçon alors que le père désirait avoir une fille. Marjorie a été gardée uniquement par sa mère pendant 8 mois avant d'entrer en crèche. La séparation a été particulièrement difficile à ce moment-là, Marjorie ayant alors un an. La mère la décrit comme une petite fille « introvertie, timide, sans problème, jamais compliquée ».

Marjorie continue ses écrits dans son carnet, refusant maintenant de nous les montrer, se construisant ainsi une intimité nouvelle, comme un espace psychique autonome.

La mère nous confie progressivement sa propre histoire de vie : elle a perdu sa mère très jeune, accidentellement, alors qu'elle avait à peine sept ans. Son père les a élevées, elle et sa fratrie.

Les relations entre Marjorie et sa mère sont de plus en plus tendues alors que Marjorie semble davantage en contact avec son père pendant les permissions. Marjorie peut verbaliser sa peur du jugement maternel, notamment par rapport à son poids et à ses efforts. Marjorie dit avoir peur « d'encombrer sa mère », comme si la maigre pouvait faire qu'elle prenne le moins de place possible maistout en focalisant l'attention de ses parents sur elle.

Après une période de stagnation pondérale, Marjorie finit par atteindre son poids de sortie. La sortie est donc décidée. Marjorie reprendra les cours en bénéficiant d'un programme adapté et personnalisé. Elle sera suivie en hôpital de jour pédiatrique, par un pédiatre, un pédopsychiatre et continuera à participer aux groupes de parole et au psychodrame.

Quelques remarques au sujet de ce cas

Marjorie présente une anorexie mentale immédiatement prépubertaire. Cette forme, comme nous allons l'évoquer dans la suite de ce travail, ressemble pour beaucoup à la forme plus classique de l'adolescent.

Marjorie était une « petite fille parfaite » qui n'a jamais posé de problèmes à ses parents, profil très souvent retrouvé au cours de l'anorexie mentale.

Nous retrouvons, chez Marjorie une problématique de **séparation et d'autonomisation**. En effet, dans l'histoire familiale les séparations ont été très difficiles et mal vécues par les parents. Le père semble avoir été comme « arraché », relativement jeune (15 ans) à sa famille à cause de sa maladie, période qu'il a bien entendu très mal vécue et qu'il semble avoir du mal à évoquer encore aujourd'hui. Il semble en avoir même fait un secret puisque Marjorie apprend les détails de son histoire pendant son hospitalisation.

La mère a perdu sa propre mère très jeune et a vécu douloureusement le décès beaucoup plus tardif de son père, alors qu'elle était adulte et déjà mère.

Le départ du frère paraît également avoir été très difficile pour « la bulle familiale » qui semble l'avoir vécu comme une trahison de la part de celui-ci. Ce départ coïncide d'ailleurs avec le début des troubles alimentaires.

D'autre part, Marjorie présente des angoisses de séparation depuis la toute petite enfance, certainement renforcées par l'histoire familiale et par l'accouchement difficile ainsi que la séparation précoce entre elle et sa mère. Cette séparation peut laisser penser à des difficultés d'ajustement dans la relation précoce mère-enfant.

La transmission de la féminité de mère en fille est ici interrogée, la mère de Marjorie est en effet plutôt masculine dans sa présentation et ne semble pas donner beaucoup d'importance à la coquetterie féminine. Ces éléments rappellent ce que nous avons déjà abordé au sujet de l'introjection d'une image maternelle satisfaisante rendue possible par une relation précoce adéquate entre la mère et la fille. Des enjeux identificatoires sont également probablement présents.

La question de **la dépression** est ici centrale. Nous aborderons plus en détails la comorbidité dépressive au cours de l'anorexie prépubère. Dans ce cas, la dépression semble plus largement concerner la famille tout entière : la mère a probablement connu des périodes dépressives, en particulier au moment de la naissance de sa fille et de la séparation précoce dans un contexte de douleurs physiques invalidantes. Elle semble également avoir connu un épisode dépressif dans les suites du décès de son père. Le père de Marjorie paraît aussi fragile sur le plan thymique et semble notamment avoir été mis à mal par le départ de son fils aîné, il y a un an.

Marjorie présente également des angoisses anciennes pouvant évoquer un trouble anxieux et elle est bien souvent en difficulté au niveau relationnel. La question de la chronologie des troubles et des différentes comorbidités semblerait donc intéressante à aborder.

Assez souvent, les patientes anorexiques idéalisent une personne, en général un membre de la fratrie, comme c'est le cas de Marjorie. Cela peut évoquer des assises narcissiques fragiles entraînant un besoin de se comparer et de prendre modèle pour bien faire et ne pas décevoir les parents.

Ce cas permet également de mettre en évidence l'importance des **facteurs déclenchants et favorisants** dans les formes prépubères. Marjorie a notamment subi des moqueries de la part de ses pairs, elle a vécu le départ de son frère idéalisé de manière traumatique, elle a changé de collège, sa mère et son père ont également probablement été en souffrance du fait du départ du frère, ce qui a pu aussi contribuer aux difficultés de Marjorie. Nous pouvons également relever les antécédents de dorsalgies pouvant modifier le rapport au corps et fragmenter le lien corps-esprit. La chirurgie du frein de la langue peut avoir perturbé l'oralité et avoir favorisé le développement de troubles alimentaires.

La question du **perfectionnisme** est également soulevée. Nous l'aborderons par la suite ainsi que le profil de personnalité souvent présenté par les enfants anorexiques.

La question du **traitement médicamenteux antipsychotique** au cours de l'anorexie mentale prépubère est aussi soulevée.

III.2.2 Johanna, 10 ans

Johanna est une petite fille âgée de 10 ans lors de sa première hospitalisation en service de pédiatrie pour un bilan d'amaigrissement. Elle est adressée par son médecin traitant.

Il s'agit d'une petite fille brune, à l'allure très sage, se tenant toujours très droite, les cheveux très noirs, coupés au carré, lui donnant un air très sérieux. Elle a le visage plutôt pâle, sourit peu, semble souvent préoccupée et triste. Elle s'exprime d'une voix très faible, parle peu, semble assez introvertie.

Biographie :

Johanna vit avec ses deux parents, tous deux agriculteurs. Sa mère est âgée de 37 ans et son père de 42 ans. Elle a deux sœurs, âgées de 7 et 13 ans.

Johanna décrit une bonne entente dans la famille. Elle décrit ses deux sœurs comme étant très différentes d'elle-même. Ses sœurs ressembleraient plutôt au papa alors que Johanna considère qu'elle ressemble davantage à sa mère. Johanna décrit des fillettes blondes et plus grandes qu'elle.

Johanna est scolarisée en CM1 et est très investie scolairement. Elle pratique la danse moderne-jazz depuis 3 ans.

Antécédents :

Johanna ne présente aucun antécédent particulier et il n'y a pas non plus d'antécédents familiaux notables (sauf une dépression de la grand-mère paternelle).

Anamnèse :

Alors qu'elle n'avait que neuf ans, Johanna a présenté un amaigrissement progressif à la suite de comportements alimentaires restrictifs. Elle a ainsi perdu quatre kilos en quatre mois. Il semblerait que Johanna présentait déjà une certaine tristesse associée à des idéations suicidaires quelques semaines avant le début de la perte de poids. Johanna n'apporte pas beaucoup d'informations concernant l'histoire de ses troubles et sa mère qui est présente lors des premiers entretiens ne peut pas vraiment en dire davantage. C'est ce qui marque le plus dans l'histoire et la présentation de Johanna, ce vide autour des troubles, la difficulté à faire des liens, à les situer dans l'histoire développementale de la patiente et dans l'histoire familiale.

Déroulement des soins :

Johanna explique être hospitalisée pour un « amaigrissement » et une « perte de la faim ». Elle ne peut pas davantage expliquer ses difficultés alimentaires. La mise en mots est difficile. Elle est comme ralentie, elle se dit triste, a souvent à des idées noires, se sent souvent angoissée depuis quelques mois. Elle dit qu'elle mange moins, qu'elle n'a plus faim mais ne vomit pas, ne prend pas de médicaments laxatifs ou coupe faim. Elle pourra dire alors que son image, son apparence, son style de vêtements sont importants pour elle et qu'elle ne se trouve pas « particulièrement jolie ».

A l'admission, elle pèse 24.5 kg, son IMC est à 12.24 kg/m².

En entretien familial, les parents de Johanna la décrivent comme ayant toujours été une petite fille réservée, peu bavarde par rapport à ses sœurs. Ils décrivent un hyperinvestissement scolaire avec une tendance à s'isoler de ses pairs. Ils expliquent qu'elle a progressivement sélectionné les aliments en supprimant les sucreries et en préférant les légumes. La mère de Johanna attribue la survenue des troubles de sa fille à un changement d'instituteur que Johanna aurait mal vécu et à l'entrée en sixième de sa grande sœur. Les deux filles partageaient jusqu'alors la même chambre, elles vont bientôt être séparées et avoir chacune leur propre chambre. C'est d'ailleurs une des seules plaintes exprimées par Johanna, qui regrette ce changement et trouve que sa sœur ne joue plus assez souvent avec elle depuis qu'elle est en sixième.

Le papa de Johanna est décrit par son épouse comme quelqu'un de très anxieux, préoccupé par son travail.

Le bilan réalisé lors de cette première hospitalisation va permettre d'éliminer une pathologie organique et de confirmer le diagnostic d'anorexie mentale prépubère. A l'issue de cette première hospitalisation d'une semaine, un suivi ambulatoire est instauré avec des entretiens conjoints pédiatre/pédopsychiatre ainsi qu'une psychothérapie individuelle.

Johanna va bénéficier d'une nouvelle hospitalisation, un an plus tard environ, c'est à ce moment-là que nous faisons sa connaissance. Elle est hospitalisée en pédiatrie devant une absence de reprise pondérale satisfaisante associée à une interruption de la croissance staturale en dépit d'un suivi ambulatoire régulier. Ce suivi consiste en une psychothérapie individuelle, une participation à un groupe d'écriture hebdomadaire et à des entretiens conjoints avec le pédiatre et le pédopsychiatre. Depuis quelques mois, Johanna bénéficie d'un traitement médicamenteux par rispéridone à faibles doses.

Elle est alors âgée de 11 ans et est scolarisée en CM2. Elle pratique toujours la danse. Elle a toujours d'aussi bons résultats scolaires mais est un peu inquiète à l'idée de passer en sixième, tout en étant rassurée par le fait d'être dans le collège que fréquente sa sœur.

Johanna est toujours assez triste, elle n'a pas beaucoup changé physiquement. A son admission, son poids est de 25.5 kg, son IMC de 13 kg/m².

Johanna souffre toujours de beaucoup d'angoisses et récemment, elle a présenté à nouveau des comportements de restriction alimentaire. Johanna peut dire qu'elle « se force à ne pas manger sans savoir pourquoi ». Elle a notamment exclu de son régime alimentaire le pain et les sucreries. Elle ne vomit toujours pas et ne semble pas présenter de franche hyperactivité physique. Elle présente toujours des idées noires, disant qu'elle a « souvent envie de mourir » sans évoquer de scénario particulier.

Un contrat de soins est donc posé avec Johanna et ses parents. Le poids de sortie étant fixé à 28.5 kg.

Devant la tristesse de l'humeur persistant depuis plus d'un an malgré la prise en charge, un traitement par antidépresseur est instauré.

La relation avec la mère semble très fusionnelle et la séparation est très difficile pour Johanna. Elle est très triste au début de son hospitalisation, elle pleure beaucoup, se présente très inhibée, ralentie, parfois mutique. Elle peut dire cependant à quel point elle est envahie par des pensées alimentaires obsédantes et un besoin de contrôler absolument tout ce qu'elle mange. Les repas étaient devenus très conflictuels avec la mère surtout, le père étant plus distant et semblant aux prises avec des soucis professionnels importants.

Progressivement, Johanna va pouvoir exprimer un sentiment de grande dévalorisation et de mésestime d'elle-même. Elle ne semble pas considérer qu'elle a le droit d'accéder aux plaisirs et aux joies de la vie d'une fillette de son âge.

Elle peut dire qu'elle se sent rassurée de voir d'autres patientes ayant les mêmes difficultés qu'elle car elle avait le sentiment d'être la seule à être « comme cela ».

Elle peut s'exprimer également un peu sur les relations familiales : les parents sont tous deux issus d'une famille d'agriculteurs. La mère a huit frères et sœurs. Johanna évoque des éléments en faveur d'une probable période de dépression chez sa mère. Quant à son père, il semble très anxieux et très occupé par son travail.

Les entretiens familiaux sont difficiles, l'ambiance étant plutôt pesante. Il semble exister un climat de dépression probablement ancien dans la famille.

Le père décrit Johanna comme une petite fille sage, l'enfant idéal, qu'il n'a « jamais eu besoin de gronder ».

Johanna était un bébé déjà très calme, elle a toujours présenté un petit appétit et a toujours été très mince.

La prise en charge durant l'hospitalisation est centrée sur une reprise de poids. L'idée est également de replacer Johanna dans une position d'enfant en favorisant le jeu, l'accès au plaisir.

Dans les jeux, Johanna reste toujours très sérieuse et disciplinée et montre peu d'initiative, elle est difficilement accessible à l'humour.

Au cours d'entretiens ultérieurs, elle va parvenir à exprimer son inquiétude pour son père avec la crainte qu'il ne se fasse du mal. Johanna semble se trouver dans une position « parentifiée », se sentant responsable de ses parents et de leur mal être, portant leur détresse sur ses frêles épaules.

Johanna va commencer une participation au psychodrame avec réticence.

Elle atteint finalement son poids de sortie après une quinzaine de jours d'hospitalisation seulement. Elle poursuit son suivi habituel ainsi que les séances hebdomadaires de psychodrame.

Quelques remarques au sujet de ce cas :

Concernant Johanna, les entretiens individuels et familiaux sont assez peu informatifs, laissant comme un goût d'inachevé, probablement du fait de l'ambiance particulière régnant dans la famille. Les parents ne peuvent pas dire grand-chose d'une petite fille qui a toujours été parfaite et n'a jamais fait de bruit, profil encore une fois classique dans l'anorexie mentale.

Nous retrouvons ici quelques **particularités cliniques** des troubles prépubères, en particulier l'absence de préoccupations corporelles ou pondérales verbalisées de façon directe. La position « parentifiée » et la pseudo-maturité sont également très souvent retrouvées au cours de l'anorexie prépubère. Nous y reviendrons plus en détails par la suite.

Ce cas nous montre encore une fois la place centrale des questions de séparation et d'individuation dans la maladie. En effet, Johanna et sa mère présentent une relation très fusionnelle, le père étant peu présent, très préoccupé par son travail. Il ne fait donc probablement pas suffisamment tiers dans la relation. D'autre part, les troubles surviennent alors que la sœur aînée entre en sixième et évolue en autonomie ce qui réactive manifestement des angoisses de séparation chez Johanna.

Bien sûr, la place de **la dépression** est majeure dans l'observation de Johanna. Il semblerait même que les troubles thymiques soient antérieurs aux troubles alimentaires. Ceci interroge sur la comorbidité entre ses deux troubles. L'anorexie est-elle ici secondaire à un épisode dépressif majeur ? Les deux pathologies sont-elles associées du fait d'un « terrain »

commun, de facteurs de risque se recoupant ? Un diagnostic de « *troubles émotionnels avec évitement alimentaire* » pourrait être évoqué si Johanna ne présentait vraiment aucune préoccupation autour du poids et de son image corporelle. Nous verrons qu'il s'agit justement d'un des principaux **diagnostics différentiels** de l'anorexie mentale prépubère.

Ce cas introduit également la question de la **place des antidépresseurs** dans la prise en charge de l'enfant anorexique.

La question de la dépression concerne toute la famille, l'atmosphère familiale évoque l'ambiance mortifère déjà abordée dans ce travail. Il aurait été intéressant d'en savoir davantage sur les parents et les grands parents, sur le contexte au moment de la naissance de Johanna et sur la façon dont elle a pu être investie par ses parents. En effet, elle semble très différente de ses deux sœurs, faisant penser « au vilain petit canard » de la famille.

Ce cas laisse entrevoir également la **continuité des troubles alimentaires** depuis la toute petite enfance jusqu'à l'adolescence et même l'âge adulte. En effet, d'après les descriptions des parents, nous pouvons penser que Johanna était une « petite mangeuse » et que l'anorexie mentale prépubère se situe ici en continuité de difficultés alimentaires plus anciennes. Les assises narcissiques semblent défailtantes et fragiles, les troubles alimentaires et dépressifs en découlent probablement et peuvent être un mode d'expression d'angoisses particulières, souvent archaïques.

III.2.3 Ambre, 12 ans

Ambre est une jeune fille âgée de 12 ans et demi lors de notre première rencontre. Elle est hospitalisée dans le service de pédiatrie des grands enfants et adolescents du CHU pour un bilan d'amaigrissement en urgence. Ambre avait été admise aux urgences pédiatriques la veille au soir dans un état de dénutrition préoccupant.

Biographie :

Ambre vit avec ses deux parents, elle est fille unique. Son père est âgé de 40 ans, il a une formation de fraiseur/cariste mais ne travaille plus depuis 8 ans pour des raisons qui resteront floues. Il semble passer beaucoup de temps avec sa fille et s'occupe de sa scolarité car Ambre ne va plus à l'école. La mère a 39 ans et travaille dans l'industrie pharmaceutique, en usine.

Le grand-père maternel d'Ambre est décédé des suites d'un cancer en 1992, elle ne l'a jamais connu. La grand-mère maternelle est encore en vie et Ambre la rencontrait régulièrement, les contacts s'étant progressivement espacés et ayant quasiment cessés depuis un an ou deux.

Le père n'évoque que très rarement, au cours des entretiens familiaux, ses propres relations familiales. Ses parents sont séparés et vivent en Vendée, il semble n'y avoir presque plus de contact entre eux trois.

Ambre est scolarisée en cinquième mais ne va plus au collège depuis la rentrée de septembre, c'est-à-dire depuis presque trois mois. Elle suit des cours par correspondance avec le CNED, son père l'aide au domicile. Ambre n'a jamais redoublé et se qualifie de « bonne élève ». La décision de la scolarisation à domicile n'a rien avoir avec les troubles alimentaires mais a été prise par Ambre et ses parents.

Ambre n'a pas d'activité en dehors de sa scolarité (à domicile), elle semble très isolée sur le plan social.

Au niveau sportif, elle fait de la marche à pied régulièrement avec ses parents ainsi que du vélo.

Antécédents personnels et familiaux :

Ambre ne présente aucun antécédent somatique notable.

Au niveau psychologique, elle a été suivie par une psychologue il y a quelques années pour, des « phobies multiples », selon l'expression des parents. Il n'y a pas eu de suivi régulier et il s'est rapidement terminé à la demande des parents.

Ambre a présenté des angoisses de séparation très envahissantes dans la petite enfance et elle a probablement souffert et souffre encore de troubles anxieux à type de troubles obsessionnels compulsifs. Elle aurait toujours été « obsédée » par la position des poignées de porte et par les couleurs de certains objets, position et couleurs auxquelles elle attribue un sens un peu magique. Elle est également envahie par des obsessions sur la pollution et les produits chimiques et plus récemment sur la nourriture.

La mère d'Ambre a elle-même souffert de troubles du comportement alimentaire qui avaient à l'époque nécessité une hospitalisation pendant plusieurs mois en psychiatrie. Elle dit être guérie et n'est plus suivie.

Anamnèse, histoire de la maladie :

Ambre présente des troubles alimentaires depuis au moins un an, elle était âgée de 11 ans au début des troubles. Elle décrit alors l'apparition d'une peur de grossir, omniprésente et obsédante, de plus en plus envahissante. Elle a commencé à restreindre les quantités d'aliments qu'elle ingérait, faisant attention aux calories et a progressivement éliminé certains types d'aliments. Elle évoque surtout un souci de « bien manger » et un souhait de ne plus consommer de produits « malsains », voulant éviter la « malbouffe ». Elle n'identifie aucun facteur précipitant évident.

Elle décrit un sentiment récurrent de rejet par rapport à ses pairs, se retrouvant souvent exclue, seule, ce qui explique d'après elle sa déscolarisation, décision qui en réalité a émané essentiellement des parents, sans qu'ils en aient discuté, au préalable, avec les professionnels du collège.

Éléments sémiologiques :

Ambre se présente comme une jeune fille d'une grande maigreur, aux traits assez masculins mais fins, avec de grands yeux verts pouvant déstabiliser son interlocuteur lorsqu'elle le fixe du regard. Elle a les cheveux noirs formant de grandes boucles, coupés assez courts. Elle porte des vêtements amples, de garçons, jamais rien de très féminin. Il n'est d'ailleurs pas rare de la prendre pour un garçon lorsqu'on la voit de loin.

Elle s'exprime d'une voix claire mais peu assurée, d'un ton souvent détaché ou très opératoire. Son contact est un peu particulier, teinté parfois d'étrangeté.

Lors de son arrivée dans le service, Ambre pèse 30.9 kg pour 1.58m, ce qui correspond à un indice de masse corporelle à 12.38 kg/m². Elle présente également les signes cliniques classiques liés à la dénutrition. Elle est en aménorrhée primaire. Elle semble cependant présenter quelques signes pubertaires.

Devant l'importance de la dénutrition et le retentissement clinique important, il est rapidement décidé d'une alimentation entérale par sonde naso-gastrique.

Ambre a éliminé les aliments gras, sucrés et préfère consommer des produits « biologiques ». Elle s'intéresse à la constitution des menus pour toute la famille. Les parents pourront nous expliquer qu'ils ont, eux aussi, progressivement modifié leurs habitudes alimentaires.

Ambre présente un trouble de la perception de son image corporelle, persistant à se trouver grosse malgré la gravité de la dénutrition et toutes les mesures qui sont mises en place afin de la réalimenter.

Elle décrit une hyperactivité physique depuis plusieurs mois avec des exercices notamment après les repas, surtout lorsqu'elle a le sentiment d'avoir trop mangé. Elle pouvait alors taper dans une balle, déambuler dans la maison, monter et descendre les escaliers, ou prendre son vélo pour « aller se dépenser ».

Elle décrit des troubles du sommeil d'apparition plus récente avec des réveils précoces, probablement en partiels à la dénutrition.

Ambre dit ne pas être triste. Ses parents, eux, la décrivent comme étant plutôt « indifférente » et ont remarqué une diminution des intérêts de leur fille et des moments où Ambre « ne semble plus être vraiment là ». Elle évoque des difficultés relationnelles anciennes avec ses pairs. Elle se décrit comme étant « le souffre-douleur » de ses

camarades depuis toujours. Elle dit qu'elle n'a jamais eu de vrais amis et relate des violences verbales et physiques régulières à son encontre, tout cela étant dit avec peu d'affect extériorisé. Ambre ne présente pas de conduite de purge et ne prend pas de traitement laxatif ni de coupe faim.

Evolution au cours de l'hospitalisation :

Un entretien familial en présence d'Ambre, ses deux parents, le pédopsychiatre et le pédiatre est organisé afin d'annoncer le diagnostic d'anorexie mentale et d'informer Ambre et ses parents des risques encourus et de la suite de la prise en charge. Les parents ne semblent à aucun moment avoir imaginé une pathologie organique comme étant responsable de l'amaigrissement de leur fille. Cet amaigrissement a d'ailleurs été longtemps minimisé. Ambre peut dire qu'elle a elle-même demandé à aller aux urgences devant la dégradation de son état physique. Les parents semblent choqués, sidérés à l'annonce des risques vitaux que présente leur fille. La mère d'Ambre va manifester beaucoup d'émotions et d'inquiétudes, pleurant lors de l'entretien ce qui semble générer les mêmes émotions chez sa fille, qui se met également à pleurer en miroir à la réaction de sa mère.

Au cours des soins, nous allons voir qu'Ambre peut se montrer assez mature et pertinente, souvent dans l'intellectualisation et la rationalisation, à l'excès. Elle explique dès le premier entretien qu'elle représente le « bébé-thérapeutique » de sa mère, l'ayant sortie de l'anorexie. Elle explique que cette position d'enfant unique « sauveur » est assez confortable, ses parents lui cédant beaucoup de choses, elle semble être dans une position de grande maîtrise au sein de la dynamique familiale. Ambre peut pourtant dire que sa mère « est centrée sur elle en permanence » ce qui n'est pas toujours facile à vivre. Elle semble nier tous conflits au sein de la famille. Par exemple, elle ne paraît pas vraiment curieuse de connaître les raisons de l'éloignement familial existant aussi bien du côté du père que celui de sa mère. Elle dit que ses parents souhaitent simplement « être tranquilles ».

Les parents remettent difficilement en question leur décision de déscolariser Ambre. Ils évoquent sa position intolérable par rapport aux autres élèves, expliquant qu'ils se moquaient toujours d'elle, en particulier autour de son apparence physique, de ses traits masculins, de ses vêtements.

De la même façon, il semble très difficile pour eux d'évoquer leurs relations familiales propres. Leur discours est très plaqué, probablement évitant, laissant penser à de nombreux non-dits au sein du système familial. Les parents pourront dire lors de l'entretien qu'ils ont choisi de n'avoir qu'un seul enfant ce qu'Ambre semblait ignorer. Lors de cet entretien familial comme lors des suivants, Ambre se montre étonnamment curieuse, questionne beaucoup ses parents, les remet en question et tente de mettre à jour certains des non-dits

que nous imaginons nombreux. Elle dira d'ailleurs à la fin du second entretien familial : « la bulle va éclater ».

Ambre et ses parents vont signer un contrat de soins à la fin des investigations somatiques se révélant négatives et confirmant le diagnostic « d'anorexie mentale pubère avec aménorrhée primaire ». Ambre participera lors de son hospitalisation au « groupe psychodrame » de façon hebdomadaire ainsi qu'au groupe de parole.

Nous lui proposons, lors d'un entretien individuel, de réfléchir à un souvenir agréable dans le but de travailler sur la sécurité et aussi de tenter d'apaiser un peu ses obsessions alimentaires. Nous lui suggérons donc de mettre par écrit ce souvenir, durant lequel elle est en relation avec d'autres personnes, dans une position de confiance, de sécurité et d'apaisement, en dehors de toutes angoisses. Nous lui demandons de préciser le plus possible de détails sensoriels (les odeurs, les couleurs, la température extérieure, ses mouvements...). Ambre va avoir beaucoup de difficultés à se prêter à l'exercice en question. Elle parvient difficilement à choisir un souvenir approprié. Elle amène ainsi un souvenir, absolument pas sécurisant, d'une balade en forêt avec ses parents au cours de laquelle ils s'étaient perdus.

Au niveau physique, Ambre reprend rapidement du poids sous sonde nasogastrique. En dix jours environ, son poids passe de 30.9 kg à 34.650 kg (BMI : 13.9). Elle présente ensuite un épisode de gastro-entérite aiguë qui lui fait perdre à nouveau 1.5kg, justement au moment où nous avons évoqué le retrait de la sonde naso-gastrique.

Ambre a tendance à toujours dire qu'elle va bien, dans un discours assez plaqué, probablement du fait d'un déni encore important de sa pathologie. Elle peut quand même évoquer une gêne ressentie du fait des obsessions et des ruminations qu'elle conserve surtout au sujet de la nourriture. Elle est très ritualisée autour des repas, ne supporte pas que l'horaire soit modifié, ne serait-ce que d'un petit quart d'heure, comportement qu'elle parvient à critiquer. Elle fait elle-même le lien avec les rituels qu'elle présentait dans sa petite enfance autour des couleurs et de l'électricité.

Après quasiment un mois d'hospitalisation, Ambre a repris du poids de façon plus progressive, elle pèse alors 35.300 kg (BMI : 14.1kg/m²).

L'élaboration et la verbalisation deviennent un peu plus faciles pour Ambre, elle arrive progressivement à se détacher de ses obsessions et de son symptôme alimentaire pour aborder d'autres facettes de sa vie et de sa personnalité. Sa vie imaginaire est un peu plus souple également. Elle est parvenue à écrire autour d'un souvenir agréable qui concerne sa petite enfance et qui évoque sa famille élargie et pas uniquement le cocon formé par elle et ses parents. Elle évoque des relations alors plus aisées avec les enfants de son âge,

facilitées par le jeu et les activités communes. Ambre commence alors à montrer un peu plus d'émotions, pouvant exprimer un certain ressenti par rapport à ses parents concernant la rupture familiale, qu'elle ne parvient toujours pas à expliquer. Ambre peut dire qu'elle ne peut s'opposer à ses parents de façon directe et qu'elle n'a jamais osé les interroger sur les raisons de cette prise de distance. Elle semble étonnée lorsque nous évoquons le fait que l'anorexie lui permet peut être de tenter de « faire éclater la bulle » comme elle l'a dit elle-même en début d'hospitalisation.

Noël approche et nous nous rendons compte qu'Ambre est dans l'incapacité de nous faire la moindre demande directe concernant une possible permission chez ses parents. Elle semble désirer une sortie et un retour chez elle pour les fêtes mais ne peut le verbaliser.

Cependant, deux jours avant la permission de Noël qui est finalement décidée, Ambre parvient à lâcher un peu le contrôle et à extérioriser son émotion. Elle pleure ainsi pour la première fois en entretien individuel. Elle peut dire sa peur de rester « toujours malade ».

Un dernier entretien conjoint avec Ambre et ses parents est réalisé avant la sortie. Ambre est encore très en difficulté dans la reconnaissance de ses troubles. Les liens sont difficiles à faire avec l'anorexie mentale présentée par sa mère il y a plusieurs années, Ambre ne peut s'imaginer sa mère souffrante, comme elle. Un projet de reprise scolaire est envisagé. L'entretien est difficile, la mère étant dans la maîtrise et laissant peu de place aux soins, voulant tout décider pour sa fille. Elle est très défensive lorsque la question de sa propre maladie est évoquée.

L'hospitalisation prend fin après un peu plus d'un mois de soins. Ambre devait continuer à participer au psychodrame et en parallèle démarrer un suivi en hôpital de jour mais elle et ses parents vont interrompre les soins très rapidement après la sortie.

Quelques remarques au sujet de ce cas

Ambre, un peu comme Marjorie, présente plutôt une forme immédiatement prépubertaire d'anorexie mentale. Elle partage d'ailleurs de nombreuses similitudes avec les formes de l'adolescente sur le plan sémiologique. Des auteurs parlent alors d'anorexie mentale pubère avec aménorrhée primaire ou encore d'anorexie prémenstruelle. C'est finalement souvent le cas des patients rencontrés en service de pédiatrie dans le cadre de troubles alimentaires.

Cependant, Ambre présente avant tout une peur de grossir plutôt qu'un désir de maigrir, ce qui est plutôt typique des formes prépubères. Nous retrouvons dans cette observation le mode d'entrée fréquent dans les soins des patientes prépubères, par une admission aux urgences devant une dénutrition déjà bien avancée, qui se solde par une hospitalisation en

pédiatrie. Cela pose donc la question des particularités des **soins pour les jeunes patientes anorexiques en hospitalisation**.

Un des éléments importants à retenir ici est la **comorbidité avec des troubles anxieux** à type de TOC ou de personnalité obsessionnelle. Comme pour la dépression de Johanna ou de Marjorie, la question du lien entre les pathologies et de leur chronologie est intéressante à poser et sera développée dans ce travail.

La présentation clinique d'Ambre interroge également sur sa structure. En effet, elle présente des difficultés relationnelles anciennes ainsi qu'un isolement, une sorte d'indifférence, une perte d'intérêt et un émoussement des affects, le tout sans dépression franche. Ce tableau est associé à des rituels très envahissants apparus dans la petite enfance. Il peut faire penser à une dysharmonie évolutive décompensant sous forme de troubles alimentaires à l'approche de la puberté, à un moment de repli sur soi accru. Nous savons aussi, comme nous le préciserons plus tard, que des patients anorexiques présentent plus souvent qu'en population générale des antécédents de ce type. L'isolement relationnel est également fréquent au cours de l'anorexie mentale, notamment prépubère, du fait en particulier de la psychorigidité des patients. Cependant l'isolement est ici bien antérieur aux troubles alimentaires. Les difficultés à extérioriser et à verbaliser les affects et émotions sont également fréquentes dans la maladie, en lien souvent avec les concepts déjà évoqués de pensée opératoire et d'alexithymie.

Ambre semble effectivement présenter un mode de vie et de pensée opératoire, secondaire à la dimension alexithymique. Cette organisation en faux-self vient certainement protéger Ambre qui s'est construit un Moi trop fragile, risquant de se désorganiser, notamment à l'approche de la puberté. L'isolement dans lequel vit Ambre et le manque d'un environnement étayant, risque cependant d'épuiser son mode de fonctionnement, l'exposant au risque de dépression essentielle ou de décompensation psychosomatique.

Nous savons que l'anorexie chez la mère peut perturber les interactions précoces mère-bébé notamment en ce qui concerne le nourrissage. Il existe donc ici une **vulnérabilité familiale**, de deux ordres, génétique et environnemental, qui pose la question de l'étiologie de la maladie et des facteurs de risque.

La maladie de la mère a probablement influencé le style d'attachement de la fille ainsi que la construction de son psychisme et de son identité.

Ambre, elle-même, le dit très bien, elle a le sentiment d'avoir été conçue pour guérir sa mère, un peu comme si elle était venue pour renforcer cette mère sur la plan narcissique, comme un « objet anti-dépresseur ».

Les parents d'Ambre ont formé un véritable cocon, surprotecteur autour de leur fille, sans conflits apparents mais avec probablement beaucoup de non-dits (caractéristiques souvent décrites dans les familles d'anorexiques). Ils semblent penser que l'extérieur est dangereux, même l'école devient menaçante. Comment Ambre peut-elle se séparer et aller vers le monde, dans un tel climat d'insécurité voire de persécution ? D'ailleurs, très tôt, Ambre a présenté des angoisses de séparation, ce qui montre encore une fois l'importance de la dimension séparation-individuation au cours de l'anorexie.

L'anorexie maternelle pose aussi la question de la **transmission de la féminité**, d'autant plus présente ici face à une jeune fille qui est manifestement en difficulté pour se différencier sexuellement, cultivant une apparence physique et vestimentaire très ambiguë.

Les parents se sont sentis probablement trop menacés par les soins, envahis par les questions des soignants. Les soins ambulatoires n'ont pas pu se poursuivre.

III.2.4 Livia, 21 ans

Livia est une patiente âgée de 21 ans lorsque nous faisons sa connaissance au cours d'une de ses hospitalisations en service spécialisé dans la prise en charge des TCA de l'adolescent et de l'adulte.

Biographie :

Les parents de Livia vivent ensemble dans la région du Mans. Le père est âgé de 63 ans, il est retraité et exerçait auparavant la profession de jockey. La mère est âgée de 62 ans, elle est en invalidité.

Livia a trois sœurs, plus âgées. L'aînée est âgée de 36 ans, elle s'est éloignée du reste de la famille. La cadette est âgée de 35 ans, elle a connu une longue période de consommation de toxiques et semble avoir également présenté des troubles alimentaires. La dernière avant Livia est âgée de 24 ans, elle est étudiante en arts et semble aller plutôt bien malgré une adolescence assez mouvementée.

Livia a commencé une première année de faculté de lettres après avoir passé son baccalauréat, série L. Elle a été hospitalisée après un mois de cours. Elle a ensuite vécu quelques mois chez sa sœur avant d'être de nouveau hospitalisée. Depuis, elle n'est plus réellement sortie de l'hôpital.

Dans ses loisirs, Livia a pratiqué la danse (hiphop pendant une année au lycée) mais elle ne peut plus faire de sport depuis des années du fait de la persistance d'un faible poids.

Antécédents personnels et familiaux :

Livia présente une anorexie mentale à début prépubertaire qui s'est installée alors qu'elle n'avait que 10 ans.

Elle a été hospitalisée plusieurs fois dans le cadre de la prise en charge des troubles alimentaires. Les premières hospitalisations ont eu lieu en pédiatrie à partir de l'âge de 11 ans, à quatre reprises au total. Après sa majorité, des soins ont eu lieu en clinique psychiatrique à deux reprises sur de longues périodes (neuf et six mois), entre 18 et 20 ans.

Livia présente également des antécédents de troubles anxieux probablement antérieurs aux troubles alimentaires, avec en particulier des angoisses de séparation, une phobie de l'eau et une crainte envahissante de s'étouffer, angoisses présentes dès l'âge de 8-9 ans.

Livia se décrit également comme étant plutôt active, bougeant beaucoup dès sa petite enfance.

Elle a porté un corset à partir de l'âge de 5 ans car elle présentait une scoliose sévère associée à un pectus excavatum (« thorax en entonnoir »). Elle était alors suivie régulièrement et de façon assez intensive en centre de rééducation et devait faire des exercices musculaires quotidiens à la maison.

La famille est marquée par des antécédents psychiatriques relativement lourds. La mère de Livia souffre d'une pathologie schizophrénique, les sœurs de Livia, comme nous l'avons vu, présentent également des antécédents à type de troubles des conduites alimentaires, d'abus voire de dépendance aux toxiques. Enfin, il existe des antécédents familiaux de dépression et de suicide.

Parcours de soins :

Lors des entretiens dans le service où Livia est actuellement hospitalisée, nous allons avoir l'occasion de retracer son parcours et l'évolution de sa maladie.

Livia a présenté dès l'âge de 10 ans une hyperactivité physique associée à des préoccupations corporelles, alors qu'elle n'était ni ménarche, ni pubère. Les troubles alimentaires sont survenus dans un contexte difficile, la mère de Livia n'allait pas bien du tout sur le plan psychiatrique à cette époque.

Livia peut raconter que sa mère lui a dit très jeune, sans détour, qu'elle n'était pas une enfant désirée et que la grossesse était « un accident ».

Déjà bébé, Livia présentait des difficultés alimentaires, elle refusait le biberon et était décrite comme étant « un bébé stressé ». Sa mère semble avoir décompensé sur le plan

psychiatrique alors que Livia était âgée de 4 ans environ. Un an après, Livia a commencé à porter un corset et à être suivie de façon intense et ce jusqu'à ses 12 ans.

A sept ans, Livia est décrite comme une fillette pleine d'énergie, qui parvient difficilement à rester inactive. Elle est « au service des autres » et surtout de son père. Elle ne peut pas lui dire non et fait tout pour lui plaire, même rester jardiner avec lui le soir alors qu'elle n'aime pas cela.

Elle se souvient maintenant avoir souvent entendu son père la comparer à lui, disant qu'elle ne mangeait pas beaucoup et qu'elle était mince, tout comme lui. Elle peut dire alors qu'elle a toujours imaginé que son père ne l'aimerait plus si elle prenait du poids.

Alors que Livia est âgée de 8 ou 9 ans, sa mère présente une bouffée délirante aiguë. Livia se souvient d'accès de colère, de violences verbales voire physiques, d'insultes proférées par sa mère à son attention (« petite pute, salope, connasse... »). C'est à cette période que Livia se décrit comme envahie par l'angoisse, notamment des angoisses de mort associées à une grande insécurité.

La mère traverse ensuite une période de dépression, de repli, elle perd du poids. Lorsque Livia a dix ans, un psychiatre pose enfin le diagnostic de schizophrénie concernant sa mère. C'est à ce moment-là que les troubles du comportement alimentaire de Livia débutent. Elle a demandé à voir le psychiatre de sa mère. Elle se souvient qu'il l'aurait reçu seule pour lui annoncer le diagnostic. Livia conserve des souvenirs très douloureux de cette période de sa vie, elle a le sentiment de ne pas avoir été écoutée, ni protégée par les adultes et notamment les soignants.

La mère débute alors un suivi spécialisé et bénéficie d'un traitement antipsychotique au long cours.

Livia raconte alors que sa mère a beaucoup changé durant cette période, qu'elle ne la reconnaissait plus, elle était comme « absente ». A partir de là, Livia semble d'autant plus prendre une place de « petite mère » dans la famille, elle prend très tôt une position « parentifiée ». Livia va dormir dans la chambre parentale jusqu'à ses 15 ans.

Parallèlement, avant son entrée en sixième, elle se souvient avoir vécu une humiliation concernant un garçon dont elle était amoureuse. Livia avait ressenti cela comme un abandon de la part de ce garçon.

L'entrée en sixième est également difficile, Livia subit des moqueries de la part de ses camarades, en particulier concernant à son corset.

A cette époque, alors qu'elle est âgée de 11 ans, elle effectue un voyage à l'étranger avec sa classe. La séparation est très difficile et la perte de poids s'amplifie.

A l'âge de 12 ans, Livia est enfin débarrassée de son corset. Cependant cette période reste douloureuse dans son souvenir. Elle évoque ainsi des paroles prononcées par le médecin, perçues par Livia comme des critiques (au sujet de l'esthétique de son dos).

C'est à cette époque que Livia est hospitalisée pour la première fois en pédiatrie et qu'une renutrition par sonde nasogastrique s'avéra être nécessaire. Elle ne pèse alors que 28 kg. Livia enchaîne ensuite les hospitalisations en pédiatrie.

Sa sœur aînée, de qui elle se sent la plus proche, quitte le domicile familial alors que Livia est âgée de 15 ans. Ce départ est très douloureux pour elle, vécu encore une fois comme un abandon.

Au moment de son entrée en classe de seconde, Livia va intégrer un internat sur les conseils de l'équipe de pédiatrie. Cela se passe plutôt bien pour elle mais Livia se souvient qu'elle avait tendance « à s'occuper des tous les problèmes des autres », dans un besoin de plaire absolument à tout le monde. Sa situation sur le plan de l'anorexie se stabilise pourtant plus ou moins.

Après la seconde, l'internat se termine sur décision de Livia et de ses parents. Elle retourne alors vivre chez eux. Elle connaît une période d'hyperactivité physique intense bien que le comportement alimentaire soit plutôt satisfaisant. Elle reste dans le contrôle, ayant besoin de maîtriser son poids.

En classe de première, Livia découvre le hip-hop. Elle a l'impression que la pratique de ce sport lui a permis de se nourrir plus facilement. A cette période, elle a repris du poids et allait plutôt mieux.

L'été suivant, Livia rencontre un garçon avec qui elle va avoir sa première expérience amoureuse. Elle le décrit comme ressemblant beaucoup à son père. Comme lui, il était jockey ce qui participait à l'attraction de Livia pour ce garçon. Elle entame alors une relation complexe avec lui, qui va durer plusieurs mois. Livia pourra révéler après plusieurs semaines d'hospitalisation qu'elle a été abusée sexuellement par ce jeune homme, ce qu'elle n'avait jamais évoqué jusqu'alors.

Au moment de cette relation, les troubles de Livia s'aggravent, elle perd beaucoup de poids, s'hyperactive intensément, passe beaucoup de temps en discothèque pour danser et probablement dans la recherche paradoxale du regard des hommes.

L'entrée à l'université est très difficile et rapidement, Livia est de nouveau hospitalisée en clinique. Elle décrit une longue hospitalisation qui semble avoir été douloureuse, notamment dans la confrontation à la maladie mentale et à la résonance induite chez elle par rapport à la pathologie mentale de sa mère.

Après quelques mois en dehors de l'hôpital, Livia retourne en clinique puis est transférée dans le service où elle est hospitalisée depuis maintenant presque 9 mois.

Actuellement, le travail est surtout centré sur la construction d'une solution extérieure à l'hôpital mais suffisamment étayante pour Livia qui présente toujours de très fortes angoisses, envahissantes, qui l'empêchent d'avancer. Livia se trouve également dans une problématique d'abandon, supportant mal la séparation d'avec les soignants. La question de son identité est centrale, Livia ne sachant pas qui elle est sans la maladie après toute ces années. Le projet est actuellement celui d'un accueil familial thérapeutique, demande émanant initialement de Livia, qui l'avait déjà demandé petite, lors d'un séjour en pédiatrie.

Quelques remarques sur ce cas :

Cette observation nous permet d'aborder la question de **l'évolution et du pronostic** des troubles alimentaires de l'enfant. Malheureusement, Livia ne présente pas une évolution favorable des troubles. Elle est déjà dans l'anorexie chronique et la situation est très « enkystée ». Comme nous allons le voir par la suite, Livia semble présenter une forme d'anorexie prépubère précoce, probablement ayant débuté entre 8 et 10 ans. Il s'agit de l'une des formes les plus graves de la maladie en termes pronostiques.

D'autre part, Livia cumule les difficultés. Difficultés familiales en premier lieu, avec une mère psychotique et tout ce que cela implique en terme de qualité des interactions précoces et de développement de l'enfant. Cela s'ajoute aux nombreux **antécédents familiaux psychiatriques** retrouvés (troubles alimentaires, dépression, toxiques...). Livia a donc très tôt été « adultifiée », position d'ailleurs souvent retrouvée dans l'anorexie prépubère.

La relation au père est également complexe et teintée d'incestuel au sens décrit par Racamier.

La structure de la personnalité de Livia reste en question. En effet, elle a présenté des angoisses archaïques précoces et continue à en être très invalidée encore aujourd'hui. Nous avons pu voir depuis le début de son hospitalisation qu'elle est très peu autonome au quotidien et que les projets de vie pas suffisamment contenant sont rapidement mis en échec du fait de ses difficultés.

Les antécédents de pathologie dorsale ayant nécessité le port d'un corset sont également intéressants autour des liens pouvant être imaginés entre un rapport sans cesse douloureux au corps et le développement ultérieur d'une anorexie mentale. Ce corset et ce que Livia peut en dire nous a aussi étonnés. En effet, Livia dit souvent qu'elle regrette son corset, que celui-ci « la protégeait ». Le corset semblait former une frontière, une limite entre Livia et le

monde extérieur. Ses propres limites corporelles sont probablement défailtantes, ce qui est aussi en faveur d'une structure psychotique ou limite.

La problématique de la séparation et de l'autonomisation est ici, encore une fois, très importante. Livia a peur de quitter l'hôpital, milieu qu'elle connaît finalement par cœur, pour affronter une réalité extérieure totalement inconnue. D'autre part, Livia est prise dans des conflits de loyauté par rapport à ses parents et le projet de famille d'accueil. Elle a le sentiment de trahir sa propre famille en imaginant que ses parents ne survivront pas sans elle. Sa maladie permet d'occuper ses parents, de ne pas les laisser dans le vide, vide dont elle a elle-même très peur lorsqu'elle se détache de l'anorexie.

Livia est très hyperactive. L'hyperactivité physique semble ici être non seulement un moyen de ne pas grossir et de maîtriser son poids mais aussi une sorte de défense contre le vide, contre des angoisses envahissantes et contre la dépression, un peu comme une défense maniaque.

La question de la sexualité est également en cause. D'une part au travers du climat incestuel régnant dans la famille, d'autre part par **l'expérience traumatique** dont a été victime Livia avec un garçon choisi du fait de sa ressemblance au père.

III.3 Epidémiologie et principales études dans la littérature :

En France, actuellement, nous ne disposons d'aucun chiffre officiel concernant la prévalence des troubles du comportement alimentaires prépubères.

III.3.1 Les études

Maloney et al. (cités dans (39)) en 1989 :

Ils montraient déjà que les enfants, avant la puberté, développent des préoccupations corporelles et pondérales. Les auteurs ont étudié une population de filles âgées de 7 à 13 ans et ont révélé que 55 % d'entre elles voulaient être plus minces, 41 % d'entre elles rapportant des conduites pour perdre du poids.

Stein et Reichert (cités dans (39)) :

Ces auteurs ont étudié un échantillon de filles de différents niveaux scolaires et ont montré que les préoccupations pondérales surviennent en général à partir de l'âge de 10 ans, à la fin de l'école primaire.

Etude américaine réalisée en 2003 en Pennsylvanie(2) :

Celle-ci s'est intéressée à un échantillon de fillettes âgées de 5 ans et les a suivies régulièrement jusqu'à leur 9 ans (évaluation à 5, 7 et 9 ans). Les auteurs ont utilisé l'échelle « *Weight concerns scale* » (échelle de préoccupation pondérale) en 5 items comprenant : la peur de prendre du poids, des inquiétudes autour du poids et des formes, l'importance donnée au poids, l'histoire alimentaire et la perception de la masse grasse. Cette échelle a été modifiée et adaptée car elle était destinée initialement aux adolescents. Ils ont également utilisé différentes échelles afin d'estimer l'insatisfaction corporelle et les comportements alimentaires.

Les auteurs concluent que plus l'âge augmente, plus la corrélation entre le score de préoccupation pondérale, celui d'insatisfaction corporelle et le statut pondéral est importante. D'autre part, les filles ont tendance à maintenir dans le temps leur position relative par rapport aux différents éléments évalués (préoccupation pondérale, insatisfaction corporelle...).

L'augmentation des préoccupations pondérales et de l'IMC entre 5 et 7 ans est associée de façon significative à davantage de restriction alimentaire et d'insatisfaction corporelle à 9 ans.

Koff et Rierdan (cités dans (39)) :

Ils ont étudié un échantillon de filles âgées de 11 ans en moyenne et montrent qu'environ 41 % des filles ne sont pas satisfaites de leur apparence, plus de la moitié ayant déjà fait un régime et une sur cinq présentant une restriction alimentaire régulière. Le but n'était pas d'être « normale » mais plutôt d'atteindre un poids inférieur à la norme.

Killen et al. (cités dans (39)) :

Les auteurs se sont intéressés à un échantillon de 900 filles âgées de 11 à 12 ans et ont trouvé que 4 % d'entre elles présentaient un trouble alimentaire. Plus ces filles étaient physiquement matures, plus elles étaient symptomatiques, quel que soit leur âge. Plus la puberté est proche, plus le risque de troubles alimentaires semble donc important. Ce résultat est également retrouvé dans l'étude canadienne de Tremblay et son équipe (12) qui a étudié l'influence du début de la puberté sur les troubles alimentaires chez l'enfant à partir de 9 ans. Cela dit, les auteurs concluent qu'à cet âge, la pression exercée par les pairs semblent encore plus impliquée dans l'apparition des TCA que le développement pubertaire ou encore le contrôle maternel abusif autour du poids.

Cependant, malgré toutes les études qui se sont intéressées à la question, il n'y a pas de preuve formelle d'un lien de causalité entre les préoccupations pondérales, la perception de l'image corporelle et le développement de TCA chez l'enfant et l'adolescent.

Mouren et Bouvard (1993)(9) :

En dehors d'une étude récente non publiée, ce sont les seuls français, à ce jour, à avoir réalisé une étude rétrospective concernant les troubles alimentaires de l'enfant prépubère, sur des dossiers réunis de 1978 à 1991. Les enfants inclus dans l'échantillon devaient répondre à trois critères : ils présentaient une *perte de poids* souvent associée à une hyperactivité physique ; ils exprimaient une *Crainte excessive et morbide de grossir* et enfin, ils ne présentaient *aucun signe de développement pubertaire*.

Halfon et son équipe(40) :

A la fin des années 1980, ces auteurs avaient déjà comparé deux groupes de patients souffrant de troubles alimentaires restrictifs, les uns ayant moins de 13 ans, les autres étant adolescents. Les auteurs soulignaient alors le caractère bruyant de la symptomatologie dans les formes précoces par rapport aux formes plus classiques.

Warren et son équipe (cité dans (40)) :

Ils ont étudié un échantillon de 20 patients âgés de 10.5 à 15 ans, répartis en trois groupes : prépubères, pubères, post-pubères. Ils n'ont pas montré de différences significatives sur le plan clinique, étiologique ou évolutif. Cependant, nous pouvons penser que la tranche d'âge choisie n'est pas la plus pertinente pour différencier correctement les formes de l'enfant de celles de l'adolescente.

Jacobs et Isaacs (cité par (35)) :

Ils se sont intéressés à trois groupes différents : vingt patients anorexiques prépubères (moyenne d'âge de 11 ans), 20 patients anorexiques post-pubères et 20 enfants portant une étiquette de troubles névrotiques prépubères sans TCA. Les auteurs n'ont pas trouvé de différence significative sur le plan clinique, tout comme l'équipe de Warren.

Gowers et son équipe (41) :

Les auteurs ont utilisé une base de données constituée de 650 cas d'anorexie mentale à partir de laquelle ils ont identifié un sous-groupe de patients présentant une anorexie à début prémenstruel. Ils ont comparé ces sujets au reste de l'échantillon représentant des cas d'anorexie plus « classique » mais aussi à un autre sous-groupe de patients du même âge de début mais ayant développé leur trouble après la ménarche. Les auteurs ont montré que les patients avec une anorexie prémenstruelle présentaient des différences significatives non seulement avec les patients plus âgés mais aussi avec les patients du même âge, à début post-menstruel de la maladie. Cliniquement, les principales différences concernaient :

- le poids et la taille au début des troubles prémenstruels plus faibles par rapport aux patients du même âge mais à début post-menstruel ;

- un poids maximal et minimal au cours de la maladie plus faibles également concernant les enfants anorexiques à début prémenstruel.
- Les patients avec une anorexie à début précoce, post-menstruel ont beaucoup plus de difficultés à manger avec d'autres personnes que les sujets à début prémenstruel. Les capacités d'ajustement social sont meilleures chez ces patients que chez les sujets anorexiques à début précoce mais post-menstruel.
- La restriction, la boulimie et le végétarisme sont beaucoup moins fréquents chez les enfants anorexiques prépubères que chez les sujets du même âge à début post-menstruel.
- Les parents des sujets à début précoce post-menstruel ont plus de problèmes relationnels dans leur couple que ceux des enfants anorexiques prépubères. Les frères et sœurs des sujets anorexiques prépubères et des sujets plus âgés vivent plus souvent à la maison que ceux des sujets anorexiques à début précoce mais post-menstruel.

Ces résultats montrent bien que les troubles à début précoce ne constituent pas un groupe homogène et que des différences significatives existent selon le moment où les troubles se développent par rapport à la ménarche. Les auteurs émettent l'hypothèse que les enfants anorexiques prépubères pourraient développer la maladie dans un contexte d'anxiété majeure par rapport à l'entrée dans la puberté. Le groupe à début précoce mais post-menstruel semble présenter davantage de facteurs déclenchants, notamment à type d'expériences sexuelles précoces, de conflits parentaux ou de départ de la fratrie.

Peebles et son équipe(42), en 2006 :

Ils se sont intéressés aux différences entre les TCA de l'enfant et ceux de l'adolescent en se basant sur un critère d'âge (avant ou après 13 ans). La majorité des sujets de moins de treize ans n'étaient pas pubères. Leurs principaux résultats concernaient la part plus importante de garçons concernés par les TCA prépubères et la plus grande fréquence des diagnostics atypiques (type troubles alimentaires non spécifiés) dans cette classe d'âge. Ils soulignent également la faible fréquence des comportements purgatifs ou boulimiques. Les jeunes patients présentaient des poids plus faibles que ceux des adolescents en termes de pourcentage de poids idéal, et avaient perdu ce poids plus rapidement, la durée de la maladie étant plus courte chez les moins de 13 ans par rapport aux adolescents étudiés.

Nicholls et son équipe(43) :

Plus récemment, ces auteurs se sont intéressés, en 2011, aux nouveaux cas de troubles alimentaires chez les enfants âgés de 5 à 12 ans sur un an, dépistés par des pédiatres et des pédopsychiatres, donc au sein de filières de soins secondaires. Les médecins spécialistes devaient repérer les enfants présentant au moins deux manifestations parmi :

- une perte de poids ou une cassure de la courbe pondérale non expliquée par une pathologie organique ;
- une restriction alimentaire ou un évitement alimentaire ;
- une peur de grossir ;
- des préoccupations pondérales ou corporelles, ou encore concernant les apports caloriques ;
- des vomissements provoqués ;
- une pratique sportive excessive ;
- des épisodes récurrents d'hyperphagie ou des abus de laxatifs.

Les auteurs ont ainsi identifié 208 nouveaux cas en un an. Quatre-vingt pour cent des enfants présentaient un tableau clinique proche de l'anorexie mentale mais seulement 37 % répondaient aux critères nosographiques (DSM et CIM-10), 43 % étaient donc classés parmi les EDNOS (*eating disorder non otherwise specified*), en français : « troubles alimentaires non spécifiés » (TANS). Seulement 4 % des enfants présentaient un tableau de boulimie nerveuse ou de « binge eating disorder ». Quasiment 20 % des patients ne présentaient aucune préoccupation pondérale ou corporelle et ne pouvaient donc pas être catégorisés selon le DSM.

La prévalence et l'incidence des troubles alimentaires de l'enfant prépubère sont peu étudiées.

L'incidence globale calculée par Nicholls et son équipe était d'environ 3 pour 100000. Cette incidence augmente avec l'âge (0.21/100000 à 6-7 ans contre 9.51/100000 à 12-13 ans). En termes d'incidence globale, ce résultat est deux fois et demie supérieur aux résultats d'une étude similaire réalisée au début des années 1990 en Grande-Bretagne concernant les enfants de moins de 10 ans. Beaucoup d'études s'intéressent uniquement aux diagnostics d'anorexie mentale ou de boulimie, excluant ainsi la catégorie « EDNOS » qui concerne pourtant une majorité d'enfants dans l'étude de Nicholls.

L'étude de Nicholls montre également que les troubles concernent une majorité de filles (82 %). Les garçons représentent donc 18 % des patients. Ce chiffre s'élève cependant jusqu'à 33 % pour les troubles ne rentrant dans aucune catégorie. Le retard diagnostique fréquent peut s'expliquer par la présentation atypique des troubles. Le déni des troubles et la présence d'un plus grand nombre de garçons (forme moins connue de la maladie) participent au retard diagnostique et de prise en charge.

La moyenne d'âge des patients est estimée dans l'étude à 11.5 ans et la durée moyenne des troubles est de 8 mois.

Dans les trois-quarts des cas, les troubles sont prémentruels.

Actuellement, la catégorie « EDNOS » est critiquée et remise en question par beaucoup d'auteurs. Elle semble beaucoup trop hétérogène et concerne jusqu'à 77.4 % des

adolescents présentant des TCA (contre seulement 13 % d'anorexie mentale et 10 % de boulimie). De plus, les critères diagnostiques ne s'appliquent pas très bien aux enfants.

Le début des troubles aurait donc lieu en général entre 8 et 12 ans, ce qui correspond à l'échantillon de patients étudiés par Mouren et Bouvard.

Halfon, tout comme Mouren et Bouvard, soulignera la fréquence d'un état prémorbide particulier avant le début des troubles alimentaires, notamment de type phobo-obsessionnel. La présence de troubles alimentaires dans la première enfance est également souvent mise en avant, leur fréquence étant estimée entre 20 et 42 % (10). Cette donnée a également été retrouvée dans l'étude de Jacobs et Isaac évoquée ci-dessus, de façon significativement plus importante que dans les troubles alimentaires de l'adolescent. Dans l'étude de Nicholls de 2011, 21 % des enfants présentaient des antécédents de difficultés alimentaires précoces survenues dans la petite enfance (petits mangeurs ou néophobes surtout).

III.3.2 Facteurs de risque et facteurs de protection

Certains facteurs de risque ont été identifiés, précipitants ou pérennisants, mais ne constituent en aucun cas des facteurs étiopathogéniques. Ils seraient au nombre d'une trentaine, importance numérique suggérant bien qu'ils ne sont ni suffisants ni nécessaires au développement des TCA. L'origine de la pathologie est donc multifactorielle.

D'après Marchi et Cohen (cités dans (10)), les problèmes digestifs précoces et le comportement « petit mangeur » constituent des facteurs prédictifs significatifs du développement d'une anorexie plutôt à l'adolescence. Les vomissements, la diarrhée, la constipation ou encore les douleurs abdominales seraient à l'origine d'une moindre sensation de faim, d'une capacité plus importante à ignorer la faim, correspondant aussi à un évitement de l'inconfort produit par la nourriture. Tous ces éléments pourraient favoriser l'apparition d'une restriction alimentaire ultérieure.

D'après Jacobi (cité dans (10)), les conflits autour du repas ainsi que l'obésité seraient également des facteurs prédictifs spécifiques de la première et deuxième enfance.

Gowers (cité dans (39)) a lui aussi souligné le fait que la puberté reste un facteur précipitant principal dans les TCA, même chez les patientes qui développent la maladie avant la ménarche.

Jeammet distinguait des formes immédiatement prépubertaires chez des enfants qui présentent déjà quelques signes pubertaires mais sans menstruation (formes péripubertaires), des formes précoces survenant entre 8 et 10 ans, chez des enfants au stade 1 de Tanner.

La question d'une prédisposition génétique à une puberté précoce est posée dans les TCA prépubertaires, assez similaires cliniquement aux formes de l'adolescente.

Masten (cité dans (10)), met en évidence des facteurs de protection : aptitudes parentales face aux symptômes alimentaires et pour l'éducation et la capacité à consoler l'enfant ; capacité du jeune à instaurer des liens avec des personnes ressources ; capacité de résolution de problèmes et d'autorégulation ; perception positive de soi ; attaches spirituelles ou religieuses ; possession de talents valorisants et valorisés ; avantages socio-économiques, qualité de la communauté et liens avec les pairs.

Chez l'enfant, des évènements déclenchants seraient plus fréquents, comme le confirme l'étude de Mouren et Bouvard qui en retrouve dans presque 60 % des cas (divorce parental, décès d'un proche, conflit familial ancien, grossesse d'une sœur, déménagements, maladie physique de l'enfant...). Néanmoins, certaines études ne retrouvent pas de différence significative à ce sujet entre les troubles alimentaires de l'enfant et ceux de l'adolescent.

III.4 Sémiologie des troubles :

Les troubles du comportement alimentaire de l'enfant présentent beaucoup de signes cliniques semblables à ceux retrouvés dans les formes de l'adolescence. Cependant, des différences liées à l'âge sont repérées (en particulier cognitives)(44).

Ainsi, certains auteurs, concernant cette catégorie d'âge, soulignent une meilleure collaboration des patients, notamment dans la reconnaissance de leur perte de poids et pour accepter d'en reprendre.

Le motif initial verbalisé par l'enfant face à sa perte de poids est souvent l'envie de « manger sainement » ou d'être « en bonne santé » (45).

En effet, « plus l'enfant est jeune et moins l'anorexie est verbale, moins elle est cognitive et plus elle est d'expression corporelle » (46). L'enfant n'exprime donc pas systématiquement ses difficultés alimentaires et ses préoccupations pondérales ou corporelles mais se plaint plus volontiers de douleurs abdominales ou de nausées ou encore de difficultés à avaler, en particulier lors du premier épisode anorexique ou lorsque l'entourage insiste trop pour le faire manger. Mouren et Bouvard montrent que la dysmorphophobie telle qu'elle est rencontrée au cours de l'anorexie de l'adolescente est beaucoup moins évidente chez l'enfant. Ces préoccupations semblent en effet moins présentes qu'au moment de l'adolescence ou tout du moins s'expriment différemment. Il peut exister ainsi des préoccupations corporelles enfantines intéressant surtout le haut du corps, avec notamment une peur intense de vomir ou de ne pas réussir à avaler.

L'amaigrissement n'est pas toujours clairement un objectif souhaité et visé par l'enfant.

Avant que la perte de poids ne soit évidente, ce sont surtout certains comportements qui pourront alerter, par exemple lorsque l'enfant refuse d'acheter des vêtements d'une taille supérieure, ou se regarde beaucoup dans la glace ou encore questionne ses parents, notamment la mère sur son poids au même âge.

Ce n'est que lorsque les troubles sont installés que des angoisses autour de l'image corporelle et du poids pourront être verbalisées. Les enfants peuvent alors verbaliser leur angoisse de grossir avec des mots d'enfant comme par exemple : « je ne veux pas m'élargir ».

Bostic et son équipe (47), en 1997, décrivait, par exemple, un cas d'anorexie mentale chez une petite fille de 7 ans. Celle-ci avait peur de grossir si elle suçait son pouce ou si elle mangeait un chewing-gum par exemple.

La prudence semble donc être de mise dans l'utilisation des critères de poids et des distorsions de l'image corporelle, au risque de sous-estimer les troubles (48).

Le début de l'anorexie mentale prépubère est souvent moins insidieux que celui des formes de l'adolescente, la masse grasse de l'enfant étant moins importante, l'amaigrissement est souvent plutôt rapide jusqu'à un kilogramme par semaine.

La restriction alimentaire commence parfois par un régime mais de façon moins systématique que chez les adolescentes, elle s'installe souvent lors de période de transition (passage en sixième par exemple ou encore déménagement).

Les enfants n'éliminent pas d'emblée ni systématiquement les produits les plus caloriques, ainsi ils peuvent continuer à consommer des sucres et des graisses mais en moins grande quantité. Ils sont souvent bien moins vigilants que les adolescentes concernant la teneur caloriques des aliments. L'enfant est plutôt sensible aux sensations physiques de remplissage qui entraînent une crainte de prise de poids (ce qui explique la restriction hydrique).

L'anorexie mentale se manifeste par une lutte volontaire contre la faim, les quantités ingérées deviennent de moins en moins importantes. Cependant la restriction est souvent progressive et parfois paradoxale, ce qui peut expliquer l'inattention des parents par rapport au symptôme (l'enfant peut continuer à manger des pâtes ou certains gâteaux par exemple). L'enfant présente malgré tout une sélectivité alimentaire, en général de plus en plus manifeste et envahissante au fil du temps. Le plus souvent les aliments gras et sucrés finissent par être éliminés du régime alimentaire habituel, l'enfant mettant en place des stratégies pour perdre du poids et le cacher à son entourage, même s'il n'a pas toujours

réellement un objectif d'amaigrissement évident. La restauration scolaire « facilite » souvent la restriction alimentaire, permettant des transactions de nourriture avec les camarades.

Certains symptômes ne sont que rarement observés, tels que la préparation de repas que la patiente ne consomme pas avec le reste de la famille, la lecture d'ouvrages diététiques ou encore la gestion tyrannique des courses alimentaires. Les conduites alimentaires sont cependant marquées par la rigidité habituellement retrouvée dans l'anorexie mentale. Les enfants imposent des horaires fixes de repas au reste de la famille, choisissent des aliments moins caloriques, refusent parfois d'aller au restaurant ou à la cantine. Les plus jeunes anorexiques semblent être particulièrement concernées par des traits de perfectionnisme et de rigidité.

La perte de poids peut être rapide même si elle est ignorée des parents. La patiente est maigre mais se perçoit pourtant souvent grosse voir obèse. Mouren et Bouvard dans leur étude retrouvaient une perte de poids en moyenne de 25 % à la première consultation pédopsychiatrique. Dans une étude australienne réalisée en 2009 (49) sur un échantillon d'enfants âgés de 5 à 13 ans souffrant de TCA, la perte de poids allait de - 1.5 kg à - 16 kg. Un ralentissement, voire un arrêt de la croissance staturo-pondérale, peut être associé. Les troubles de la croissance, un peu comme l'aménorrhée dans les formes de l'adolescente, peuvent être contemporains de l'anorexie, ou bien la précéder ou encore survenir secondairement. Le retard de croissance est plus marqué et plus durable avant 9 ans (36).

Physiquement, à la phase d'état, les patientes se présentent la plupart du temps de façon similaire aux adolescentes anorexiques. Le visage est creusé, la peau terne, les cheveux secs et cassants, l'amaigrissement est visible, les os saillants, la peau recouverte d'un fin duvet de lanugo. Les patientes sont souvent debout, rarement au repos.

Comme en témoigne l'étude de Mouren et Bouvard précédemment citée, l'enfant anorexique, contrairement aux adolescentes, peut également réduire ses apports liquidiens, ne buvant quasiment pas pendant les repas et ingérant de minimes quantités d'eau en dehors des repas. Ceci représente la différence clinique la plus importante par rapport aux formes de l'adolescente. L'enfant justifie cette conduite de restriction hydrique simplement par le fait qu'il n'a pas soif, il semble penser que l'eau fait grossir, se basant sur l'impression de lourdeur perçue après les repas et la prise de boisson. Il existe donc des risques importants de déshydratation associés à la dénutrition pouvant nécessiter des hospitalisations en urgence.

L'enfant anorexique peut se faire vomir même si ce symptôme est bien moins fréquent que dans les formes de l'adolescent. Les stratégies telles que la prise de laxatifs ou diurétiques

sont très rares. Mouren et Bouvard ne retrouvent d'ailleurs aucune conduite de purge parmi les enfants de leur échantillon. Certains résultats sont cependant contradictoires à ce sujet, Halfon et al., en particulier, ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes étudiés.

Il n'y a plus de conduite boulimique en général, en tout cas au début de la maladie. En effet, après un ou deux ans d'évolution, l'enfant peut commencer à présenter des conduites de purges ou de boulimie. L'observation d'emblée de vomissements associés doit faire craindre une évolution péjorative.

Nous retrouvons également, comme dans les formes classiques, une tendance à l'hyperactivité physique et intellectuelle, avec augmentation des heures de sport et des temps de marche plus fréquents. Mouren et Bouvard estiment que l'hyperactivité physique concerne la moitié des patients étudiés dans leur recherche, ce qui est plutôt peu par rapport au reste de la littérature.

Cette hyperactivité sportive peut même être sévère, allant jusqu'aux blessures consécutives à une pratique intensive d'un sport ou d'un renforcement musculaire.

Chez l'enfant, l'hyperactivité semble s'imposer sans qu'il ne puisse l'expliquer, notamment par rapport à une stratégie pour dépenser des calories.

Le patient reste souvent debout, même pendant les repas ou lorsqu'il fait ses devoirs ou lit un roman. Les temps de sommeil peuvent également être raccourcis volontairement.

Les patients présentent souvent des conduites de perfectionnisme excessif notamment dans leur travail scolaire. Ils sont en général brillants sur le plan scolaire, et ce, bien souvent avant même le début des troubles. L'hyperactivité intellectuelle doit constituer un signe d'appel lorsqu'elle est nouvelle chez l'enfant par rapport à son comportement habituel.

Les jeunes souffrant d'anorexie mentale ont tendance à s'isoler et les relations avec les pairs se raréfient au profit d'une dépendance marquée à la famille. Cette dépendance s'accompagne souvent d'agressivité et de sentiment de colère s'extériorisant surtout au moment des repas.

Il existe un sentiment de toute-puissance, avec un besoin intense de maîtrise et de contrôle. Les patients peuvent même tendre à maîtriser les apports alimentaires de l'entourage familial, instaurant ainsi des relations tyranniques à la maison comme dans l'anorexie de l'adolescente.

Chez l'enfant, d'autres symptômes vont souvent s'ajouter aux difficultés alimentaires tels que : un besoin de lavage impérieux, des idées noires, une certaine tristesse, voire des idées suicidaires associées à une autodévalorisation importante, ainsi que des prises de risque (par exemple en provoquant les autres). Certains enfants sont très angoissés et

peuvent présenter des conduites d'automutilations (grattages intensifs, trichotillomanie..), gestes qui ont souvent pour but d'apaiser l'anxiété qui n'est pas « prise en charge » par les comportements alimentaires. Ces comportements révélateurs d'anxiété majeure ne semblent pas constituer un facteur d'évolution péjorative (10).

L'anorexie mentale prépubère touche beaucoup plus fréquemment les garçons en proportion des filles par rapport à la forme de l'adolescent pour laquelle le sex-ratio est de 9 filles pour un garçon environ. L'anorexie prépubère concernerait les garçons dans 19 à 30% des cas. Les symptômes alimentaires sont en partie les mêmes que ceux retrouvés chez la fille mais les préoccupations du garçon sont tournées vers la taille, les muscles. L'objectif est plutôt d'obtenir un corps d'athlète et d'avoir de bons résultats sportifs. Le tableau clinique est donc souvent marqué par une hyperactivité sportive particulièrement intense. Les formes restrictives pures sont plus rares et l'amaigrissement est souvent plus important malgré un IMC qui paraît plus élevé. Le pronostic est finalement le même quel que soit le sexe du patient contrairement à ce qui était écrit dans la littérature auparavant. Il a été noté que, plus souvent chez les garçons, un surpoids ou une obésité peut préexister, ayant généré des moqueries de la part des camarades et participant au déclenchement de l'anorexie mentale (8).

III.5 Classifications/nosographie :

La terminologie concernant les troubles du comportement alimentaire de l'enfant est variable. Certains auteurs évoquent des « troubles de l'alimentation à apparition précoce », d'autres parlent plutôt de « trouble de la conduite alimentaire à début durant l'enfance », afin de souligner la différence avec les TCA de l'adolescent ou de l'adulte. Enfin, certains les dénomment « troubles alimentaires chez l'enfant ou adolescent prépubère » faisant ainsi référence à l'importance de la puberté dans le déclenchement des troubles. Cependant toutes ces dénominations marquent l'hétérogénéité de ces troubles et la confusion qui règne à ce sujet.

Il n'existe d'ailleurs actuellement aucun système de classification réellement satisfaisant concernant l'anorexie mentale prépubère, ces classifications étant essentiellement destinées aux adultes et adolescents.

Nous allons donc passer en revue, en les détaillant, les différentes classifications utilisées actuellement.

III.5.1 CIM-10 et DSM-IV

Les classifications internationales usuelles font la distinction entre les troubles alimentaires de la première et de la deuxième enfance, et les troubles plus spécifiques de l'adulte et de l'adolescent. Dans les versions plus récentes, une extension est parfois précisée, à partir des critères valables pour l'adulte, extension concernant les enfants prépubères. Cependant ces critères restent établis à partir d'études en population adulte voire adolescente et semblent donc peu adaptés à une population pédiatrique. D'une part, un des critères diagnostiques de l'anorexie mentale dans le DSM est la présence d'une aménorrhée, critère qui n'est évidemment pas valable dans les formes prépubères. D'autre part, les aspects cognitifs tels que la peur intense de devenir gros ou bien une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps ne sont pas toujours retrouvés chez l'enfant. Il existe également un retentissement sur la croissance qui n'est pas précisé dans ces classifications (10).

III.5.1.1 Dans la CIM-10...

Il existe deux catégories diagnostiques concernant plutôt la première et la seconde enfance, en plus des huit autres catégories. Celles du nourrisson et du petit enfant sont constituées :

- De « trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant » (F98.2, dont le mérycisme) défini entre autre par un refus alimentaire, des caprices alimentaires excessifs alors que la nourriture est adaptée et l'entourage de bonne qualité et qu'il n'y a aucune maladie physique. Le trouble peut s'accompagner d'une rumination.
- De « pica du nourrisson et de l'enfant » (F98.3) défini comme « un trouble caractérisé par la consommation persistante de substances non nutritionnelles (terres, bouts de bois, de peinture...) ». Ce trouble peut être isolé ou bien faire partie d'une pathologie particulière tel que l'autisme. Ce comportement s'observe également souvent chez des enfants ayant un retard mental.

Les autres catégories diagnostiques sont l'anorexie mentale (F50.0), l'anorexie mentale atypique (F50.1), la boulimie (F50.2), la boulimie atypique (F50.3), la suralimentation associée à d'autres difficultés psychologiques (F50.4), les vomissements associés à d'autres difficultés psychologiques (F50.5), les autres troubles alimentaires (F50.8) et les troubles alimentaires non spécifiés (F50.9).

Les enfants présentant un TCA et qui ont été vu par un pédopsychiatre, sont pour 35.9 à 44.3% d'entre eux diagnostiqués « autres troubles alimentaires » ou « troubles alimentaires

non spécifiés », ce qui correspond à des diagnostics d'exclusion, peu informatifs, et très variables d'un clinicien à un autre.

Selon l'étude de Nicholls réalisée en 2000 (50), la CIM-10 présente également la plus faible fidélité inter-observateur pour les troubles alimentaires. Celui-ci s'interroge aussi sur l'intérêt d'avoir deux catégories finalement très semblables qui sont « autres troubles alimentaires » et « troubles alimentaires non spécifiés ».

III.5.1.2 Concernant le DSM-IV...

Il existe trois catégories spécifiques de la première et deuxième enfance et trois autres spécifiques de l'adulte et de l'adolescent. Les trois catégories concernant l'enfant sont :

- Le pica (307.52)
- Le mérycisme (307.53)
- Le trouble alimentaire de la première et deuxième enfance (307.59) équivalent au diagnostic F98.2 de la CIM-10.

Les autres catégories diagnostiques regroupent: l'anorexie mentale (307.1) avec deux sous-types, restrictif et boulimique avec vomissements ou prise de purgatifs ; et la boulimie (307.51) avec deux sous-types (avec ou sans vomissements ou prise de purgatifs) ; enfin les troubles des conduites alimentaires non spécifiés (307.5), catégories contenant par exemple l'hyperphagie boulimique ou binge eating. Avec le DSM-IV, 44.4 à 58% des enfants présentant des TCA sont diagnostiqués « TCA non spécifiés » et jusqu'à 15% des patients ne sont rattachés à aucun diagnostic. Dans l'étude australienne de Maden, seulement 37 % des enfants présentant des troubles alimentaires répondaient aux critères du DSM alors que 78 % de cet échantillon présentaient des troubles graves nécessitant l'hospitalisation. Le DSM-IV semble donc encore moins informatif que la CIM-10.

Ces deux classifications paraissent donc insuffisantes dans le cadre des troubles du comportement alimentaire de l'enfant, ne prenant pas en compte les spécificités de cette classe d'âge.

Actuellement, la catégorie « troubles alimentaires non spécifiés » ou « EDNOS », retrouvée dans les deux classifications décrites ci-dessus, est largement critiquée et remise en question par de nombreux auteurs. Elle suggère plutôt des différences quantitatives des tableaux cliniques s'y retrouvant plus que des différences qualitatives (50). Elle semble beaucoup trop hétérogène, et concerne jusqu'à 77.4 % des adolescents présentant des TCA (contre seulement 13 % d'anorexie mentale et 10 % de boulimie). Dans l'étude de Nicholls, 20 % des enfants présentent une restriction alimentaire sans préoccupations pondérales ni corporelles, ce qui pose la question de leur statut nosographique.

III.5.2 Classification française, CFTMEA(51)

La CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) contient, dans le chapitre 7 « Troubles des conduites et des comportements », le diagnostic 7.1 « Troubles des conduites alimentaires ». Ce diagnostic comprend :

- *L'anorexie mentale (7.10)* : Les auteurs précisent que ce trouble peut concerner, non seulement l'adolescent, mais également l'enfant proche de la puberté. Ils distinguent l'anorexie mentale restrictive pure (7.100) et l'anorexie mentale boulimique (7.101). Ils excluent de ce diagnostic : les phobies alimentaires, les refus d'alimentation appartenant à un délire et les restrictions alimentaires isolées sans déni de maigreur, ni peur de grossir, ni désir de maigrir.
- *L'anorexie mentale atypique (7.11)* : lorsque le tableau d'anorexie mentale est incomplet. La perte de poids associée à un trouble somatique en est exclue.
- *La boulimie (7.12)* : Les auteurs différencient ce diagnostic des crises de boulimie émaillant le parcours d'une anorexie mentale qui sera alors classée 7.10.
- *La boulimie atypique (7.13)* : par exemple des accès hyperphagiques récurrents sans préoccupation corporelle ou pondérale particulière.
- *Les troubles des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant (7.14)* : en général survenant dans la première et seconde enfance, pouvant correspondre à un refus alimentaire, des caprices alimentaires entraînant parfois un amaigrissement.
- *Les troubles alimentaires du nouveau-né (7.15)*
- *Les autres troubles des conduites alimentaires (7.18)* : Pica, mérycisme, potomanie ou autres.
- *Les troubles des conduites alimentaires non spécifiés (7.19)*

Il existe assez peu, voire pas du tout, de données dans la littérature concernant l'intérêt ou les limites de cette classification dans les troubles alimentaires de l'enfant.

III.5.3 Classification de Lask et Bryant-Waugh

Ces auteurs conceptualisent les troubles alimentaires de l'enfant comme « des troubles caractérisés par des préoccupations pondérales ou corporelles et/ou alimentaires excessives, accompagnées par des apports alimentaires inadéquats, irréguliers, ou chaotiques » (50).

Lask et son équipe londonienne ont construit la classification de GOSH (Great Ormond Street Hospital) à partir d'expériences et d'observations cliniques ainsi que de notions psychopathologiques. Elle s'applique à des enfants âgés de 8 à 14 ans et est en rapport avec leur développement cognitif. Les catégories répertoriées correspondent le plus souvent

à des troubles de type restrictif. Elle semble plus adaptée à l'enfant puisque seulement 3 à 5 % des enfants souffrant de symptômes alimentaires n'ont aucun diagnostic adapté. Elle présente également la meilleure fidélité inter-observateur selon Nicholls et son équipe.

Les auteurs distinguent neuf catégories :

- *L'anorexie mentale* : caractérisée par une perte de poids provoquée (alimentation restrictive, vomissements provoqués, hyperactivité physique...), des cognitions anormales autour de l'aspect physique et/ou du poids et enfin, des préoccupations anormales concernant le poids et/ou l'activité physique et/ou l'alimentation. Hebebrand a proposé d'autres critères afin d'affiner le diagnostic tel que : un indice de masse corporel inférieur au 10^e percentile, l'existence d'au moins un comportement diminuant les apports alimentaires et la présence de symptômes physiques associés (hypothermie, bradycardie...) (10).

Une étude réalisée avec l'EDE (*Eating Disorder Examination*) a effectivement confirmé la spécificité de l'anorexie mentale prépubère par rapport aux autres TCA de l'enfant, l'anorexie prépubère se rapprochant effectivement de la psychopathologie des adolescents anorexiques (46). L'utilisation des critères de GOSH et d'Hebebrand augmenterait la sensibilité diagnostique de 10 à 20 % pour l'anorexie mentale prépubère. Le diagnostic de « *non-fat phobic anorexia nervosa* » (NFP-AN) est évoqué par certains auteurs, correspondant à une anorexie mentale sans peur de grossir exprimée (diagnostic également évoqué chez l'adulte, tenant compte de différence culturelle), qui pourrait s'appliquer également à certains TCA de l'enfant (43).

- *La boulimie nerveuse* : caractérisée par la récurrence d'épisodes boulimiques et d'épisodes de vomissements et/ou de restriction alimentaire, accompagné d'un sentiment de manque de contrôle et de cognitions anormales concernant le poids et/ou la forme corporelle.
- *L'évitement alimentaire émotionnel* : il s'agit d'un trouble constitué d'une restriction alimentaire associée à une perte de poids, des modifications thymiques mais sans cognition anormale ou préoccupation anormale autour du poids, de la nourriture ou des formes corporelles. Les enfants reconnaissent que leur poids est trop faible et verbalisent en général un désir de reprendre du poids. Cette catégorie est inspirée des travaux de Higgs, le symptôme alimentaire serait alors le principal mode d'expression d'un désordre émotionnel sous-jacent. Le trouble affectif est donc central, l'évitement alimentaire représentant une conséquence comportementale secondaire. Les symptômes alimentaires sont associés à des symptômes affectifs variés : anxiété généralisée, obsessions et phobies, humeur dépressive (45).

- *Alimentation sélective* : qui correspond à un choix restreint d'aliments (quatre à cinq aliments en général seulement), sans volonté d'en essayer de nouveaux. Ce type de trouble débute le plus souvent entre 3 et 6 ans au moment de l'acquisition de la propreté et de l'autonomisation alimentaire. Il peut perdurer chez l'enfant d'âge scolaire (29). L'enfant peut présenter des nausées, une peur de vomir ou de s'étouffer et une préférence pour les aliments mous, sans texture. Il est parfois dans l'évitement des situations sociales durant lesquelles il ne peut pas contrôler son repas. Cependant l'enfant ne présente pas de cognitions ou préoccupations anormales pour son poids, sa forme corporelle ou son alimentation. Le poids peut être normal, bas ou même élevé. Cette catégorie s'inscrit souvent dans les troubles de l'apprentissage alimentaire de l'enfant.
- *Restriction alimentaire* : les apports alimentaires sont plus faibles que ce qui est habituellement observé chez un enfant du même âge mais le régime est normal en termes de diversité alimentaire. Ce diagnostic se rapproche de celui de « petits mangeurs » ou « picky eating ». Le poids est souvent plutôt bas, il peut survenir une perte de poids à l'approche de la puberté.
- *Refus alimentaire* : le refus est souvent épisodique, en général contextuel. Il s'agit souvent d'un comportement d'opposition, l'enfant utilisant ses apports alimentaires afin d'obtenir des bénéfices secondaires ou de provoquer des réactions anxieuses chez les parents.
- *Dysphagie fonctionnelle* : l'enfant présente une restriction alimentaire, il a peur d'avaler, de vomir ou encore de s'étouffer mais ne présente aucune cognition ou préoccupation anormale. L'anamnèse retrouve souvent un antécédent d'évènement traumatisant pour l'enfant (intervention médicale invasive, épisode de fausse route..). Les auteurs, ici, ne parlent pas de phobie de déglutition ni de TCA post-traumatique qui sont pourtant deux entités assez similaires. La phobie de déglutition doit pouvoir être évoquée et doit faire rechercher des antécédents d'abus sexuels. Cette catégorie se rapproche cependant des phobies alimentaires marquées par la peur de vomir, d'être contaminé ou empoisonné, ou encore la peur des conséquences d'une hypercholestérolémie (plus rare en général lorsqu'un des deux parents souffre d'une dyslipidémie dont l'enfant a entendu parler à la maison). L'enfant peut également avoir des craintes par rapport à la préparation des aliments. Des éléments anxieux sont fréquemment au premier plan.
- *Syndrome de refus global* : un refus de boire, de manger, de parler et de recevoir des soins en général est retrouvé. Lask avait décrit ce tableau initialement comme une forme sévère de syndrome de stress post traumatique.

- *Perte d'appétit secondaire à une dépression* : ce trouble est davantage considéré comme un diagnostic différentiel d'un TCA. Les auteurs insistent sur la fréquence et la complexité des liens entre les troubles de l'humeur de l'enfant et l'anorexie mentale.

Cette classification regroupe finalement des hypothèses nosographiques étayées par l'expérience clinique. Ces catégories s'excluent les unes des autres, le diagnostic d'anorexie mentale de l'enfant se distinguant des autres TCA de l'enfant en se rapprochant des formes de l'adolescent et de l'adulte.

Les avantages de la classification GOS sont :

- la mise en relief des similarités des tableaux cliniques de l'enfant et de l'adolescent (anorexie et boulimie) ;
- une meilleure définition du spectre des troubles de l'enfant dans toute sa complexité ;
- la suggestion d'une pluralité étiologique probable ;
- la distinction de tableaux pouvant se rapprocher du fait de leur symptomatologie mais pouvant également différer dans leur évolution et leur prise en charge ;
- la mise en relief de l'importance d'aller au-delà du symptôme alimentaire afin de mieux comprendre les difficultés de l'enfant et d'adapter le traitement ;
- le repérage des troubles plus précis et plus précoce ;
- l'aide potentielle par rapport au développement d'outils de dépistage spécifiques à l'enfant.

Cependant, quelques critiques peuvent être formulées telles que :

- la présence de recoupement entre les différentes catégories pouvant complexifier le diagnostic différentiel ;
- la possibilité en réalité d'un continuum entre les différents troubles plutôt que de catégories séparées ;
- la question de l'existence de pathologies différentes ou bien de variations d'expression d'un même trouble selon l'individu et le temps ;
- la classe d'âge choisie assez large avec de grandes différences selon le stade de développement entre 8 et 13 ans ;
- les similarités avec la classification de Chatoor, ce qui plaide en faveur d'une continuité des troubles de la première et de la deuxième enfance avec ceux des enfants d'âge scolaire, continuité qui n'est pourtant pas explicitement évoquée par les auteurs. En particulier ils ne mentionnent pas la présence de potentiels antécédents de TCA dans la petite enfance. Cette continuité parle-t-elle de facteurs étiologiques communs ou plutôt d'une dynamique commune avec des modifications symptomatiques selon le stade de développement ?

- une dernière critique pourrait être le risque de médicaliser des comportements fréquents, avec le risque de « coller une étiquette » un peu trop vite, ce qui nuit au développement de l'enfant et influence le regard de ses parents.

La place de la dimension réactionnelle n'est peut-être pas assez considérée (fréquence des antécédents familiaux psychiatriques, des difficultés conjugales et familiales, éléments de personnalité propres à l'enfant). Les enjeux relationnels entre l'enfant et ses parents sont en effet très fréquents. Il existe souvent des enjeux dans la fratrie par rapport aux interactions avec le système familial.

Il semble très important pour les chercheurs de se mettre d'accord avant tout sur les tranches d'âge étudiées afin d'homogénéiser les données et les résultats. Une terminologie commune reste à déterminer, notamment au travers d'un choix entre l'âge chronologique ou âge pubertaire pour définir les troubles (45).

III.5.4 Les perspectives d'avenir

Le DSM-V, édité en 2013, s'attachera à préciser les critères diagnostiques des TCA de la petite enfance et de la pré-adolescence. Il y aurait trois nouveaux principaux axes :

- la modulation des critères cognitifs/psychologiques dans le diagnostic d'anorexie mentale, l'accent étant mis surtout sur les comportements interférant avec la prise de poids plutôt que sur le déni ou bien encore sur la peur exagérée de devenir gros ;
- les critères somatiques seraient adaptés, prenant en compte l'IMC et supprimant le critère d'aménorrhée secondaire ;
- une nouvelle catégorie serait introduite, pour les plus jeunes enfants, dénommée « trouble d'évitement ou de restriction alimentaire ».

Cette nouvelle classification pourrait permettre de diminuer le nombre de diagnostic d'« EDNOS » (10), de mieux évaluer la prévalence de la maladie et ainsi de se pencher sur les priorités thérapeutiques (46).

III.6 Diagnostic positif

III.6.1 Particularités des formes prépubères

Finalement, malgré beaucoup de symptômes en commun avec la forme de l'adolescent, le diagnostic d'anorexie mentale se fait souvent plus tardivement chez l'enfant du fait d'une certaine méconnaissance des troubles dans ces classes d'âge (8).

En effet, à cet âge, les troubles alimentaires sont souvent attribués à des pathologies « moins sérieuses », comme des « petits mangeurs » par exemple, ou comme des troubles secondaires à des difficultés relationnelles avec les parents.

Il s'agit souvent d'un diagnostic d'élimination, parfois posé tardivement car méconnu des parents, d'autant plus lorsque l'enfant est jeune ou bien qu'il s'agit d'un garçon.

Nous avons vu que le tableau clinique présenté par les enfants et préadolescents est souvent moins franc ou atypique, d'où l'importance d'une vigilance et d'un dépistage précoce, dès l'enfance.

Il est observé un plus grand nombre de consultations médicales dans les 5 ans avant les troubles chez l'enfant par rapport à l'adolescent anorexique. Une seule consultation pour des problèmes de poids, de préoccupations pondérales, alimentaires ou corporelles devrait déjà constituer un facteur prédictif important de diagnostic d'anorexie mentale prépubère (48).

Les difficultés diagnostiques sont également en lien avec le stade développemental propre à l'enfant et notamment ses difficultés à exprimer ses pensées et à verbaliser ses angoisses et ses sentiments (45).

Le diagnostic est souvent posé dans un contexte de crise aiguë dans la famille du fait de l'importance du déni autour de la maladie et des conflits régnant, en particulier, au moment des repas. Les troubles ayant été souvent minimisés ou déniés, l'enfant présente parfois un état de dénutrition préoccupant ou même des complications somatiques au moment du diagnostic, qui vont nécessiter une hospitalisation et donc une séparation qui n'a pas eu le temps d'être préparée ni auprès de l'enfant ni de ses parents.

Certains éléments doivent ainsi faire évoquer des TCA prépubères : symptômes obsessionnel-compulsifs, anxiété, symptômes dépressifs, perfectionnisme excessif, comportements régressifs, besoins de contrôle. Ces éléments doivent faire penser à des troubles alimentaires surtout s'ils sont associés à un défaut de prise de poids ou à une perte de poids et/ou à un retard pubertaire et/ou un retard statural.

Le diagnostic positif repose sur la mise en évidence d'éléments psychologiques et cognitifs ainsi que de symptômes physiques.

Une évaluation clinique est donc initialement nécessaire autour de deux axes principaux, psycho-affectif et physique.

L'évaluation psycho-affective repose sur des entretiens individuels et familiaux. L'alliance thérapeutique doit être recherchée dès les premiers entretiens. Lorsque les parents sont vus seuls, le médecin doit absolument en faire un retour à l'enfant afin que celui-ci ne se sente pas exclu de la prise en charge ou ait l'impression que des informations lui sont dissimulées.

La parole n'est pas toujours facile et des médiations telles que le jeu, le dessin ou même des exercices cognitifs peuvent être intéressantes.

Les symptômes alimentaires doivent être évalués avec le plus de précision possible. Cela n'est pas toujours évident auprès du jeune qui peut être en difficulté au moment de décrire ses comportements alimentaires.

L'évaluation cognitive est importante. Déjà en 1962, Bruch avait mis en évidence un style sociocognitif particulier aux patientes anorexiques, de type concret avec des difficultés d'abstraction. Elles ne semblent pas, contrairement aux idées reçues, présenter des capacités intellectuelles supérieures à celle de la population générale. Des traits sont retrouvés tels que le perfectionnisme, la rigidité, les comportements ritualisés en lien avec une défaillance de l'attention et de la flexibilité.

L'évaluation du risque suicidaire doit également être systématique du fait de la présence fréquente de symptômes dépressifs comorbides (52).

III.6.2 Les instruments de dépistage et de diagnostic

Ils sont peu nombreux malheureusement et leur validité reste largement contestée. Cependant des auto-questionnaires peuvent être utilisés. Ils sont adaptés à l'enfant, tels que le « eating attitude test » (EAT-ch) adaptés aux enfants de 8 à 13 ans, ou encore l'inventaire des troubles alimentaires dans sa seconde version (« eating disorders inventory : EDI-2) qui n'est néanmoins pas très adapté aux garçons. Le EAT-Ch est inspiré d'une version destinée aux adultes. Il comprend 26 énoncés, gradués sur une échelle de 1 à 6. Le score total va de 0 à 78, les enfants présentant un score supérieur ou égal à 20 sont à risque de développer un TCA (42). Une version de l'EDI est plus adaptée à l'enfant (EDI-C), s'intéressant notamment à cinq facteurs : la recherche de la minceur, l'instabilité affective, l'estime de soi, la boulimie et la peur de la maturité. Il existe également des questionnaires qui ne sont pas traduits en français (« Kid's eating disorders survey » : KEDS et « eating disorder examination » : EDE).

III.6.3 Examens cliniques et paracliniques

L'examen clinique initial est d'une grande importance et comprend entre autre l'évaluation du statut nutritionnel de l'enfant, avec la mesure du poids, de la taille, de l'IMC, indice qui doit absolument être reporté sur des courbes afin d'avoir un IMC comparatif.

Des examens complémentaires sont également indiqués afin de dépister des complications somatiques potentiellement graves, complications d'autant plus à craindre du fait de la faible masse grasse des enfants et du risque important de déshydratation qu'ils présentent, d'autant plus que la restriction hydrique est fréquente. Le bilan comprend en général une analyse biologique « standard » afin d'évaluer surtout le retentissement hydroélectrolytique

(NFS plaquettes, ionogramme sanguin complet avec calcémie et phosphorémie, bilan de dénutrition avec dosage en vitamines B12, vitamine D et folates, albumine et préalbumine, TSG, bilan hépatique). Un électrocardiogramme est indiqué notamment du fait des risques de troubles hydroélectrolytiques.

La croissance staturo-pondérale est également évaluée à la recherche d'un ralentissement voire d'un arrêt de la croissance.

En outre, les conséquences sur le développement pubertaire doivent être estimées.

Un bilan endocrinologique est réalisé, associant des dosages hormonaux à la réalisation d'un âge osseux et d'une ostéodensitométrie permettant d'évaluer l'état osseux et le retentissement statural et pubertaire de la dénutrition. Une échographie pelvienne est également conseillée, donnant une indication concernant l'évaluation du stade pubertaire de Tanner (52).

L'évaluation diététique est essentielle. Les facteurs influençant les choix alimentaires doivent être pris en compte, ainsi que les pratiques et croyances familiales, les aspects socio-économiques et socio-culturels. L'enquête alimentaire devrait également se poursuivre à l'école ou au collège. L'histoire de la restriction alimentaire et les comportements alimentaires doivent être décrits de façon détaillée et une attention toute particulière doit exister concernant des dégoûts alimentaires anciens précédant les troubles, ou encore des antécédents d'allergies alimentaires. Des échelles et auto-questionnaires peuvent être utilisés ainsi qu'une observation lors des repas thérapeutiques (10).

III.7 Facteurs étiopathogéniques :

Sur le plan étiologique, comme dans l'anorexie mentale de l'adolescente, un modèle plurifactoriel est envisagé.

Une question semble cependant centrale concernant l'absence du rôle de la puberté et de ce qui pourrait constituer un stress équivalent chez l'enfant. Une des hypothèses consiste à penser que l'enfant anorexique serait exposé à un plus grand nombre de facteurs de risque ou à une sévérité plus importante de ceux-ci, expliquant le développement précoce de la maladie. Il est ainsi souvent mis en avant la fréquence d'évènements précipitants par rapport aux formes adolescentes : perte ou menace de perte, maladie physique, déménagement, changement d'école, remarques et moqueries, expérience de colonie de vacances, voire expérience sexuelle adverse. Les enfants anorexiques présentent également fréquemment des perturbations prémorbides comportementales et émotionnelles, davantage de perturbations alimentaires dès l'âge de 5 ans et plus de préoccupations alimentaires et pondérales dans la famille.

Toutes ces particularités pourraient finalement constituées « des équivalents pubertaires », en jeu dans le déclenchement de l'anorexie prépubère.

III.7.1 Profil de personnalité et caractéristiques des patients prépubères

Les enfants présentant des TCA prépubères restrictifs sont souvent décrits comme étant des enfants « sages », avec un grand sens de la moralité, consciencieux, perfectionnistes, travailleurs, compliants, pouvant être présentés par les parents comme « l'enfant idéal » (52).

Arnou et son équipe(5) ont effectué une étude comparative entre un groupe de patientes anorexiques prémenstruelles et un groupe de patientes ayant débuté leur trouble en période post-menstruelle. L'originalité de cette étude déjà ancienne est d'avoir constitué des groupes à partir d'un critère développemental selon le stade pubertaire et non en fonction de l'âge. Ils se sont intéressés à des patientes présentant un stade de Tanner (développement pubertaire) inférieur à 2 ou 3, stade déterminé à la suite d'un examen pédiatrique. Les auteurs ont comparé 26 patientes « prémenstruelles » avec 69 patientes « post menstruelles » (les garçons n'étaient pas inclus). L'étude a également utilisé des questionnaires dans l'idée d'obtenir des résultats standardisés et donc significatifs.

Les auteurs ont ainsi évalué dans les deux groupes différents symptômes et traits de personnalité. Ils ont notamment utilisé :

- l'échelle de Beck afin d'évaluer la dépression,
- une échelle d'anxiété (STAI),
- un questionnaire d'évaluation du type de défenses de l'individu,
- une échelle d'évaluation du type de croyances des sujets sur l'origine des événements de vie qu'ils ont pu rencontrer : de type « internalisé » lorsque la personne pense être, au moins en partie, responsable de ce qui lui arrive ou « externalisé » lorsque le sujet imagine que tout est dû au hasard, à la destinée ;
- une échelle évaluant le besoin de se conformer aux attentes sociales ;
- deux échelles différentes utilisées pour étudier les troubles alimentaires (EDI : « eating disorder inventory » et SABS : « Slade anorexia behaviors scale »). L'EDI évalue huit caractéristiques différentes : les efforts pour être mince, la boulimie, l'insatisfaction corporelle, l'inefficacité, le perfectionnisme, la méfiance, la conscience des sensations internes et enfin la peur de grandir et de devenir adulte.

Les patientes du « groupe prémenstruel » présentaient un âge moyen de 10.9 ans, l'âge moyen des patientes post-pubères étant de 16.9 ans.

Les principaux résultats de l'étude sont :

- la plus forte tendance à se penser responsable des événements de vie et des symptômes des patients prépubères par rapport au groupe des patientes plus âgées. Ceci révèle une perception d'indépendance et d'auto-suffisance chez ces patientes.
- le plus haut degré de conformité de ces mêmes patientes.
- de façon non significative mais étonnante, les patientes prépubères montrent davantage de défenses matures et adaptatives que les patientes post pubères.
- l'échelle SABS montrait un plus grand nombre de comportements alimentaires perturbés parmi les patientes prépubères alors que leurs scores à l'EDI étaient moins élevés.

Ces résultats évoquent la notion de pseudo-maturité souvent décrite chez les patientes présentant une anorexie mentale, étant qualifiées de performantes, très consciencieuses, perfectionnistes, plutôt conformes et compliantes face aux désirs de l'autre mais avec une estime de soi souvent dégradée. Ces traits de personnalité semblent être retrouvés chez les patientes prépubères mais sous une forme encore amplifiée, accentuant encore la pseudomaturité malgré l'âge plus jeune (2). L'excellent niveau scolaire souvent retrouvé et le perfectionnisme intense présenté par ces patientes sont souvent antérieurs au début de l'anorexie et peuvent donc constituer des signes d'appel lorsqu'ils sont nouveaux par rapport au comportement habituel de l'enfant(46).

Les résultats concordent avec l'hypothèse souvent reconnue d'une forme prépubère assez similaire à la forme de l'adolescence mais plus sévère. Pourtant, dans l'étude d'Arnou, les scores de l'EDI sont plutôt contradictoires. En effet, les patientes du « groupe prépubère » présentent des scores moins importants concernant l'effort pour maigrir, la boulimie, l'inefficacité et les difficultés relationnelles. Certains de ces éléments s'expliquent par l'âge : la boulimie est très rare chez l'enfant et la capacité à reconnaître ses propres difficultés relationnelles est moins développée. En effet, toute l'étude se base sur des auto-questionnaires remplis par l'enfant qui peut être aidé par un adulte s'il présente des difficultés de compréhension. Il s'agit d'une des critiques faite à l'étude car les questionnaires utilisés sont adaptés et validés chez l'adolescent et non chez l'enfant.

Une autre explication à ces contradictions serait que les patientes anorexiques prépubères présenteraient une égocytosie très importante, encore plus marquée que chez les post pubères. L'égocytosie correspond au fait de dire que « tout va bien » malgré les conséquences négatives du comportement sur la vie du patient. En effet, le déni des troubles est souvent marqué chez l'enfant. L'étude ne retrouve pas de différence en termes de niveau de dépression ou d'anxiété, ce qui est contraire à d'autres résultats de la littérature. Cette différence pourrait s'expliquer par le critère développemental utilisé dans la constitution des

groupes, les patientes décrites comme étant prépubères dans les autres études étant souvent plus âgées que dans celle-ci.

Les résultats des travaux d'Arnow seraient plutôt en faveur de l'idée que l'anorexie mentale prépubère, malgré le fait que l'enfant présente moins de risque de développer ce type de trouble, serait caractérisée par des traits pathologiques plus sévères. Cliniquement, les patients prépubères concernés par l'anorexie mentale sont en effet souvent décrits comme « des petits adultes », ce qui correspond aux traits de pseudomaturité et d'égosyntonie, alors qu'ils paraissent souvent être plus jeune physiquement.

III.7.2 Approche psychopathologique

Il n'y a que très peu de données dans la littérature concernant spécifiquement la psychopathologie de l'anorexie prépubère. Ce sont souvent des modèles explicatifs concernant l'adolescent et l'adulte qui sont utilisés et élargis à l'enfant. Cette pathologie n'est que rarement étudiée en tant qu'entité distincte sur le plan psychopathologique. Le plus souvent les auteurs évoquent un continuum développemental avec des différences d'expression de la pathologie dues à l'âge. Elle est également souvent considérée comme une variante de la forme plus classique d'anorexie, la puberté étant « remplacée » par des équivalents pubertaires déjà évoqués précédemment.

Finalement, nous pourrions imaginer qu'il existe une continuité entre la seconde enfance et l'adolescence dans le recours aux symptômes alimentaires et à la souffrance du corps face à divers évènements de vie difficiles à gérer (8).

D'autre part, plusieurs auteurs insistent pour distinguer les formes immédiatement pré-pubertaires de la préadolescence, des formes plus précoces.

La préadolescence correspond à la classe d'âge des 12-14 ans en psychologie développementale. A cet âge, les jeunes filles anorexiques, se présentent de façon caractéristique, assez souvent « en faux self ». Ce sont des « petites filles modèles, s'exprimant d'une petite voix ». Elles sont souvent bien intégrées socialement et ont des parents prévenants. Mais il est constaté une pauvreté du fonctionnement fantasmatique, un manque de désir et de vitalité, comme si la patiente se trouvait dans un monde sans conflit, protégé, « calfeutré ». Schiltz parle de « monde en blanc » (14).

En comparaison, l'anorexie débutant vraiment à l'adolescence, entre 15 et 18 ans, est marquée par beaucoup plus de préoccupations narcissiques, par la jouissance apportée par la maîtrise du corps et par des conflits plus virulents avec l'entourage. Ces patientes ont plus de risque de développer une boulimie ou d'autres complications psychopathologiques

(scarifications, toxicomanie...). Au contraire, les patientes préadolescentes présentent une meilleure évolution des troubles en général.

Finalement, une des hypothèses serait de considérer l'existence de deux entités psychopathologiques différentes même si elles sont assez semblables sur le plan sémiologique : les 15-18 ans se trouvent plutôt dans un fonctionnement limite alors que les 12-14 ans sont plutôt dans une structuration névrotique. Mais les symptômes ont un effet nivelant dans le temps et ces différences psychopathologiques sont souvent beaucoup moins évidentes après quelques temps d'évolution de la maladie, notamment lors des hospitalisations. C'est peut-être ce qui explique, en partie, la rareté des discussions à ce sujet dans la littérature (14).

III.7.2.1 Quelques idées tirées des écrits de Winnicott(53) :

Winnicott a écrit dans « De la pédiatrie à la psychanalyse » un texte non traduit dans la version française et intitulé : « Appétit et troubles émotionnels » présenté en 1936. D'après lui, les enfants venant en consultation pour des difficultés alimentaires sont pour la plupart en bonne santé mais souffrent au niveau « sentimental ». Il fait le constat, déjà à l'époque, des lacunes concernant l'alimentation de l'enfant et de ses troubles au sein de la littérature psychanalytique.

A partir de la question alimentaire, il s'interroge sur deux notions : l'avidité et l'agressivité. Il s'intéresse alors non pas directement aux similitudes existant entre les troubles alimentaires des différents âges de la vie, mais plus à l'hypothèse d'une continuité entre ces différents troubles. Pour Winnicott, les troubles alimentaires du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte représentent une continuité, ces troubles ayant tous en commun « une inhibition de l'avidité » ou « une avidité considérée comme secondaire, symptomatique ».

Winnicott développe l'idée d'un fonctionnement psyché-soma unifié. Pour lui, « l'esprit n'existe pas en tant qu'entité » mais est un aspect du fonctionnement psyché-soma.

L'anamnèse précise du nourrissage est essentielle afin de comprendre au mieux le patient et son monde interne ainsi que le fonctionnement de sa vie psychique. Les difficultés de nourrissage font pour Winnicott le lit de pathologies futures.

Winnicott interprète les problèmes alimentaires comme faisant partie d'un ensemble de symptômes, les liens avec l'objet alimentaire étant représentatifs du rapport au monde interne et externe de l'enfant.

Winnicott ne définit pas précisément la notion d'avidité, elle « allie le psychisme et le physique, l'amour et la haine, ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas pour le Moi ». L'avidité primaire représente l'élan vital du self, elle permet d'apaiser la tension instinctuelle

et procure une certaine satisfaction. L'avidité en tant que phénomène secondaire, est plutôt symptomatique et implique de l'angoisse.

L'avidité se déploie au cours d'une période de dépendance absolue de l'enfant pour son environnement.

L'appétit peut être ainsi utilisé comme une défense contre l'angoisse ou la dépression.

L'agressivité se rapproche d'une tendance instinctuelle, souvent masquée, et fait partie à l'origine de l'appétit ou d'une forme d'amour pulsionnel, elle procure du plaisir. L'avidité traduirait justement cette fusion originelle entre amour et agressivité, amour oral à ce stade.

L'agressivité au travers de l'activité qu'elle génère (coups de pied, morsures du mamelon, mouvements des bras) s'organise progressivement et participe à la pré-organisation de la personnalité. L'agressivité soutient le travail d'intégration des perceptions sensorielles et de la motricité, et donc participe à l'intégration du self, au sentiment de continuité et d'unité de soi (comme dans la théorie du Moi-peau d'Anzieu). Winnicott rapproche l'agressivité de la spontanéité permettant la rencontre avec l'extérieur, comme un élan vers l'objet et le monde. L'agressivité permet également la différenciation du fantasme et de la réalité.

L'avidité transparait dans « l'agression cannibalique impitoyable » sur l'objet maternel lors de la tétée. Ce repas est composé d'un élément physique mais aussi de l'élaboration imaginative de la fonction psychique. La satisfaction physique se distingue de la pleine satisfaction d'après Winnicott. La nourriture pouvant ainsi « duper » l'enfant, abaissant la tension instinctuelle mais le laissant avec une partie de l'agressivité non déchargée dans la motricité.

La tétée ne peut être réellement satisfaisante que si la relation d'objet est instaurée. Elle permet alors, par son rythme et sa régularité, d'organiser et d'intégrer la pulsionnalité naissante.

L'agressivité qui sous-tend la motricité de l'enfant va lui permettre de tenter de réparer l'impact de sa pulsionnalité sur le corps maternel par un geste spontané vers elle, au travers du jeu notamment. De cette culpabilité émerge l'inquiétude et la sollicitude envers l'objet. La réceptivité de la mère aux gestes de l'enfant, sa capacité à accueillir le don du bébé est d'une grande importance dans la gestion de la pulsionnalité et l'enrichissement du monde interne de l'enfant.

La situation de nourrissage apparait comme étant le support du développement des processus psychiques, d'échange et de communication avec l'environnement. Elle est aussi d'une grande importance dans les jeux identificatoires, la construction du narcissisme et celle de l'identité du sujet.

La fonction orale comprend d'abord la pulsion orale (désir et plaisir de mordre, manger ou sucer) puis le fantasme oral en lien avec la bonne nourriture que le bébé peut garder, et la mauvaise dont il peut se débarrasser. La bonne et la mauvaise nourriture se rapprochent du bon objet, introjecté, le mauvais étant projeté sur le monde extérieur.

Pour Winnicott, la spontanéité est essentielle au cours du développement de l'enfant, dans ses liens avec l'avidité et l'agressivité. Ces trois éléments permettent entre autre, l'intégration du self et la liaison psycho-somatique nécessaires pour différencier les espaces internes des espaces externes. L'enrichissement de la vie interne est alors possible si l'environnement de l'enfant se montre capable de recevoir et d'accompagner cette avidité primaire. L'avidité primaire est comme un élan vital permettant à l'enfant d'explorer son environnement et de se développer.

La liaison psycho-somatique est produite par un processus que Winnicott dénomme la « personnalisation » générant le sentiment de ne faire qu'un avec son corps. Le corps représente ainsi le noyau du self dans lequel s'inscrit le sentiment continu d'exister et le sentiment d'identité, possibles lorsque la mère s'adapte totalement du fait de sa « préoccupation maternelle primaire ». Si l'environnement est imprévisible, il y a un risque de clivage entre le psyché et le soma, pouvant entraîner une défense par l'intellectualisation, la psyché se détournant alors de sa relation avec le soma. L'identité n'est plus située dans le corps et un sentiment de vide se développe, rappelant l'organisation fréquente en faux-self des patientes anorexiques.

D'après Winnicott, l'élaboration psychique des fonctions somatiques et des liens entre l'intérieur du corps de l'enfant et l'intérieur du corps de l'objet débutent dans le ventre du sujet puis s'étend à l'ensemble du corps. Le monde interne de l'enfant est d'abord localisé par lui dans le ventre. La corporéité permet donc l'unification du sentiment de soi, nécessaire aussi à la distinction d'un espace interne propre à l'enfant et d'un espace différencié, propre à l'objet.

L'unification du sentiment de soi est en lien avec l'élaboration de la position dépressive selon M. Klein, ou avec la « phase de sollicitude » selon Winnicott. La psyché est ancrée dans le corps et le corps est symbolisé par la psyché. Le psychisme peut se saisir du corps pour s'exprimer et se représenter.

La croissance psychique du sujet est soutenue par le holding maternel et se situe dans le corps de l'enfant, aboutissant à la naissance de la subjectivation, débutant dans le ventre du sujet.

L'élaboration psychique est comparée par Winnicott avec les processus de digestion, retrouvés également dans la théorisation de Bion. « L'assimilation des nutriments permet la croissance du corps comme l'assimilation de la qualité de la relation à l'objet permet la

croissance psychique ». La qualité de ce lien dépend en grande partie de l'expérience fondamentale de la tétée d'après Winnicott.

Les manifestations symptomatiques de l'avidité (en particulier pour l'alimentation) sont révélatrices du rapport au monde de l'enfant. L'inhibition alimentaire révélerait un rapport du sujet à la réalité interne et externe marqué par l'inhibition. Cette inhibition serait associée à « une fuite du fantasme » vers la réalité, d'un appauvrissement du monde interne et d'un contrôle omnipotent de nature défensive.

L'inhibition, le manque d'imagination se rapprochent d'une fuite du fantasme vers la réalité comme une défense maniaque selon Winnicott. L'absence de richesse du monde interne peut s'accompagner d'une inhibition du fantasme oral, d'une inhibition de la spontanéité, signant la maladie.

Pour Winnicott, lorsque l'enfant rencontre des difficultés dans la gestion de son monde interne générant des angoisses insupportables, il va chercher à tout maîtriser, à lutter contre la dépression au travers de défenses maniaques. Le fantasme devient alors une lutte contre la réalité interne, lorsque la réalité externe a fait intrusion trop brutalement empiétant sur un self encore immature, le fantasme ne peut alors servir de « pont ni d'espace transitionnel ». L'inhibition de l'avidité peut être une défense contre des angoisses paranoïdes, de dévoration, persécutoires.

III.7.2.2 Psychopathologie de la latence (54)

Le concept de période de latence a été décrit par Freud en 1905. Laplanche et Pontalis dans leur *Vocabulaire de la psychanalyse* le définissent comme : « la période qui va du déclin de la sexualité infantile (cinquième ou sixième année) jusqu'au début de la puberté et marque un temps d'arrêt dans l'évolution de la sexualité. On y observe, de ce point de vue, la diminution des activités sexuelles, la déssexualisation des relations d'objets et des sentiments (singulièrement la prévalence de la tendresse sur le désir sexuel), l'apparition de sentiments comme la pudeur et le dégoût et d'aspirations morales et esthétiques. Selon la théorie psychanalytique, la période de latence trouve son origine dans le déclin du concept d'Œdipe, elle correspond à une intensification du refoulement-qui a pour effet, une amnésie recouvrant les premières années une transformation des investissements d'objet en identification aux parents, un développement de sublimation ».

La question de la fin de la phase de latence est assez évidente avec l'entrée dans la puberté, c'est le moment d'entrée dans cette période qui est plus discuté.

Freud dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité* met en avant un déclenchement de la latence qui serait déterminé de façon organique et héréditaire. Il explique ensuite que l'enfant entre en phase de latence devant la prise de conscience d'une incompatibilité entre

ses pulsions à l'acmé du conflit oedipien et sa réalité physique qui lui interdit toute réalisation de ses fantasmes. Freud précise également le rôle de la société et des acquis culturels qui seraient mis en danger si l'enfant ne retardait pas l'accès à une sexualité adulte.

La dynamique de cette phase est donc marquée par l'interaction des remaniements internes et des influences externes sociétales. La phase de latence est totalement dépendante du type de société et de culture dans lesquelles l'enfant vit et de ce qui est socialement admis et attendu. Actuellement, il est généralement admis que la phase de latence se modifie du fait des changements sociaux et familiaux observés tels que le relâchement des contraintes éducatives. Ces modifications de la latence sont à mettre en parallèle avec la remise en question de l'existence, en tant que tel, de la névrose infantile et l'apparition de nouvelles pathologies de l'enfant dominées par l'agir (hyperkinésie, troubles des conduites, addictions précoces, comportements autodestructeurs...).

Finalement, durant la phase de latence, ce n'est pas un arrêt de la sexualité ni « un refroidissement de l'expression pulsionnelle » qui est observé entre 6 et 12 ans mais plutôt une déflexion de la pulsion sexuelle vers des activités de sublimation. L'enfant présente une excitabilité tout aussi importante qu'un enfant plus jeune mais est en capacité de « faire comme si » et d'imiter les comportements de leurs aînés. C'est ce qui est retrouvé concernant l'anorexie mentale prépubère qui touche des jeunes patients présentant souvent une pseudomaturité ainsi qu'un fonctionnement en faux-self.

Freud parlait de « gel » ou d'« arrêt » de la sexualité infantile alors qu'il semblerait plus approprié d'y voir une répression des désirs de la phase phallique sous les formes ouvertes jusque-là utilisées. C'est en cela que la phase de latence correspond effectivement à une intégration des interdits mais le mouvement œdipien persiste dans son intentionnalité. L'enfant transforme et fait évoluer ses investissements mais n'y renonce pas. Au cours de cette phase, des déplacements et des réaménagements ont lieu et vont permettre à l'enfant d'acquérir de nouveaux moyens, nécessaires pour parvenir à se confronter au travail psychique de l'adolescence. La latence est caractérisée par l'organisation de processus à la fois « défensifs et élaboratifs » qui n'éliminent pas pour autant les mouvements pulsionnels antérieurs. Durant cette période, l'enfant va acquérir certaines singularités en développant des domaines particuliers comme : « l'élaboration du surmoi et des idéaux, l'accès aux identifications secondaires, le mode de dissociation entre courants de tendresse et de sexualité ». Il développe également des supports à la créativité personnelle, créativité variable d'un enfant à un autre.

L'enfant va en outre progressivement assouplir ses modes défensifs grâce au développement de refoulements secondaires. *L'enfant anorexique présente des défenses apparemment rigides ; l'anorexie mentale prépubère pourrait-elle être en lien avec un défaut*

d'élaboration de la phase de latence ? L'enfant conserve pourtant des modes de défenses antérieurs auxquels il a recours lors de situations réactivant des angoisses de perte ou de séparation.

Finalement, l'enfant n'interdit pas à ses pulsions sexuelles d'exister mais plutôt apprend à les dissimuler. La latence correspond donc à des réaménagements qui restent en lien avec le conflit œdipien.

L'enfant commence un travail de différenciation en modifiant sa relation aux premiers objets. *L'anorexie mentale prépubère pourrait être perçue comme une tentative de différenciation lorsque celle-ci est rendue impossible par ailleurs.*

Ces réaménagements préparent l'enfant à traverser l'adolescence et rendent possible l'élaboration des conflits dépendance/autonomie rencontrés au cours de cette période. Ce processus a lieu chez l'enfant en lien avec ses parents, au travers du jeu notamment, permettant l'expérience du plaisir propre au fonctionnement mental et au développement de la pensée. L'enfant dissimule ses pulsions à ses proches mais ceux-ci, les parents notamment, participent d'une certaine façon au déni des processus en jeu même lorsqu'ils entraperçoivent certains indices significatifs. Des remaniements identitaires sont également en jeu, notamment autour du glissement de l'opposition phallique/châtré vers une complémentarité masculin/féminin : *l'anorexie mentale prépubère représente-t-elle un refus de cette différenciation masculin/féminin, comme un refus d'avancer vers l'adolescence en posant la question de l'identité de l'enfant ?*

Toutes ces transformations se déroulent « silencieusement », en tout cas en apparence, car l'enfant les « cache ». Il ne peut encore « dévoiler une conflictualité qu'il n'est pas prêt à assumer ». Il peut se construire un roman familial ou des fantaisies imaginatives. Il développe une autonomie de pensée mais souvent la garde pour lui et fait en sorte d'être loyal envers sa famille, pouvant même présenter des désirs de réparation par rapport à ses parents. Les parents, qui participent à ces changements masqués en évitant de s'y confronter, ont souvent le sentiment d'une soudaineté du processus de l'adolescence, pour lequel ils ne se sont pas préparés, ce qui leur donne l'impression que leur enfant a « changé d'un seul coup ». La méconnaissance des parents vis-à-vis de la phase de latence est cependant nécessaire à son bon déroulement afin que l'enfant puisse se construire des « capacités de dégagement ».

C'est au cours de ces divers réaménagements que prennent forme certains aspects de la personnalité et parfois certaines déviations de la norme, qui ne sont pas pathologiques pour autant.

La latence s'inscrit dans une continuité dynamique d'un même processus de subjectivation, s'appuyant sur les fonctions de contenance et de pare-excitation développées au cours des

interactions précoces. Celles-ci permettent également le bon développement des précurseurs de l'Œdipe et des supports de mentalisation, préalables indispensables à l'entrée en phase de latence.

L'enfant qui présente des antécédents de troubles alimentaires dans la première enfance en lien avec des troubles de la relation d'objet précoce risque d'être en difficulté pour traverser la latence. L'anorexie mentale prépubère pourrait être secondaire à ce type de difficultés : difficultés d'individuation, d'acquisition du sentiment continu d'exister, d'élaboration, d'accès à une vie fantasmatique et imaginaire.

La période de latence, au travers des différents éléments évoqués, prépare et permet les processus pubertaires.

Les évolutions sociétales post-modernes doivent être prises en compte et semblent forcément modifier le déroulement de la latence, en affectant les institutions sociales, scolaires et familiales, qui représentent des supports de médiation et de socialisation. Ces évolutions concernent notamment l'effacement de la différence des sexes et des générations, le fléchissement de l'autorité paternelle et parentale, le délitement des principes et des règles éducatives. Ces éléments influencent le développement de l'enfant pouvant avoir des conséquences « sur ses assises narcissiques, la construction de ses fondements identitaires, la maîtrise dans la différenciation entre réalité interne et externe et dans la disponibilité du préconscient ». Actuellement, de nouvelles personnalités et pathologies voient le jour, souvent caractérisées par un fonctionnement en faux self et par un recours à l'agir prépondérant.

L'anorexie mentale prépubère pourrait être une de ces nouvelles pathologies. L'évolution sociétale pourrait modifier et entraver les processus de la latence, en entraînant une rigidification des défenses qui rendrait vulnérable au développement des TCA.

Ces défaillances vont venir entraver l'élaboration des conflits structurants oedipiens, surtout si les parents manquent à leur fonction de supports identificatoires et étayants nécessaires à l'enfant. Celui-ci sera donc en difficulté dans la construction des idéaux du Moi et dans la constitution de ses instances surmoïques et de ce fait, il sera freiné dans l'accès à la culpabilité, justement au cours d'une période durant laquelle il a tout particulièrement besoin de se voir poser des limites et d'être contenu afin de ne pas déborder.

Certains auteurs, comme Guignard, montrent que l'extension de l'accès à Internet et du temps passé à cette activité modifient les modes de communications et les schémas relationnels, dans une certaine maîtrise de la relation ainsi qu'un contournement des conflits internes vers des défenses davantage externalisées.

Le modèle de la névrose infantile est modifié au profit de nouvelles pathologies et personnalités de type « narcissiques hédonistes » selon Lazard, devenant même plus nombreux que les « névrotico-normaux ».

La latence semble finalement très variable d'un enfant à un autre selon son milieu socio-familial et culturel. Il semblerait également que même si dans certains contextes, la latence est remise en question et ralentie, elle peut cependant s'exprimer plus tardivement.

A contrario, certains enfants semblent comme « hyper-adaptés » aux normes sociétales, dans un souci extrême de conformité du fait souvent de positions contraignantes exercées par l'entourage. Ils peuvent alors présenter un mode de fonctionnement en faux-self. Le système est alors fermé, ne permet pas les réaménagements habituels de la latence et favorise des pathologies limites ou narcissiques. Ces sujets qui ne traversent pas la phase de latence dans de bonnes conditions seront ensuite vulnérables à la confrontation aux conflits propres à l'adolescence. La pathologie jusqu'ici latente pourra alors pleinement s'exprimer. C'est peut-être ce qui est en jeu dans la continuité entre des symptômes alimentaires infracliniques prépubères et les formes constituées d'anorexie mentale péripubertaire.

III.7.2.3 Perspectives kleinienne sur la latence(54)

La théorie freudienne perçoit donc la latence comme une pause dans l'organisation de la personnalité et le développement de l'enfant, notamment sur le plan de la sexualité. Pour Freud, le déclin de l'Œdipe est déclenché par des angoisses castratrices et correspond également à une période d'intériorisation des figures parentales permettant le développement du Surmoi.

L'idée freudienne d'une latence comme interruption temporaire de l'activité des pulsions sexuelles a été remise en question par différents auteurs. Alvarez notamment caractérise la latence comme une réorganisation des relations d'objets.

M. Klein comme Freud pense que l'intériorisation des figures parentales joue un rôle central dans le déclin du complexe d'Œdipe ainsi que dans la réorganisation des relations d'objets. Pour Klein, le surmoi primitif, plus précoce que celui décrit par Freud, se modifie tout au long de la vie au contact des expériences avec la réalité extérieure. La réalité, lorsqu'elle est bonne, tient une fonction correctrice permettant de « surmonter les angoisses et défenses de la prime enfance ».

M. Klein cherche à mettre en relief les particularités des techniques analytiques avec les enfants d'âge de latence. Elle évoque certaines différences : une vie imaginative restreinte, une fréquente absence de conscience des troubles, une certaine réserve et une méfiance.

Ces particularités sont fréquemment retrouvées chez l'enfant anorexique au cours de la prise en charge et rendent difficile le travail de thérapie individuelle, comme nous le verrons par la suite.

M. Klein fait particulièrement attention, à cet âge, à respecter les défenses de l'enfant.

Elle accorde une importance particulière à la « pulsion épistémophilique » présente à cet âge, correspondant à une soif de connaissance sur le monde en général et pas uniquement autour de la sexualité. Trois piliers principaux du développement psychique de l'enfant sont repérés :

- la soif de connaissance de l'objet et du monde
- l'accès à la position dépressive
- la modification du Surmoi archaïque en un Surmoi bienveillant.

L'enfant intériorise progressivement la relation contenant-contenu et la fonction Alpha, transmises par la mère. Cela lui permet de penser lui-même ses propres états et ressentis internes. Il peut donc « penser » au sens de Bion qui définit cette action comme « une expérience émotionnelle en cherchant à connaître l'autre et à se connaître soi ».

D'après Klein, l'enfant en latence poursuit finalement l'élaboration de ses angoisses œdipiennes mais en ayant recours aux symboles plus qu'au refoulement.

Pour cette auteure, certains aspects de la position dépressive jouent un rôle majeur dans la résolution du complexe d'Œdipe. En effet, lorsque l'enfant perçoit la mère comme un objet total, il parvient à se sentir séparé d'elle et aussi de l'amour qu'elle porte au père. L'enfant est plus ou moins capable de tolérer cette séparation selon l'intensité « des sentiments de haine, d'envie, d'agressivité œdipienne ».

Perez Sanchez montre que c'est le regard uni des parents sur le bébé qui le prépare à être séparé. Ce regard uni permet à l'enfant de se différencier et l'autorise à développer une identité singulière. Ce regard « tient » l'enfant et lui fournit une « peau psychique ». E. Bick montre que cette « peau psychique » permet à l'enfant de développer et de différencier son « self » associé à un sentiment continu d'être soi, rendu possible par la sécurité apportée par cette peau tenant ensemble le self et les objets.

Les perturbations des interactions précoces mère-bébé, en plus d'augmenter le risque de difficultés alimentaires du nourrisson, pourraient donc également influencer négativement le déroulement de la latence et participer éventuellement à l'apparition de TCA prépubères.

L'enfant a besoin de tolérer suffisamment le clivage positif et la projection des parties du « self » et des objets afin de supporter le rapprochement avec ses parents internes. Les imagos de la première enfance sont donc modifiés vers des figures plus bénignes et moins punitives.

Ce processus amène au renoncement des désirs œdipiens, l'enfant réalise alors un deuil des parents en tant qu'objet de désir et les intériorise puis s'identifie à eux afin de développer son indépendance et sa créativité.

La période de latence ne peut donc être enrichissante que si l'Œdipe est véritablement résolu.

Alvarez voit la latence comme une véritable « poussée du développement vers une nouvelle organisation de la réalité interne ».

D'après Bion, le bébé, très tôt cherche à connaître l'objet en plus des pulsions d'amour et de haine qu'il lui voue. Il a besoin d'être tenu et nourri, tenu et pensé. Le développement mental et la pensée, pour Alvarez, sont donc des processus qui suivent une évolution régulière et ne sont pas fait uniquement de défenses contre des fantasmes.

Alvarez se méfie donc du recours trop systématique à la notion de défense, tout particulièrement au moment de la latence. Elle met en avant l'importance de l'utilisation du symbole en s'inspirant des théories de Segal (le symbole utilisé représente l'objet mais il est différent de cet objet contrairement à l'équation symbolique). Durant la latence, l'enfant pourrait aussi explorer son environnement en utilisant toutes les significations possibles du symbole.

L'idée d'un travail de latence plutôt qu'une phase permet de faire référence au travail psychique nécessaire à la préparation au sevrage des parents.

III.7.2.4 Le Réel, l'Imaginaire et le Symbolique(55)

Au cours de la période de latence, une réorganisation a lieu entre le Réel, l'Imaginaire et le Symbolique ; ce dernier acquiert dès lors une place prépondérante.

Une nouvelle temporalité s'installe et s'organise autour des trois axes : *Réel*, avec l'immaturité fonctionnelle de l'enfant, *Imaginaire* autour de la résolution de l'œdipe et *Symbolique* autour de l'inscription du complexe de castration et son importance dans la relation à l'autre et ses liens avec le refoulement originaire.

Du point de vue du Réel, l'enfant est confronté à son immaturité fonctionnelle. Freud évoque un ancrage biologique à cette phase de latence et donc de « sommeil pulsionnel ». En effet, le développement des organes génitaux est comme suspendu ce qui autorise cette latence pulsionnelle. La concentration est suffisamment bonne car elle n'est plus parasitée par des pulsions sexuelles qui sont refoulées. Cela permet à l'enfant de s'impliquer dans les acquisitions scolaires et sociales.

La chute des dents de lait dans le Réel participe par exemple à l'inscription symbolique des angoisses de castration.

L'enfant effectue également un constat concernant la différence des générations et des sexes, réalisant d'une part que les organes génitaux de l'homme sont différents de ceux de la femme, et d'autre part que ses propres organes génitaux sont différents de ceux de son père, « trop petits » pour avoir le Phallus et « trop grands » pour continuer à être le Phallus de sa mère. Ce Réel-ci confronte l'enfant au Réel de la castration. Cette organisation du Réel permet à l'enfant d'inscrire, au niveau imaginaire, son père comme représentant du Phallus, l'organe pénien étant investi, sur le plan corporel, comme représentant symbolique du Phallus.

L'enfant en phase de latence se place donc dans une position d'attente, autour d'un Imaginaire articulé par un « quand je serais grand... ».

Le recours à cette temporalité est finalement bénéfique pour l'enfant, qui peut reporter à « plus tard, quand il sera grand » la confrontation à la castration, se projetant du même coup dans un futur idéalisé. Il supporte ainsi le renoncement œdipien. La blessure narcissique secondaire à ces renoncements est en partie comblée par le projet identificatoire de l'enfant, notamment au père qui est maintenant détenteur, dans l'Imaginaire, du pouvoir phallique.

A l'inverse, l'enfant peut « opérer » de façon défensive un court-circuit temporel, en régressant à un stade pré-génital vers un passé idéalisé de façon fantasmatique. Ce mécanisme représente une protection face aux pulsions sexuelles lorsque le refoulement est insuffisant. Il peut s'agir également d'un moyen détourné de retourner à une relation incestuelle à l'objet maternel en tentant d'échapper à la castration.

La plupart du temps les deux phénomènes oscillent en période de latence, passant de projection vers un avenir idéalisé à des tendances régressives vers un passé idéalisé. C'est ce qui peut expliquer le paradoxe de cette période entre un désir d'autonomie cohabitant avec une certaine dépendance.

La question de l'autonomisation est donc déjà présente et participe peut être au développement des TCA prépubères de la même façon que dans l'anorexie de l'adolescent.

Le recours au fantasme, intemporel, représente une échappatoire privilégiée de l'enfant d'âge de latence contre la représentation de la castration. En sublimant, l'enfant peut en particulier s'engager sur la voie des acquisitions scolaires. Sa réussite dans ce domaine lui amène une compensation au renoncement phallique, un renforcement narcissique, ce qui l'autorise même à espérer dépasser son rival et retrouver le pouvoir phallique. Au contraire, l'enfant peut conserver cette attitude expectative, s'arrêtant même de grandir, afin d'éviter la confrontation à la castration et même tenter de conserver son statut de « phallus maternel ».

Dans l'imaginaire, l'attribution phallique au père durant la période de latence permet une prise de conscience du caractère symbolique du Phallus au moment de l'adolescence. Cela facilite alors le renoncement au Phallus.

Sur le plan symbolique, la phase de latence représente un temps nécessaire au refoulement des pulsions infantiles. Elle aide à l'anticipation des processus adolescents, notamment dans la construction d'un nouveau rapport à l'Autre. C'est dans ce temps de latence que se met définitivement en place le Refoulé Originare à partir duquel émanent divers refoulés secondaires qui viennent le renforcer.

La latence représente donc un temps de refoulement de l'Infantile et de renoncement à l'œdipe. Nous distinguons deux niveaux : l'un défensif, dans le recours à l'Imaginaire et l'autre élaboratif dans le recours au Symbolique. La première confrontation à la castration au moment de la latence, suivie d'un temps d'attente, rend supportable la seconde confrontation qui a lieu à l'adolescence.

La période de latence anticipe l'adolescence grâce à la construction d'un nouveau rapport au Phallus et donc à l'Autre. Elle amène à la prise de conscience de la fonction symbolique du Phallus, et prépare ainsi la chute du piédestal parental imaginaire.

Ce phénomène d'anticipation peut être repéré au travers de l'évolution des représentations parentales de l'enfant. L'Autre est représenté, dans l'imaginaire, par les figures parentales tout au long des premières années de vie, ce qui n'est plus possible à l'adolescence après la phase de latence qui permet à l'enfant de « comprendre » que ses parents ne sont pas infaillibles et que son père notamment est aussi un homme tout comme lui. D'un père incarnant le pouvoir phallique dans l'enfance, l'adolescent passe à la confrontation au « Père Réel ».

La bascule du Père Imaginaire au Père Réel semble s'amorcer durant la période de latence. L'enfant a en effet recours au fantasme du roman familial, s'imaginant abandonné par ses parents et finalement, au travers de ce fantasme, abandonnant ses propres parents pour se tourner vers des parents idéalisés, ayant pris conscience des limites et des failles de ses véritables parents.

C'est durant cette période que se constitue l'amnésie infantile qui correspond à l'élaboration définitive du refoulé originare.

Cette phase permet également d'inaugurer un nouveau rapport à l'Autre, détrôné de la place parentale pour accéder à une fonction symbolique, nouveau rapport nécessaire à l'avènement des processus adolescents.

C'est parce que l'enfant est finalement déçu par ses parents que l'œdipe peut progressivement s'apaiser et être élaboré

L'anorexie mentale prépubère peut être considérée comme un refus de sortir de l'enfance pour entrer dans l'adolescence, c'est-à-dire aussi un refus de la sexualité, un refus de grandir et de se séparer.

L'anorexie mentale prépubère pourrait être secondaire à une difficulté ou à une impossibilité de mise en latence.(56)

III.7.3 Fonctionnement familial

Le fonctionnement familial est essentiel à prendre en compte et à évaluer.

Classiquement, il était décrit des familles d'anorexique associant proximité excessive et manque de souplesse, mais les études ont révélé une grande variabilité dans le type de modèle familial retrouvé. Certaines d'entre elles décrivent ainsi des familles très distantes et conflictuelles à l'inverse du modèle classique décrit par Minuchin (familles enchevêtrées de manière rigide).

La plupart des études s'étant intéressées au rôle de la famille dans l'anorexie précoce ont utilisé des critères d'âge et non de statut pubertaire, intéressant donc probablement les deux types de patients, à début pré et post pubères. D'autres études utilisant le critère pubertaire concernent souvent de petits échantillons sans groupe contrôle. Il est donc difficile de déterminer de façon certaine le rôle de la famille dans la maladie.

Il ne semble pas exister de distinction notable entre les familles des adolescentes et celles des enfants anorexiques. Les seules différences qui ont déjà été évoquées concernent la plus forte fréquence d'événements de vie stressants et l'importance des préoccupations familiales corporelles et/ou pondérales.

En revanche, la plupart des études ne trouvent aucune différence en termes de taille et de composition de la famille, de rang dans la fratrie, de niveau social, de taux de divorce ou de séparation.

Les relations familiales sont certes plus souvent perturbées qu'en population générale mais pas plus que dans les familles des patientes anorexiques post-pubères. Ces perturbations, d'après Bryant Waugh ou Fosson, consistent en « un conflit conjugal, des relations parents-enfants insatisfaisantes, des batailles autour de l'alimentaire et de la problématique de contrôle, ou encore un surinvestissement parental dans la vie de l'enfant » (cités dans (57)) Cette « ambiance » familiale peut être souvent considérée comme résultant de divers aménagements secondaires à la maladie plutôt que comme un facteur de causalité du trouble.

Par exemple, Gowers, en 1991 (cité dans (57)) a entrepris une étude comparative entre deux groupes de patientes du même âge mais de début différent des troubles alimentaires, pré et post pubères. Il a montré que les patientes à début prépubère vivaient finalement plus souvent dans un climat familial stable et rassurant que les patientes à début post-pubère. Celles-ci présentaient également plus de craintes de séparation du couple parental que les patientes à début prépubère.

Le plus souvent, il s'agit donc de familles plutôt intactes, plutôt préservées, en tout cas en apparence. Le divorce ou la séparation parentale sont cependant fréquemment retrouvés parmi les différents facteurs déclenchants présumés (52).

Certains auteurs évoquent les fréquentes difficultés alimentaires concernant la mère dans presque la moitié des cas ainsi que l'importance de la dépression parentale (9).

Finalement, il ne semble pas exister de fonctionnement familial univoque et spécifique chez l'enfant anorexique. Les dysfonctionnements seraient plutôt moins fréquents que dans les autres pathologies pédopsychiatriques.

Des études ont retrouvé le même type de fonctionnement familial que celui de l'anorexie dans des familles d'enfant présentant des maladies somatiques chroniques ou d'autres troubles psychiatriques tels que les troubles anxieux ou dépressifs.

Il paraît donc essentiel d'évaluer chaque famille au cas par cas et de prendre en compte leur spécificité et leur rôle dans le développement et la pérennisation du trouble.

Des études longitudinales prospectives ou rétrospectives se sont intéressées au rôle du facteur familial dans le devenir de l'anorexie mentale prépubère. Comme cela a déjà été démontré dans les formes classiques de la maladie, les familles stables caractérisées par une meilleure communication et de meilleures relations intrafamiliales présentent un meilleur pronostic que les familles « perturbées ». Bryant Waugh montre ainsi que lorsque les parents ont été mariés une première fois ou que les familles sont monoparentales, le pronostic est en moins favorable. Cela concerne également les familles au sein desquelles plusieurs générations cohabitent. Ces caractéristiques semblent être notamment le témoin de tensions relationnelles, d'incohérences éducatives ou encore de manque de soutien mutuel compliquant l'accomplissement des tâches familiales habituelles. Gowers a aussi démontré que le devenir des patientes était moins favorable lorsque les conditions familiales étaient perturbées et qu'une puberté précoce s'y trouvait associée. L'enfant anorexique étant souvent considéré comme plus grand et plus fort que les autres enfants de son âge (57).

III.7.4 Facteurs neurocognitifs, biologiques et génétiques

Ces facteurs sont identiques à ceux retrouvés dans les formes de l'adolescent, il y a peu, voire pas d'études spécifiques concernant l'enfant anorexique dans ce domaine.

L'évaluation cognitive est importante. En effet, en 1962, Bruch avait déjà mis en évidence un style sociocognitif particulier aux patientes anorexiques. Elle évoquait alors un style concret associé à des difficultés d'abstraction. Contrairement aux idées reçues, ces patientes ne semblent pas présenter des capacités intellectuelles supérieures à celle de la population générale. Des traits sont retrouvés tels que le perfectionnisme, la rigidité, les comportements ritualisés en lien avec une défaillance de l'attention et de la flexibilité. Il s'agirait essentiellement de difficultés d'intégration globale au niveau visuo-spatial et verbal. L'altération de la flexibilité mentale se manifeste par une rigidité et des persévérations dans les raisonnements et les comportements.

Des études d'imageries ont révélé un élargissement ventriculaire réversible après renutrition. D'autres ont mis en évidence une hypoperfusion gauche du lobe temporal, indépendant de la durée des troubles, de la présence de trouble de l'humeur ou non, ou encore du statut nutritionnel. Cette hypoperfusion semble être corrélée à une altération des aptitudes visuo-spatiales, de la mémoire complexe de travail, indépendamment du statut nutritionnel (10).

Nous savons également qu'une fois installée, la dénutrition entraîne des dérèglements neurocognitifs tels que des distorsions de la conduite alimentaire et de la sensation de faim et de satiété (52).

Des taux abaissés de leptine ont été retrouvés au cours de l'anorexie mentale. La leptine est une hormone produite par les adipocytes, en particulier au niveau du tissu adipeux sous cutané. Elle entraîne une diminution de la sensation de faim et de l'appétit, une augmentation des dépenses énergétiques en agissant au niveau hypothalamique (inhibition de la voie du neuropeptide Y qui inhibe la faim et stimulation de la voie de la pro-opiomélanocortine qui bloque l'appétit et la faim). La leptine agit également sur la sécrétion de LH-RH en la stimulant et en augmentant le taux de LH, FSH, œstrogène et progestérone. Il a été démontré que la leptine a un rôle dans la dépression, celle-ci étant souvent abaissée chez les patients dépressifs. Elle agit en outre sur l'activité physique en ayant tendance à inhiber l'hyperactivité. La leptine est donc diminuée fortement dans l'anorexie mentale du fait de la perte massive de tissu adipeux, elle semble donc en partie être responsable de l'aménorrhée. Elle pourrait également expliquer, au moins en partie, la survenue fréquente d'une dépression chez les patients anorexiques et également favoriser la fréquente

hyperactivité physique constatée chez ces patients. La ghréline est une hormone qui stimule la faim et qui se trouve très augmentée dans l'anorexie mentale. L'adiponectine qui est synthétisée par le tissu adipeux (notamment viscéral) est pourtant le plus souvent augmentée au cours de l'anorexie mentale, elle stimule la faim et le métabolisme. Le mécanisme pouvant expliquer cette augmentation malgré la perte du tissu adipeux n'est pas totalement clair. Il semblerait qu'un inhibiteur d'adiponectine soit synthétisé par le tissu adipeux périphérique, tissu quasi inexistant dans l'anorexie mentale. L'hyperadiponectinémie semblerait alors adaptative (8).

III.8 Diagnostic différentiel

Les diagnostics devant être évoqués et éliminés en premier lieu devant un amaigrissement de l'enfant sont avant tout des pathologies organiques (processus tumoral, pathologies inflammatoires, pathologies intestinales...) (8).

Il convient également d'évoquer, en dehors de l'anorexie mentale prépubère, les différents troubles alimentaires répertoriés dans la classification de GOSH. Il faut notamment évoquer les TCA post-traumatiques qui peuvent bénéficier de prise en charge particulières et les troubles alimentaires « d'opposition » qui sont surtout contextuels. L'anorexie d'opposition se caractérise souvent par un refus alimentaire parfois très tenace mais l'enfant ne présente pas de distorsions cognitives anorexiques. Ces enfants expriment souvent à travers le symptôme alimentaire une opposition, une colère ou de la tristesse, en général face à une situation de perte, car ils ne peuvent pas verbaliser ces émotions dans la dynamique familiale. Le refus de s'alimenter revient alors à une protestation avec parfois une dimension toute-puissante. Des difficultés intrafamiliales sont souvent présentes depuis plusieurs années.

Dans l'étude de Nicholls en 2011 (43), 20 % des enfants présentaient une restriction alimentaire sans préoccupation pondérale ni corporelle, ce qui pose la question de leur statut nosographique. Le diagnostic évoqué en plus du trouble émotionnel avec évitement alimentaire était la « *non-fat phobic anorexia nervosa* » (NFP-AN), correspondant à une anorexie mentale sans peur de grossir exprimée (diagnostic également évoqué chez l'adulte, tenant compte de différence culturelle).

Le « Body Dysmorphic Disorder » traduit par le terme français « dysmorphophobie », peut représenter un autre diagnostic différentiel, non spécifique à l'enfant. Il est caractérisé par une préoccupation anormale et excessive autour d'une partie du corps, générant des angoisses envahissantes. L'isolement social est fréquent. Les sujets présentent bien des

distorsions de leur image corporelle mais elles ne portent pas nécessairement sur le poids ou les formes. Le BDD entraîne des conduites pathologiques telles qu'une pratique sportive intensive, des procédures cosmétiques répétées voire des opérations chirurgicales (39).

Il convient également d'évoquer les diagnostics de dépression, de psychose ou de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) :

- la dépression peut bien entendu entraîner des troubles alimentaires en générant une perte d'appétit. Il n'y a alors en général pas de préoccupation corporelle ni de volonté de maigrir mais bien une réelle perte d'appétit et d'envie (8).
- il peut exister des aversions alimentaires ou des sélections dans le cadre d'une psychose associées à des angoisses archaïques plus ou moins persécutaires autour de la nourriture.
- des rituels alimentaires peuvent également se retrouver dans les TOC (44). Les troubles obsessionnel-compulsifs peuvent en effet provoquer des symptômes alimentaires à type de sélectivité par exemple lorsqu'il existe des obsessions autour de la contamination. La déglutition peut être altérée par des rituels ou des obsessions. Le jeune demande alors souvent à surveiller la préparation des aliments et peut présenter des conduites de vérification.

Un diagnostic différentiel semble essentiel chez l'enfant, il s'agit de l'évitement alimentaire émotionnel que nous allons détailler davantage.

III.8.1 Evitement alimentaire émotionnel

III.8.1.1 Epidémiologie

La première description de ce trouble qui semble récent est en réalité assez ancienne, puisqu'en 1989 Higgs l'évoquait déjà. Le trouble reste cependant absent des classifications internationales actuelles.

Actuellement, nous ne disposons pas réellement de données épidémiologiques concernant l'incidence et la prévalence du trouble. Cliniquement, il s'agit d'un trouble pourtant fréquemment rencontré en consultation pédopsychiatrique. En population clinique, Cooper et son équipe retrouvent jusqu'à 29% de situations évocatrices de ce diagnostic. Doyen et son équipe en retrouvent 9 % parmi les jeunes consultants de 1997 à 2007.

Ce trouble est décrit chez des enfants de 8 à 16 ans. Les filles sont plus présentes que les garçons mais dans une moindre proportion que dans le cas de l'anorexie mentale. Le sex-ratio est d'environ un garçon pour quatre filles.

III.8.1.2 Sémiologie :

Les enfants concernés présentent une restriction alimentaire significative avec des symptômes d'anorexie incomplets ou peu intenses. Les préoccupations corporelles sont rares, il n'y a pas de distorsion de l'image du corps. Les enfants peuvent parfois authentiquement vouloir manger et reprendre du poids. L'amaigrissement n'est en général pas majeur mais il peut s'accompagner tout de même d'un état d'asthénie.

Les vomissements sont assez fréquemment retrouvés, ce qui est particulier à ce trouble. Ils peuvent même être quotidiens.

Le trouble affectif est variable, il peut s'agir le plus souvent d'une dépression modérée, d'une anxiété généralisée, d'obsessions et/ou de phobies diverses, se fixant souvent sur l'alimentation. Les difficultés notamment relationnelles entraînent un retentissement important sur le plan scolaire et social.

Les éléments dépressifs et anxieux sont les plus fréquents. Les symptômes anxieux concernent notamment la séparation, l'enfant pouvant également présenter des phobies multiples (peurs excessives et démesurées de la maladie, des voleurs, des monstres....). Il peut aussi exister une peur d'avaler ou de s'étouffer, à ne pas confondre avec un diagnostic de phobie de déglutition.

L'admission peut parfois se faire en urgence devant un refus brutal et complet de toute nourriture (solide et liquide). Bien souvent, les difficultés ne sont pas récentes, mais tolérées par les parents ou encore minimisées voire déniées. En général, l'enfant présente des phobies, déplacées sur certains aliments ainsi que des angoisses de mort ou de maladie, souvent à l'égard de sa mère ou de lui-même. Des facteurs précipitants sont parfois présents, comme par exemple une grossesse de la mère.

III.8.1.3 Diagnostic

L'évaluation clinique est similaire à celle de l'anorexie mentale dans le but de réfléchir à un diagnostic différentiel ainsi qu'aux décisions thérapeutiques. Une évaluation alimentaire est donc nécessaire.

L'évaluation des éléments anxieux et dépressifs est essentielle au cours d'entretiens individuels et familiaux, avec si besoin, l'utilisation d'échelles.

L'évaluation somatique est importante à prendre en compte. Certains auteurs comme Bryant-Waugh ont mis en avant une association préférentielle du trouble avec des pathologies organiques telles que des maladies inflammatoires du tube digestif, des allergies alimentaires ou encore des processus intracrâniens. L'évaluation diététique, quant à elle, permet d'aider l'enfant à faire des choix alimentaires moins anxiogènes.

III.8.1.4 Pronostic

Ce trouble aurait plutôt un bon pronostic, meilleur que celui de l'anorexie mentale prépubère, mais les données manquent à ce sujet (10).

Higgs et son équipe ont suggéré qu'il s'agissait d'un intermédiaire entre les TCA habituels et les troubles affectifs de l'enfant. Pour eux, le pronostic serait meilleur que celui des TCA isolés mais resterait sévère dans environ 20 % des cas. Ils ont ainsi isolé des facteurs de pronostic péjoratif tel que :

- le début précoce des troubles
- une hospitalisation de plus de huit semaines ou des hospitalisations itératives
- un retard ou un arrêt de la croissance
- des facteurs familiaux favorisants.

III.8.1.5 Un exemple clinique

Afin d'illustrer cliniquement ce diagnostic nous évoquerons une observation présentée par Goëb en 2005(58). Il s'agit du cas de *Madeleine âgée de six ans qui présente une anorexie totale avec une perte de poids associée à beaucoup d'anxiété. Madeleine présente des antécédents d'hospitalisation en réanimation néonatale pour une détresse respiratoire aiguë ayant généré de fortes angoisses de mort chez les parents. Madeleine est souvent malade (infections ORL répétées) et elle a été hospitalisée à 4 ans pour un premier épisode d'anorexie transitoire, spontanément résolutif en quelques jours. Il s'agit d'une enfant douée, elle a un an d'avance et semble avoir un bon réseau d'ami(e)s. Depuis 2 semaines les troubles récidivent brutalement associés à des difficultés pour boire. Cependant Madeleine ne présente aucune préoccupation autour de l'image de son corps, elle ne se trouve pas grosse et n'a pas d'envie de maigrir. Elle présente une anxiété généralisée associée à des crises d'angoisse, des difficultés d'endormissement et des terreurs nocturnes (son père dort souvent avec elle). Elle pleure fréquemment. Elle a des peurs multiples (sur halloween, les squelettes, l'évolution humaine...). Des angoisses de mort sont partagées dans la famille : le premier épisode d'anorexie est survenu il y a deux ans dans un contexte de deuil familial (le grand père est décédé par suicide alors que la mère était à nouveau enceinte). La mère de Madeleine semble encore dépressive. Madeleine investit beaucoup sa scolarité et depuis quelques temps personne ne joue plus avec elle. Madeleine se lance des défis et recherche la performance. Aux urgences, Madeleine présente un discours d'allure quasiment maniaque, elle évite toutes les questions autour des émotions. La séparation est très difficile à envisager. L'hospitalisation va permettre une amélioration rapide, l'anorexie s'amende mais des angoisses persistent*

autour de la nourriture qui serait empoisonnée et Madeleine conserve quelques traits obsessionnels.

Goëb émet quelques hypothèses concernant ce cas. Les angoisses de chute sans fin, les angoisses de ne pas pouvoir respirer et les angoisses autour de la sphère orale et de l'alimentation évoquent une mauvaise contenance, probablement en lien avec l'hospitalisation précoce en réanimation (séparation mère-enfant précoce, défaillance du holding et de la construction du Moi peau). Un autre évènement semble avoir été traumatisant, il s'agit du décès brutal du grand père par suicide. Ce décès a provoqué une confrontation directe avec la mort et indirecte du fait de la dépression maternelle, cela coïncide avec la première hospitalisation pour anorexie. La nouvelle hospitalisation survient au moment d'Halloween, probablement en lien avec une réactivation des angoisses de mort, de la crainte de la perte, même qualitative (en lien avec la dépression), de sa mère. Green évoque *le complexe de la mère morte*, morte psychiquement aux yeux du jeune enfant du fait d'une dépression sans cause intelligible pour lui. L'enfant peut alors interpréter cette mort psychique comme étant la conséquence de ses pulsions agressives envers l'objet d'amour représenté par la mère. La culpabilité entraînée peut être dramatique.

Freud évoque l'idée qu'il existe une équation nourriture-mère pour le bébé au début de sa vie. Ceci expliquerait la conviction qu'a la mère d'être visée à chaque fois que l'enfant refuse de manger. En outre, les séparations brutales avec la figure d'attachement principale peuvent être suivies d'un refus alimentaire soudain, évoquant un rejet du substitut maternel représenté par la nourriture. Au contraire une phase d'avidité et de boulimie peut survenir, la nourriture étant cette fois considérée comme un substitut de l'amour maternel.

Cette équivalence mère-nourriture s'atténue ensuite progressivement notamment au cours de la période œdipienne durant laquelle les attitudes envers la nourriture seraient plutôt en lien avec les théories sexuelles infantiles. Ces troubles sont secondaires à des conflits internes, intrapsychiques et structuraux. Ils ne sont pas obligatoirement affectés par la présence ou l'absence de la mère pendant les repas. Ils ne dépendent donc pas directement d'un objet externe, ce qui pourrait constituer un bon élément d'orientation diagnostique.

Dans une perspective davantage kleinienne, cette enfant a montré une très forte envie depuis sa toute petite enfance et a présenté rapidement des angoisses face à ses propres pulsions destructrices. Si elle s'est sentie menacée par elle-même, elle a pu diriger toutes ses craintes vers un unique objet extérieur : la nourriture. La nourriture devient alors dangereuse et cible de toutes les pulsions sadiques de Madeleine. Pour Klein, les difficultés alimentaires des jeunes enfants sont très en lien avec les premières situations anxiogènes traversées par l'enfant et auraient une origine paranoïde. La nourriture devenant source

d'empoisonnement et de destruction. Les solides seraient assimilés aux fèces et aux matières corporelles, les liquides seraient eux rapprochés de l'urine, du sperme, du lait. Ces interprétations kleinienne peuvent souligner l'atmosphère incestuelle qui pourrait exister.

III.8.2 Phobie de déglutition et phobies alimentaires

Il s'agit de troubles non spécifiques à l'enfant. Le diagnostic en tant que tel est absent des classifications habituelles mais peut être intégré à la catégorie « troubles phobiques spécifiques » de la CIM-10 et du DSM. Il existe assez peu de publication concernant les enfants pouvant en être atteints. Une revue de la littérature date de 2006 sur le sujet, révélant la prédominance des filles.

Classiquement ce trouble est décrit comme survenant dans les suites d'une fausse route très anxiogène ou de gestes médicaux invasifs ou encore d'abus. Cependant certains auteurs estiment qu'un tel événement (fausse route traumatique) n'est retrouvé que dans 39% des cas. Les sujets atteints vont restreindre leur alimentation et préférer les plats mixés et les liquides. Il n'existe pas de préoccupations pondérales ou corporelles.

Chatoor (citée dans (10)) rapproche ce trouble d'un état de stress post-traumatique, évoquant entre autre la présence d'autres symptômes associés tels que des rêves répétitifs. Un tiers des enfants de 5 à 15 ans concernés par ce type de trouble présenteraient des antécédents prémorbides de troubles alimentaires. Ces enfants présentent également d'autres craintes telles que la peur de vomir, d'aller aux toilettes, d'être contaminé par des microbes... La rigidité du tableau clinique doit faire penser à la présence d'un trouble obsessionnel compulsif.

L'évaluation doit porter sur les symptômes anxieux et dépressifs ainsi que sur le plan somatique. Elle permet entre autre de repérer des troubles comorbides, souvent constitués de phobies simples, d'autres troubles anxieux autour d'angoisse de séparation (phobie de l'obscurité), d'hyperanxiété (phobie des accidents) ou encore de TOC (phobie des microbes). Les symptômes doivent être analysés et décrits le plus finement possible en particulier lorsqu'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est envisagée, thérapie particulièrement efficace dans ce cas.

Le pronostic est plutôt bon, comme les phobies simples de l'enfant. Le trouble ne nécessite d'interventions spécialisées qu'en cas de retentissement pondéral ou d'association à d'autres troubles anxieux invalidants (59).

III.8.3 Syndrome de refus global

C'est Lask qui a décrit ce trouble pour la première fois en 1991, exposant les observations de quatre fillettes âgées de 9 à 14 ans.

Ce syndrome est rare mais peut engager le pronostic vital.

Il est marqué par le polymorphisme des symptômes rencontrés. Certains auteurs pensent qu'il s'agirait d'une forme extrême d'état de stress post-traumatique. L'abus est inconstant mais des cas d'abus sexuel ou physique peuvent être rencontrés.

Le tableau clinique est frappant : l'enfant ne s'alimente plus, ne boit plus, refuse de marcher, de parler. Thompson et Nunn définissent le trouble comme « un refus de s'alimenter et une perte de poids, associés à un retrait social, et un refus complet ou partiel dans une activité ou plusieurs, tel que bouger, parler ou porter attention à soi » (cités dans (10)).

Le premier diagnostic différentiel à évoquer est bien entendu celui d'un épisode dépressif majeur (dans 54 % des cas). Il faut également penser à un trouble somatoforme (42 % des cas), ou anxieux (29 % des cas). Dans la littérature, le diagnostic de syndrome catatonique n'est évoqué que dans 4% des cas.

L'évaluation comporte un bilan somatique, une recherche d'antécédents psychiatriques individuels et familiaux et une évaluation des relations intrafamiliales. Il faut également rechercher des facteurs de stress.

La plupart du temps, les situations suivent une évolution favorable (dans 67 % des cas selon Jaspers).

III.8.4 Boulimie et compulsions alimentaires

L'existence d'un début précoce de ce type de troubles est controversée. L'âge de début classique se situe aux environs de 18 ans, certains auteurs évoquant des débuts précoces avant 15 ans. Bryant-Waugh et son équipe (cités dans (10)) ont plutôt tendance à nier l'existence d'une boulimie prépubère. Cependant certaines études rétrospectives retrouvent un début précoce des conduites alimentaires, avant les premières règles. En général, il s'agit plutôt d'un début préménarchal mais non strictement prépubère.

En revanche, l'hyperphagie boulimique peut concerner des enfants. La prévalence serait de 6.2 % entre 6 et 13 ans. Le poids étant le plus souvent normal ou en surpoids. Les formes précoces seraient plus à risque d'évoluer vers une obésité, des pratiques de régime, des boulimies constituées et des troubles de l'humeur. Les compulsions précoces peuvent donc être un état prémorbide de boulimie. Chez l'enfant, c'est la perte de contrôle qui est le symptôme le plus évident, au point que Tanofsky-Kraff (cité dans (10)) a proposé l'individualisation d'un trouble qu'il a nommé « perte de contrôle de l'alimentation ».

Les différents troubles évoqués lors du diagnostic différentiel peuvent être plus ou moins intriqués et il n'est pas toujours évident de poser un diagnostic simple. Par exemple, les petits mangeurs peuvent devenir de véritables anorexiques et une phobie de déglutition peut s'ajouter à une anorexie mentale préexistante... (8).

III.9 Comorbidités

Concernant les comorbidités dans l'anorexie mentale prépubère, les données sont assez rares. Elles sont cependant importantes à repérer du fait des conséquences péjoratives qu'elles peuvent générer, en particulier en terme de pronostic. En effet, des études ont montré une évolution moins favorable de l'anorexie si elle est associée par exemple à des comportements suicidaires, des troubles de la personnalité ou encore des abus de substances.

Les troubles comorbides peuvent être évalués lors des entretiens individuels et familiaux ou au cours d'observations cliniques en cas d'hospitalisations. Des instruments peuvent également être utilisés tels que l'inventaire de la dépression pour enfant de Kovacs, l'inventaire de l'anxiété adapté aux enfants de Spielberger ou encore des échelles d'obsessions et de compulsions adaptées aux enfants et adolescents de Leyton et Yale-Brown (10).

Nous disposons donc de peu de publications spécifiques au sujet des comorbidités psychiatriques dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant. De même les études concernant l'adulte restent rares. Pourtant il semble important d'évaluer la présence d'une autre pathologie psychiatrique primaire chez l'enfant souffrant de TCA. Il est généralement admis qu'environ 17 % des enfants présentant des troubles psychologiques développent à un moment donné des troubles alimentaires.

Sur le plan psychiatrique, nous retrouvons au sein des comorbidités, les troubles anxieux, les troubles de personnalité, les troubles de l'humeur ainsi que les consommations de toxiques qui concernent plutôt les adolescents.

L'unique étude française publiée à ce jour au sujet des TCA de l'enfant souligne en termes de comorbidités :

- l'importance de la symptomatologie dépressive observée durant l'hospitalisation avec des épisodes dépressifs, parfois caractérisés, dans 36.8 % des cas. Un tableau incomplet existe dans presque 85 % des cas avec asthénie, tristesse, irritabilité, troubles de la concentration ;
 - la fréquence des troubles anxieux ;
 - l'importance de la phobie de déglutition considérée comme un diagnostic différentiel mais pouvant aussi représenter une comorbidité.

La comorbidité dépressive paraît donc tout à fait importante dans ces formes prépubères, l'anorexie infantile est même considérée par certains auteurs comme un équivalent dépressif. Le diagnostic différentiel est donc essentiel à faire entre une anorexie

mentale compliquée d'un état dépressif majeur et un état dépressif majeur associé à un refus alimentaire total secondaire (9).

L'étude australienne réalisée en 2009 (60) sur 101 enfants avec des troubles alimentaires et âgés de 5 à 13 ans révélait qu'environ 62 % des sujets présentaient au moins une comorbidité psychiatrique.

L'étude plus récente de Nicholls (43) révèle que les comorbidités des troubles alimentaires de l'enfant sont avant tout représentées par la dépression, l'anxiété et les TOC et concernent 41 % des patients. L'anxiété est la plus fréquente des comorbidités dans cette étude. Des troubles du spectre autistique ou autres troubles développementaux sont également retrouvés mais plus rarement.

III.9.1 TCA et troubles anxieux

La prévalence des troubles anxieux est plus importante chez les enfants présentant des troubles alimentaires comparée à la prévalence en population générale.

Cependant, les études en la matière concernent souvent une population de patients d'âge très variable. Il y a très peu d'études au sujet de l'anorexie prépubère spécifiquement.

La prévalence des troubles anxieux chez les patients souffrant de troubles alimentaires est en moyenne deux à trois fois supérieure à celle retrouvée en population générale.

Les statistiques concernant cette comorbidité sont très hétérogènes selon les études. La présence de « au moins un trouble anxieux vie entière » varie de 13 à 75 % chez les sujets boulimiques et de 20 à 55 % chez les sujets anorexiques. En effet ces études ne suivent pas toutes la même méthodologie et prennent en compte un nombre plus ou moins grand de troubles anxieux différents.

Chez les sujets anorexiques, les deux troubles anxieux les plus fréquents sont la phobie sociale et le TOC.

Concernant la chronologie des troubles, les résultats sont contradictoires et les études peu nombreuses. Cependant, la plupart d'entre elles s'accordent à dire que dans deux tiers des cas environ, au moins un trouble anxieux précède les troubles alimentaires. La phobie sociale notamment précède l'anorexie ou la boulimie dans 79 à 100 % des cas selon les études.

Par exemple, Kaye et son équipe (2004) (61) ont étudié une cohorte de patients âgés de 13 à 65 ans, présentant des troubles des conduites alimentaires associés à des troubles anxieux. Deux tiers des individus de l'étude avaient un antécédent de trouble anxieux sur la vie entière. Les deux premiers en fréquence étaient les TOC (41 %) et la phobie sociale (20 %). Chez ces patients, un début spécifique dans l'enfance du trouble anxieux obsessionnel

compulsif a été observé dans 23 % des cas, de la phobie sociale dans 13 % des cas et d'une phobie spécifique dans 10 % des cas. Dans 62 à 83 % des cas, le trouble anxieux en question était présent avant l'apparition des TCA. Les troubles anxieux comorbides ne semblent pas avoir de valeur pronostique selon ces auteurs.

Godart N. et son équipe (62) ont réalisé une étude en 2003 concernant la prévalence et la chronologie des troubles anxieux chez des sujets anorexiques ou boulimiques. Ils ont révélé que 83 % des sujets anorexiques et 71 % des sujets boulimiques ont présenté durant leur vie un antécédent de trouble anxieux. La prévalence relevée dans cette étude est largement supérieure à la prévalence des troubles anxieux en population générale. Les auteurs ont montré que le trouble anxieux était plus souvent prémorbide aux troubles alimentaires.

Le trouble anxieux le plus fréquemment retrouvé était la phobie sociale parmi six diagnostics (trouble anxieux généralisé, trouble panique sans agoraphobie, TOC, phobie sociale, phobie simple, agoraphobie) et une recherche d'antécédent d'anxiété de séparation. La prévalence de la phobie sociale en population générale est trois à dix fois plus basse.

La plupart (62 %) des patients présentait plus d'un trouble anxieux comorbide.

Parmi les patients ayant présenté un trouble anxieux au cours de leur vie, 75 % des sujets anorexiques et 88 % des sujets boulimiques ont souffert d'un trouble anxieux avant l'apparition des TCA.

L'étude révèle que le trouble anxieux généralisé, pourtant peu étudié au sujet des troubles alimentaires, représente l'un des troubles anxieux les plus retrouvés chez ces patients. Ce trouble est relativement rare dans la classe d'âge 15-24 ans (2 %) alors qu'il concerne dans l'étude jusqu'à 24 % des patients anorexiques.

Le trouble panique semble également assez fréquent dans l'anorexie et la boulimie.

La phobie simple et les TOC ont une prévalence significativement plus élevée chez les patients anorexiques que chez les patients boulimiques.

Enfin, plus de la moitié des sujets de l'étude ont présenté une anxiété de séparation, alors que cela est plutôt rare en population générale (4 %).

Le fait que les troubles anxieux surviennent plus précocement chez les patients anorexiques constitue un facteur de gravité, surtout lorsque ces troubles surviennent dans l'enfance. Ils risquent de perturber le développement socio-affectif de l'enfant et de compromettre son insertion sociale.

Ces troubles alimentaires pourraient s'expliquer par une tentative d'apaisement et de gestion de l'anxiété.

D'autre part, sur le plan biologique, ces deux grandes catégories de troubles présentent des similitudes, notamment sur le plan d'un dysfonctionnement sérotoninergique.

Il paraît très important de prendre en compte ces comorbidités dans la prise en charge des patients souffrant de troubles alimentaires afin d'améliorer l'évolution de la pathologie et les capacités du patient à reprendre une vie sociale apaisée et plus développée.

III.9.1.1 TCA et troubles obsessionnel compulsif (TOC)

Environ un tiers des jeunes anorexiques présenteraient des symptômes obsessionnels-compulsifs, le plus souvent prémorbides, plus particulièrement chez les garçons.

Nous disposons avant tout d'études en population adulte voire adolescente.

Les adultes souffrant de troubles obsessionnels compulsifs primaires seraient concernés par des troubles alimentaires dans 13 à 42 % des cas et selon la littérature, entre 10 et 70 % des patients anorexiques présenteraient un diagnostic de TOC. Les adolescents souffrant de TOC auraient un IMC moyen significativement inférieur à celui de la population générale. Néanmoins, les études révèlent des résultats contradictoires en mettant en évidence que l'hyperphagie boulimique représenterait le trouble alimentaire le plus fréquent dans cette population.

Lorsque les troubles obsessionnels compulsifs sont associés à des troubles alimentaires, ils présentent en général un début plus précoce.

Le plus souvent, les patients souffrant de TOC et d'anorexie mentale présentent avant tout des obsessions de contamination et des obsessions alimentaires ainsi que des compulsions de lavage, alors que les obsessions autour du corps sont plus fréquentes au cours de la boulimie nerveuse.

L'association des deux pathologies est en général révélatrice :

- d'une plus importante sévérité des troubles ;
- d'une plus grande fréquence des comorbidités dépressive et anxieuse ;
- de symptômes de survenue précoce ;
- d'un plus grand nombre de traitements antérieurs ;
- d'un plus grand risque de comportement suicidaire.

Cette comorbidité fréquente souligne probablement des facteurs psychopathologiques en commun.

Il existe des similitudes entre les comportements ascétiques de l'anorexie et les symptômes obsessionnels (ordre intellectuel avec maîtrise du corps).

Dès les premières descriptions de la maladie, l'articulation entre anorexie et fonctionnement obsessionnel est mise en lumière. En 1939, Palmer et Jones parlent de « névrose obsessionnelle » pour qualifier l'*anorexia nervosa* décrit par Gull (63).

De nombreuses études se sont intéressées à cette comorbidité, en particulier autour du perfectionnisme, principal trait obsessionnel étudié dans l'anorexie mentale. Le perfectionnisme est d'ailleurs évalué au sein de l'EDI (*Eating, Disorder Inventory*). Ce trait de personnalité est particulièrement présent chez les patients souffrants de troubles alimentaires, même après restauration pondérale. Les patients anorexiques présentent bien souvent des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive, tels que l'inflexibilité, la rigidité ou encore la maîtrise intellectuelle.

Les troubles obsessionnels compulsifs sont particulièrement fréquents au cours de l'anorexie lorsque l'hyperactivité physique est intensive.

La symptomatologie obsessionnelle au cours de l'anorexie mentale concerne essentiellement l'ordre, la symétrie, l'exactitude et la propreté. La dénutrition extrême renforce encore ces symptômes. Les rituels et les idées (autour du poids, de l'alimentation et du corps) au cours de l'anorexie présentent également de nombreuses similitudes avec ceux des patients obsessionnels.

De multiples études convergent donc vers l'idée d'une articulation entre l'anorexie mentale et les TOC, d'un point de vue psychopathologie, clinique, biologique ou génétique.

Plusieurs hypothèses sont possibles :

- celle d'une contiguïté dans l'idée d'une coexistence des deux troubles, évoluant de manière indépendante ;
- celle d'une continuité, l'anorexie répondrait alors à des mécanismes psychologiques et neurologiques de type obsessionnel ;
- celle d'une proximité, avec la notion de vulnérabilité, en particulier génétique, biologique et environnementale (63).

III.9.2 TCA et dépression

Il semble exister une forte comorbidité entre l'anorexie et la dépression chez l'enfant mais les études sont rares voire inexistantes et la chronologie des troubles est souvent difficile à établir (8).

Néanmoins, les auteurs ne sont pas tous d'accord sur le sujet. Par exemple, certains mettent en avant le fait que la comorbidité dépressive serait associée à un meilleur pronostic, d'autres évoquent le contraire.

Certaines études révèlent que la dépression est plutôt rarement associée aux troubles alimentaires chez l'enfant, l'association des deux pathologies étant plus fréquemment retrouvée chez les grands adolescents de plus de seize ans.

Les adultes souffrant de troubles alimentaires présentent plus souvent qu'en population générale des affects dysphoriques tels que des sentiments de vide, de solitude, d'inutilité ou de désespoir. Ces symptômes correspondent à l'hypothèse psychopathologique fondamentale centrée sur le fait que les patients souffrant de TCA présentent un trouble de l'identité associé à des perturbations relationnelles. Le symptôme alimentaire peut donc être interprété comme une stratégie adaptative utilisée face à ces désordres affectifs et traits de personnalité particuliers qui peuvent être déjà plus ou moins présents dans l'enfance(10).

Salbach-Andrae et son équipe (2008) (cités dans (10)) ont étudié la comorbidité entre les troubles alimentaires (en population adolescente et adulte) et les troubles de l'humeur. Ils ont révélé que ces troubles représentent plus de 60 % des diagnostics de l'axe I du DSM au cours des troubles alimentaires. La dépression semble donc bien représenter une comorbidité fréquente. Elle pourrait prédire la survenue d'un trouble du comportement alimentaire mais peut également survenir secondairement.

D'autre part, une faible estime de soi peut aussi fragiliser l'enfant, particulièrement en période pré-pubertaire et faire ainsi le lit de la dépression. Elle représente donc un risque de développer un trouble alimentaire.

En effet, plusieurs études montrent qu'une faible estime de soi entraîne plus facilement des sentiments de dépression et d'angoisse. D'ailleurs, les garçons, qui ont souvent une meilleure estime d'eux-mêmes, sont moins enclins à la dépression.

La prévalence importante des troubles alimentaires à l'adolescence mais aussi en période pré-pubertaire révèle à quel point les jeunes de cette classe d'âge souffrent d'insatisfaction corporelle en lien avec une mauvaise estime de soi.

Différents travaux montrent également un lien direct entre une faible estime de soi et la présence d'un TCA ou d'une anorexie mentale.

Les différentes relations entre perfectionnisme, dépression, faible estime de soi et troubles alimentaires ont été étudiées en population adolescente et adulte. Malheureusement, il existe peu de recherches concernant la présence de ces facteurs psychologiques au cours des TCA de l'enfant. C'est ce qui a motivé l'étude de M.E. Turgeon et de son équipe(7) concernant une population d'enfants âgés de 8 à 13 ans.

Les auteurs ont utilisé un outil permettant un dépistage des troubles du comportement alimentaire appelé le EATch (*Eating Attitude Test children*) que nous avons déjà évoqué dans ce travail. Cet outil est constitué de 26 énoncés gradués chacun sur une échelle de 1 à 6. Des attitudes ou comportements associés aux TCA sont ainsi évalués en fréquence et un score leur est attribué selon qu'ils sont présents de jamais à toujours. Le score total

s'échelonne de 0 à 78. Un score supérieur à 20 est en faveur d'un trouble du comportement alimentaire.

Le niveau de dépression a été évalué par l'IDE (*Inventaire de Dépression pour Enfants*), version francophone du CDI (*Children Depression Inventory*) de Kovacs.

Les résultats mettent en évidence une corrélation entre la dépression, la faible estime de soi et la présence de troubles alimentaires. Les analyses montrent que c'est surtout l'association de la dépression avec la faible estime de soi qui influence les scores de l'EATch plutôt que ces deux facteurs pris séparément.

Ces résultats se rapprochent d'observations émanant d'autres auteurs concernant l'anorexie mentale chez l'adolescent (64).

Alessi et son équipe(65), à la fin des années 80, décrivaient déjà un cas d'anorexie mentale prépubère associée à un tableau dépressif, chez une fillette âgée de 9 ans. Celle-ci avait perdu environ 35% de son poids initial, elle présentait des signes classiques d'anorexie mentale (peur intense de prendre du poids, restriction alimentaire, préoccupations excessives concernant l'alimentation et le poids, impression d'être grosse). Des symptômes évocateurs d'un syndrome dépressif étaient également retrouvés : perte d'intérêt pour les activités habituelles et les amis, baisse d'énergie, troubles de la concentration et idéations suicidaires. Cette enfant était décrite, avant le début des troubles, comme étant très sociable, brillante sur le plan scolaire, travailleuse. Un an avant l'apparition des symptômes, des changements physiques avaient été constatés par son médecin généraliste, passant d'un stade I à un stade II de Tanner, ce qui avait beaucoup inquiété la mère.

La fillette avait décidé quelques semaines avant son hospitalisation de débiter un régime et avait diminué progressivement ses apports alimentaires en éliminant certains aliments. Elle a fini par ne plus prendre de collation au moment du goûter et a ensuite diminué le nombre de repas sur la journée. Des comportements ritualisés sont apparus autour des repas ainsi qu'un intérêt nouveau pour les courses alimentaires et la cuisine, signes encore une fois classiquement retrouvés dans les tableaux d'anorexie mentale de l'adolescente. Comme souvent dans le cas des formes prépubères, il n'y avait pas de conduites purgatives.

En parallèle, la fillette a développé des angoisses importantes, un sentiment de culpabilité en lien avec la nourriture, des crises de pleurs fréquentes, une fluctuation de l'humeur qui passait inaperçue avant la perte pondérale. La famille de l'enfant était décrite comme favorisée sur un plan socio-économique et transmettant des valeurs de réussite scolaire, e, donnant beaucoup d'importance à l'apparence. Les deux parents contrôlaient d'ailleurs régulièrement leur poids et la mère avait pratiqué une liposuction peu de temps avant le début des troubles de sa fille. La fillette avait donc été hospitalisée dans une structure spécialisée. A l'époque, un contrat d'hospitalisation avait été mis en place. Les médecins

avaient réalisé des tests, notamment la CDRS (Children's Depressive Rating Scale) et le EAT-Ch afin d'évaluer respectivement, la dépression et l'anorexie mentale. Ces échelles avaient ensuite été régulièrement réévaluées afin d'avoir une représentation objective de l'évolution et de la progression des symptômes. Les auteurs constataient alors que les symptômes dépressifs s'amélioraient avec la reprise pondérale. Le Quotient Intellectuel révélait des capacités intellectuelles supérieures à la moyenne et notamment un très bon niveau de langage, correspondant environ à un enfant âgé de 12 ans. La psychothérapie individuelle était rendue quasiment impossible du fait du ralentissement psychique et des pleurs.

Ce cas clinique posait déjà à l'époque la question de l'association entre anorexie mentale et dépression chez l'enfant. Il soulève également la question de la place de la précocité psychique et physique dans le développement des troubles. Il était déjà admis à ce moment-là que de plus en plus de fillettes entreprenaient des régimes dans le but de perdre du poids. Le développement des caractères sexuels secondaires ne semblait donc pas nécessaire à l'apparition de préoccupations corporelles et pondérales.

D'autre part, un test de freinage à la dexaméthasone a été réalisé mettant en évidence une augmentation des taux de cortisol et de l'activité surénalienne chez cette patiente. La dénutrition pourrait donc, de par cette anomalie entre autre, favoriser le développement de troubles de l'humeur. Dans le cas présenté par les auteurs, les symptômes dépressifs se sont progressivement amendés avec la prise de poids sans qu'il n'y ait eu nécessité de recourir à un traitement antidépresseur.

Il est connu que la perte de poids n'est pas commune au cours de la dépression de l'enfant, ne survenant que dans 18% des cas environ, alors qu'elle concerne 32% des adolescents et 80% des adultes souffrants de dépression. En revanche, une diminution de l'appétit est souvent retrouvée au cours de la dépression de l'enfant, ce qui pose la question de la relative rareté de la perte de poids.

Dans l'anorexie mentale, l'activité surrénalienne est augmentée, entraînant une augmentation des taux de cortisol. La relation entre ce fait biologique et l'étiopathogénie de l'anorexie mentale n'est toujours pas clairement définie. La dénutrition entraîne une augmentation des taux de cortisol quelle qu'en soit la cause. Elle entraîne également une fatigue, une irritabilité, une dépression et un manque de concentration. Il semble donc exister un lien étroit entre la dérégulation de la sécrétion du cortisol et les effets dépressogènes survenant au cours de la dénutrition. Ce cas déjà ancien permet de penser que chez les enfants vulnérables (par exemple avec des antécédents familiaux de troubles de l'humeur), l'anorexie mentale pourrait favoriser la survenue de troubles dépressifs (65).

III.9.2.1 Liens entre dépression et troubles anxieux au cours des troubles alimentaires

La dépression et les troubles anxieux sont les deux principales comorbidités des troubles alimentaires. Nous pourrions penser que l'une influence la survenue de l'autre et vice versa.

En effet, il semble que ces deux pathologies soient liées : deux tiers des patients dépressifs présentent un trouble anxieux sur la vie entière et un tiers des patients souffrant de troubles anxieux développent une dépression. La comorbidité dépression-trouble anxieux est particulièrement importante concernant le trouble anxieux généralisé. En général, le trouble anxieux survient avant la dépression.

La comorbidité dépression et trouble anxieux au cours des troubles alimentaires est relativement peu étudiée.

D'autre part, les différents troubles anxieux sont très souvent comorbides entre eux. Soixante-six pour cent des patients anorexiques présentent entre deux et cinq troubles anxieux sur la vie entière.

Il n'y a à ce jour aucune donnée spécifique à l'enfant. Les études concernent l'adulte et quelques fois l'adolescent. Elles peuvent cependant nous permettre d'émettre des hypothèses concernant l'enfant.

Godart N. et son équipe(66) se sont basés sur une étude multicentrique française au sujet des TCA chez des sujets de 15 à 30 ans afin de répondre aux deux questions suivantes : les troubles anxieux sont-ils liés à la dépression dans les troubles du comportement alimentaire ? Quelle est la chronologie des troubles ?

Les auteurs aboutissent à la conclusion suivante : chez les patients anorexiques, les épisodes dépressifs sont liés de manière significative aux troubles anxieux sur la vie entière et plus particulièrement le trouble anxieux généralisé. La présence de trouble anxieux au cours des troubles alimentaires augmente donc le risque de présenter un épisode dépressif majeur. Le risque sur la vie entière serait multiplié par cinq environ.

D'après cette étude, les troubles anxieux représentent un facteur de risque de dépression bien plus important au cours de l'anorexie mentale qu'au cours de la boulimie nerveuse.

Les auteurs posent la question de l'implication des troubles anxieux dans le fait que l'âge de début de la dépression soit plus précoce chez les patients anorexiques qu'en population générale.

Ils concluent également qu'il semble exister davantage de liens directs entre la dépression et les troubles alimentaires qu'entre les troubles anxieux et les TCA.

III.9.3 TCA et « trouble de la personnalité »

La question des troubles de personnalité est délicate du fait du jeune âge des patients. En effet, la personnalité se construit progressivement tout au long de l'enfance et de l'adolescence, elle reste donc souple et peut évoluer. Néanmoins, il semblerait qu'il existe une relation en fréquence entre l'anorexie mentale et certains troubles de personnalité. Les enfants souffrant d'une anorexie mentale plutôt restrictive auraient tendance à présenter plus souvent qu'en population générale des traits de personnalité obsessionnelle compulsive (l'anorexie de type purgatif est plutôt rare avant l'adolescence et serait souvent associée à une personnalité limite) (64).

Le perfectionnisme semble également être un trait de personnalité ou de tempérament qui entraîne un risque accru de développer des troubles alimentaires. Cette vulnérabilité peut s'expliquer en partie de manière indirecte, le perfectionnisme représentant un facteur de risque de survenue d'une dépression, qui elle-même rend plus vulnérable aux TCA.

Le perfectionnisme a plusieurs dimensions, étudiées par différentes échelles. Nous pouvons ainsi distinguer :

- *le perfectionnisme orienté vers soi* qui correspond à des standards excessivement élevés et à une motivation pour la perfection sur le plan individuel ;
- *le perfectionnisme socialement prescrit*, c'est-à-dire le fait de croire que les autres attendent de nous la perfection.

Ces deux dimensions seraient liées à une fréquence accrue de dépression.

Les adolescents souffrant d'anorexie mentale sont souvent décrits par leurs parents comme des « enfants parfaits ». Une étude anglo-saxonne réalisée en 2002 montrait que le perfectionnisme orienté vers soi (estimé à l'aide d'échelles et de sous-échelles) est un facteur prédictif de troubles alimentaires. La PSPS (*Perfectionistic Self Presentation Scale*) est une échelle qui mesure le besoin de paraître parfait, de masquer ses défauts et ses difficultés potentielles. Les corrélations entre ces échelles et les attitudes alimentaires sont significatives.

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'étude de ME Turgeon et de son équipe s'est intéressée aux relations entre perfectionnisme, dépression, faible estime de soi et TCA chez l'enfant de 8 à 13 ans.

Le perfectionnisme est évalué grâce à la sous échelle de perfectionnisme négatif socialement prescrit tiré de l'EPPN (*Echelle de Perfectionnisme Positif et Négatif*), version franco-canadienne de la PNP (*Positive and Negative Perfectionism scale*).

Les auteurs montrent que le perfectionnisme seul n'est pas corrélé avec les troubles alimentaires de manière significative. Il semblerait donc que le perfectionnisme représente un facteur de vulnérabilité des troubles alimentaires de façon indirecte uniquement, en augmentant le risque de dépression.

Concernant le perfectionnisme, cette étude, ainsi que les résultats retrouvés par d'autres auteurs, suggèrent l'existence d'un autre type de perfectionnisme chez l'enfant. Il serait peut-être plus fréquent et n'est pas évalué par la sous échelle utilisée dans l'étude. Peu d'études se sont penchées sur le perfectionnisme chez l'enfant, bien que celui-ci se développe effectivement durant l'enfance et très probablement selon l'attitude des parents et leur discipline. D'autre part, nous pouvons penser que le perfectionnisme socialement construit n'est pas encore présent dans cette classe d'âge. En effet, à ce stade, selon Piaget, l'enfant n'a pas encore acquis la possibilité de faire des hypothèses ou d'utiliser des capacités d'abstraction, outils cognitifs qui semblent justement nécessaires à ce type de perfectionnisme (7).

III.9.4 TCA associés aux troubles de développement

Gilberg et Wentz, en Suède (cités dans(10)), ont étudié une population d'enfants et d'adolescents présentant des troubles neurodéveloppementaux à type de troubles du spectre autistique (TSA) ou de trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Ces deux pathologies sont connues comme étant fréquemment retrouvées dans les antécédents de jeune filles ou femmes anorexiques, puisqu'elles sont présentes chez environ la moitié des patientes.

Quatre-vingt-dix pour cent des patients souffrant de TSA présentent des troubles alimentaires associés, caractérisés par un style alimentaire souvent particulier, variable d'un enfant à l'autre mais le plus souvent atypique. Ces enfants présenteraient plus souvent qu'en population générale un déficit pondéral (les résultats actuels restant contradictoires sur la question). La moitié environ de ces enfants présente une alimentation moins variée et influencée notamment par la texture et la présentation. Les comportements parentaux sont également très variables et pèsent sur ceux de l'enfant. Concernant la prise en charge, ces enfants sont plus difficilement accessibles aux psychothérapies individuelles et familiales classiques. Différents auteurs évoquent essentiellement l'intérêt des approches éducatives, cognitives et comportementales même si aucune étude n'a encore été réalisée sur le sujet.

A contrario, il est estimé qu'environ 33 % des patients anorexiques présenteraient des antécédents de traits autistiques dans la petite enfance, comorbidité qui reste un facteur de moins bon pronostic.

Certains auteurs, même s'il n'y a pas de données précises sur le sujet, ont décrit des cas de dysharmonie évolutive de l'enfant pouvant faire le lit de troubles du comportement alimentaires.

Les troubles alimentaires et le TDAH ont en commun certains traits sémiologiques et structuraux tels que l'impulsivité, la mauvaise estime de soi, les troubles de l'attention et de certaines fonctions exécutives. Il existe à ce jour trois études contrôlées concernant des filles souffrant de TDAH. Il semblerait que le type de TDAH influencerait la survenue de TCA, les troubles mixtes étant plus fréquemment associés à des TCA que les troubles impulsifs, d'ailleurs moins fréquents chez la fille. Cependant les IMC moyens des enfants porteurs de TDAH sont globalement plus élevés qu'en population générale.

Dans une population de sujets adultes chez qui un diagnostic de TDAH a été évoqué, les TCA concerneraient 9 à 23 % d'entre eux mais seraient avant tout des troubles du type hyperphagie boulimique.

III.9.5 TCA et syndrome de stress post-traumatique (PTSD)

Lorsqu'il s'agit d'un syndrome de refus global, des antécédents de violences subies sont retrouvés dans 29% des cas et des antécédents d'abus sexuels dans 21% des situations. Parmi une population d'adolescents et de préadolescents présentant un PTSD primaire, 25 % vont développer un TCA, de façon significativement plus importante qu'en population générale. Il est admis qu'environ un tiers des enfants ayant subis des traumatismes développent des TCA(10).

III.9.6 Troubles du comportement alimentaire et affections somatiques

La quasi-totalité des pathologies pédiatriques peuvent entraîner des troubles alimentaires de façon directe, mais aussi du fait d'effets indésirables liés aux traitements et également aux effets psychologiques de la maladie.

Nous pouvons citer par exemple le cas de la mucoviscidose ou des maladies digestives inflammatoires chroniques.

Un antécédent d'assistance nutritionnelle est assez fréquemment retrouvé dans l'histoire des enfants qui présentent des troubles alimentaires. Souvent, lors du sevrage de l'alimentation artificielle, l'enfant présente une résistance à l'alimentation orale, voire un refus total, une restriction ou même une impossibilité à avaler.

Le modèle des nouveau-nés prématurés est particulièrement intéressant. L'assistance nutritionnelle modifie « les patterns » de succion du nouveau-né, d'où l'importance de

favoriser dès que possible une succion non nutritive afin de favoriser la transition au sevrage de la sonde.

Avant un an, l'assistance nutritionnelle est particulièrement à risque d'entraîner des troubles alimentaires post-traumatiques, comme déjà évoqué dans les chapitres précédents.

En ce qui concerne la gastrostomie, elle entrave également l'accès à une alimentation normale en la dissociant de l'oralité. Elle empêche une bonne rythmicité des repas et altère l'alternance des sensations de faim et de satiété. L'environnement et les interactions précoces sont alors déterminants pour le développement alimentaire de ces enfants vulnérables.

Le diabète est une pathologie particulièrement associée aux troubles des conduites alimentaires, sa prévalence est assez forte dans cette population. La prise en charge de cette maladie passe en effet par bon nombre d'interdits et de restrictions au niveau de l'alimentation, notamment autour du sucre, qui représente l'aliment principal du plaisir et de la récompense. Les troubles alimentaires concernent surtout les diabétiques de type 1 dans un but de contrôle pondéral mais aussi parfois constituant d'authentiques TCA (notamment hyperphagie et boulimie). Les patients peuvent également manipuler leur insulinothérapie dans le but de perdre du poids. De véritables cercles vicieux s'installent alors. La mauvaise observance entraîne une insulino-résistance nécessitant l'augmentation des doses, ce qui favorise le surpoids et accentue encore les troubles alimentaires. Les troubles concernent une majorité de filles parmi les patients diabétiques de type un, la différence des sexes étant moindre en ce qui concerne le type deux (10).

III.9.7 Comorbidités des troubles alimentaires dans la petite enfance

Le succès du développement de l'alimentation et de la croissance de l'enfant dépend de nombreux facteurs, socio-culturels, biomédicaux, et physiologiques. La nourriture doit également être disponible et présentée à l'enfant qui doit être en capacité de l'ingérer.

Parmi les enfants présentant des difficultés alimentaires, environ 25 à 70 % d'entre eux se trouvent dans une situation médicale et développementale plus ou moins complexe pouvant favoriser les troubles alimentaires. Plus précisément, 48 à 85 % des enfants qui souffrent de troubles alimentaires présentent au moins deux problématiques médicales, développementales ou comportementales, et quasiment la totalité d'entre eux présentent au moins un problème surajouté aux difficultés alimentaires.

Il est généralement admis que plus la situation de l'enfant est complexe sur le plan des comorbidités, plus ses difficultés alimentaires risquent d'être sévères. En réalité, assez peu d'études se sont intéressées vraiment à la question.

Berlin et son équipe (67) ont néanmoins réalisé une étude sur la relation entre le nombre de comorbidités médicales et développementales et la sévérité des difficultés alimentaires de l'enfant. Ils ont également prêté attention aux interactions entre les différentes comorbidités en tentant de réduire la complexité des situations. Ils ont ainsi déterminé les principaux « patterns » de comorbidités. Enfin, ils ont voulu savoir si ces « patterns » agissaient différemment sur le comportement alimentaire, le statut pondéral, les réactions parentales et la variété alimentaire. Les auteurs ont utilisé une échelle d'évaluation, la BPFAS (Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale), constituée de 35 items. Les 25 premiers s'intéressent au comportement de l'enfant alors que les 10 derniers explorent le ressenti des parents et leurs stratégies pour tenter d'influencer le comportement alimentaire de l'enfant. Pour chaque item, les parents doivent déterminer la fréquence du comportement entre 1 (jamais) et 5 (toujours) et indiquer si le comportement en question constitue un problème pour la famille (oui/non). L'échelle donne quatre scores différents : un score « comportement-fréquence » (entre 25 et 125), un score « comportement-problème » (entre 0 et 25), un score « ressentis et stratégies parentaux-fréquence » (entre 10 et 50) et enfin un score « ressentis et stratégies parentaux-problème » (entre 0 et 10). Plus le score total est élevé, plus le comportement alimentaire est problématique et sévère. Cette échelle s'applique à des enfants âgés de 9 mois à 7 ans.

Les auteurs ont également évalué la variété alimentaire de l'enfant sous forme d'un sous score de la BPFAS.

Les principales comorbidités retrouvées et étudiées sont catégorisées en plusieurs classes :

- anomalies structurales (ex syndrome de Pierre Robin) ;
- problèmes neuro- développementaux (pathologie du système nerveux central, retard mental ou incapacités intellectuelles variées et troubles du spectre autistique) et dysfonctionnement des fonctions motrices orales ou de déglutition ;
- pathologies cardiorespiratoires, gastro-intestinales et endocriniennes, dysfonctions métaboliques, troubles immunitaires ou allergiques ;
- troubles comportementaux au sens large / comorbidités psychiatriques : difficultés psychosociales ; carences ; troubles des interactions ; troubles du comportement alimentaire auto-renforcé type refus alimentaire ; troubles émotionnels type anxiété, dépression ou phobies.

De façon assez inattendue, l'étude montre qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la complexité et le nombre des comorbidités et la sévérité des troubles alimentaires.

Les auteurs ont cherché à déterminer le nombre de « patterns » de comorbidités le plus pertinent, afin d'en diminuer la complexité, grâce à différentes analyses statistiques. Ils ont

mis en évidence trois « patterns » différents : une classe « Comportementale » correspondant à 58% des enfants et caractérisée par la haute probabilité des troubles du comportement décrits plus haut. La seconde classe est le « pattern » « Retard de développement » correspondant à 37% des enfants. La dernière classe est intitulée « Trouble du spectre autistique » et concerne 5 % des enfants.

Les auteurs mettent en relief les taux élevés de problèmes comportementaux et de troubles gastro-intestinaux communs aux trois groupes.

Les enfants présentant un trouble du spectre autistique sont plus âgés et plus fréquemment des garçons.

Nous notons la proportion importante d'enfants nés pré-terme dans le groupe « Comportemental », groupe également plus souvent concerné par un antécédent d'alimentation par sonde mais qui finalement décompte le moins grand nombre de comorbidités différentes.

Entre ces trois groupes, il n'y a pas de différence statistiquement significative en terme d'impact sur les variables alimentaires telles que le statut pondéral, le comportement alimentaire ou encore le ressenti parental.

Il n'y a donc aucune différence entre les trois groupes sur le plan alimentaire, la seule exception étant que les enfants du groupe des troubles du spectre autistique présentent une moins grande variété alimentaire que les enfants des deux autres groupes. Ce résultat correspond à d'autres études qui montrent la fréquence des sélectivités alimentaires chez les enfants autistes.

Une analyse supplémentaire révèle que les enfants qui ont été alimentés par sonde à un moment donné de leur existence présentent davantage de troubles du comportement alimentaire malgré un pourcentage de poids idéal plutôt plus élevé que les autres enfants.

Actuellement, nous ne pouvons dire si les réponses au traitement des enfants de ces différents groupes seraient différentes et en quoi.

Cette étude suggère cependant l'intérêt d'envisager une approche non catégorielle, transdiagnostique, des problèmes alimentaires de l'enfant au vue du peu de différences retrouvées parmi les sous-groupes quant aux comportements alimentaires, aux ressentis des parents et au statut pondéral.

III.10 Evolution des troubles

Les opinions concernant le devenir de l'anorexie mentale à début précoce sont très partagées et parfois même contradictoires.

Lors des premières descriptions des formes prépubères de la maladie, le pronostic était annoncé comme étant plutôt meilleur que dans les formes de l'adolescence. Plus tard, le

pronostic a été jugé comme étant identique. Enfin, actuellement et malgré les divergences persistantes, le pronostic est décrit comme étant péjoratif notamment lorsque le début de la maladie survient très tôt (autour de 8-10 ans) et que l'enfant a déjà été hospitalisé pendant une longue durée (5).

Certains auteurs mettent en évidence un pronostic globalement plutôt favorable (Theander, Bruch, Morgan et Russel) et observent un plus grand nombre de guérison lorsque l'anorexie débute avant l'adolescence.

Pour d'autres auteurs, le pronostic est favorable dans les formes immédiatement prépubertaires uniquement (Garfinkel, Jeammet, Bruch, Crisp).

Globalement, les auteurs ont pourtant une opinion plutôt péjorative concernant le pronostic des formes précoces. Jeammet soulignait déjà que les formes les plus précoces (8-10 ans) avec retard de croissance avaient un plus mauvais pronostic que les formes classiques(40).

Cependant, les troubles restrictifs et sélectifs de l'enfant semblent être de plutôt bon pronostic même si les « petits mangeurs » sont plus à risque de développer une anorexie mentale.

L'évolution de l'anorexie mentale prépubère n'a malheureusement pas fait l'objet de beaucoup d'études.

III.10.1 Critères de guérison

Avant toute chose, il paraît nécessaire de déterminer des critères de guérison, la disparition totale des critères utilisés pour le diagnostic étant rarement observée. Les critères d'évolution positive et favorable doivent concerner la santé physique (poids, menstruations, croissance) et mentale (troubles psychiatriques persistants, perceptions subjectives du patient, adaptation sociale).

Chez les adultes, les critères de Morgan et Russell peuvent être utilisés mais ils manquent de spécificité dans le cas des troubles de l'enfant. Ces critères définissent l'évolution comme étant positive lorsque le poids se situe aux environs de 15% de la moyenne et que les cycles menstruels sont à nouveau présents. L'évolution est considérée comme négative si le poids est inférieur à 15% de la moyenne et que les cycles menstruels sont absents ou irréguliers. Chez les adolescents et l'enfant, le consensus fait défaut concernant les critères de guérison, notamment du fait de la période prépubertaire. Pour certains auteurs, comme Swift, ces critères devraient systématiquement prendre en compte la reprise ou le début du développement pubertaire ainsi que la croissance staturale.

D'autre part, l'évaluation du pronostic et de l'évolution des troubles nécessite la pratique d'études de suivi prospective à long terme qui puissent être statistiquement valables. Une revue de la littérature récente montre que pour cela, l'étude en question devrait comprendre un échantillon d'au moins cinquante sujets, être prospective et s'étaler sur une période d'au moins un an.

Il manque justement d'étude de suivi sur plusieurs années (plus de vingt ans). Les suivis courts risquent de passer à côté d'évolution défavorable plus tardive par rapport au début de la maladie.

L'évolution naturelle de la maladie est difficilement évaluable puisqu'elle nécessite de suivre l'évolution de patients qui ne reçoivent aucun traitement. Des descriptions historiques sont donc utilisées, celles-ci s'intéressent souvent à des cas très graves, suivant une évolution fatale, et ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble des cas d'anorexie mentale.

III.10.2 Les formes mineures

Nous savons qu'il existe des formes mineures de troubles du comportement alimentaire, non diagnostiquées et restant donc ignorées des services médicaux. Ces formes deviennent peut être chroniques, mais a minima, ou bien disparaissent spontanément. En effet, environ 1 % des filles et 0.8 % des garçons à 9 ans déclarent faire des régimes pour perdre du poids, les chiffres atteignant respectivement 5 et 1 % à l'âge de 14 ans. Concernant des accès hyperphagiques sans pathologie diagnostiquée pour autant, cela concernerait 0.4 % des filles et 0.8 % des garçons de 9 ans, et 4 % des filles à 14 ans (le chiffre restant stable pour les garçons).

Ces formes ne sont bien sûr pas toutes pathologiques, cependant nous savons que si une dénutrition s'installe, les troubles vont s'auto-entretenir. En effet, la dénutrition aggrave les obsessions alimentaires et l'affaiblissement général engendré entrave le travail psychologique. La maladie étant autoperpétuante, il paraît donc difficile d'aller mieux sans une aide extérieure (10).

III.10.3 Pronostic

Schématiquement, un tiers des patients guérit totalement, un tiers s'améliore de façon significative tout en conservant quelques « séquelles ». Enfin, le dernier tiers présenterait une évolution chronique avec des troubles alimentaires persistant à l'adolescence et même à l'âge adulte. C'est parmi ces patients porteurs de troubles chroniques, qu'il existe le plus fort taux de mortalité avec environ 20% de décès sur vingt ans. Le décès est en général, soit lié à la dénutrition sévère qui entraîne des complications cardiaques, soit secondaire à un suicide (8).

Swift (cité dans (39)), en 1982, montrait que le pronostic de l'anorexie mentale prépubère était presque équivalent à celui de l'anorexie mentale des adolescents. En réalité, l'échantillon étudié concernait plutôt des formes péripubertaires.

Fosson (cité dans (33)), sur 48 patients étudiés, âgés de 8 à 14 ans, révélait que deux tiers d'entre eux atteignaient les objectifs thérapeutiques au cours de l'hospitalisation initiale. Quatre-vingt pour cent s'étaient améliorés cliniquement même si beaucoup présentaient toujours des difficultés d'ordre psychosocial.

En terme évolutifs avec un recul de 2 à 10 ans et malgré quelques perdus de vue, l'étude de Mouren et Bouvard(9) retrouve la répartition décrite ci-dessus. L'évolution était favorable dans environ 27 % des cas, une évolution défavorable se retrouvait dans environ 36 % des situations avec une anorexie persistante, une restriction de la vie émotionnelle ou encore la survenue d'épisodes dépressifs. Dans 36 % des cas, l'évolution était dite « intermédiaire » avec persistance de quelques « manies » alimentaires ou de difficultés relationnelles mais sans impact grave sur l'état psychologique, permettant donc un fonctionnement quasiment normal.

Bryant-Waugh et son équipe (cités dans (48)) ont réalisé une étude de suivi intéressante car constituant la cohorte d'étude la plus homogène en âge. L'étude portait sur une population d'anorexiques prépubères à deux et cinq ans d'évolution. Les auteurs ont évalué l'évolution des patients sur cinq niveaux différents : l'état nutritionnel, l'état psychologique, les menstruations, l'adaptation psychosociale et psychosexuelle. Soixante-dix pour cent des sujets présentaient globalement une évolution correcte mais moins satisfaisante sur le plan des menstruations et de l'état psychologique. Berkman en 2007 et Jeammet (cités dans (10)), eux, retrouvent des taux plus bas, de 27 à 58 % pour la première et de 40 % d'évolution favorable pour le second. Le biais principal de ces études semble être le lieu de recrutement des sujets, en l'occurrence, des services hyper spécialisés dans la prise en charge des TCA qui concernent donc des patients souvent gravement malades.

Dans l'étude plus récente de Nicholls(43), sur un an, aucun décès n'est survenu et deux-tiers des enfants sont encore suivis, la majorité en ambulatoire, 76 % des patients présentent une amélioration clinique, 6 % vont moins bien et environ 10 % sont stables cliniquement. Cette étude met en exergue l'importance d'un suivi ambulatoire sur au moins un an après une hospitalisation, comme le recommande la NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) de 2004.

Nous savons également que la santé mentale des enfants ayant souffert ou souffrant d'anorexie mentale est marquée par la prévalence élevée de dépression et d'anxiété (60 à 100 % sur la vie entière). Deux tiers des enfants n'auraient plus aucun trouble alimentaire

par la suite mais plus de la moitié présenteraient des pathologies psychiques de l'axe I du DSM(52).

La mortalité chez les enfants anorexiques prépubères varie de 1.3 à 7 %, évaluée en France à 5.45 %. Les motifs de décès semblent équivalents à ceux observés chez les adolescents (suicide, dénutrition, rupture œsophagienne, accident).

Doyen et son équipe (46) ont réalisé une étude dans leur service (hôpital Robert Debré) afin d'évaluer l'évolution des sujets anorexiques prépubères à l'âge adulte. Ils ont utilisé pour cela un questionnaire écrit de santé générale ainsi que des entretiens téléphoniques et/ou de visu (acceptés par seulement 34 % des sujets). L'évolution semble être similaire à celle des adolescents, positive dans 71 % des cas en utilisant les critères de Morgan et Russell, l'évolution étant surtout positive par rapport aux menstruations (93 %), moins favorable au sujet de la nutrition ou des préoccupations corporelles encore souvent perçues comme invalidantes.

L'échelle de Morgan et Russell consiste en un entretien semi-structuré évaluant cinq éléments : l'état nutritionnel, la présence des règles, l'état mental, l'état psychosexuel et l'état socio-économique. Chacun étant évalué avec un score de 1 à 12, 12 représentant « la normalité ». Le score total est obtenu par la moyenne de ces cinq scores.

La plupart des sujets ne sont plus dénutris au moment de l'évaluation (IMC moyen de 20.82). Pour 60 % d'entre eux, aucun signe d'anorexie mentale ni de boulimie ne sont retrouvés. Cependant, la comorbidité est forte avec les troubles de l'humeur (60 %) et les troubles anxieux (53 %) et 23 % d'entre eux ont déjà fait une tentative de suicide. Ce qui est le plus marquant parmi les résultats de cette étude semble être l'association des troubles, les sujets présentant jusqu'à 9 comorbidités sur la vie entière. Concernant la qualité de vie, 70 % des sujets estimaient quand même avoir une qualité de vie satisfaisante notamment vis-à-vis de la santé. Parmi les sujets, 73 % ont une occupation professionnelle, 60 % sont célibataires, 33 % vivent en cohabitation. Soixante et onze pourcent des sujets estiment que leur trouble est en lien direct avec un facteur familial et notamment en lien avec des pertes(10).

III.10.3.1 Facteurs de mauvais pronostic

Dans la littérature, les principaux facteurs de mauvais pronostic mis en avant dans l'anorexie mentale prépubère seraient :

- l'âge de début précoce. Plusieurs études concluent effectivement qu'un début des troubles avant 10 ou 11 ans est de moins bon pronostic ;
- l'existence d'une dépression comorbide même si les résultats des différentes études restent contradictoires à ce sujet ;
- l'existence d'un TOC prémorbide ;

- les structures familiales particulières. (par exemple famille mono-parentale) ;
- une durée plus longue d'hospitalisation (57).

III.10.3.2 Les facteurs de bon pronostic

Ils seraient essentiellement représentés par :

- le bon fonctionnement familial ainsi que sa souplesse ;
- la présence de facteurs précipitants au sein des évènements de vie. Lorsqu'ils sont absents cela signifie souvent une plus grande fragilité psychique de l'enfant et un fonctionnement prémorbide déjà inquiétant.

III.10.4 Les complications

Les complications somatiques sont fréquentes et peuvent être d'une gravité majeure. Elles sont en grande partie les mêmes que celles des formes de l'adolescent. Elles sont en générale réversibles avec le traitement et la renutrition. Les patients présentent fréquemment une hypotension, une hypothermie, une bradycardie et une acrocyanose. Les décès brutaux surviennent souvent suite à des complications cardiaques aiguës, c'est pour cette raison que l'électrocardiogramme doit être surveillé à la recherche d'un allongement du segment QT qui pourrait être prédictif de troubles du rythme ou de la conduction.

Sur le plan digestif, les patients peuvent également présenter des complications graves à type d'occlusions ou d'hémorragie digestive.

Le bilan hydroélectrolytique est régulièrement perturbé et entraîne des risques majeurs d'hypokaliémie, d'hypophosphorémie, d'hypoglycémie ou encore d'hypercholestérolémie.

Des recherches réalisées en imagerie cérébrale fonctionnelle ont révélé une atrophie cérébrale secondaire aux dénutritions profondes, non entièrement réversible après restauration pondérale. Une hypoperfusion touche également certaines zones, notamment temporales, entraînant des troubles mnésiques (concernant notamment la mémoire visuelle) ainsi qu'une lenteur dans le traitement de l'information. Nous pouvons penser que ces conséquences sont encore plus graves lorsqu'elles surviennent chez l'enfant, en plein développement, notamment au niveau cognitif. Le pronostic à long terme de ces lésions n'a pas encore été beaucoup étudié et les mécanismes ainsi que la réversibilité complète de ces lésions ne sont pas certains.

La dénutrition et les carences nutritionnelles entraînent également une ostéopénie, voire une ostéoporose qui doit être recherchée et surveillée. Elle ne peut être guérie complètement que par la prise de poids et la restauration d'un rapport poids/taille attendu pour l'âge normalisé. En effet, les diverses suppléments (calcium, phosphore, vitamines D) sont insuffisantes.

La croissance est très perturbée dans les formes prépubères de l'anorexie mentale. Il peut exister des ralentissements voire même des interruptions de croissance, qui peuvent générer des petites tailles pouvant même être définitives malgré la renutrition. La dénutrition entraîne en effet des résistances à l'hormone de croissance ainsi que des dysfonctionnements neuroendocriniens avec notamment une augmentation de la GHRH (*growth hormone releasing hormone*) et une diminution de la somatostatine. Nous savons que le ralentissement de la croissance staturale ou son interruption peuvent même précéder la perte de poids (8).

III.10.5 Facteurs prédictifs de réhospitalisation

Nous pouvons nous demander si l'évolution des formes de l'enfant n'est pas moins favorable que les formes de l'adolescent et de l'adulte, du fait d'une prise en charge complexifiée par le jeune âge des patients. Steinhausen a tenté de rechercher des facteurs prédictifs de réhospitalisation chez des sujets jeunes souffrant d'anorexie mentale. Ce dernier a démontré que 50 % de ces sujets étaient réhospitalisés à un moment de leur parcours de soins. Il a tenté de définir des facteurs prédictifs de réhospitalisation et a isolé(10) :

- l'IMC à la première sortie d'hospitalisation (plus l'IMC est bas, plus le risque de nouvelle hospitalisation est élevé) ;
- la prise de poids lors de la première hospitalisation (une prise plus importante favorise l'absence de réhospitalisation) ;
- la présence d'un alcoolisme paternel ;
- l'existence de TCA dans la petite enfance ;
- l'existence d'une hyperactivité physique.

III.10.6 Au total...

La majorité des études semblent d'accord pour conclure que l'anorexie mentale prépubère débutant après 10 ans présente un meilleur pronostic que l'anorexie mentale « classique » dans environ 60% des cas (29).

Le pronostic pourrait être plus satisfaisant si les recherches se développaient sur le sujet afin de permettre des progrès, en particulier dans le repérage des troubles et leur prise en charge précoce et rapide.

III.11 Impact sur la croissance et sur le déroulement de la puberté

Les mécanismes physiopathologiques en cause dans le retard pubertaire et le retard de croissance au cours de l'anorexie mentale prépubère sont encore relativement peu connus. Ils semblent en partie liés à des déficiences ou perturbations des systèmes hormonaux (diminution des œstrogènes, hypothyroïdie, hypercortisolémie et modification de l'axe somatotrope GH-IGF).

Le retard de croissance est souvent vécu comme humiliant par l'enfant et renforce encore les défaillances narcissiques de celui-ci (38).

A ce jour, peu d'études se sont penchées sur les facteurs déterminants la taille adulte et l'âge de la ménarche des enfants prépubères. De plus, leurs conclusions sont relativement contradictoires.

Rozé C. et son équipe (68) se sont intéressés à 33 patientes ayant débuté la maladie avant l'âge de treize ans avec une aménorrhée primaire. Ils ont voulu évaluer leur taille et le déroulement de leur puberté en les rencontrant après leurs majorités. Ces patientes présentaient un âge moyen au début des troubles de 11.4 ans, le diagnostic étant posé en moyenne à 11.8 ans. Cinquante-cinq pour cent d'entre elles étaient prépubères (stade de Tanner 1) et 45 % présentaient un début de puberté sans ménarche (stade de Tanner 2 ou 3) au moment du diagnostic. Elles ont été évaluées, rétrospectivement, en moyenne à l'âge de 21 ans ; 39 % des jeunes filles en question souffraient encore de troubles alimentaires.

L'âge moyen de leur ménarche était de 15.4 ans, ce qui est significativement plus tardif que l'âge de la ménarche de leurs mères (13.2 ans) ou de celle de jeunes filles non anorexiques de la même génération (12.8 ans). La ménarche était survenue spontanément chez la plupart des jeunes filles et avait été induite par une contraception oestro-progestative pour quatre d'entre elles seulement.

Les deux facteurs prédictifs, indépendants et significatifs, par rapport à l'âge de la ménarche sont l'âge de début de l'anorexie et l'âge auquel l'IMC le plus bas a été atteint durant l'évolution de la maladie. Finalement, les patientes ayant déjà quelques signes pubertaires au début des troubles vont présenter un retard plus important au déclenchement des menstruations que celles étant prépubères en début de maladie. En ce qui concerne les premières, l'acmé de la maladie survient plus tardivement, notamment le moment où l'IMC est au plus bas, ce qui retarde l'évolution de la puberté.

La majorité des patientes présente une taille adulte normale par rapport à leur taille cible (estimée selon la taille des parents). Un tiers des patientes n'ont pas atteint leur taille cible et présentent un déficit par rapport à celle-ci de 4 cm en moyenne. Ces résultats sont plus

optimistes qu'une autre étude, réalisée en 2002 aux USA, qui estimait que 81 % des patientes et 75 % des patients ne parvenaient pas à leur taille cible. Les résultats des quelques études abordant cette question restent donc contradictoires.

Dans l'étude de Rozé, la seule variable significativement corrélée à la taille adulte est représentée par la durée de l'hospitalisation, en lien avec la sévérité et la chronicité de la maladie. Plus la durée totale d'hospitalisation a été longue, plus le retard de croissance est important et plus le rattrapage de ce retard est incomplet.

Les autres facteurs étudiés (la durée d'hospitalisation, l'utilisation d'une sonde nasogastrique de renutrition, les comorbidités, le type d'anorexie mentale, le BMI actuel, la durée de la maladie) ne sont pas significatifs par rapport à la taille définitive.

Etonnamment, dans cette étude, le fait d'être prépubère au début de la maladie n'est pas significativement corrélé à un déficit de croissance plus important, tout comme l'âge de la ménarche n'influence pas la taille définitive. Ceci est peut-être dû aux limites de l'étude (petit effectif)(68).

Nous avons vu dans ce chapitre que les troubles du comportement alimentaire de l'enfant prépubère présentent de nombreuses spécificités, en termes de sémiologie, de comorbidités et de pronostic. Ces troubles nécessitent donc une prise en charge adaptée à l'enfant et à son stade de développement, prise en charge que nous allons maintenant aborder plus en détails.

Chapitre IV : Prise en charge thérapeutique

IV.1 Généralités

Une prise en charge complète ne doit pas être instaurée systématiquement de façon trop rapide. En effet, un certain nombre de difficultés alimentaires de l'enfant tendent à régresser spontanément, ne relevant pas réellement du pathologique mais pouvant être tout simplement transitoires et réactionnelles. Il s'agit donc bien souvent de savoir entendre l'angoisse des parents, de les conseiller en les informant et les guidant(29).

En ce qui concerne les troubles du comportement alimentaire réellement identifiés, quatre types d'interventions semblent idéalement complémentaires et indissociables, à savoir : les prises en charge médicale, nutritionnelle, psychiatrique et familiale.

Les plans de soins sont très semblables à ceux mis en place pour les adolescents mais doivent prendre en compte les particularités développementales de l'enfant prépubère. Ainsi, nous allons voir que le travail avec la famille se révèle être essentiel, en particulier autour des enjeux de séparation-individuation (44).

Actuellement les recommandations destinées aux enfants restent succinctes et sont tirées des recommandations écrites pour les adultes et les adolescents. Le National Institute for Clinical Excellence (NICE) formule ces recommandations et incite à une prise en charge thérapeutique adaptée aux plus jeunes. La priorité reconnue, comme pour les adolescents, est d'entamer des soins en ambulatoire et de les poursuivre le plus durablement possible avant d'envisager l'hospitalisation qui vient en seconde intention uniquement.

Chez les plus jeunes, la psychothérapie familiale est recommandée en première intention, les parents devant être considérés comme faisant partie de la solution thérapeutique. L'enfant va donc en général engager un processus thérapeutique « en famille » avant d'être suivi en psychothérapie individuelle. L'espace individuel est important et les recommandations internationales soulignent même le fait que l'enfant a son mot à dire au sujet du type de suivi individuel qu'il préfère.

Lorsque cela est possible, une prise en charge ambulatoire doit donc toujours être privilégiée, soit sous forme de consultations, soit encore sous forme de soins de type hôpital de jour. L'hôpital de jour paraît en effet être une solution intermédiaire très intéressante, combinant les bénéfices d'une prise en charge intensive à la présence des pairs et à la poursuite d'une intégration sociale préservée.

Dans le cas d'une prise en charge ambulatoire, le suivi médical est d'une grande importance. Il est réalisé le plus souvent par un pédiatre ou un médecin généraliste, afin d'effectuer le suivi staturopondéral, de dépister les complications, et de surveiller la reprise pondérale. En fonction de l'état physique du patient, les consultations devront avoir lieu de façon plus ou moins rapprochée. En général, au début des soins ou lorsque le patient a été hospitalisé, un suivi hebdomadaire ou bimensuel est conseillé.

En ambulatoire, les patients doivent également bénéficier d'une prise en charge par un(e) diététicien(ne) ou bien par un médecin nutritionniste qui permet, après l'obtention d'une alliance suffisante avec le patient, d'organiser une réalimentation adaptée et progressive. Les consultations nécessitent souvent beaucoup de négociations avec l'enfant pour tenir compte également de ce qu'il ou elle est prêt(e) à réintroduire dans son alimentation. La famille est souvent présente lors de ces consultations afin d'organiser par exemple les achats alimentaires et les menus préparés lors des différents repas. Le but est de réintroduire une alimentation diversifiée, suffisante et adaptée à l'âge du patient et à sa croissance.

Les repas thérapeutiques, plus souvent réalisés lors d'hospitalisation, sont parfois réalisés en ambulatoire ou en hôpital de jour. Ils sont intéressants afin de travailler autour de l'alimentation, les parents peuvent parfois être invités ce qui permet d'aider à repérer les angoisses de chacun et les interactions difficiles dans ces moments particuliers.

IV.2 Hospitalisation : Indications et modalités

A la fin du 19^{ème} siècle, Lasègue et Gull expliquaient déjà l'intérêt de l'isolement thérapeutique, pratique largement reprise et diffusée par la suite par de multiples équipes de soins. Cependant, nous savons actuellement que l'hospitalisation et la séparation ne sont pas toujours bénéfiques notamment lorsqu'il s'agit d'enfants, qui, à ce stade de développement, sont encore très dépendants de leurs parents. D'autre part, l'hospitalisation entraîne une déscolarisation qui tend à aggraver le retrait social déjà souvent présent dans les troubles.

De plus, l'hospitalisation peut être doublement délétère, par le stress qu'elle génère chez l'enfant mais aussi par le vécu fréquent de perte de contrôle et d'estime de soi qu'elle peut engendrer chez les parents.

Certaines études ont démontré que la longue durée d'hospitalisation et leur répétition constituent un facteur de mauvais pronostic. D'après S. Cook, si l'hospitalisation est vraiment nécessaire, elle doit donc être la plus courte possible avec un objectif de renutrition avant tout. Les soignants doivent veiller à l'intégration des parents dans les soins et le suivi se fait ensuite en ambulatoire avec un travail familial intensif.

L'hospitalisation, dans les formes immédiatement prépubertaire, avec la séparation qu'elle induit, peut au contraire s'avérer très intéressante, alors que le sujet traverse une nouvelle phase de séparation-individuation. L'hospitalisation prend alors un rôle de contenance, apporte un cadre extérieur, permet une médiation, amène un lieu d'élaboration et favorise l'individuation (69).

IV.2.1 Critères d'hospitalisation selon l'HAS

Il est donc maintenant bien connu que l'hospitalisation est une modalité de soins à utiliser en seconde intention. Les critères d'hospitalisation sont plus ou moins consensuels et ont été listés dans les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (70) (cf annexes)

La HAS précise que l'hospitalisation est également indiquée en cas d'urgence psychique, d'épuisement ou de crise familiale.

Les recommandations passent en revue un ensemble de critères d'hospitalisation d'ordre psychiatrique tels que : le risque suicidaire ou d'auto-mutilation, la présence de comorbidités psychiatriques (dépression, TOC, anxiété...), l'intensité des symptômes anorexiques (idéations obsédantes et invalidantes autour de la nourriture, hyperactivité physique très importante avec un risque vital du fait d'un état de dénutrition grave...) ou encore la nécessité d'une renutrition par sonde nasogastrique.

IV.2.2 La nutrition entérale

Elle est parfois nécessaire, notamment lorsque le poids est vraiment très bas entraînant un risque élevé de complication. Celle-ci se fait le plus souvent de manière continue sur 24 heures ou bien en période nocturne dans l'idée de permettre des collations dans la journée (8).

La nutrition entérale à débit constant (NEDC) reste discutée mais permet une renutrition rapide et donc une hospitalisation moins longue, intéressante lorsque l'enfant est très jeune et que la séparation peut s'avérer plutôt néfaste pour les soins. En effet les modalités d'hospitalisation doivent être réfléchies selon l'âge et le stade de développement de l'enfant. A long terme, les résultats de la NEDC sont les mêmes que ceux de la renutrition orale (10). L'apport calorique doit être augmenté de façon progressive afin de diminuer les risques de syndrome de renutrition. (Voir en annexe les critères d'évaluation du risque de syndrome de renutrition).

IV.2.3 Déroulement de l'hospitalisation

Les patientes anorexiques sont souvent hospitalisées contre leur volonté. Elles sont notamment accueillies dans des services de pédiatrie communautaire où un travail conjoint est réalisé, entre pédiatre et pédopsychiatre.

Le travail de pédopsychiatrie de liaison (71) est alors d'une très grande importance. Il comporte :

- un travail auprès du patient sous forme d'entretiens réguliers, parfois plusieurs fois par semaine, à des moments différents de la journée. L'entretien est surtout centré sur le vécu du patient par rapport à l'hospitalisation et la séparation et aussi par rapport aux repas ou à la sonde nasogastrique quand il y en a une. Il permet également d'évaluer l'émergence de troubles anxieux (comme les TOC), dépressifs et des angoisses de séparation. L'équipe soignante dans son ensemble accompagne le patient dans la séparation et peut engager un travail sur l'autonomisation ;
- un travail auprès des parents en les accompagnant dans la séparation et les sentiments de culpabilité fréquents qui émergent au début des soins.
- Un travail auprès des équipes soignantes est également nécessaire, les patientes anorexiques prenant beaucoup de place dans les services, pouvant chercher à monopoliser les soignants. Ces patientes ont souvent tendance à créer un climat de conflits dans l'équipe en y introduisant du clivage et de la manipulation. Un travail de supervision est donc utile et des protocoles peuvent aider l'équipe à gérer ces différents mouvements contradictoires. La cohésion dans l'équipe et en particulier entre pédiatre et pédopsychiatre est essentielle.

L'hospitalisation peut permettre d'aborder avec davantage de facilité la crise familiale souvent présente dans ces familles en souffrance autour du symptôme alimentaire de leur enfant. L'hospitalisation induit souvent un soulagement dans la famille et permet une trêve au sein d'un système qui dysfonctionne et entretient bien souvent le symptôme.

Wintgens et son équipe(71) ont identifié trois phases au cours de l'hospitalisation :

La première phase correspond à une étape de rejet du traitement et de déni de la maladie avec des comportements d'opposition et de provocation de la part du patient. Le jeune cherche à tester et à atteindre le cadre thérapeutique mis en place. Il ou elle va, par exemple, justifier son impossibilité de s'alimenter par la bouche par la présence de la nutrition entérale par sonde nasogastrique, ou encore va tenter de manipuler sa sonde afin de reprendre le contrôle sur les apports nutritionnels qui lui sont administrés. Les parents, au cours de cette phase, développent souvent un sentiment de culpabilité en lien avec une atteinte narcissique, surtout lorsque l'hospitalisation est vécue avec un certain soulagement.

Ils peuvent alors présenter des comportements et des propos ambivalents, même contradictoires, en soutenant la parole et le cadre des médecins tout en prenant partie pour les revendications de leur enfant auprès de l'équipe soignante par exemple. Cela n'est pas toujours facile à tolérer et à comprendre pour les soignants qui peuvent développer des contre-attitudes envers la famille et le patient. Un travail de réflexion et de supervision semble essentiel à respecter face à la complexité du trouble. L'alliance thérapeutique avec les parents est d'une grande importance durant cette première phase. Il paraît essentiel de leur apporter des consignes claires et cohérentes, consignes émanant de toute l'équipe de soin. Cette phase de rejet initial est une étape majeure des soins, consistant à la détermination d'un cadre thérapeutique et à l'établissement d'une alliance avec la famille en particulier, tout en tentant de dépasser les premières résistances.

La phase intermédiaire décrite par Wintgens est celle de « la coexistence pacifique et d'acceptation du traitement ». La patiente se trouve alors dans une phase d'ambivalence, d'acceptation progressive du traitement, pouvant même présenter quelques attitudes de séduction. Le problème, pour elle, est alors avant tout considéré comme étant pondéral. La patiente ayant tendance à penser et à répéter aux soignants qu'elle est « guérie dans sa tête ». Les parents, eux, ont alors tendance à être partagés entre l'illusion et la déception en fonction de l'évolution de leur enfant qui oscille entre gain et perte pondérales.

La dernière phase est celle de « l'acceptation de la maladie et de l'alliance thérapeutique ». La patiente prend alors réellement conscience de ses difficultés non seulement pondérales mais également psychologiques et de sa part de responsabilité personnelle dans la persistance des troubles. La demande d'aide et de soins est plus claire et plus authentique.

Comme lors de la prise en charge ambulatoire, les interventions thérapeutiques sont de trois ordres lors de l'hospitalisation : somatique, psychologique individuel et familial.

Les pédiatres, avec parfois l'aide des diététiciens, prennent en charge le volet somatique des soins. Le but est bien entendu la reprise pondérale mais avant tout d'obtenir une certaine stabilisation du poids et du comportement alimentaire.

IV.2.4 La prise en charge psychologique

Elle est variable selon les hôpitaux, en partie individuelle et a lieu plusieurs fois par semaine dans certains centres. Ces entretiens individuels ont pour but avant tout de favoriser l'émergence d'une demande et d'une parole personnelle de la patiente. Vincent (cité dans (10)) souligne le fait que la patiente anorexique parle sans difficulté mais ne s'en saisit pas réellement. Le but de la psychothérapie est donc de permettre à la patiente d'apprendre à se nourrir de la parole, que celle-ci lui fasse retour, qu'elle l'habite réellement

et puisse exprimer son désir et son individualité. Initialement, le travail est avant tout un soutien tout en essayant de stimuler l'expression du désir propre de la patiente, autonomisé du désir parental. Bruch explique que « le travail individuel exige une approche active orientée à délimiter concrètement la conduite, les sentiments, les sensations et les idées de la patiente » (20).

IV.2.5 Autres aspects de la prise en charge

Une prise en charge autour du corps et de ses ressentis est également intéressante, avec par exemple des séances de kinésithérapie, des massages ou de la relaxation.

Des activités socio-éducatives peuvent également être mises en place lorsque l'état somatique de la patiente le permet (école, activités manuelles créatives..).

Des activités thérapeutiques peuvent être organisées, selon les services, permettant à la patiente d'aborder le problème de façon plus indirecte et de moins se focaliser sur ses préoccupations alimentaires.

Les parents peuvent participer à des groupes de parents de jeunes anorexiques permettant un échange et des réflexions autour des expériences personnelles de chacun.

IV.2.6 Le cadre thérapeutique

Il peut être formalisé autour d'un contrat d'hospitalisation, écrit et signé par les différents intervenants. Ce contrat, il y a quelques années souvent très strict, peut s'aménager selon la situation personnelle et familiale du jeune.

Le contrat de soins permet en général d'organiser l'hospitalisation autour d'objectifs, fixés dès l'admission le plus souvent, et de modalités particulières de soins. Ce contrat étant négocié avec le patient, les soignants et les parents. Le but commun des différentes parties présentes étant la reprise pondérale jusqu'à un poids cible prédéterminé, même s'il est bien entendu expliqué aux parents et à la patiente que cela ne fait pas tout et notamment ne signe pas la guérison. Cela permet aussi de replacer l'hospitalisation dans un contexte de soins plus large et inscrit dans la durée. La reprise de poids est une étape indispensable et conditionne aussi le travail psychologique. Baran et son équipe (cités dans (10)) ont montré dans une étude que les patientes atteignant leur poids cible avant la sortie, rechutent moins dans les deux années suivantes. Chez l'enfant, ce poids cible devrait être celui d'une reprise de croissance staturale, en pratique, on retient souvent le poids existant avant l'amaigrissement.

Les pédiatres et les pédopsychiatres doivent donc travailler de manière coordonnée afin de permettre la continuité du cadre thérapeutique et la cohésion des équipes de soins, souvent

mises à mal par les patientes lorsqu'elles testent le cadre et tentent d'induire des clivages au sein des soignants. La cohérence de l'équipe est rendue possible par la différenciation des rôles, la définition claire des structures décisionnelles et des objectifs. Cette cohérence est d'une importance majeure, elle permet d'apporter une contenance aux angoisses et difficultés de la patiente et de sa famille.

La prise en charge doit absolument se poursuivre après la fin de l'hospitalisation, si possible dans une continuité des soins et des objectifs thérapeutiques, toujours en respectant une certaine cohérence. Wintgens précise que si l'alliance n'a pas pu s'instaurer durant l'hospitalisation, la prise en charge en ambulatoire a intérêt à se mettre en place avec une autre équipe.

Il est important que le gain pondéral ne soit pas trop rapide et important au risque de faire perdre, de façon prématurée, son statut de malade à la patiente, statut utile à la dynamique familiale et surtout à la jeune fille afin d'exprimer une souffrance qu'elle ne peut, au début des soins, extérioriser autrement.

IV.3 Approches familiales

Le travail familial a une grande importance dans la prise en charge de l'anorexie mentale en général et encore plus chez l'enfant. Toutes les études à ce sujet se rejoignent pour conclure à la supériorité incontestable de la thérapie familiale ou des techniques impliquant la famille de façon plus générale, dans le traitement des jeunes anorexiques (de moins de 18 ans notamment). Pour Lask, cette technique représente « le *sine qua non* du traitement de l'anorexie prépubère ». Elles sont encore plus efficaces lorsqu'elles sont débutées rapidement après le début des troubles (notamment avant trois ans d'évolution).

IV.3.1 Intérêts et efficacité du travail familial

Lock et son équipe en 2006 (72) se sont intéressés à l'efficacité de la thérapie familiale dans la prise en charge de l'enfant anorexique. Ils ont étudié les effets de la thérapie familiale selon un modèle assez protocolisé, inspiré des travaux de l'institut Maudsley à Londres. Leur recherche consistait en une série de cas d'enfants âgés de 9 à 13 ans, présentant une anorexie mentale ou des troubles alimentaires non spécifiés. Leurs conclusions étaient que les enfants anorexiques partagent la majorité des symptômes avec les adolescents, même si leur score à l'échelle EDE est significativement plus faible.

Le traitement familial comprenait trois phases :

- une première phase de travail sur la reprise de contrôle par les parents des questions alimentaires ;

- la seconde phase consiste habituellement pour l'adolescent à travailler sur la prise d'autonomie. Ici, l'équipe a adapté le traitement à l'enfant, par exemple en se focalisant davantage sur les repas à la cantine, le fait d'inviter des copains pour manger à la maison... ;
- la dernière phase est également adaptée à l'enfant, la thérapie abordant surtout les questions de la scolarité, des amis, de l'approche de l'adolescence afin de préparer la famille à cette période de transition.

Les auteurs ont montré que la thérapie familiale améliorait de façon significative la maladie chez l'enfant, en termes de poids et de préoccupations alimentaires. Le score aux différentes sous-échelles de l'EDE diminuait significativement et de façon plus importante que chez l'adolescent recevant le même traitement.

Historiquement, la famille était souvent considérée comme délétère pour la patiente du fait d'une dynamique jugée particulière voire dysfonctionnante. Elle pouvait être considérée responsable du trouble ou au moins représenter un élément pérennisant dans l'évolution de la maladie.

Les premières théories familiales, dans les années 1970, avec Minuchin et Selvini-Palazzoli, ont eu le mérite de ré-impliquer la famille au sein de la prise en charge des patientes anorexiques même si elles continuaient à avoir tendance à tenir les familles responsables des troubles. Les thérapies familiales étaient alors vues comme la thérapeutique indiquée dans l'idée de corriger des fonctionnements familiaux pathogènes.

Actuellement, la vision de la famille comme pathogène et responsable des troubles a changé au profit d'une famille considérée comme un partenaire dans les soins. En effet nous savons maintenant que l'anorexie est multifactorielle, le facteur familial ne représentant qu'un facteur parmi d'autres. La famille joue un rôle surtout dans la guérison des troubles, les patientes issues d'une famille dysfonctionnelle ayant un moins bon pronostic que celles venant d'une famille moins perturbée.

Les visions actuelles tendent donc à abandonner l'idée que la famille serait « responsable » des symptômes alimentaires de l'enfant pour l'idée que, dans la famille, il existe des ressources et capacités utiles à l'enfant face à son symptôme (4).

Le travail familial avec l'enfant prépubère semble d'autant plus important que les liens familiaux, à cet âge, sont encore très serrés et que l'influence parentale est essentielle. L'enfant est encore assez peu ouvert aux influences extérieures. Il est immature et très dépendant de sa famille. La problématique anorexique à cet âge s'inscrit donc encore davantage dans l'organisation familiale et met directement en cause la fonction, l'autorité et

l'efficacité parentales. Ces perturbations entraînent souvent rapidement des cercles vicieux relationnels et comportementaux dans la famille.

Les parents sont souvent encore plus en difficulté lorsqu'il s'agit d'anorexie prépubère, du fait d'une méconnaissance de la maladie. Les TCA de l'enfant ne cadrent pas avec les représentations classiques (difficulté d'autonomisation, difficultés à accepter les transformations corporelles de la puberté...) de l'anorexie mentale. Les parents d'enfants anorexiques sont en général beaucoup plus ébranlés dans leur capacité et leur fonction de parents.

L'enfant anorexique semble donner à sa maladie un sens plus relationnel qu'intrapsychique. Il a ainsi souvent tendance à expliquer sa maladie comme étant secondaire à des enjeux relationnels (par exemple : « je me suis fâchée avec une copine » ou encore « j'ai peur que mes parents se séparent »...). D'autre part, l'enfant anorexique manque d'insight ce qui fait souvent entrave à l'alliance thérapeutique et c'est donc avec les parents qu'il est nécessaire et utile de faire alliance, surtout initialement. Les patients acceptent souvent assez facilement le travail familial, tel qu'un espace sécurisant et interactif pouvant mobiliser le contexte relationnel habituel de l'enfant.

Le travail familial passe, entre autre chose, par une reprise du contrôle par les parents des conduites alimentaires de l'enfant. Cela nécessite souvent une réorganisation familiale et un travail sur la dimension éducative de la fonction parentale. Les parents doivent apprendre à faire preuve de fermeté et surtout être en accord entre eux sur des principes communs notamment concernant l'alimentation. Les cercles vicieux de colère et de frustration préexistants risquent, dans un premier temps, de s'intensifier pouvant souvent également se transférer sur les soignants, qui reçoivent alors beaucoup d'agressivité de la part de la patiente. Cette agressivité masque bien une souffrance qui doit malgré tout être entendue de façon empathique par l'équipe. En effet l'opposition de l'enfant masque souvent une détresse et une anxiété importante qui doivent être reconnues par les soignants. La lutte autour du contrôle alimentaire est souvent pour l'enfant une question de survie émotionnelle. Ce symptôme est donc difficile à abandonner. L'enfant vit souvent dans un sentiment d'isolement et de solitude et a fréquemment l'impression d'être rejeté et incompris. Sous une apparente pseudo-autonomie, ces enfants anorexiques ont souvent de grands besoins affectifs. C'est pour ces raisons que l'enfant doit avoir un espace psychothérapeutique individuel à côté du travail familial (57).

La thérapie familiale permet également de mettre en évidence les processus de transmission intergénérationnelle (secrets, mythes, loyauté, « morts non-enterrés »...). La mise en mots permet de faire émerger l'ambivalence dans la bulle familiale et de réaliser que cette ambivalence n'est pas destructrice.

IV.3.2 Un exemple de travail familial, les thérapies multifamiliales

L'unité des TCA de l'hôpital Robert Debré à Paris a développé depuis une dizaine d'années un nouveau mode de prise en charge des enfants et adolescents, plaçant la famille et les parents notamment au centre des soins. La séparation n'est plus aussi centrale dans le soin, au contraire, des contacts réguliers sont réalisés entre la patiente et sa famille par l'intermédiaire de visites, de courriers, d'appels téléphoniques et de permissions de weekend. Toutes les patientes, suivies en ambulatoire ou hospitalisées, et leurs familles, se voient proposer des entretiens familiaux réguliers. Les objectifs de ce travail familial étant de « soutenir et déculpabiliser » les familles, les aider à « retrouver un meilleur contrôle des symptômes », les guider vers « un positionnement optimal face à la maladie et à résoudre certains dysfonctionnements familiaux », dysfonctionnements jugés ici comme gênant la guérison. L'idée est de « modifier les compétences de la famille », de valoriser les ressources de la famille. L'équipe comporte un thérapeute familial et un pédopsychiatre ou un autre membre de l'équipe de soins (infirmière ou éducateur). Lors des hospitalisations, l'entretien familial est d'une grande importance, représentant « un véritable lieu de jonction » entre la vie de la patiente dans le service et la vie familiale, entre l'équipe et la famille, et même entre les différents membres de l'équipe. Cette pratique est très utile afin d'éviter les clivages, notamment au sein de l'équipe et « facilite la réintégration de la patiente dans son milieu familial » à la fin des soins hospitaliers.

L'équipe de l'hôpital Robert Debré a cependant constaté que cette approche familiale ne convenait pas à toutes les familles ni à toutes les patientes. Pour environ 10 % d'entre elles, cette approche n'était pas optimale. C'est le cas dans plusieurs types de contextes :

- Certaines familles sont réticentes à l'idée de la thérapie familiale par crainte d'une remise en question trop profonde du système familial ou d'une trop grande intimité relationnelle.
- D'autres familles acceptent le travail familial mais les entretiens se passent mal, du fait d'un certain malaise ou d'une trop grande résistance. C'est souvent le cas de familles « dysfonctionnelles » et/ou dont l'un des membres souffre d'une pathologie psychiatrique avérée.
- Lorsque la patiente a été hospitalisée à répétition, sans réel résultat, les parents et souvent les thérapeutes se sentant démunis. La famille semble alors avoir besoin de nouvelles approches dans l'idée de faire émerger le changement.

Parfois, le travail familial donne des résultats jusqu'à ce que la famille n'y trouve plus de bénéfices et ressente le besoin d'évoluer dans les soins, et de rencontrer d'autres familles qui ont vécu des choses similaires.

La thérapie multifamiliale consiste donc à regrouper plusieurs familles, de trois à sept le plus souvent, autour d'un même problème, le groupe ainsi créé permettant un cadre thérapeutique particulier. Les thérapeutes utilisent généralement des techniques variées, inspirées de divers courants psychothérapeutiques, d'inspiration psychodynamique, systémique et cognitivo-comportementale. Initialement les thérapies multifamiliales représentaient un traitement d'appoint dans la schizophrénie et les psychoses graves. Elle a paru utile dans le cas des TCA pour les familles évoquées plus haut, réticentes ou particulièrement fragiles. Ces techniques commencent à être utilisées dans ces indications en Grande Bretagne et en Allemagne. L'équipe de Robert Debré a commencé à développer cette pratique dans les années 2000-2001, s'inspirant de modèles utilisés dans la prise en charge des maladies somatiques chroniques. Depuis, des publications sont parues, notamment anglophones.

Le groupe de familles est constitué, dans l'unité des TCA de Robert Debré, par cinq à sept familles pour des patientes âgées de 10 à 17 ans. Il est souvent proposé aux familles dans les suites d'hospitalisation ou dans les situations où existe un risque important de rechute ou de chronicisation. C'est un groupe semi-ouvert, qui a lieu tous les quinze jours, durant deux heures. Alternent des séances en groupes séparés (enfants/parents) et une séance sous forme multifamiliale. Cette prise en charge implique un engagement des parents et de la jeune fille à une participation régulière.

Le travail est centré sur trois dimensions :

- Psycho-éducative : il s'agit d'informer la famille et la patiente sur la maladie et d'apporter des conseils pour parvenir à la gérer au quotidien en trouvant la meilleure adaptation possible. Les thérapeutes procèdent à des interventions psycho-éducatives structurées (les thèmes pouvant être amenés par les familles et les thérapeutes), les parents et patientes peuvent échanger leurs expériences propres et des jeux de rôle sont organisés selon les familles présentes.
- Groupe de parole : Les échanges entre familles et patientes permettent une reconnaissance mutuelle qui atténue souvent les sentiments de culpabilité, d'isolement et de honte que peuvent ressentir les parents comme les patientes. Puis la constatation des contrastes individuels et familiaux permettent une différenciation et favorise l'accès à des modèles plus diversifiés. Ces éléments permettent d'améliorer l'empathie des parents pour leur fille et évitent les attitudes hostiles ou rejetantes. Le cadre groupal permet en même temps de conserver une certaine distance émotionnelle qui n'est pas toujours possible en thérapie unifamiliale. La communication au sein d'une même famille peut donc se faire plus simplement.
- Thérapie familiale et interfamiliale : L'idée est de prévenir les dysfonctionnements familiaux souvent secondaires aux remaniements engendrés par la maladie notamment

lorsque celle-ci se chronicise. Ce travail est parfois facilité par le contexte groupal. Les familles vont pouvoir retrouver un sentiment de compétence qui va favoriser la communication dans le couple parental et la cohérence face à la maladie.

Les thèmes abordés sont multiples et s'adaptent au groupe et à la dynamique. Il s'agit entre autres de :

- « Comment comprendre et gérer l'anorexie ? » : autour du symptôme, de la culpabilité ressentie, de l'influence réciproque entre la patiente et sa famille, des évolutions possibles, du positionnement parental, de la fonction du symptôme.
- « Réfléchir sur les relations familiales et l'identité de la famille » : en identifiant les ressources et les compétences de la famille, l'identité de la famille avant/pendant/après la maladie, le rôle et le positionnement de chacun dans la famille, en faisant circuler les émotions, en travaillant sur la résolution des problèmes et des conflits, l'autonomisation de la patiente et le vécu de la fratrie.
- « Comment sortir de l'isolement imposé par la maladie ? » : en réfléchissant sur le regard des autres, la relation avec les pairs et avec la famille élargie et le réseau social.
- « Travailler sur les valeurs et les croyances » : autour de l'alimentation, de l'image corporelle et de la féminité, de l'influence des médias...

Cette approche permet donc d'aborder divers sujets et problématiques des familles qui sont toutes différentes et à un stade différent de l'évolution de la maladie. Certaines en effet sont déjà dans une phase de « guérison » et doivent surtout gérer l'abandon de la maladie et des symptômes et la reconstruction de la dynamique familiale. D'autres doivent se confronter à la phase active de la maladie ou à la chronicité. Le fait que les familles et les patientes se trouvent à des moments différents et dans des interrogations variées représente justement tout l'intérêt de la thérapie multifamiliale. Les parents notamment, rassurés par la présence des autres familles qui ont pu vivre des sentiments similaires, peuvent plus facilement exprimer certains vécus douloureux et potentiellement culpabilisants (notamment autour des mouvements de « complicité » avec la maladie). Globalement, la réflexion groupale, plus que le travail unifamilial, favorise l'individuation et la séparation des patientes. Les parents peuvent se sentir validés dans leur positionnement et retrouver un sentiment de compétence souvent mis à mal par la maladie.

Plusieurs techniques peuvent être utilisées, en voici quelques exemples, tirés de l'expérience de l'équipe de Robert Debré :

- « Le groupe dans le groupe ou le poisson dans le bocal », inspiré de Colahan et Robinson. Les thérapeutes demandent de former un sous-groupe au sein du groupe (par exemple : les pères ou bien une famille). Ce sous-groupe va ensuite échanger sur un

thème pendant que le reste du groupe, installé autour, est attentif aux échanges tout en restant silencieux. Le groupe fait ensuite part de ses impressions et ressentis par rapport à ce qu'il a entendu. Par exemple, cette technique peut être utilisée pour partager les multiples facettes d'une expérience de séparation. Les pères décrivant des ressentis souvent différents de ceux des mères ou encore des patientes. Cette approche s'inspire notamment des thérapies narratives, elle est très intéressante pour amplifier le vécu d'un sous-groupe par rapport à un autre tout en facilitant « l'écoute, l'empathie et la compréhension mutuelle et la reconnaissance de perspectives différentes sur une même situation ou un même problème ».

- « Techniques de croisements interfamiliaux ou *cross parenting* » : Les parents d'une famille vont « adopter » temporairement l'enfant d'une autre famille autour de consignes précises, prédéterminées. Les appariements sont décidés par les thérapeutes en fonction de leurs observations précédentes. Par exemple, l'exercice peut consister à faire connaissance avec « ses nouveaux parents » sans évoquer l'anorexie mentale. L'expérience est bien sûr discutée avec des échanges sur les ressentis de chacun. Ces exercices permettent une prise de conscience des compétences de chacun. Le fait de « mélanger » des parents et des enfants de familles différentes permet d'innover en matière de communication et d'interrelation lors des jeux de rôles proposés, les uns ne pouvant anticiper la réaction des autres comme dans une famille réelle.
- « Exercice de la famille fictive », développée par Cook-Darzens : Les thérapeutes créent une famille fictive en sélectionnant un père, une mère et une patiente issus de familles différentes. Cette famille ainsi « recomposée » va jouer certaines situations ou échanger autour de thèmes particuliers (un peu comme dans le bocal à poisson). Les autres restent autour, les mères derrière la mère fictive, les pères derrière le père fictif, de même pour la patiente. A tout moment, le reste du groupe peut intervenir pour venir en aide au personnage fictif correspondant (les mères aidant la mère fictive par exemple). L'idée est de développer un soutien mutuel entre les personnes appartenant au même rôle et ainsi de « simuler des apprentissages par analogie ». Cela est notamment d'une grande utilité dans la gestion des conflits. De nouveaux modèles et de nouvelles solutions peuvent alors être envisagés par la famille et elle peut recevoir les remarques du groupe plus facilement car cela concerne la famille fictive.

De nombreuses autres techniques peuvent être utilisées au cours des thérapies multifamiliales comme par exemple la sculpture familiale ou encore les métaphores.

L'idée de ces outils est de permettre à la famille et à la patiente de s'appuyer sur des supports afin de parvenir à modifier quelques traits de l'organisation familiale et expérimenter des changements positifs. Le groupe permet un certain « effet de serre » favorable à

l'évolution des familles, notamment au travers de la confrontation ou à l'identification à d'autres types de structures familiales, ayant toutes comme point commun le fait de vivre avec la maladie. Les thérapeutes sont là comme « catalyseur » du changement.

La version « post hospitalisation » expérimentée par l'équipe de l'hôpital Robert Debré, bien que relativement peu intensive, a déjà montré des résultats intéressants notamment en termes d'évolution pondérale chez les patientes anorexiques suivies avec ce mode de prise en charge. En Grande-Bretagne et en Allemagne, des équipes ont testé ce mode de thérapie familiale en version intensive, en hôpital de jour, destinée à des familles épuisées qui ont déjà eu recours à plusieurs hospitalisations et qui vivent de multiples rechutes. Leurs premiers résultats sont intéressants et prometteurs.

Concernant plus particulièrement les TCA de l'enfant prépubère, un groupe a été créé par l'équipe de Robert Debré, destiné aux 8-12 ans. La principale difficulté rencontrée était l'opposition souvent massive des enfants à venir en thérapie. Cette difficulté a permis aux parents de se confronter à cette réalité clinique du refus exprimé par les enfants anorexiques et d'y travailler. D'après les premiers résultats, l'efficacité repose surtout sur le soutien apporté aux parents et sur l'intérêt pour les enfants de voir leur père s'impliquer dans la prise en charge(73).

IV.4 La prise en charge psychiatrique individuelle

La psychothérapie individuelle est un des points essentiels de la prise en charge.

A ce jour, aucune étude n'a démontré la supériorité d'une méthode sur les autres. Les auteurs ont des avis très divergents sur la question. En outre, certains insistent pour dire que la liberté de choix du type de thérapie est importante à respecter afin d'améliorer l'alliance thérapeutique.

Il est vrai que le déni initial dans lequel se trouve le patient est complexe et fait souvent obstacle aux thérapies d'inspiration analytique, permettant souvent uniquement une psychothérapie de soutien dans un premier temps (4).

La psychothérapie doit aussi tenir compte des capacités d'élaboration de l'enfant.

Il n'y a actuellement pas de consensus au sujet de la prise en charge de l'enfant anorexique et il existe donc de multiples possibilités et techniques thérapeutiques que nous ne pourrions pas aborder ici de manière exhaustive. Nous évoquerons donc en détails seulement certaines approches, semblant présenter un intérêt dans le cadre de la prise en charge de l'enfant prépubère.

IV.4.1 Thérapies d'orientation psychodynamiques

Ce sont les techniques thérapeutiques les plus anciennes pour les troubles du comportement alimentaire, sous forme individuelle, groupale ou familiale. Pourtant, aucune étude contrôlée n'a été réalisée à ce jour au sujet de l'efficacité de ces thérapeutiques.

Une seule étude contrôlée et randomisée a été réalisée auprès d'adolescents anorexique (Robin, cité dans (10)), comparant l'efficacité d'une thérapie individuelle psychodynamique par rapport à celle d'une thérapie familiale comportementale. La thérapie familiale apportait plus de résultats à court terme mais cette différence n'était plus visible après un an de suivi et les deux thérapies apportaient des résultats semblables en termes de modification du comportement alimentaire, de dépression, de fonctionnement psychique et d'interactions familiales.

Concernant l'enfant, aucune recherche n'a été publiée pour les TCA mais une étude rétrospective menée à Londres (citée dans (10)) s'est intéressée au sujet pour différents troubles de l'enfant. Les résultats ont révélé :

- l'importance de la fréquence des entretiens, l'efficacité du traitement étant augmentée avec quatre ou cinq séances par semaine ;
- l'efficacité de cette méthode dans les troubles émotionnels sévères par rapport aux troubles du comportement. Elle pourrait donc avoir un intérêt dans les troubles émotionnels avec évitement alimentaire ;
- une meilleure réponse chez les enfants de moins de 12 ans ;
- une efficacité potentialisée lorsque le traitement est associé à un travail de guidance parentale.

La posture du thérapeute doit être contenante et sécurisante, empathique afin de créer au sein de la thérapie un « espace de sécurité ». La position du thérapeute est donc différente de celle qu'il peut avoir dans la cure classique, il est en effet plus présent, intervient plus fréquemment, est moins distant.

La règle d'association libre est appliquée également mais de façon adaptée à l'enfant, en particulier en privilégiant des modes d'expression non verbale : dessins, jeux, écriture... Le thérapeute analyse les manifestations d'agressivité de l'enfant, les défenses mises en place, les déplacements, le transfert et le contre-transfert.

Appliqué aux TCA de l'enfant, un travail de mentalisation et d'élaboration des conflits vise à reconstruire une représentation mentale de ce qui est agi par le corps et stimule la production de liens entre les représentations mentales et les ressentis corporels. Des liens sont faits également autour des pulsions et des mécanismes de défense en jeu. Magagna propose ainsi un cadre thérapeutique particulier s'étalant sur deux ans au minimum à raison

de deux séances hebdomadaires. Il se base essentiellement sur l'hypothèse de l'établissement défensif d'un « fonctionnement pseudo-autonome » dans les TCA de l'enfant. Ce fonctionnement se développe au détriment d'une relation de dépendance sécurisée, non menaçante pour l'enfant. L'objectif initial est avant tout de favoriser l'expression de toutes les émotions de l'enfant, en passant notamment par le jeu et le dessin ainsi que l'analyse des rêves.

Les thérapies corporelles (massage, psychomotricité) peuvent également être utilisées dans le but de re-contacter une mémoire psychocorporelle afin de réimprimer des sensations différentes. Elle prend sens lorsque nous nous rappelons les hypothèses autour de la notion de « crypte » et d'ambiance mortifère familiale qui peuvent entourer la naissance de l'enfant. L'objectif de la thérapie est d'abandonner un « corps objet » au profit d'un « corps sujet ». Un travail de mise en mot et en sens effectué en psychothérapie individuelle permet de compléter la thérapie corporelle afin de diminuer la fracture corps-esprit et de rétablir une unité existentielle avant de travailler de façon plus directe sur le symptôme anorexique en lui-même(22).

IV.4.2 Approche cognitive et comportementale

Les deux types de distorsions cognitives fréquemment retrouvées chez l'enfant anorexiques sont :

- le besoin de contrôler, en lien avec l'anxiété, un perfectionnisme excessif et une faible estime de soi.
- la surévaluation de l'importance du poids et de l'apparence dans la détermination de l'image de soi.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont l'intérêt de permettre la construction assez rapide d'une alliance avec le patient et sa famille et ainsi de préparer éventuellement l'enfant à une psychothérapie plus classique, notamment analytique.

Cette approche vise en général à améliorer l'image corporelle, l'estime de soi, l'anxiété et les habiletés sociales, éléments importants au cours des TCA de l'enfant et de l'adolescent. Elle est également très intéressante dans le cas d'une comorbidité avec un trouble obsessionnel compulsif.

Les approches cognitives et comportementales ont fait l'objet d'études ayant révélé leur efficacité dans le traitement de la boulimie nerveuse et une relative efficacité, au moins à court terme, dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Cela dit, il existe encore très peu d'études contrôlées à ce sujet, notamment en ce qui concerne l'anorexie prépubère. Les

thérapies familiales en revanche ont fait preuve de leur efficacité et beaucoup d'entre elles utilisent des techniques de TCC.

Ces techniques peuvent s'adapter aux particularités inhérentes au stade de développement des enfants qui présentent, de fait, des difficultés à identifier et décrire leurs expériences internes, d'où l'intérêt des techniques imagées, plus concrètes, et des techniques non verbales (métaphores, lettres, dessins, marionnettes, jeux...). Elles tiennent compte également de l'impact délétère de la maladie sur le développement de l'enfant, sur la construction de son identité et de son autonomisation.

Ces approches semblent effectivement intéressantes aux vues des stades de développement de l'enfant. Piaget a en effet montré que l'enfant entre six et douze ans présente une pensée concrète, le passage à la pensée formelle et plus abstraite ayant lieu après douze ans. Ces techniques vont donc s'attacher à modifier les comportements problématiques sur un mode concret. Fonagy (cité dans (74)) a également montré que les enfants souffrant de troubles du comportement étaient ceux qui avaient justement le plus de difficultés à mentaliser et pour qui les thérapies classiques d'inspiration analytique n'étaient pas toujours adaptées.

Pour les plus jeunes, le dessin peut être utilisé, par exemple avec des pétales de fleurs comprenant chacun un aliment réintroduit, une représentation de l'évolution de la maladie (un puits, une falaise à escalader, un tunnel à traverser...). L'idée est de solliciter les représentations visuelles de l'enfant en utilisant et en favorisant sa créativité. Les obstacles aux progrès peuvent être symbolisés sous forme de flèches montantes et descendantes, des tâches peuvent être demandées à l'enfant, tâches d'enquête ou de modifications expérimentales de comportement.

Le travail sur l'image corporelle est d'une grande importance en utilisant toutes ces techniques, notamment le dessin de la silhouette. Ce travail permet d'agir aussi sur l'estime de soi et sur l'anxiété.

La relaxation peut également être utilisée ou encore des techniques de conversation avec son corps, par l'intermédiaire de lettres notamment ou bien un travail autour de photographies...

Des études ont montré que les techniques de TCC sont très efficaces concernant les perturbations de l'image corporelle.

Les difficultés psychologiques plus globales doivent également être travaillées afin d'améliorer la qualité de vie et d'éviter le risque de rechute, l'idée étant que l'enfant puisse rejoindre une trajectoire développementale normale. Des groupes thérapeutiques d'affirmation de soi ou d'estime de soi sont notamment possibles, basés sur des techniques de « modeling » (jeux de rôle par exemple) (10).

Dans un premier temps il paraît nécessaire d'appliquer des thérapies destinées à accroître la motivation du patient au changement, techniques initialement destinées à la prise en charge des dépendances et toxicomanie. Le rôle des entretiens motivationnels, est selon T. Léonard, de « transformer l'ambivalence, la résistance et la réactance en outils thérapeutiques » (cité dans (74)). La réactance correspond au réflexe du sujet pour préserver sa liberté de choix.

Il est tout d'abord nécessaire d'identifier les comportements problèmes en s'attachant aux impératifs de maintien d'une bonne santé physique ainsi qu'un apaisement des tensions intrafamiliales. Un journal alimentaire peut par exemple être utilisé à la maison avec le soutien des parents, comprenant dans différentes colonnes, le lieu du repas, les aliments consommés, les comportements compensatoires potentiels, les pensées et les émotions afin d'aider l'enfant à identifier le problème.

Ensuite, l'objectif est de pouvoir initier le changement de ces comportements, dangereux pour l'enfant sur le plan physique ou social. Enfin, ces changements sont consolidés en travaillant notamment au développement d'une bonne estime de soi et en améliorant la qualité relationnelle.

Doyen C. et Cook-Darzens S. (74) ont beaucoup travaillé sur la prise en charge des troubles alimentaires de l'enfant. Elles ont ainsi imaginé un « plan de traitement », basé sur des techniques cognitivo-comportementale, comprenant différentes étapes que nous allons exposer succinctement :

1) Motiver l'enfant au changement :

- Il est d'abord nécessaire d'*informer* l'enfant. Cette information doit être concrète, adaptée aux capacités de l'enfant et en lien avec les enjeux du stade de développement en cours. L'information doit être empathique et porter sur les conséquences à court terme de la maladie. A cet âge, il paraît en effet peu adapté d'aborder les conséquences à long terme, notamment autour du risque vital. Cette information est délivrée lors d'un entretien individuel ou familial. Le but est d'apaiser l'anxiété et la culpabilité de l'enfant et de sa famille en cherchant déjà à valoriser les capacités et les ressources de l'enfant. Il est important dès ce stade de préciser que l'anorexie mentale n'a pas qu'une seule cause. Les causes à mettre en avant sont de trois types : « profondes », « déclenchantes » et « entretenantes ». La notion de maladie auto-perpétuante doit être expliquée à l'enfant et à sa famille (du fait de la dénutrition mais aussi des interactions familiales secondaires à la maladie).
- Il est tout à fait possible d'expliquer à l'enfant « *la roue du changement* » (stades de Prochaska et Di Clemente). Cette théorie se base sur le postulat que pour renoncer à une maladie, un individu passe par six stades successifs. Le premier stade correspond à

l'idée du déni. Il est présenté à l'enfant par l'exemple : « je n'ai pas de problème, laissez-moi tranquille ». L'enfant ne peut alors pas demander d'aide, n'étant pas prêt au changement. Il ressent alors des émotions « négatives » telles que la colère ou encore le sentiment d'être harcelé par ses proches. L'intervention à ce stade est souvent difficile, et il faut malheureusement parfois attendre une aggravation avant de pouvoir intervenir. Le second stade est celui du doute : « j'ai peut-être un problème ». L'enfant n'est pas encore convaincu qu'il a besoin d'aide ou a peur de ne pas pouvoir vivre sans le problème ou encore pense qu'il est trop difficile de s'en débarrasser. Le troisième stade est celui de l'acceptation : « j'ai un problème et je voudrais le résoudre ». L'enfant peut alors demander de l'aide même si une peur de l'échec persiste. Le quatrième stade correspond à une phase d'action : « comment vais-je m'y prendre pour changer ? ». L'enfant peut choisir entre différentes options et construire un projet d'action précis pour changer le comportement-problème. Le cinquième stade est celui de l'habitude : « des changements s'installent petit à petit ». Les changements sont de plus en plus faciles et valorisants. L'enfant peut commencer à s'imaginer sans l'anorexie. Il a conscience de devoir manger pour pouvoir poursuivre toutes ses activités et éviter une rechute. Le dernier stade est justement celui de la crainte d'une rechute. L'enfant peut alors présenter quelques « retour en arrière » et utiliser la nourriture pour gérer certaines de ses angoisses. Il est important d'expliquer à l'enfant et à sa famille qu'il est possible de revivre plusieurs fois ses stades avant d'atteindre la guérison. Certains pensent que toutes les étapes ne sont pas traversées une seconde fois, en cas de rechute.

- Le thérapeute doit veiller à *faciliter la verbalisation des émotions et des distorsions cognitives anorexiques*, en utilisant par exemple des métaphores ou encore des techniques d'externalisation. Le caractère concret des métaphores est toujours intéressant à utiliser avec l'enfant. Celle de « l'iceberg » est notamment pertinente dans l'anorexie mentale, permettant de faire prendre conscience à l'enfant de l'existence de symptômes plus abstraits, « cachés » afin qu'il puisse commencer à y réfléchir (les symptômes qui « dépassent » seraient le régime, l'amaigrissement, la peur de grossir, l'hyperactivité, les symptômes « immergés » seraient, eux, les doutes, les angoisses, la faible estime et le manque de confiance en soi, la peur de grandir, un événement pénible, les conflits...). L'externalisation permet de différencier l'enfant de sa maladie et d'atténuer ainsi la culpabilité fréquemment ressentie. La maladie anorexique devient alors plus concrète et distincte de lui, permettant de dégager l'enfant afin qu'il puisse ainsi plus facilement chercher des solutions. L'enfant peut donner un nom à la maladie, la personnifier pour la différencier encore davantage.

2) Engager l'enfant dans le changement.

- *Repérer les avantages et les inconvénients de la maladie* : Le changement, même moindre, permet de réaliser les bénéfices engendrés lorsque l'enfant renonce à certains de ses symptômes. Le changement doit être guidé par le thérapeute et l'équipe soignante en ciblant des objectifs simples et assez précis, évitant ainsi les tâches ou les concepts trop généralistes. L'objectif peut notamment être de l'ordre de l'action et se situer dans la relation à l'autre. La famille est également introduite dans le changement, tenant une part active (le comportement de l'enfant ne peut changer sans celui des parents). L'alliance thérapeutique est favorisée par des techniques de « pour ou contre » par exemple, consistant à faire lister à l'enfant les avantages et les inconvénients de la maladie (concernant les repas familiaux qui se passent mal, concernant l'hypervigilance des parents, concernant la guérison...). Des tâches peuvent être « prescrites » à l'enfant afin d'évaluer ces aspects positifs et négatifs, sous formes de lettres par exemple. Nous pourrions ainsi demander au patient d'écrire « une lettre à l'anorexie mentale » en tant que sa meilleure amie, en expliquant les raisons de cette « amitié » à sa maladie. Le thérapeute peut également demander à l'enfant de trouver un autre nom à l'anorexie mentale en tant que pire ennemie et de lui écrire une lettre afin de lui expliquer toutes les raisons de cette relation délétère. Il pourra préciser comment l'anorexie mentale fait pour convaincre l'enfant qu'elle est bien sa meilleure ennemie. La comparaison de ces deux lettres peut faciliter l'identification des avantages et inconvénients de la maladie et de la guérison ; les concepts de meilleure amie et ennemie peuvent être utilisés en entretien (en les faisant dialoguer, en demandant à l'enfant quels tours elles utilisent pour le convaincre...etc.).
- *Lutter contre les comportements problématiques* : cela concerne notamment la restriction alimentaire. L'enfant doit être progressivement confronté à la situation anxiogène des repas (désensibilisation systématique), toujours de manière empathique. Cela va permettre une habitude des émotions déclenchées par les repas rendant alors possible la disparition des troubles des conduites alimentaires. Les apports alimentaires vont être progressivement augmentés en quantité et diversifiés en qualité, s'accompagnant de la modification et de la déconstruction des distorsions cognitives au sujet de l'alimentation (traitement « nutritionnel »). Les modifications des comportements alimentaires sont soutenues par l'utilisation de renforçateurs adaptés, notamment par la gratification et la valorisation des comportements adaptés. Cela passe par de simples félicitations, des compliments, portant sur des changements même minimes. Les renforçateurs sociaux tels qu'une sortie en famille ou encore le partage d'un jeu de société, permettent de favoriser l'accès à une moindre dépendance à l'environnement proche. Ces techniques sont également utilisées lors des hospitalisations, la reprise d'un

lien progressif avec la famille constituant un renforçateur intéressant. La persistance d'un choix est également utile, l'enfant peut par exemple faire la liste de quelques aliments qu'il préfère éviter en les classant par ordre du plus facile à réintroduire dans son régime alimentaire au plus difficile. Le premier critère objectif à viser est, bien entendu, la reprise pondérale. La restauration de la perception de faim et d'un plaisir à manger est plus longue, survenant souvent après quelques mois de stabilisation pondérale.

D'autres comportements-problèmes peuvent être abordés. Concernant l'hyperactivité, l'enfant devra chercher des alternatives comme, par exemple, des activités agréables qui pourraient se substituer à ces comportements-problèmes. Cela peut prendre la forme de listes, très concrètes et réalistes (par exemple regarder la télévision, appeler ou voir un ami, s'occuper de son animal domestique, faire un jeu avec un membre de sa famille, écouter de la musique...)

3) Consolider les changements en améliorant l'estime de soi et les relations familiales

- *Développer l'estime de soi* : la mauvaise estime de soi est constante chez ces enfants souffrant de troubles du comportement alimentaire et doit absolument être travaillée dès lors que le statut nutritionnel s'est amélioré et stabilisé. Diverses techniques peuvent être utilisées pour cela, en commençant par les encouragements et renforcements déjà évoqués plus haut. Le dessin peut représenter l'une de ces techniques. Des jeux de rôle sont utiles, entre autres lorsque l'enfant présente des difficultés relationnelles importantes, ainsi que des techniques d'apprentissage par imitation en observant ou en imaginant les réactions qu'un jeune sans troubles alimentaires, ni trouble de l'estime de soi, aurait dans certaines situations problématiques pour l'enfant. Des techniques de reconstruction cognitive peuvent porter sur des croyances irrationnelles telles que par exemple « je dois plaire à tout le monde » ou encore sur des verbalisations internes (par exemple « je ne vais pas savoir quoi dire »).
- *Faciliter les relations intrafamiliales* : tout ce qui est travaillé avec l'enfant en individuel peut s'étendre à un travail qui intègre la famille dans l'idée d'un « partage de responsabilité du changement ». La famille a en effet un rôle primordial dans le maintien de l'amélioration du jeune, d'où l'intérêt de lui faire partager certaines tâches comportementales prescrites à l'enfant. Des tâches de réflexion sur la dynamique familiale peuvent être proposées à l'enfant afin de faciliter la communication au sein de la famille (par exemple : « liste des attentes de l'enfant », « la ou les personnes de confiance », « comment communiquer ce que je ressens »...). L'enfant peut, par exemple, faire une liste de quelques personnes de son entourage, importantes pour lui. Pour chacune d'entre elle, il devra réfléchir à ce que la personne pourrait faire pour le

soutenir et au contraire ce qu'elle ne devrait pas faire. Il devra ensuite chercher le moyen le plus adapté et réalisable de lui transmettre ces réflexions.

4) Eviter la rechute

Cela consiste à maintenir des comportements alimentaires satisfaisants évitant une nouvelle dégradation pondérale et nutritionnelle. Le travail consiste alors à maintenir l'alliance thérapeutique en soulignant la progression de l'enfant et la transformation de la liste des avantages et inconvénients de la maladie à ce stade par rapport au début des soins. Une échelle d'évolution de la maladie peut être réalisée avec l'enfant afin de lui offrir une vue d'ensemble de son parcours tout en soulignant toujours les changements et les progrès qu'il a effectués.

IV.5 Autres approches thérapeutiques

IV.5.1 Un exemple de médiation : la musicothérapie

L. Schiltz(14), au Luxembourg, décrit une méthode thérapeutique particulière, adaptée en particulier aux préadolescentes mais qui semblerait également convenir aux enfants anorexiques. Cette méthode se fonde sur des bases psychanalytiques tout en utilisant des techniques cognitivo-comportementales. Le but de ce traitement est de favoriser l'utilisation, par le patient, de meilleures stratégies d'adaptation et d'ajustement ; de remplacer les défenses archaïques par des défenses plus matures, plus névrotiques ; et enfin de travailler sur les attitudes et pensées irréalistes au sujet de l'image corporelle.

Schiltz décrit ainsi la médiation artistique comme méthode thérapeutique indirecte particulièrement indiquée à cet âge. La psychothérapie à médiation musicale est utilisée par cette équipe luxembourgeoise. Cela consiste en une part d'improvisation libre et l'écriture d'une histoire sous induction musicale. Plus tard dans la thérapie, les jeunes rejoignent un groupe de communication sonore (avec d'autres types de patients). Schiltz et son équipe ont évalué par des tests projectifs (Rorschach et TAT) l'évolution des patients tout au long de la thérapie.

La musique semble favoriser l'élaboration fantasmatique et la communication de sentiments plus authentiques. Des changements significatifs sont observés chez les patients comme : une vivacité nouvelle dans la mimique, une meilleure expression gestuelle, des signes de plaisir. Sur le plan de la communication verbale, les patients expriment des fantasmes, des images en rapport avec le plaisir, la colère, l'angoisse et la sexualité ainsi qu'une possibilité d'appréciation critique des parents.

IV.5.2 Psychodrame

Lorsque le déni des troubles et de l'origine psychique de l'amaigrissement est important, d'autant plus s'il est associé à une certaine passivité, la psychothérapie individuelle d'inspiration analytique ne paraît pas être adaptée. Une prise en charge en groupe avec une médiation semble alors intéressante à envisager. Le psychodrame peut, notamment dans cette classe d'âge, être indiqué, encore plus lorsque le patient présente une organisation quasi psychotique (rigidité des défenses, déni, éléments projectifs).

En psychodrame, comme en thérapie analytique individuelle, la situation transférentielle peut être définie comme la confrontation du sujet à sa compulsion de répétition. Les patients anorexiques ont souvent de grandes difficultés transférentielles, du fait d'éléments projectifs envahissants, d'un refus d'introjection et d'une déni du corps associée souvent à une certaine perversité de l'organisation (corps comme étranger ou fétiche).

Le psychodrame est moins intéressant lorsque le patient fait preuve de capacités de verbalisation et d'élaboration suffisantes. D'autre part, les patientes peuvent se montrer peu accessibles au côté ludique et fictif du psychodrame (refus de l'hédonisme fort). Les traits hystériques et exhibitionnistes peuvent aussi être difficilement gérables en groupe (3).

Le psychodrame a été inventé par J.L. Moreno, médecin viennois d'origine roumaine. A l'époque le psychodrame avait lieu sur une scène en présence de spectateurs, comme au théâtre, favorisant un travail d'improvisation, visant la « catharsis » des émotions sur scène. Moreno se basait beaucoup sur les jeux de rôles et les renversements des rôles afin de favoriser le changement pour le patient et de le sortir du rôle dans lequel la maladie l'enferme.

Dans les années 60, en particulier en France, plusieurs psychanalystes (Lebovici, Kestemberg, Diatkine, Anzieu...) reprennent la technique du psychodrame en la modifiant un peu et surtout en gardant les bases de la technique analytique, ce qui n'était pas le cas de Moreno. Pour eux, le psychodrame favorise la liaison entre les mots, le corps et le jeu improvisé permettant l'accès aux fantasmes et à des sensations jusque-là inaccessibles. L'utilisation des autres dans le jeu facilite également l'identification, nécessaire aux changements.

Le psychodrame peut être individuel ou groupal. Au cours du psychodrame groupal, les psychodramatistes, au nombre de deux en général, participent aux jeux. Le groupe rassemble le plus souvent entre quatre et dix patients. Dans un premier temps, les participants sont assis du côté de l'espace de parole, l'aire de jeu étant bien individualisée. Un scénario est décidé avec l'ensemble du groupe à partir des échanges qui ont lieu dans le groupe. Les rôles (personne, animal, objet, émotion...) sont attribués par les enfants à

chacun mais nul n'est tenu de jouer. Dans un second temps, le groupe passe dans l'aire de jeu et met en scène le scénario choisi. Ceux qui ne jouent pas regardent mais peuvent à tout moment se joindre au jeu en précisant leur rôle. Durant le jeu, le psychodramatiste peut intervenir lorsqu'il trouve cela intéressant afin d'apporter des « interprétations par le jeu ». Enfin, pour terminer, le groupe se réunit à nouveau dans l'espace de la parole et échange sur ce qui vient de se jouer. Les psychodramatistes apportent quelques interprétations verbales notamment en ce qui concerne les mouvements groupaux. Chacun peut verbaliser ce qu'il a ressenti en jouant ou en regardant.

Le psychodrame permet de contourner certains mécanismes de défense et ainsi d'avoir accès à certaines problématiques sous-jacentes aux TCA. L'ambivalence peut se développer et les clivages s'atténuer en « les projetant sur des objets » (10).

IV.6 Place des traitements médicamenteux

Certains traitements médicamenteux sont assez systématiques et concernent avant tout le versant somatique des soins. Une supplémentation par calcium et vitamine D est ainsi recommandée, même si elle est insuffisante dans la prévention de l'ostéoporose qui nécessite avant tout une reprise staturopondérale et pubertaire. Une supplémentation par phosphore est également d'une grande importance pour prévenir le syndrome de renutrition. Un traitement poly-vitaminique ainsi qu'une substitution en fer et en folates sont également recommandés et ce avant même le début de la renutrition. Ces traitements devront être poursuivis pendant au moins dix jours après la renutrition.

Les traitements psychotropes doivent être prescrits avec une grande prudence chez l'enfant. Aucune de ces molécules n'a réellement fait la preuve de son efficacité dans la prise en charge de l'anorexie mentale restrictive, et encore moins chez l'enfant. En particulier, aucun médicament n'a montré d'efficacité en termes d'accélération de la reprise pondérale ou de diminution des préoccupations corporelles. Il n'y a que très peu d'études concernant le traitement médicamenteux des TCA de l'adolescent et encore moins pour ceux de l'enfant. Les données sont donc essentiellement tirées de la littérature concernant les adultes ou de quelques observations cliniques concernant les adolescents.

Ces traitements, nous allons le voir, peuvent essentiellement être utilisés en cas de symptômes dépressifs résistants à la renutrition, ou en cas d'anxiété importante ou encore si le patient présente des symptômes obsessionnels envahissants (75).

Une étude rétrospective réalisée en 2005 aux USA (citée par (76)) concernant le traitement par antidépresseurs de type ISRS (inhibiteur de la recapture de la sérotonine) pour des

adolescents de 13 à 15 ans souffrant d'anorexie mentale n'a montré aucune différence significative, en termes d'IMC, de symptômes alimentaires ou de symptômes dépressifs et obsessionnels compulsifs par rapport au groupe ne bénéficiant pas de traitement médicamenteux.

L'observation clinique d'une patiente âgée de 16 ans, souffrant d'anorexie mentale traitée par mirtazapine a cependant montré un intérêt du traitement, poussant à poursuivre les recherches.

Concernant les études sur la fluoxétine dans l'anorexie mentale de l'adulte, les résultats sont contradictoires. Certaines ne relèvent aucune efficacité comparé au placebo, alors que d'autres mettent en relief l'intérêt dans la prévention de la rechute.

Les résultats étant à chaque fois discutables du fait d'un grand nombre de perdus de vue.

Malgré tout, nous pourrions penser que les enfants répondraient de façon plus positive au traitement du fait d'une meilleure observance (les parents s'occupant de la prise du médicament) et d'une moins grande chronicité de la maladie.

Cependant aucune étude n'a montré l'efficacité de ce traitement chez l'enfant.

A propos des antipsychotiques atypiques, plusieurs observations cliniques ont suggéré l'intérêt de cette classe médicamenteuse dans la prise en charge de l'anorexie mentale, notamment chez l'enfant et l'adolescent. L'olanzapine est la molécule la plus étudiée. Des observations cliniques ont été faites notamment pour quatre patients âgés de 10 à 12 ans, souffrant d'anorexie mentale (dont un garçon présentant plutôt une phobie de déglutition) et qui ont reçu un traitement par olanzapine à 2.5 mg par jour. Une efficacité était relevée par rapport à la prise de poids, à l'agitation et à l'anxiété. Des études réalisées chez l'adulte tendent à confirmer ce résultat, notant en particulier l'efficacité sur les ruminations. Actuellement une étude est en cours sous forme d'essai thérapeutique contrôlé (olanzapine versus placebo) dans une population de 12 à 17 ans.

Les effets secondaires sont bien entendu importants à surveiller, notamment par rapport au risque sur la conduction cardiaque (ECG obligatoire avant l'instauration du traitement).

Il est important également d'avoir en mémoire les conseils tirés de la revue de la littérature rédigée par Correll et Carlson en 2006 (cités dans (10)) sur les effets endocriniens et métaboliques des psychotropes chez l'enfant. L'hyperprolactinémie, pouvant survenir avec ces traitements, pourrait être responsable de troubles de la croissance staturo-pondérale, déjà en jeu dans l'anorexie prépubère.

Globalement, au sujet de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent, les recommandations internationales sont en faveur d'une prise en charge psychologique notamment familiale en première intention. Les traitements médicamenteux ne font pas l'objet de guidelines du fait d'un manque d'études dans le domaine.

Les antidépresseurs sembleraient cependant plutôt indiqués en présence de comorbidités dépressive ou obsessionnelle notamment lorsque ces symptômes précèdent les difficultés alimentaires dans l'histoire de la maladie (76).

Conclusion

La prévalence des troubles du comportement alimentaire de l'enfant est difficile à évaluer du fait de leur hétérogénéité. Cependant, l'incidence dans cette classe d'âge semble être en augmentation et ces problèmes deviennent relativement fréquents. La reconnaissance précoce des troubles est donc essentielle afin de prévenir les complications somatiques potentiellement graves de la maladie.

Ce travail montre que les troubles du comportement alimentaire, en particulier l'anorexie mentale, peuvent survenir chez l'enfant qui n'a pas encore eu à faire face aux premières transformations pubertaires. En effet, il semble que des équivalents pubertaires peuvent précipiter la survenue de ces troubles en l'absence des bouleversements corporels et psychologiques provoqués par la puberté. Ces équivalents seraient notamment représentés par des facteurs déclenchants, souvent de l'ordre de la perte ou de la séparation. Les antécédents personnels de troubles alimentaires au cours de la première et de la seconde enfance paraissent également jouer un rôle important, du fait d'une continuité des troubles. L'expression clinique de la maladie est variable selon le stade de développement de l'enfant mais de nombreux symptômes sont partagés avec les formes plus classiques d'anorexie mentale ainsi qu'un fonctionnement psychique assez semblable inscrit dans une dynamique évolutive.

Nous avons démontré que l'évolution sociétale en termes d'idéal de minceur et de représentations sur le surpoids et l'obésité peut aussi être impliquée dans le développement des préoccupations corporelles et pondérales précoces. En effet, les enfants de plus en plus jeunes et souvent « adultisés », ont accès aux médias et à la mode qui influencent la perception de leur propre corps. Un corps mince et musclé est idéalisé. La pratique sportive peut être excessive du fait de ces modèles de société et favoriser aussi la survenue de troubles alimentaires. La réussite et la performance peuvent constituer des valeurs envahissantes pour l'enfant et l'entraîner vers un perfectionnisme excessif qui peut faire le lit des TCA.

Les travaux concernant l'étiologie spécifique des troubles alimentaires de l'enfant sont encore rares, singulièrement au sujet de la psychopathologie. En effet, l'étiopathogénie est difficile à étudier du fait de la diversité des troubles, du nombre important de facteurs impliqués dans leur déclenchement et du processus continu de changement dans lequel se trouve l'enfant. Les auteurs semblent penser que les troubles alimentaires de l'enfant sont une suite des troubles du tout petit dans une vision de continuité psychopathologique. Pour

Corcos, le symptôme alimentaire représente une modalité d'expression d'une souffrance psychique survenant souvent chez des jeunes présentant une organisation psychique prémorbide particulière. Nous pouvons penser que certains enfants, dès leur plus jeune âge, parfois suite à des troubles des interactions précoces et des défaillances dans la construction de leur corps et de leur identité, développent des symptômes alimentaires dans des contextes particuliers générant des conflits ou des souffrances intra-psychiques. Cette hypothèse expliquerait la continuité des troubles alimentaires du nourrisson à l'adolescent, en revenant au nourrisson par le biais des retentissements des troubles alimentaires de la mère sur son bébé.

Peu de liens sont faits avec la phase de latence. Cependant, cette phase du développement de l'enfant est largement influencée par la culture et la société et paraît s'être modifiée ces dernières décennies, pouvant aussi participer au développement précoce des troubles alimentaires.

Nous avons pu constater qu'il existe différentes formes de troubles alimentaires et que l'anorexie mentale est loin d'être le seul diagnostic envisageable devant des symptômes alimentaires chez l'enfant. Ces diagnostics différentiels sont relativement méconnus et assez peu étudiés et leur fréquence est probablement sous-évaluée. Néanmoins, les classifications spécifiques à l'enfant risquent de rendre pathologique la moindre perturbation alimentaire, même passagère et souvent contextuelle.

Le développement peut être considéré dans une perspective souple et dynamique comprenant aussi des périodes de transition délicates générant des stress plus ou moins importants selon la vulnérabilité de l'enfant. Chaque parent est d'ailleurs plus ou moins compétent selon la phase de développement en jeu (il ne sera pas toujours « mauvais », ni toujours « bon »). Ces périodes de transition peuvent générer des symptômes, notamment alimentaires, sans que cela ne soit forcément pathologique.

Il est également important d'interpréter le symptôme alimentaire dans une vision plus globale de l'enfant et de son histoire personnelle et familiale. Ce symptôme peut être la manifestation d'une souffrance psychique qui peut se traduire aussi par d'autres signes évocateurs de comorbidités, telles que l'anxiété ou la dépression.

Cependant, l'anorexie mentale prépubère existe réellement et se manifeste de façon spécifique. Certains symptômes propres à l'enfant devraient être mieux connus des professionnels afin d'améliorer le dépistage précoce des troubles.

Le pronostic de la maladie est encore controversé. Les auteurs ont des avis très divergents probablement du fait de difficultés dans l'organisation des recherches sur la question. Les critères d'inclusion auraient besoin d'être plus homogènes, se fixant de façon plus précise

sur le stade pubertaire plutôt que sur l'âge de l'enfant, afin de permettre une comparaison des études. Schématiquement, il semble exister deux cas de figures principaux. La forme immédiatement prépubertaire rejoindrait l'anorexie de l'adolescente d'un point de vue sémiologique, mais semble présenter un pronostic plutôt meilleur. Les formes vraiment précoces, survenant avant dix ans, auraient un moins bon pronostic, probablement du fait d'un « terrain prémorbide » déjà fragilisé (dépression, TOC, troubles du spectre autistique, TDAH...).

L'anorexie mentale de l'enfant nécessite une prise en charge adaptée et toutes les études convergent vers l'importance d'un travail familial central. Le traitement doit tenir compte du stade développemental de l'enfant. Une collaboration multidisciplinaire est souvent nécessaire, en particulier entre pédopsychiatre et pédiatre, notamment au moment du bilan étiologique. Un travail individuel centré avant tout sur la reprise de poids est également nécessaire ; les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur intérêt dans ce domaine

L'anorexie mentale est une maladie mortelle, souvent pris en charge dans un contexte d'urgence, en particulier chez l'enfant. La renutrition est donc une priorité thérapeutique. Par ailleurs, après renutrition, l'hospitalisation et la séparation ne semblent pas forcément bénéfiques chez l'enfant qui se trouve encore dans une dépendance normale, développementale qu'il est bon de respecter.

Dans les observations cliniques exposées dans ce travail, les antécédents de douleurs chroniques dans l'enfance, notamment sous forme de dorsalgies, sont fréquents. Nous n'avons pas retrouvé, au cours de ce travail de thèse, de données concernant les liens potentiels entre les vécus douloureux dans l'enfance et la survenue de troubles alimentaires. Nous pouvons pourtant penser que la douleur chronique altère le rapport au corps et les ressentis corporels, pouvant ainsi engendrer des clivages corps-esprit assez semblables à ceux retrouvés au cours de l'anorexie mentale. La prise en charge de cette douleur et la manière d'y répondre des parents et des soignants semble d'une grande importance, dans une continuité avec les réflexions sur les interactions précoces de l'enfant et de son environnement.

L'anorexie mentale prépubère semble donc représenter un paradigme pouvant constituer un support de recherche sur l'aspect développemental des troubles psychiatriques chez l'enfant. Beaucoup de travaux restent à réaliser dans ce domaine passionnant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Corcos M. Le corps absent. Approche psychosomatique des conduites alimentaires. 2005.
2. Davison KK, Markey CN, Birch LL. A Longitudinal Examination of Patterns in Girls' Weight Concerns and Body Dissatisfaction from Ages 5 to 9 Years. *Int J Eat Disord*. 2003 avr;33(3):320-32.
3. Kestemberg E, Kestemberg J, Decobert S. La faim et le corps.
4. Godart N, Lamas C, Nicolas I, Corcos M. Anorexie mentale à l'adolescence. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2010 mars;23(1):30-50.
5. Arnow B, Sanders MJ, Steiner H. Premenarcheal Versus Postmenarcheal Anorexia Nervosa: A Comparative Study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 1999 janv 7;4(3):403-14.
6. Simon Y. Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. (4):137-42.
7. Turgeon M-E, Forget J, Senecal C. Troubles des conduites alimentaires, dépression, estime de soi et perfectionnisme chez les enfants. *Pratiques psychologiques*. 2011;(4):315-28.
8. Le Heuzey, Acquaviva. Anorexie mentale de l'enfant prépubère. EMC. 2006;(37-201-A-40).
9. Mouren-Simeoni MC, Bouvard MP. Anorexie mentale chez l'enfant pré-pubère: particularités cliniques et évolutives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Elsevier; 1993. p. 291-5.
10. Mouren M, Doyen C, Le Heuzey M-F, Cook-Darzens S. Troubles du comportement alimentaire de l'enfant, du nourrisson au pré-adolescent. 2011.
11. Girard R. Anorexie et désir mimétique. 2008.
12. Tremblay L, Lariviere M. The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eat Behav*. 2009 avr;10(2):75-83.
13. Michel G, Purper-Ouakil D, Leheuzey M., Mouren-Simeoni M. Pratiques sportives et corrélats psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2003 juin;51(4):179-85.
14. Schiltz L. Le monde en blanc dans l'anorexie mentale de la préadolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2006 sept;54(5):297-303.
15. Duverger P, Malka J, Goeb JL, Corcos M, Vidailhet C, Sibertin-Blanc D. Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence.
16. Corcos M, Atger F, Jeammet P. Évolution des approches compréhensives des

troubles des conduites alimentaires□: Troubles des conduites alimentaires. *Annales médico-psychologiques*. 2003;161(8):621-9.

17. Jeammet P. L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1993;41:235-44.

18. Maazi L. Anorexie mentale et fonction paternelle. *Perspectives Psy*. 2006 sept 1;Vol. 45(3):254-9.

19. Corcos M. Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires. *Dialogue*. 2005;169(3):97.

20. Bruch H. L'énigme de l'anorexie. 2e éd. Presses Universitaires de France (PUF); 1983.

21. Bradley M-F, Pauzé R. Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence. *Thérapie Familiale*. 2008;29(3):335.

22. Frias I, Testart M-L, Brigot M-N, Vanhalst D, Kiebbe F, Obadia J, et al. Le corps anorexique comme le lieu d'expression d'une souffrance familiale. *Evolution psychiatrique*. 75(2):239-47.

23. Cooper PJ, Whelan E, Woolgar M, Morrell J, Murray L. Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *Br J Psychiatry*. 2004 mars;184:210-5.

24. Ramsay M. Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. *Devenir*. 2001;13(2):11.

25. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2002 avr;11(2):163-83.

26. Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, Sarles J. Les anorexies infantiles□: de la naissance à la première enfance. *Archives de pédiatrie*. 2006;13(5):464-72.

27. Chatoor I. Eating Disorders in Mid-Childhood. 2004;11(4):34-9.

28. Guérin H, Thibaut J-P. Le développement des représentations sur les aliments chez l'enfant de 4 à 12 ans. *Enfance*. 2008;60(3):251.

29. Doyen C, Asch M. Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et du préadolescent. *La Revue du praticien*. 2008;58(2):173-6.

30. Boucher B. L'apprentissage harmonieux de l'alimentation chez l'enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 21(8):334-8.

31. Rudolph CD, Thompson Link D. Feeding disorders in infants and children. *Pediatric Clinics of North America*. 2002 févr;49(1):97-112.

32. Le Heuzey M-F. La prévention des troubles du comportement alimentaire du jeune enfant est-elle possible ? *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2006 oct;19(7):261-4.

33. Saint-Andre S, Thomas G, Lazartigues A. «□Un cas d'anorexie mentale chez une

- petite fille de quatre ans et demi»». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2007;55(5-6):345-50.
34. Brusset B. *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Dunod.
 35. Grall-Bronnec M, Guillou-Landreat M, Vénisse J-L. Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2007 déc;21(4):151-4.
 36. Jeammet P. Anorexie et boulimie, un couple paradoxale. *anorexie boulimie*: les paradoxes de l'adolescence.
 37. Corcos M, Lamas C, Pham-Scottet A, Doyen C. *L'anorexie mentale*: Déni et réalités. Doin. 2008.
 38. Piron C, Stassart M. *L'anorexie*: De la prépuberté à l'adolescence. 2007.
 39. Rosen DS. Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolesc Med*. 2003 févr;14(1):49-59.
 40. Halfon O, Albert E, Mouren-Simeoni MC, Dugas M. L'anorexie mentale prépubère: a propos d'une observation clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1989;37(4):191-6.
 41. Gowers SG, Crisp AH, Joughin N, Bhat A. Premenarcheal Anorexia Nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1991;32(3):515-24.
 42. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. How Do Children with Eating Disorders Differ from Adolescents with Eating Disorders at Initial Evaluation? *Journal of Adolescent Health*. 2006 déc;39(6):800-5.
 43. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood Eating Disorders: British National Surveillance Study. *BJP*. 2011 janv 4;198(4):295-301.
 44. Boileau B. À propos des troubles des conduites alimentaires chez l'enfant d'âge de latence. *P.R.I.S.M.E. Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*. 2000;32:164-7.
 45. Meilleur D. Particularités cliniques et classification des troubles de la conduite alimentaire chez les enfants âgés entre huit et 13 ans : où en sommes-nous ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2011;(0).
 46. Doyen C, Alvin. Les très jeunes anorexiques: diagnostic et évolution. *Médecine & enfance*. 2012;32(3):97-9.
 47. Bostic JQ, Muriel AC, Hack S, Weinstein S, Herzog D. Anorexia nervosa in a 7-year-old girl. *J Dev Behav Pediatr*. 1997 oct;18(5):331-3.
 48. Reiersen A, Houlihan D. Childhood onset of anorexia nervosa. 2008;5(1).
 49. Madden S, Morris A, Zurynski YA, Kohn M, Elliot EJ. Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Med. J. Aust*. 2009 avr 20;190(8):410-4.
 50. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat*

Disord. 2000 nov;28(3):317-24.

51. Misès R, Quemada N, Botbol M, Bursztejn C, Durand B, Garrabé J, et al. Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R-2000. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2002;50(4):233-61.
52. Gowers SG. Treatment of anorexia nervosa in childhood and adolescence. *Psychiatry*. 2005 avr;4(4):14-7.
53. Deronzier D. « Appétit et troubles émotionnels ». Ses apports à la compréhension des troubles d'alimentation et à la théorisation du développement affectif primaire de Donald W. Winnicott. *Revue française de psychanalyse*. 2010;Vol. 74(1):71-88.
54. Franchi V. Perspective kleinienne sur la latence : les implications du travail de latence pour l'organisation psychique et le travail clinique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2010 févr;58(1-2):72-80.
55. Ahmad J. La nouvelle temporalité de la latence. Pour une période de latence revisitée du point de vue du temps. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2006 sept;54(5):259-62.
56. Colin B, Fouques C, Ouvry O. Problèmes soulevés par l'anorexie en période de latence à partir d'un cas. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1993;41:515-9.
57. Cook-Darzens S. L'anorexie péri-pubère. Thérapie familiale de l'adolescent anorexique.
58. Goëb J-L, Azcona B, Troussier F, Malka J, Ginies J-L, Duverger P. Évitement alimentaire et trouble affectif chez l'enfant. *Archives de pédiatrie*. 2005;12(9):1419-23.
59. Bailly D, De Chouly De Lenclave MB, Dhaussy S, Baert F, Turck D. La phobie de déglutition chez l'enfant : un diagnostic différentiel de l'anorexie mentale. *Archives de pédiatrie*. 2003;10(4):337-9.
60. Madden S, Morris A, Zurynski YA, Kohn M, Elliot EJ. Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Med. J. Aust*. 2009 avr 20;190(8):410-4.
61. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2004 déc;161(12):2215-21.
62. Godart N., Perdereau F, Jeammet P, Flament M. Comorbidité et chronologie d'apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2003 sept;161(7):498-503.
63. Kipman A, Gorwood P. Anorexie mentale et obsession : continuité ou contiguïté ?
64. McCabe M, Ricciardelli L. A longitudinal study of body image and strategies to lose weight and increase muscles among children. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2005 sept;26(5):559-77.
65. Alessi NE, Krahn D, Brehm D, Wittekindt J. Prepubertal Anorexia Nervosa and Major

Depressive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1989 mai;28(3):380-4.

66. Godart N-T, Curt F, Perdereau F, Lang F, Venisse J-L, Halfon O, et al. L'existence d'un épisode dépressif majeur est-elle liée à la présence de troubles anxieux chez les anorexiques et les boulimiques? *L'Encéphale*. 2005;31(4):403-11.

67. Berlin KS, Lobato DJ, Pinkos B, Cerezo CS, LeLeiko NS. Patterns of medical and developmental comorbidities among children presenting with feeding problems: a latent class analysis. *J Dev Behav Pediatr*. 2011 janv;32(1):41-7.

68. Rozé C, Doyen C, Le Heuzey M-F, Armoogum P, Mouren M-C, Léger J. Predictors of late menarche and adult height in children with anorexia nervosa. *Clin. Endocrinol. (Oxf)*. 2007 sept;67(3):462-7.

69. Duverger. Anorexie mentale. *Psychopathologie en service de pédiatrie*: pédopsychiatrie de liaison. 2011.

70. HAS. Recommandation de bonne pratique. Anorexie mentale: prise en charge. 2010.

71. Wintgens A, Symann S, Serrano JA. Préadolescentes anorexiques traitées en milieu pédiatrique: travail de liaison. *P.R.I.S.M.E. Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*. 2000;32:98-111.

72. Lock J, le GRANGE D, Forsberg S, Hewell K. Is Family Therapy Useful for Treating Children With Anorexia Nervosa? Results of a Case Series. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006 nov;45(11):1323-8.

73. Brunaux F, Cook-Darzens S. La thérapie multifamiliale. *Thérapie Familiale*. 2008;29(1):87.

74. Doyen C, Cook-Darzens S. Approche cognitive et comportementale dans l'anorexie prépubère : adaptations au développement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2010 juin;58(4):263-9.

75. Godart N, Perdereau F, Gales O, Agman G, Deborde A-S, Jeammet P. Le contrat de poids lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale. *Archives de pédiatrie*. 2005;12(10):1544-50.

76. Couturier J, Lock J. A Review of Medication Use for Children and Adolescents with Eating Disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 nov;16(4):173-6.

Annexes

ANNEXE 1 : indications à l'hospitalisation pour les enfants et les adolescents selon l'HAS :

Les critères dans l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent concernant l'anamnèse sont :

- une perte de poids rapide, de plus de 2 kg/semaine ;
- un refus de manger, une aphagie totale ;
- un refus de boire ;
- des lipothymies ou des malaises d'allure orthostatique ;
- une fatigabilité voire un épuisement évoqué par le patient.

Au niveau clinique, les signes nécessitant l'hospitalisation sont :

- un IMC inférieur à 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou inférieur à 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans ou encore inférieur à 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans (nous remarquons qu'il n'y a pas de données concernant l'enfant prépubère) ;
- un ralentissement idéique et verbal ou encore une confusion ;
- un syndrome occlusif ;
- des bradycardies extrêmes : fréquence cardiaque inférieure à 40/min quel que soit le moment de la journée ou une tachycardie ;
- une pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) ;
- une pression artérielle inférieure à 80/50 mmHg avec une hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque supérieure à 20/min ou diminution de la pression artérielle supérieure à 10-20 mmHg ;
- une hypothermie inférieure à 35,5°C ou une hyperthermie.

Au niveau paraclinique, les résultats amenant à l'hospitalisation sont :

- une acétonurie (bandelette urinaire) et une hypoglycémie inférieure à 0,6 g/L ;
- des troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) ;
- une élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) ;
- une cytolyse (supérieure à quatre fois la normale) ;
- une leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) ou une thrombopénie (< 60 000 /mm³).

Selon l'APA, les critères d'hospitalisation sont :

Indications clinicobiologiques :

- Pouls < 50 pulsations/min
- Pression artérielle < 80/50 mmHg

- Hypotension orthostatique avec élévation du pouls de 20 pulsations/min ou chute de 10-20 mmHg de la pression artérielle
- Hypokaliémie ou hypophosphatémie
- Perte rapide de poids même si la perte est inférieure à 25 % du poids idéal
- Hypoglycémie symptomatique ou glycémie à jeun < 3 mmol/l
- Absence d'amélioration ou aggravation lors de traitement en externe

Indications d'ordre psychologique :

- Incapacité à comprendre la gravité de la situation
- Absence de coopération
- Nécessité d'une nutrition artificielle
- Idées suicidaires
- Etat psychiatrique sous-jacent.

ANNEXE 2 : Identifications des patients à risque de syndrome de renutrition(recommandations NICE)

Dans l'une des situations suivantes :

- IMC < 16 chez l'adulte
- Perte de poids > 15 % du poids antérieur en 3 à 6 mois
- Absence ou faible apport nutritionnel depuis plus de 10 jours
- Hypokaliémie, hypophosphorémie ou hypomagnésémie avant renutrition

Si deux ou plusieurs de ces symptômes sont présents :

- IMC < 18.5 chez l'adulte
- Perte de poids > 10 % du poids antérieur en 3 à 6 mois
- Absence ou faible apport nutritionnel depuis plus de 5 jours
- Histoire de prise de médicaments, drogues, alcool, diurétiques.

Résumé :

Les formes prépubères représentent environ 5 % des anorexies mentales. Actuellement, des préoccupations pondérales et corporelles apparaissent chez certains enfants dès l'âge de cinq ans. Des évolutions sociétales sont impliquées, en particulier en ce qui concerne l'idéal de minceur. La particularité de l'anorexie mentale prépubère est l'absence des bouleversements pubertaires au moment du déclenchement des troubles. Certains auteurs parlent d'équivalents pubertaires. Les TCA de l'enfant s'inscrivent dans une continuité de la première enfance à l'adolescence. Chatoor a créé une classification regroupant les principaux troubles alimentaires des tout petits, en particulier l'anorexie infantile et les « petits mangeurs » qui constituent des facteurs de risque d'anorexie mentale à l'adolescence. Les particularités sémiologiques des formes prépubères sont mises en évidence à partir d'observations cliniques. Le principal diagnostic différentiel à évoquer est le trouble émotionnel avec évitement alimentaire. L'anorexie mentale prépubère se singularise également des formes classiques de par la fréquence des comorbidités dépressives et/ou anxieuses. Le pronostic est variable et controversé. Il serait plutôt bon dans les formes immédiatement prépubertaires alors qu'il est souvent défavorable dans les formes très précoces, survenant avant 9 ou 10 ans. Le pivot central de la prise en charge thérapeutique est le travail familial. Les soins doivent avant tout viser la renutrition et la reprise pondérale afin de diminuer les risques vitaux à court terme et l'impact des troubles sur la croissance de l'enfant à plus long terme.

Mots-clés : anorexie mentale prépubère, équivalents pubertaires, préoccupations pondérales et corporelles, particularités sémiologiques, comorbidités, renutrition, travail familial.