

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N° 2020-106

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Psychiatrie

par

Solène LAURENS

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2020

SPECIFICITES CLINIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE MASCULINE

Président : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sylvain LAMBERT

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain LAMBERT

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Madame le Professeur Anne SAUVAGET

Remerciements

A Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour votre implication dans l'enseignement aux étudiants de médecine de Nantes. Merci pour l'oreille attentive que vous prêtez à tous les internes, et la bienveillance avec laquelle vous m'avez guidée lors de mon stage en addictologie.

A Monsieur le Professeur Olivier Bonnot,

Vous me faites l'honneur de prendre part à mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre accompagnement dans mon choix d'option en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

A Madame le Professeur Anne Sauvaget,

Vous me faites l'honneur de prendre part à mon jury de thèse. Merci pour l'enthousiasme et le dynamisme qui ne vous quittent jamais dans l'enseignement et la supervision des internes.

A Monsieur le Docteur Sylvain Lambert,

Je te remercie d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse ; tes conseils m'ont été infiniment précieux. Je garde le souvenir du semestre passé dans ton service comme un moment phare de mon internat, et te remercie pour l'énergie qui t'anime dans la transmission des connaissances.

A ceux qui ont été mes mentors durant mes premières années d'internat,
Merci Néri pour les heures de supervision et les métaphores que nous avons construites.
Merci Laurence pour les groupes de parole et le psychodrame.
Merci Henri d'avoir accompagné mes premiers pas dans le monde de la psychiatrie.
Et merci à tous les médecins qui m'ont encadrée et ont partagé avec moi leur sagesse.

A ceux qui ont été médecins avant moi dans ma famille,
Merci Maman d'avoir essayé de me dissuader de suivre cette voie. Nous savons maintenant jusqu'où peut me mener mon esprit de contradiction.
Merci Anne pour le soutien, l'accompagnement... et mon stéthoscope !

Et merci à toi, Jean, autre Dr Laurens, pour les statistiques !

Aux équipes qui m'ont accueillie,
Merci tout particulièrement aux soignants du SHIP. Vous m'avez vue grandir.

A toute ma famille,
Merci Maman pour ton soutien inconditionnel, et ton oreille toujours présente.
Merci Papa pour ta sagacité et ta disponibilité dans toutes les grandes décisions.
Merci Elisabeth d'avoir activement construit notre complicité de sœurs.
Merci Anne de mettre toute ta passion à défendre ceux qui te sont chers.
Merci Sidy, Demba, Issa, Adama, Jean, Natasha, Nastya, Vanya, et Emmanuel. Vous m'ouvrez de nouveaux horizons.
Merci Heide, combien d'équipes se sont régalingées des recettes que tu m'as transmises !
Merci Gérard et Chantal, ainsi que Tante Nicole, pour toutes les vacances musicales.

A tous mes amis,
Merci Pierre, j'espère que nous continuerons à chanter de concert.
Merci Auxane, dire qu'il a fallu attendre Nantes pour se rencontrer !
Merci David, notre amitié est un soutien pour moi depuis plusieurs années.
Merci Erwan et Sandra, et tout le CITO avec qui j'ai vécu l'incroyable aventure de monter sur les planches.
Merci à tous les internes de psychiatrie de Nantes, je suis fière de faire partie de cette grande famille.
Merci à la soupe-colle, d'avoir rythmé mon externat, et à toute la bande pour nos grandes virées.

« Je me dis que si je mangeais maintenant, ma tête se dérangerait de nouveau, et la même fièvre s'emparerait de mon cerveau. Je ne supportais pas la nourriture, je n'étais pas organisé pour cela ; c'était une singularité, une idiosyncrasie. »

Knut Hamsun, *La Faim*

Abréviations

AMR : anorexie mentale restrictive

AMBP : anorexie mentale avec « binge purging »

BN : boulimie nerveuse

DSM : manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

EDI : *Eating Disorder Inventory*

IFAC : institut fédératif des addictions comportementales

IMC : indice de masse corporelle

TCA : trouble du comportement alimentaire

TCANS : trouble du comportement alimentaire non spécifié

Table des matières

Première rencontre	8
Introduction.....	9
Cas clinique.....	11
Données de la littérature	15
La présentation clinique	15
L'enjeu diagnostique	18
Epidémiologie descriptive	20
Evaluation objective	22
Evolution et pronostic	24
Les diagnostics voisins.....	25
Le contexte socio-culturel	27
Psychopathologie	29
Les soins.....	32
Synthèse	34
L'étude.....	35
Méthodes	36
Participants.....	36
Recueil de données	36
Mesures.....	37
Analyses statistiques	38
Résultats	39
Reprise des dossiers	39
Principales caractéristiques de la cohorte masculine	41
Comparaison avec la cohorte féminine.....	43
Résultats à l' <i>Eating Disorder Inventory-2</i>	45
Analyse des résultats.....	46
Discussion.....	47
Conclusion	49
Bibliographie.....	50
Annexes	54
Annexe 1 : Critères diagnostiques d'anorexie mentale selon le MINI	54
Annexe 2 : Eating Disorder Inventory - 2	55

Première rencontre

Alors que j'étais interne en pédopsychiatrie de liaison dans le service de pédiatrie du CHU de Nantes, un de mes premiers patients présentait une anorexie mentale.

Ce garçon, âgé de 14 ans, était ré-hospitalisé à temps plein dans le cadre d'une recrudescence des symptômes anorexiques, après déjà un an de prise en charge, hospitalière puis ambulatoire. Chez lui, la conduite problématique prédominante était une hyperactivité physique débordante, avec des obsessions autour du gainage et des pompes en vue de l'obtention d'un ventre ferme.

Poli et serviable, il était très apprécié des autres jeunes et de l'équipe du service. Il gardait sa chambre rigoureusement propre et rangée, et s'appliquait à poursuivre sa scolarité depuis l'hôpital. Il se conformait assez facilement aux consignes alimentaires qui lui étaient données durant l'hospitalisation et ne se plaignait pas de la reprise pondérale.

La rencontre avec lui était facile, et même plutôt chaleureuse par le biais de l'humour. Par moments, son discours était en décalage avec sa présentation, voire même provocant par l'investissement qu'il y décrivait d'un idéal viril qui frôlait le machisme.

J'ai suivi son évolution durant un semestre, plutôt dans un rôle proximal de soutien, et d'observatrice du travail familial. L'enjeu relationnel avec les parents s'est progressivement précisé, mais sans s'apaiser sur la période de ma présence dans le service.

J'ai alors assisté à l'accroissement des symptômes hyperactifs, qui se sont accompagnés d'une accentuation de la politesse, si bien que lors de mon départ les deux étaient poussés à l'excès et prenaient une allure quasiment comique.

Malgré la présence de quelques spécificités masculines, je reconnais dans ce dossier une anorexie mentale relativement typique, et je reste finalement marquée par l'ampleur des manifestations chez ce jeune homme.

Introduction

L'anorexie mentale est une maladie psychique relativement fréquente, et connue aussi bien du corps médical que du grand public. La sphère médiatique et culturelle en dresse un tableau qui semble assez uniforme, correspondant aux situations les plus fréquemment rencontrées en pratique clinique.

On visualise volontiers une adolescente ou une jeune adulte, perdant du poids de manière drastique suite à un régime qui semblait initialement anodin, se repliant sur elle-même, et faisant preuve progressivement d'une rigidité sur la question alimentaire qui la rend inaccessible à son entourage.

Cet imaginaire collectif laisse peu de place aux autres formes qui font partie de la réalité de ce trouble alimentaire complexe : la persistance d'obsessions alimentaires malgré le retour à un poids normal, l'inversion boulimique ou son alternance avec la restriction, la chronicité des formes ou l'apparition à un âge plus avancé, la difficulté dans les relations interpersonnelles, ou encore l'existence de symptômes similaires chez l'homme.

Malgré une description précoce par Richard Morton au XVII^{ème} siècle, l'anorexie masculine a longtemps été ignorée par les spécialistes du sujet, ou son existence reléguée au rang de curiosité. De ce fait, ces formes ont été exclues de la recherche médicale, menant à l'élaboration d'outils et de théories diagnostiques, psychopathologiques et thérapeutiques centrés sur les observations de cas d'anorexie féminine.

De nos jours encore, le diagnostic et le traitement des troubles du comportement alimentaire chez l'homme sont considérés comme une affaire de spécialiste, les autres acteurs de soins reconnaissant facilement se sentir démunis à ce sujet. La vision d'une pathologie plus grave et associée à une forme de psychose reste répandue.

Depuis une dizaine d'années, la littérature scientifique à ce sujet croît, cherchant à dégager plus précisément le tableau clinique et à en pointer les enjeux spécifiques. De nouveaux outils sont en cours de développement, comme la création d'un questionnaire diagnostique s'adressant aux hommes ou d'interventions thérapeutiques ciblant les communautés à risque.

Le rôle prépondérant de la muscularité est souvent abordé comme une thématique centrale de l'anorexie masculine, du fait de sa redondance dans le discours de nos patients. Certains y voient un point commun avec les pathologies qui accompagnent la musculation, notamment la dysmorphie musculaire. Nous savons néanmoins que l'insatisfaction corporelle n'est qu'un enjeu superficiel de la problématique alimentaire, qui a déjà été largement étudiée chez la femme sous l'angle des difficultés d'individuation.

Dans ce contexte, il ne s'agit plus de prouver l'existence de la pathologie anorexique chez l'homme, mais plutôt de tenter de pointer ce qui la rapproche ou la distingue de la même pathologie chez la femme. Nous questionnerons aussi la façon dont ces spécificités influent la démarche diagnostique et thérapeutique.

Nous avons souhaité illustrer cette question par la description d'une cohorte masculine déjà constituée, et sa comparaison à celle de notre cohorte féminine, cliniquement et par le biais d'un outil d'évaluation objective.

Cas clinique

Présentation clinique

Robin a bénéficié d'une hospitalisation à temps plein dans l'unité spécialisée Lou-Andreas Salomé. A son arrivée, ce jeune homme de 23 ans était fortement dénutri, avec un IMC de 14,5. Il y était adressé pour un tableau d'anorexie assez typique, avec une restriction alimentaire incomplète (deux repas minimalistes ritualisés et un troisième plus libre), une hyperactivité physique débordante, et un envahissement psychique par des obsessions corporelles retentissant sur sa concentration.

Les premiers temps ont été centrés sur l'urgence somatique du fait d'une neutropénie lors du bilan initial, accompagnée d'une hypothermie et d'une hypotension orthostatique. La reprise alimentaire a néanmoins été rapide, avec une prise de poids constante durant toute l'hospitalisation, permettant une récupération des fonctions vitales sans nécessité de renutrition entérale.

Au niveau de sa présentation, Robin semblait globalement en décalage du fait de traits d'immaturité dans son comportement social et affectif, ainsi que de ses choix vestimentaires. Il disait avoir recours à un « évitement social anxieux » depuis plusieurs années par peur de ne pas trouver sa place. Il verbalisait une nostalgie de l'enfance ainsi qu'une peur du passage à « l'état d'homme ».

Lors de notre rencontre, il était en arrêt de travail. Il habitait dans un appartement qui communiquait avec celui de ses grands-parents, ses occupations comportant principalement la lecture et le dessin. L'étayage social était très faible mais compensé par un soutien familial important.

Au plan thymique, Robin évaluait son état comme stable. Un traitement antidépresseur par inhibiteur de la recapture de la sérotonine était en place depuis plusieurs mois. Il existait des moments d'effondrement à l'évocation de son épuisement physique. Par ailleurs, il n'avait pas d'idées suicidaires.

Éléments anamnestiques

Initialement, les troubles du comportement alimentaire étaient apparus chez Robin l'été faisant suite à son bac, par la pratique intensive de la course dans le but de perdre du poids. L'hyperactivité physique s'était intensifiée lors de la première année de BTS, où il avait décroché de la pratique sportive collective à laquelle il s'était inscrit pour privilégier une dépense physique par tours de terrain, avec l'apparition concomitante d'une restriction alimentaire. L'épuisement physique et la perte de poids provoqués l'avaient forcé à interrompre ses études pour revenir au domicile parental. Un trouble dépressif avait alors été diagnostiqué, menant à une prescription d'anxiolytiques.

Robin avait repris ses études l'année suivante, prenant alors un appartement autonome, malgré l'installation d'éléments de restriction et d'hyperactivité. Il identifiait, concernant cette période, une difficulté majeure d'insertion sociale avec une forte tristesse.

A la suite de sa formation, il avait trouvé un premier emploi, proche du domicile maternel où il habitait de nouveau. Cette période a été marquée par l'apparition de crises de boulimie avec vomissements compensatoires, toujours lors des moments de solitude. Bien qu'ayant lieu en cachette, ces crises étaient connues, d'autant plus que les aliments de crises étaient achetés avec les courses de la famille.

Lors du départ pour un nouveau logement autonome, à l'occasion de l'obtention d'un emploi pérenne, les crises boulimiques se sont interrompues, laissant place à un système de restriction et d'hyperactivité physique. Son état général se dégradant progressivement, un arrêt de travail avait été nécessaire et la reprise de l'activité professionnelle n'avait pas été possible depuis.

C'est à ce moment, environ 5 ans après l'apparition des premiers symptômes, que des soins spécifiques axés sur les troubles du comportement alimentaire se sont mis en place, tant concernant la renutrition que le soin psychique. Une année complète de suivi, comportant des hospitalisations conventionnelles courtes, et de jour, s'était écoulée pour aboutir à la demande d'hospitalisation dans notre unité.

Contexte familial

Au plan familial, les parents de Robin s'étaient séparés lors de ses 5 ans. La garde avait alors été partagée, principalement portée par la mère, dont Robin note bien qu'il s'était fortement rapproché durant son adolescence, avec une recherche d'exclusivité dans le lien. Le père était demeuré au domicile qui était auparavant celui du noyau familial, et les relations avec lui sont décrites comme fluides bien qu'un peu plus distantes.

Les troubles s'inscrivaient à des moments particuliers dans la dynamique familiale, leur apparition faisant suite au décès du grand-père maternel et l'arrivée dans le noyau familial du nouveau compagnon de la mère. Ils s'étaient progressivement amplifiés, avec un emballement symptomatique provoquant une réorganisation de la relation mère-fils. Investie d'un rôle d'aidant, la mère de Robin nommait la charge anxieuse et l'énergie mobilisée au quotidien par les aménagements autour de la maladie de son fils. Elle s'inquiétait d'avoir perdu son espace intime, repérant que ses absences et temps passés avec son ami avaient été les occasions des crises de boulimie de son fils.

C'est ainsi qu'une nouvelle solution d'hébergement avait été trouvée pour Robin, revenu au domicile maternel lors de son arrêt de travail. L'appartement chez les grands-parents paternels, proches géographiquement et par les liens de la mère, permettait à la famille d'assurer une surveillance de l'état de santé de Robin tout en conservant une certaine indépendance.

Evolution

Robin s'est montré preneur des soins proposés dans l'unité, sans résistance particulière à la confrontation à l'alimentaire ou à son corps. Il participait abondamment en entretien, au cours desquels les affects dépressifs étaient fortement contactés et l'amenaient à une attitude plutôt régressive. Il s'est intégré avec aisance au groupe de patientes pour les différentes activités et sorties, incluant la balnéothérapie. Le principal aménagement du plan de soins a été la mise en place d'une référence infirmière masculine.

L'accompagnement vers l'autonomie a été une pierre angulaire de la progression dans les soins. Les permissions mettaient en évidence les systèmes de dépendance, notamment logistique vis-à-vis de sa famille, toujours opérants, ainsi que des stratégies d'évitement dans les situations sociales. Robin nommait sa difficulté à énoncer ses limites et reconnaissait l'absence d'intégration de certains codes sociaux. Dans cette dynamique, Robin a été fortement soutenu par ses deux parents, rejoignant la volonté de son père de l'aider à se confronter à ses difficultés.

La sortie d'hospitalisation s'est faite à un IMC de 17, qui a été relativement maintenu dans le temps, malgré une reprise symptomatique en termes de restriction et d'hyperactivité physique, dans des dimensions moindres. Robin a été ré-accueilli en hospitalisation de suivi deux mois après sa sortie d'hospitalisation puis les soins se sont poursuivis de manière ambulatoire.

Un an plus tard, Robin fait un lien clair entre la reprise d'une activité professionnelle qui lui convient et l'apaisement de l'envahissement psychique le poussant aux conduites débordantes. Il reste néanmoins dans un état global de dénutrition (dernier IMC connu à 16,4) avec une forte ambivalence concernant la reprise de poids, correspondant à un diagnostic de trouble du comportement alimentaire non spécifié d'après les critères du DSM-V.

Points marquants

Nous souhaitons soulever plusieurs questions amenées par ce dossier :

- Comment peut-on expliquer la latence entre l'apparition des troubles des conduites alimentaires et la détermination du diagnostic d'anorexie mentale chez Robin ?
- Comment les enjeux relationnels familiaux, que nous retrouvons ici très présents, se déclinent –ils au masculin, par rapport à ce que l'on sait déjà des jeunes filles ?
- Quelle place prennent les troubles anxieux dans la pathologie de Robin ?
- Quelle pertinence peut avoir le diagnostic de TCANS pour caractériser les symptômes résiduels ?

Données de la littérature

La présentation clinique

L'intérêt pour les formes masculines de troubles du comportement alimentaire a permis d'en préciser le tableau clinique à travers l'étude de plusieurs cohortes de patients.

Tout d'abord, les symptômes cardinaux [63] de l'anorexie mentale restent la pierre angulaire du diagnostic. Il s'agit de

- la **restriction des apports** énergétiques, menant à un poids significativement bas ;
- la **peur intense de prendre du poids** et de devenir gros malgré une insuffisance pondérale ;
- **l'altération de la perception** du poids ou de la forme de son propre corps ;
- l'existence d'une **faible estime de soi**, influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle, ou du manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Il est néanmoins nécessaire de s'intéresser à la façon dont ces symptômes se transposent chez les hommes. En effet, les différents auteurs [9,21,35,36] notent comment les préoccupations corporelles ciblent généralement la **recherche de fermeté et de muscularité** du corps, autour desquelles viennent s'organiser la dysmorphophobie et l'estime de soi. Dans le discours, il ne s'agit alors plus de perdre du poids, mais de modifier la forme du corps et de se débarrasser de la graisse.

Cette différence centrale s'accompagne de particularités diverses que nous avons relevées à travers les études de cohortes.

L'âge de début des troubles est généralement décrit comme plus avancé (Braun & al [45], Sériès[9]). Certains auteurs y voient la conséquence du décalage de l'âge de la puberté chez les garçons et les filles, période qui est fortement corrélée au développement de troubles des conduites alimentaires. Le délai entre l'apparition des troubles et la demande de soins semble similaire chez les hommes et les femmes.

Le **poids initial**, ainsi que l'Indice de Masse Corporelle, est plus élevé (Coelho & al [23]), avec notamment une forte prévalence des antécédents d'obésité préalable [2,9,43,], d'environ 14% selon une revue de la littérature de 2014 (Corbeil-Serre & al [35]). Cela pourrait être lié au niveau différent d'insatisfaction corporelle concernant le poids, insatisfaction qui est fréquente chez les femmes même à un poids normal ;

Le recours privilégié à **l'hyperactivité physique** comme mécanisme compensateur est fréquemment évoqué, néanmoins ce paramètre reste difficile à chiffrer, d'autant plus qu'il semble avoir reçu moins d'attention chez la femme jusqu'alors. Plusieurs cohortes rapportent ne pas avoir mis en évidence de différence significative [15,42,45].

Dans l'histoire des patients, on retrouve couramment la **pratique intensive d'un sport à haut niveau**. Cela concerne d'une part les mêmes sports identifiés comme « à risque » chez les jeunes filles (gymnastique, danse, patinage artistique), et d'autre part certaines disciplines individuelles comme l'athlétisme ou la natation. Dans les deux cas, la rigueur vis-à-vis du corps est la règle.

La différence de recours aux **conduites purgatives** est souvent interrogée : une cohorte pointait une moindre utilisation de laxatifs chez l'homme (Button & al [42]). Certaines études trouvaient un nombre plus important de formes avec vomissements [9,35].

En l'absence d'aménorrhée, **l'activité gonadique** est reflétée par le désintérêt concernant la vie sexuelle. Ce critère nécessite de prendre en compte le retentissement somatique de la dénutrition, qui cause le même effet [36].

Les **comorbidités psychiatriques** recensées sont globalement les mêmes que chez les femmes, les troubles thymiques et anxieux restant au premier plan [25,45]. Une étude retrouvait une association plus fréquente avec un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (Welch & al [2]), et une autre avec les troubles liés à l'usage de

substances (Carlat & al [25]). L'existence d'un processus psychotique sous-jacent est parfois recherché sans que les résultats ou la méthodologie ne soient interprétables [11,35].

Précisons néanmoins que ces spécificités ne se vérifient pas toujours dans les **cohortes pédiatriques** [2,15,35]. Au sein de celles-ci, les garçons étaient généralement plus jeunes ou d'âge équivalent, et ne différaient pas en termes d'hyperactivité physique ou de recours aux conduites purgatives.

Concernant le **retentissement somatique**, celui-ci a été étudié par le biais de plusieurs facteurs. Une cohorte de 2016 (Vo & al [21]), ciblant les paramètres vitaux des garçons et hommes se présentant pour une première évaluation dans le cadre d'un trouble restrictif, retrouvait des critères d'hospitalisation pour une bonne moitié d'entre eux, la bradycardie étant fréquente et accompagnée d'hypotension orthostatique. Les paramètres biologiques étaient aussi fréquemment perturbés. Au long terme, nous avons peu de données concernant les atteintes d'organes. Une étude pédiatrique (Coelho & al [23]) s'est intéressée à la prévalence de l'ostéopénie et de l'ostéoporose chez le garçon, pointant la nécessité de rester attentif à cette complication qui est souvent mieux prise en charge chez la femme du fait d'un protocole clair.

En conclusion, l'observation commune demeure qu'il existe plus de points communs que de différences entre les formes masculines et féminines d'anorexie mentale. Malgré la croyance toujours répandue, il n'a pas été, pour l'instant, possible de prouver une différence significative en termes de sévérité clinique.

L'enjeu diagnostique

L'existence de **critères diagnostiques fiables** est cruciale pour l'étude de grands nombres de patients et la mise en commun des observations. Dans le cas de l'anorexie masculine, il a longtemps été difficile d'intégrer les patients dans la classification diagnostique [15,27,28], la majorité des cas aboutissant dans la catégorie « Troubles du Comportement Alimentaire Non Spécifiques » (TCANS).

Anciennement, ce diagnostic concernait toutes les formes cliniques évocatrices de troubles du comportement alimentaire « typique » (soit, dans le DSM-IV, l'anorexie mentale et la boulimie) qui ne remplissaient pas tous les critères diagnostiques, comme par exemple un tableau anorexique avec un poids restant dans les limites de la normale. Cette entité regroupait une importante part des patients évalués pour un trouble du comportement alimentaire, ce qui a été pris en compte lors de la détermination des critères du DSM-V.

En pratique, la nouvelle classification introduit des diagnostics supplémentaires, notamment l'hyperphagie boulimique. Concernant l'anorexie, l'aménorrhée secondaire n'apparaît plus dans les critères, et la restriction alimentaire remplace l'amaigrissement. Cette modification a instantanément permis de **requalifier** un certain nombre de formes masculines de TCANS, en anorexie mentale (Vo & al [21]).

Ces nouveaux critères tendent à mieux refléter le processus psychique, tel que nous en faisons l'expérience dans la pratique clinique, plutôt que les signes cliniques les plus fréquemment retrouvés et qui constituaient jusqu'alors la « triade anorexique ». Cette dynamique est justifiée par l'observation que la population que nous rencontrons dans la pratique est plus variée.

Mitchison & al [51] parlent, à ce sujet, d'une « **démocratisation** des troubles du comportement alimentaire », qui étaient auparavant cantonnés à une population bien identifiée, à savoir les adolescentes d'un milieu social favorisé. Ce processus peut être la

cause, ou la conséquence, d'une meilleure identification et prise en charge des symptômes alimentaires dans la population générale.

Il semblerait qu'il soit nécessaire de poursuivre dans cette dynamique. Un certain nombre d'hommes rapporte encore avoir rencontré des difficultés dans leur parcours diagnostique (Sangha & al [26], Goldstein & al [43]). Par exemple, chez eux, les symptômes alimentaires étant **peu reconnus**, l'accent étant placé sur les symptômes thymiques et/ou anxieux. Les patients eux-mêmes se disent peu sensibilisés à l'existence de formes masculines de ces troubles, et sont ainsi peu en capacité d'y reconnaître des signes d'alerte.

Du côté des professionnels de santé, la **vigilance concernant les conduites alimentaires** reste principalement renforcée chez les adolescentes et jeunes femmes, chez qui on s'alerte rapidement d'un amaigrissement ou d'une aménorrhée. Les pratiques sportives sont généralement peu interrogées, tout comme l'envahissement psychique et les préoccupations corporelles (Thapliyal & al [49]).

En conclusion, nous notons qu'il persiste une méconnaissance de l'existence de ce trouble chez l'homme, ainsi qu'une difficulté à intégrer ses particularités cliniques dans les classifications diagnostiques. Ces observations se reflètent dans les difficultés rencontrées lors de la réalisation d'études épidémiologiques.

Epidémiologie descriptive

Le travail épidémiologique et statistique au sujet de l'anorexie masculine est limité par plusieurs facteurs (Mitchison & al [27]).

Le premier et le plus problématique consiste en la **faiblesse du nombre** de patients inclus dans les études, en valeur absolue tout comme en comparaison aux cohortes féminines.

L'intérêt récent et croissant pour les formes masculines peut, au contraire, contribuer à gonfler artificiellement les chiffres et fausser la dynamique.

Enfin, la remise en question des **critères cliniques** utilisés actuellement, et par le passé, questionne la fiabilité et la cohérence des données de la littérature.

Pour estimer la fréquence du trouble, deux principales démarches se distinguent. La première est l'étude de la proportion d'hommes parmi les patients présentant une anorexie mentale.

Ainsi, en 1998, une cohorte réalisée sur 12 ans à New York (Braun & al [45]) retrouvait 7.9% d'hommes parmi les patients, avec une accélération significative du nombre de cas au cours des années.

La deuxième méthodologie consiste à estimer la présence de symptômes anorexiques parmi un échantillon de la population générale. C'est ainsi qu'une étude américaine de 2003 retrouvait une prévalence vie entière de 0.3% de cas d'anorexie mentale chez l'homme (Hudson & al [54]).

Par la suite, un travail de recensement des chiffres publiés concernant les troubles du comportement alimentaire chez l'homme a été fait par l'université de Glasgow (Sweeting & al [48]). Les auteurs pointaient une **distinction franche** entre les chiffres obtenus population générale et dans les cohortes cliniques.

Dans le premier cas, 0.1 à 0.3% des hommes remplissaient les critères d'anorexie (d'après le DSM III puis IV), ce qui correspondait à 12 à 40% des cas. Par contre, dans les cohortes incluant des patients se présentant pour des soins, les hommes représentent entre 1.7 et 20% des patients.

Il n'est donc pas possible d'arrêter un chiffre pour la prévalence de cette maladie, et les intervalles obtenus restent assez larges. Le delta observé entre population clinique et générale est un résultat intéressant, qui implique de se pencher sur la cause de cette différence. Il semblerait en tout cas qu'il existe une **insuffisance de recours aux soins** qu'il est important de bien garder à l'esprit.

Ainsi, les chiffres communément admis dans la communauté soignante, à savoir une proportion de 5 à 10% d'hommes parmi les patients atteints d'anorexie mentale, avec une probable sous-estimation du fait de la méconnaissance de la pathologie, restent pour l'instant pertinents.

Quant à la perception, amenée par l'expérience clinique, qu'il existe une augmentation de l'incidence des formes masculines, elle reste difficile à objectiver du fait d'une augmentation artificielle des cas par l'intérêt que nous y portons, et serait certainement à moduler selon les tranches d'âge.

Evaluation objective

Pour compléter les connaissances scientifiques concernant la pathologie, le recours à des **outils d'exploration standardisés** permet de dégager objectivement des similarités parmi des groupes de patients. Ces outils sont aussi le meilleur moyen de comparer de manière fiable des données d'origines différentes.

Dans la grande majorité des cohortes, le choix est fait de proposer aux hommes la passation d'échelles validées dans les troubles du comportement alimentaire, parmi lesquelles *l'Eating Disorder Inventory*, *l'Eating Diagnostic Examination*, ou *l'Exercise and Eating Disorder Questionnaire*.

Plusieurs études retrouvent des **scores globalement inférieurs** à ces différents questionnaires chez les hommes. Les deux principales explications à cette observation seraient, d'une part, la **moindre gravité** en termes d'envahissement symptomatique de la forme masculine, ou d'autre part le **manque de pertinence** des échelles dans cette population.

Effectivement, ces questionnaires à visée descriptive des symptômes alimentaires ciblent généralement la perte de poids et les préoccupations corporelles typiquement féminines, à savoir la taille du ventre, des cuisses et des fesses. Plusieurs auteurs relèvent que les différences de scores découlent toujours des mêmes items.

En ce qui concerne *l'Eating Disorder Examination*, un questionnaire semi-structuré qui regroupe les questions en quatre axes (restriction, préoccupations corporelles, alimentaires et pondérales), la comparaison a été faite par une équipe américaine en 2012 (Darcy & al [52]). Les scores à l'EDE étaient **significativement plus bas** chez les 48 adolescents masculins comparés à leurs homologues féminins. Les questions pour lesquelles les résultats se démarquaient majoritairement étaient la recherche d'un ventre plat, le désir de perdre du poids, et la gêne à manger en public, associée à la tendance à manger en

secret. Les sous-totaux impactés concernaient les préoccupations concernant le poids et la silhouette.

Ces résultats concordent avec ceux d'une étude de 2017 qui comparait les résultats à l'*Eating Disorder Examination* ainsi qu'à l'*Eating Disorder Inventory 3* chez les patients masculins à ceux des patients féminins (Smith & al [41]). Les scores étaient à nouveau plus bas chez les hommes, sans qu'il soit possible de déterminer si cet effet était lié aux spécificités cliniques ou à la sévérité symptomatique.

C'est en réponse à ces observations qu'a été développé en 2012 un **questionnaire spécifique** concernant les troubles du comportement alimentaire chez l'homme : l'*Eating Disorder Assessment for Males*. Il intègre de nouveaux items tels que des préoccupations corporelles spécifiques, le dépistage de symptômes de dysmorphie musculaire, ou une exploration plus poussée des symptômes de binge eating. L'EDAM a été validé en termes de capacité à prédire correctement l'existence d'un trouble du comportement alimentaire chez l'homme (Stanford & al [1]). Le score total demeurait néanmoins **significativement inférieur** à celui des femmes.

On voit donc que le développement d'un outil spécifique ne suffit pas à estomper les différences liées au genre en termes de scores aux évaluations objectives. Ces résultats sont encore insuffisants pour conclure à l'existence, ou non, d'une différence en terme de gravité chez l'homme, d'autant plus qu'il existe une forte intuition clinique concernant la différence de présentation.

Evolution et pronostic

Les données de la littérature scientifique à ce sujet restent embryonnaires. Associée à la représentation historique de l'existence systématique d'une structure psychotique sous-jacente, l'idée courante est que les formes masculines d'anorexie sont plus sévères.

Il faut avant tout préciser que la **détermination de paramètres** reflétant correctement l'évolution de l'anorexie mentale reste difficile à ce jour. Elle nécessite effectivement d'intégrer des considérations somatiques, comportementales et psychiques, ce qui aboutit à des critères composites lourds à manier.

Certains auteurs rapportent pourtant une meilleure évolution à court terme. Dans une cohorte d'adolescents, en 2006, les garçons identifiaient moins de symptômes résiduels à un an (Strober & al [13]). Une autre étude pédiatrique ne concluait, quant à elle, à aucune différence significative (Coelho [23]).

Ces résultats isolés restent néanmoins **insuffisants** pour être généralisés. Une revue de la littérature a été réalisée en 2018, incluant 18 études (Strobel & al [50]). Elle mettait en évidence une forte disparité dans les critères d'évolution, les méthodes de comparaison et les durées de suivi, aboutissant à des **résultats contradictoires et non significatifs**. Le taux moyen de mortalité variait aussi largement entre les études.

A ce jour, il n'est donc pas possible de tirer des conclusions des données publiées concernant l'évolution de l'anorexie masculine.

Les diagnostics voisins

Nous avons vu comment, dans la pathologie anorexique masculine, les obsessions corporelles se centrent sur la recherche d'une musculature idéalisée.

Plusieurs auteurs font le rapprochement avec un autre trouble, la **dysmorphie musculaire**, pathologie récemment apparue dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* dans le cadre des dysmorphophobies [26,27,28,44,53].

Le point central de ce trouble est une **préoccupation majeure sur l'apparence**, ciblée sur la musculature, avec pour conséquence le recours à un comportement sportif démesuré, une modification de l'alimentation dans le but d'accélérer la prise musculaire, et parfois le recours aux stéroïdes anabolisants. En termes d'alimentation, la clinique est marquée par une rigidification concernant les apports nutritifs, ainsi que certains phénomènes spécifiques comme les alternances « *bulk and cut* », ou les « *cheat meals* ».

Il n'y a pas de consensus, pour l'instant, concernant le lien entre cette pathologie et les troubles du comportement alimentaire chez l'homme. Sangha & al l'envisagent comme un facteur de risque [26], alors que Murray & al pointent la continuité avec la maladie anorexique [57].

Dans ce sens, des comparaisons ont été réalisées en termes de comportement et de psychopathologie, retrouvant plusieurs similarités entre anorexie mentale et dysmorphie musculaire (Mitchison & al [27], Lavender & al [44]). Il s'agit en particulier de l'ampleur des préoccupations pour l'image corporelle ainsi que du retentissement sur l'alimentation. Par exemple, il a été observé comment la perturbation des habitudes alimentaires chez les patients présentant une dysmorphie musculaire entraîne une escalade symptomatique, notamment dans les comportements compensatoires.

Au vu de la fréquence de cette pathologie chez les hommes, certains auteurs suggèrent que ce trouble pourrait être **le pendant masculin de l'anorexie restrictive** chez la femme.

Un autre élément prédominant de la psychopathologie de l'anorexie masculine, l'insatisfaction corporelle, a mené une équipe suédoise à comparer les caractéristiques psychodynamiques et psychiatriques d'un groupe de ces patients à celles d'une cohorte de patients faisant un **usage excessif de stéroïdes anabolisants** (Björk & al[20]). Le point commun aux deux groupes était l'importance des manifestations psychiatriques et leur retentissement dans la vie quotidienne, sans véritable similarité dans les processus sous-jacents.

Le recours à une activité physique effrénée a aussi poussé les chercheurs à s'intéresser aux liens qui unissent **addiction à l'activité physique** et troubles du comportement alimentaire (Scharmer & al [19]). Pour se faire, ils introduisaient la notion d'activité physique compulsive, désignant le comportement répété de recours à l'exercice. Effectivement, chez les patients présentant un trouble du comportement alimentaire, le rapport à l'activité physique était centré sur la recherche de l'effet anxiolytique concernant les obsessions corporelles. Ils ne retrouvaient pas chez eux les dimensions de recherche des effets positifs de la pratique qui mènent au tableau d'addiction comportementale.

Le contexte socio-culturel

Chez l'homme, les troubles du comportement alimentaire restent un sujet mal connu et peu médiatisé, ce qui contraste fortement avec leur représentation féminine auprès du grand public.

Cette différence est indéniablement liée au nombre de cas, qui limite la visibilité de ces troubles dans leur version masculine. Néanmoins, certains auteurs interrogent aussi l'existence d'une **banalisation de ces symptômes** chez l'homme (Goldstein & al [43]).

Effectivement, on peut remarquer comment l'anorexie semble pousser à l'extrême une certaine forme de conformisme vis-à-vis des normes sociales : la recherche de la minceur, chez la femme, ou de la masse musculaire, chez l'homme, sont des objectifs communément admis et même encouragés. On peut supposer que la relative préservation de l'alimentation et donc du poids chez les sujets masculins contribue à garder ces formes dans les limites de la tolérance de l'entourage, mais aussi des soignants.

Réciproquement, plusieurs auteurs insistent sur la nécessité de considérer l'anorexie mentale au sein du contexte culturel. Leur intérêt découle de l'observation que des cas d'anorexie apparaissent dans les communautés jusque-là épargnées par ces troubles lors de la démocratisation de la télévision. Au-delà de la question des idéaux sociaux qui sont portés par ce vecteur, ce phénomène semble aussi lié **au développement économique et à l'urbanisation**.

Par ailleurs, la présentation clinique semble influencée par le **contexte culturel**. Dans une étude franco-chinoise de 2015 (Vu-Augier de Montgrémier [7]), les auteurs illustrent ce phénomène en comparant les plaintes corporelles des patients chinois à celles communément rencontrées en France. Effectivement, les sujets expliquaient leur restriction alimentaire non pas par la recherche de la minceur, état qui n'était pas traditionnellement valorisé en Chine, mais par l'obtention d'un confort digestif.

Dans cette optique, il peut être intéressant de s'arrêter sur cet **idéal social de la muscularité**, qui semble prendre une place croissante dans la culture. Nous pouvons mesurer de phénomène en nous intéressant aux représentations populaires : acteurs hollywoodiens, personnages de dessins animés et jouets présentent une musculature de

plus en plus proéminente ces dernières décennies (Zhang & al [62]). Ainsi, les remarques concernant les mensurations improbables de Barbie sont tout aussi vraies pour Ken.

Signe extérieur et visible de virilité, le muscle masculin est fréquemment associé à la confiance en soi, au succès dans les relations amoureuses, et à la force de caractère, d'après Olivia Gazalé [38]. Il évoque les canons de beauté déjà instaurés à l'Antiquité de l'idéal masculin. Il permet d'une certaine manière le maniement de l'agressivité, caractéristique guerrière longtemps attribuée aux hommes, et qui se doit maintenant d'être contenue dans la vie quotidienne. C'est la salle de sport, lieu où elle est acceptée, qui permet maintenant de se remettre en contact avec cet attribut.

Cette considération socio-culturelle amène un élément de réponse concernant la forme symptomatique que prend l'anorexie chez l'homme. Apparaissant typiquement dans une période de réaménagements psychiques, chez un sujet présentant une vulnérabilité narcissique, l'anorexie offre le mirage d'une amélioration de soi-même par l'obtention du contrôle et le rapprochement d'une forme d'idéal.

Chez la femme, les conduites alimentaires sont déjà fréquemment un outil de régulation de l'état émotionnel. S'y ajoute une mise en tension sociale qui prône la minceur et le contrôle de l'alimentation, que nous retrouvons de manière exacerbée chez nos patientes.

Chez l'homme, les conduites alimentaires s'inscrivent plus couramment dans une dimension de lien social et de plaisir, et les comportements classiquement décrits en réponse aux affects « négatifs » sont l'usage de substances psychoactives d'une part, et l'activité physique d'autre part (Limbers & al [22]). C'est autour de ce mécanisme que semble venir se cristalliser la symptomatologie clinique.

Cette pression dirigée vers la recherche de muscle plutôt que la limitation du poids chez le public masculin éclaire aussi bien la présentation clinique que les similarités de profil parmi les sujets atteints. Nous y retrouvons les individus chez qui elle pèse le plus fortement : sportifs de haut niveau, hommes insatisfaits de leur forme corporelle, et d'après Boroughs & al, les membres de la communauté homosexuelle [29].

Cet éclairage contextuel ne présume néanmoins pas des mécanismes psychiques mis en œuvre dans la pathologie anorexique chez l'homme.

Psychopathologie

Les mécanismes psychiques qui sous-tendent ont été peu étudiés chez l'homme, comparativement à la femme chez qui les premières interprétations remontent au XIX^{ème} siècle, sous la dénomination « d'Anorexie Hystérique ». Contribuant ainsi à graver l'image d'une pathologie typiquement féminine, cette vision introduisait déjà l'existence de mécanismes relationnels forts qui sont toujours au cœur de la psychopathologie moderne (Zhang & al [62]).

Au siècle suivant, le corps médical endocrinologique se saisit fortement de ce trouble qu'il décrit sous la forme d'un **déficit pituitaire** dans lequel l'aménorrhée tenait un rôle prépondérant, excluant encore une fois les formes masculines.

Les **interactions familiales** ont connu un regain d'intérêt en deuxième partie du XX^{ème} siècle, notamment à travers les observations d'Hilde Bruch. Dans *l'Enigme de l'Anorexie*, elle décrit non seulement les symptômes comportementaux mais aussi le fonctionnement psychique de ses patients et leurs relations interpersonnelles. Elle insiste sur le lien unissant la jeune fille à sa mère et l'aconflictualité des familles qu'elle rencontre, ainsi que les remaniements qui en découlent.

Au même moment, les quelques descriptions de cas d'anorexie masculine insistent sur le **caractère atypique** de ces formes, plus hétérogènes, et aboutissent à la théorie d'une **structure psychotique sous-jacente**, idée qui persiste encore dans la pensée collective.

Bruch, elle, décrit dans *Les Yeux et le Ventre* une cohorte de 10 hommes atteints. Elle y distingue, comme chez la femme, **deux syndromes anorexiques**, la forme primaire ou véritable d'une part, et la forme atypique d'autre part. La différence se situe, d'après elle, dans le mécanisme psychique sous-jacent, et identifie dans les cas typique une recherche désespérée du contrôle au sein d'une quête identitaire.

Plus récemment, les considérations psychodynamiques ont amené un **rapprochement avec les pathologies addictives**, pointant la perte de contrôle sur une

conduite, malgré les dommages qu'elle provoque, et les réaménagements psychiques et comportementaux qui s'ensuivent (Venisse [10]). La dépendance découle alors des difficultés de séparation et d'individuation durant l'adolescence chez un sujet présentant une base narcissique fragile.

Une interprétation symbolique de la maladie consiste en le refus de la féminité et du passage à l'âge adulte qui s'incarne par l'effacement des signes d'accession pubertaire du fait de l'amaigrissement.

Ce passage en revue rapide des explorations psychopathologiques de l'anorexie montre bien comment l'attention s'est portée sur la lignée féminine et ses attributs, intérêt que l'on comprend aisément au vu de la forte prépondérance des formes chez la femme. Elles ne sont néanmoins pas superposables en l'état au versant masculin, chez qui la rencontre en clinique nous fait pressentir l'existence d'enjeux différents.

Sous l'angle analytique, l'orientation sexuelle a suscité un fort intérêt chez les auteurs (Sulimovic & al [6]). C'est dans cette optique qu'ont été décrits des systèmes familiaux où l'identification à la mère était prépondérante, et la place du père fragile. Ces éléments sont déterminants dans les **aménagements de la bisexualité psychique**, qui font partie intégrante du processus d'individuation de l'adolescent. Le phénomène mis en cause serait alors l'incapacité à sacrifier l'identification maternelle pour permettre la maturation pubertaire.

Cette dynamique a été illustrée par une étude du CHU de Grenoble, rassemblant les tests projectifs (T.A.T et Rorschach) de cinq garçons anorexiques pré-pubères (Orgiazzi-Billon-Galland & al [11]). Ils retrouvent une mise à mal de l'identification masculine d'une part, et de l'intégrité du corps dans sa représentation psychique d'autre part. La pertinence de cette observation tient au fait que ce désintérêt pour la virilité intervient à une période de la vie où l'identification à l'image paternelle sert de médiateur à la dépendance infantile à la mère. En effet, on considère que, chez l'adolescent masculin, la relative aisance à manipuler les pulsions agressives peut être mises au profit du processus de séparation-

individuation. Le défaut dans ce mécanisme pourrait contribuer au développement d'une pathologie de l'inhibition et de l'aconflictualité telle que l'anorexie.

En pratique, si le discours de nos patients porte encore une part d'identification « masculine » par la recherche de la musculature, leur radicale élimination de la graisse puis l'emballement des conduites alimentaires et hyperactives aboutit globalement à un effacement des formes du corps. Le résultat final tend à une sorte d'asexuation, qui est confortée par l'effacement pulsionnel, et qui concrétisent aussi bien un refus de la puberté que de la dimension féminine.

Il nous manque encore des éléments de compréhension concernant les enjeux de cette maladie chez l'homme, ce qui peut rendre la rencontre d'autant plus désarmante. A ce sujet, Jean Chambry pointe l'importance de **s'attacher aux caractéristiques uniques individuelles**, parfois oubliées du fait du phénomène de dédifférenciation des patients dans leur présentation commune [36].

Les soins

En ce qui concerne les grandes lignes du parcours de soins de l'anorexie, le cheminement thérapeutique suit un tracé commun aux hommes qu'aux femmes. Il s'agit avant tout d'identifier le trouble du comportement alimentaire et son aspect problématique, d'accompagner le travail motivationnel vers le changement, et de proposer une renutrition accompagnée d'un soin psychique prenant en compte non seulement le symptôme mais aussi le contexte relationnel.

Cette démarche inclut souvent le recours à une **structure référente** présentant une expertise dans les troubles du comportement alimentaire, l'offre de soins variant selon les régions. Au sein de ces structures, la population reçue est représentative de la démographie réelle des troubles du comportement alimentaire, ce qui se traduit en termes de genre par la présence d'une écrasante majorité de femmes.

La première répercussion de cette donnée est d'ajouter un nouvel obstacle à l'accès aux soins spécifiques pour les hommes, du fait de **l'appréhension** possible d'intégrer un groupe de soins qui est, dans la plupart des cas, uniquement féminin. Cet obstacle fait suite à celui de sensibilisation de la population de masculine ainsi qu'aux difficultés diagnostiques déjà rencontrés (Goldstein & al [43]).

Un autre obstacle se situe dans le contenu de ces espaces de soins, qui englobe par usage, certaines thématiques récurrentes. Il peut s'agir entre autres des aspects typiquement genrés de la problématique anorexique, notamment l'acceptation de la féminité et des zones « cibles » de l'anorexie féminine comme le ventre et les cuisses.

D'autre part, les soins en groupe, pierre angulaire du travail thérapeutique, reposent sur les **phénomènes d'identification**, puis de différenciation aux pairs. Dans cette dynamique, il convient de se demander comment la sous-représentation des hommes dans ces espaces impacte le processus.

La recherche de la **qualité de l'alliance** par la prise en compte des caractéristiques individuelles reste, de toute façon, la règle. Cette dimension d'individualité est d'autant plus

importante que nous faisons face, dans la prise en charge de l'anorexie, à une maladie qui efface par son expression symptomatique forte les différences individuelles.

Cela rejoint en partie les demandes d'une cohorte anglaise de 14 sujets guéris, qui insistaient avant tout sur la qualité de la rencontre en terme d'individualité et non de genre (Kinnaird & al [56]). Dans leur parcours, ils pointaient tout de même le renforcement de leur propre sentiment d'étrangeté et d'atypicité par la participation à des soins très axés vers le féminin.

Dans ce cadre, la proposition de soins prenant en compte les problématiques spécifiques masculines dépend souvent **d'initiatives individuelles** ou isolées. Les pratiques courantes peuvent inclure la détermination systématique d'un soignant référent homme, l'abord dans les espaces de paroles de thématiques différentes, ou la constitution de groupes masculins avec des patients présentant d'autres formes d'addiction.

Interrogés à ce sujet dans une étude qualitative (Kinnaird & al [16]), les perspectives de soins spécifiques imaginés par les professionnels de santé se recourent sous quatre grands axes :

- insister sur les enjeux de musculation et d'expression des émotions ;
- instiller une dimension de performance ou de défi ;
- adapter l'environnement de soins, notamment en termes de lieux et de personnes ;
- proposer des supports de soins qui ne soient pas uniquement féminins.

La mise en place de ces mesures n'est pas encore systématique et relève généralement de l'appréciation des équipes de soins.

Pour illustration, nous pouvons citer une initiative américaine d'adaptation d'un programme de soins déjà en place (Brown & al [12]). *The Body Project* consiste en la réalisation de **groupes de patients basés sur le concept de dissonance cognitive**, et a été initialement développé pour cibler l'idéal de minceur chez des jeunes femmes présentant des éléments d'insatisfaction corporelle. Il a ensuite été adapté pour la communauté homosexuelle masculine (*The PRIDE Body Project*), puis pour des groupes mixtes (*The Body*

Project 4 All), et enfin pour cibler l'idéal de musculation chez des jeunes hommes adultes (*The Body Project : More Than Muscles*).

Cet exemple s'inscrit dans une dynamique d'inclusion et de diversification de la proposition de soins, qui semble nécessaire au vu des difficultés d'accès aux soins qui persistent pour la population d'hommes présentant des troubles du comportement alimentaire.

Synthèse

Il persiste, au sujet de l'anorexie mentale masculine, plusieurs questions en suspens.

En surface, il semble que ce trouble soit assez proche de son pendant féminin, la différence la plus marquée en termes de présentation clinique étant la centration des préoccupations corporelles sur la musculation, avec pour conséquence le recours privilégié à l'hyperactivité physique comme pratique compensatoire.

Si cette particularité a pu être recontextualisée au vu du discours culturel prédominant, les enjeux psychopathologiques qui sous-tendent l'anorexie chez l'homme restent peu explorés, lorsqu'on les compare aux théories déjà développées chez les femmes.

En ce qui concerne la prévalence, la sévérité et l'évolution, des zones d'ombres persistent. La détermination de ces paramètres nécessite effectivement de pouvoir analyser des données en nombre suffisant, et celles-ci sont pour l'instant difficile à réunir.

Par ailleurs, les outils d'évaluation utilisés en pratique courante chez l'homme restent largement ceux qui ont été développés pour des cohortes féminines. Il semblerait qu'une vigilance soit nécessaire concernant les résultats qu'on peut en tirer.

Concernant le parcours de soins, les patients tout comme les professionnels du secteur pointent la persistance d'une stigmatisation relative du trouble en population masculine, considéré comme une bizarrerie. Ce phénomène a un impact non négligeable sur l'accès aux soins et leur acceptation, et doit être pris en compte dans les adaptations proposées pour accueillir les hommes au sein des structures de soins.

L'étude

Dans l'optique de mieux comprendre ce qui fait les spécificités de l'anorexie masculine, nous avons souhaité compléter les données de la littérature par des considérations cliniques et notamment par l'observation d'une cohorte.

Il nous a semblé que le cas de R., présenté plus haut, rejoignait assez bien la clinique décrite par la littérature, ainsi que les enjeux diagnostiques, psychodynamiques, et thérapeutiques. Néanmoins, l'intuition clinique qui découle de la rencontre avec un sujet ne présume pas de traits généralisables.

Nous nous sommes proposés de reprendre les dossiers d'anorexie masculine du service pour en dégager les points marquants et les traits communs parmi eux.

A l'hôpital Saint Jacques, à Nantes, l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales propose un recueil de données cliniques à tous les patients recevant des soins en addictologie comportementale. Dans le cadre des troubles du comportement alimentaire, cette activité de recueil a lieu depuis 2012. Elle est proposée systématiquement à tous les patients de 16 ans ou plus recevant des soins spécialisés à Nantes, c'est-à-dire le service universitaire de consultations en addictologie, l'Hôpital de Jour Barbara et le service d'hospitalisation à temps plein Lou-Andreas Salomé.

En pratique, ces soins sont proposés à la grande majorité des patients présentant des troubles du comportement alimentaire constitués et invalidants dans le département de Loire-Atlantique, ainsi qu'à ceux pris en charge dans les départements limitrophes et relevant d'une hospitalisation à temps plein en service spécialisé.

Ce recueil inclut une évaluation initiale assez exhaustive en termes de caractéristiques démographiques, de présentation clinique, de comorbidités, et de profil addictif. Il réunit plusieurs d'outils d'évaluation standardisé, comme les critères diagnostiques du MINI pour les principaux troubles diagnostiques, et la réalisation d'un auto-questionnaire descriptif qui inclut la passation de l'*Eating Disorder Inventory-2* pour tenter de tracer le contour des principaux traits psychodynamiques.

Nous avons voulu extraire de cette base de données les cas d'anorexie masculine afin de les comparer avec leurs homologues féminins en termes de caractéristiques initiales et de scores à l'*Eating Disorder Inventory*.

Nous avons supposé que des différences émergeraient, notamment en termes de statut pondéral ou d'âge lors du recours aux soins. De plus, nous nous attendions à observer des différences de profil en termes de conduites alimentaires et de comportements compensatoires, ainsi que de résultats à l'EDI.

Méthodes

Participants

Tous les patients, hommes et femmes, présentant un diagnostic initial d'anorexie mentale, restrictive ou associé à des boulimies, ont été sélectionnés dans la base de données. Additionnellement, nous avons parcouru les dossiers des patients masculins pour retrouver les sujets ayant eu un diagnostic d'anorexie mentale à un moment de leur parcours.

Au sein du recueil réalisé depuis 2012, 41 hommes avaient été évalués pour des troubles du comportement alimentaire, dont 23 pour des troubles anorexiques, parmi lesquels 18 présentaient une anorexie lors de l'évaluation initiale. Parallèlement, 322 femmes avaient le même diagnostic.

Recueil de données

Les données démographiques et cliniques avaient été collectées par un questionnaire structuré lors de l'évaluation initiale. Nous avons choisi d'extraire les variables :

- Âge ;
- Nombre d'années d'études (calculé à partir de l'entrée au collège) ;
- Âge à l'apparition des troubles ;

- IMC actuel et IMC le plus bas ;
- Caractéristiques du comportement alimentaire :
 - restriction,
 - boulimies,
 - vomissements,
 - hyperactivité,
 - recours aux laxatifs et à d'autres produits médicamenteux,
 - potomanie ;
- Présence d'automutilations.

A cette évaluation standardisée était adjointe un entretien semi-structuré permettant de reprendre rapidement le parcours du patient, de recontextualiser les symptômes, et de préciser les enjeux et objectifs qu'il identifiait.

Mesures

L'*Eating Disorder Inventory* (en annexe) est un auto-questionnaire qui explore les attitudes et les comportements liés au trouble du comportement alimentaire. Il est constitué de 91 items évalués par une échelle en 6 points ("toujours ; habituellement", "souvent", "quelquefois", "rarement", "jamais"), côtés de 0 à 3. Ces résultats permettent d'établir des sous-scores qui sont au nombre de 11 :

- insatisfaction corporelle ;
- peur de la maturité ;
- boulimie ;
- conscience intéroceptive ;
- méfiance interpersonnelle ;
- ascétisme ;
- contrôle des impulsions ;
- désir intense de minceur ;
- inefficacité ;
- insécurité sociale ;
- perfectionnisme.

Développé en 1983, sa première révision, aboutissant à l'*Eating Disorder Inventory 2*, a eu lieu en 1991, nous donnant un certain recul sur son utilisation en pratique clinique depuis. Conçu à travers l'observation de la clinique féminine, sa validité a été depuis été testée chez les hommes, à travers la vérification de la variabilité des résultats.

Ce travail, réalisé en 2015, **confirmait la validité** de l'échelle mais pointait une **moindre fiabilité** des mesures pour établir des corrélations avec la présentation clinique, comparativement aux performances du questionnaire chez les femmes. Il se basait sur la passation de l'échelle chez des sujets sains recrutés dans un contexte universitaire et retrouvait des résultats globalement plus bas chez les hommes.

De même, les scores aux sous-totaux de l'*Eating Disorder Inventory* ont été extraits. L'échelle n'avait pas été renseignée chez un des hommes et chez deux des femmes.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques comparatives ont été réalisées chez les patients présentant le même diagnostic initial d'anorexie mentale, soit 340 patients (322 femmes et 18 hommes). Les variables quantitatives ont été comparées sous forme de moyennes par un test de Student. Les variables qualitatives ont été comparées sous forme de proportions par un test de Khi-deux. Nous avons évalué la variance au sein de chaque population pour les variables quantitatives, et nous l'avons traduite par la présentation des écart-types.

Ces tests ont été répétés en comparant la cohorte féminine aux 25 patients masculins ayant présenté un diagnostic d'anorexie à un moment de leur parcours.

Résultats

Reprise des dossiers

Entre 2012 et 2020, 41 hommes ont été évalués à l'IFAC pour des troubles du comportement alimentaire. Parmi eux, 25 présentaient à un moment de leur parcours un diagnostic d'anorexie mentale. Par ailleurs, 322 femmes ont été évaluées, sur la même période, pour une anorexie mentale. Les hommes représentaient donc 7.2% des cas.

Cliniquement, leurs profils différaient sur plusieurs points.

D'une part, une quinzaine de sujets étaient assez semblables entre eux et correspondaient à la **présentation clinique « typique »** que nous avons décrite plus haut.

Les patients avaient entre 17 et 31 ans (dont seulement trois hommes de plus de 25 ans). Les troubles commençaient à la fin de l'adolescence, en moyenne à 18,8 ans, souvent dans un contexte de prise d'autonomie vis-à-vis de leur famille. En conséquent, ces individus vivaient en majorité au domicile parental et n'avaient pas d'activité professionnelle.

La restriction alimentaire était systématique et s'accompagnait d'hyperactivité physique, dans une dynamique d'accroissement des pratiques sportives de loisir. A l'exception d'un patient, tous les individus présentaient une dénutrition avec un IMC inférieur à 18.

On retrouvait au premier plan des comorbidités les troubles anxieux et thymiques. Parmi ces sujets, un nombre important rapportait avoir subi des moqueries concernant leur poids avant le début des troubles. La notion d'abus sexuels dans la famille était présente chez trois d'entre eux.

Le reste des dossiers était constitué de patients présentant à l'évaluation initiale un diagnostic de « Trouble du Comportement Alimentaire Non Spécifié ». Cette catégorie diagnostique est fortement représentée dans les dossiers de patients masculins.

Lorsque l'on s'arrête sur la cotation de la grille (en annexe 2), il semble qu'il s'agisse de patients présentant des obsessions alimentaires et corporelles bien présentes mais ne concordant pas parfaitement avec les critères d'anorexie mentale. En particulier, la

recherche de la minceur et son influence sur l'estime de soi du sujet font fréquemment défaut.

Ce deuxième groupe, composé de huit patients, était fortement **hétérogène**, ce qui se reflète dans la dispersion des valeurs démographiques.

L'âge était en moyenne plus élevé et allait de 17 à 47 ans. Parmi eux, trois sujets avaient moins de 20 ans, trois autres entre 20 et 30 ans, et deux plus de 30 ans.

Les enjeux relationnels, familiaux ou de socialisation, semblaient au cœur du problème chez cinq d'entre eux. Les trois autres avaient des parcours bien différenciés :

- Un patient présentait des troubles obsessionnels compulsifs sévères avec une fixation sur la digestion ;
- Un patient présentait un diabète compliqué de neuropathie carentielle du fait d'une recherche de la sensation de l'hypoglycémie ;
- Le dernier patient avait été suivi pour une anorexie mentale restrictive précédemment et présentait une recrudescence de conduites diverses, hyperactivité physique, vomissements, puis plus tard laxatifs et potomanie.

Lors de l'évaluation, quatre de ces patients présentaient une dénutrition clinique.

Parmi ces 25 sujets, un nombre insuffisant a participé au suivi proposé pour permettre de chiffrer leur évolution. Pour ceux dont nous connaissons le parcours, les symptômes se sont généralement atténués, permettant pour certains d'obtenir une rémission clinique. A notre connaissance, 11 d'entre eux ont été hospitalisés à temps plein dans un service psychiatrique. Les troubles persistants chez les autres l'étaient généralement sous la forme d'un trouble du comportement alimentaire non spécifié.

Principales caractéristiques de la cohorte masculine

	Diagnostic initial d'anorexie (n=17)		Diagnostic initial de TCANS (n=8)		Tous les hommes (n=25)	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Âge	21,24	4,22	26,38	9,69	22,88	6,73
Années d'études	12,47	2,18	13,13	2,8	12,68	2,36
Âge au début des troubles	18,82	3,83	24,13	10,2	20,52	6,82
IMC actuel	16,12	1,62	19,59	4,4	17,23	3,18
IMC le plus bas	15,11	1,49	16,16	1,67	15,44	1,6

Table 1 : Principales caractéristiques démographiques dans la cohorte masculine

	Diagnostic initial = anorexie (n=17)		Diagnostic initial = TCANS (n=8)		Tous les hommes (n=25)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Restriction	17	100	2	25	19	76
Boulimie	2	11,8	1	12,5	3	12
Vomissements	4	23,5	1	12,5	5	20
Hyperactivité physique	7	41,2	2	25	9	36
Laxatifs	0	0	0	0	0	0
Autres produits	0	0	1	4	1	0,04
Potomanie	0	0	0	0	0	0
Automutilations	0	0	0	0	0	0

Table 2 : Profil symptomatique clinique de la cohorte masculine

Patient	Âge	Âge de début	IMC	IMC min	Diagnostic initial	Evaluation à 6 mois	Evaluation à 12 mois	Evaluation à 2 ans	Commentaires
1	17	17	16,2	15,5	AMR	AMR	Rémission	Rémission	Surpoids dans l'enfance
2	18	16	20,4	17,2	AMR	BN	Rémission	/	Persistance symptômes infra-limaires
3	26	21	16,9	16,9	AMR	AMR	AMR		Abus + sport à haut niveau
4	18	17	17,8	15,4	AMBP	AMBP	BN	BN	
5	20	19	15,5	14,9	AMBP	TCANS	/	/	Triplés. Méricysme dans l'enfance
6	31	30	16,4	16,2	AMR	/	TCANS	TCANS	Obésité dans l'enfance. Apparition de boulimies secondairement.
7	17	16	15,5	15,3	AMR	Rémission	Rémission	Rémission	Reprise d'une activité sexuelle à M6
8	21	19	14,6	14,6	AMR	/	/	/	Abus intra-familial + Surpoids dans l'enfance
9	22	20	17,1	16,8	AMR	TCANS	TCANS	/	
10	17	16	14,9	13,2	AMR	TCANS	AMR	AMBP	Abus + harcèlement scolaire
11	23	21	13,6	12,2	AMR	TCANS	TCANS	Rémission	Rémission à 3 ans
12	20	17	17,6	16	AMR	/	/	/	Notion de troubles psychotiques
13	24	24	14,7	14,7	AMR	/	/	/	Pathologie délirante + antécédents familiaux d'anorexie
14	20	19	17,3	16,3	AMBP	AMBP	/	/	
15	16	15	14,9	12,4	AMR	AMR	AMR		Harcèlement au collège
16	28	14	15,4	13,9	AMBP	/	/	/	Maltraitance parentale
17	23	19	15,3	15,3	AMR	TCANS	TCANS	/	Cas clinique

Table 3 : présentation des dossiers du groupe « anorexie »

Patient	Âge	Âge de début	IMC	IMC min	Diagnostic initial	Evaluation à 6 mois	Evaluation à 12 mois	Evaluation à 2 ans	Commentaires
1	25	25	18	18	TCANS	TCANS	TCANS	Rémission	Tableau clinique d'AMR. Surpoids dans l'enfance.
2	19	19	24,2	14,9	BN	TCANS	TCANS	Rémission	AMR diagnostiquée précédemment.
3	25	21	15,2	15	TCANS	TCANS	TCANS	AMR	Troubles fonctionnels intestinaux
4	17	16	14,3	13,5	TCANS	TCANS	Rémission	/	Jumeau
5	47	47	25	17,2	TCANS	AMR	/	/	AMR dans le parcours
6	27	22	24,5	16,3	TCANS	/	/	/	Difficulté diagnostique
7	32	28	16,3	16	TCANS	/	/	/	Diabète et recherche de l'hypoglycémie
8	19	15	19,2	18,4	TCANS	TCANS	/	/	Dossier incomplet

Table 4 : présentation des dossiers du groupe « TCANS »

AMR = anorexie mentale restrictive ; AMBP = anorexie mentale avec « binge purging » ; TCA = trouble du comportement alimentaire non spécifié ; BN = boulimie nerveuse

Comparaison avec la cohorte féminine

Concernant les caractéristiques démographiques et le profil symptomatique, les deux cohortes de patients présentant un diagnostic principal d'anorexie étaient similaires et ne présentaient **pas de différence significative** en termes de répartition diagnostique, d'âge, de statut pondéral et de présentation clinique.

Une **tendance**, non significative, se dégageait en termes de recours à l'hyperactivité physique (plus important chez les hommes) et d'IMC le plus bas (plus élevé chez les hommes) dans le parcours.

Concernant la répartition des résultats, les valeurs étaient plus dispersées chez les femmes en ce qui concerne l'âge lors de l'évaluation et au début du problème, par rapport aux hommes présentant un diagnostic principal d'anorexie mentale.

Notons que nous avons répété les tests statistiques en prenant en compte cette fois-ci l'effectif complet des hommes.

Lorsque l'on comparait la cohorte féminine à la cohorte masculine complète (tous diagnostics initiaux), l'IMC à l'évaluation et l'IMC le plus bas étaient significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes ($p < 0,05$). De plus, la restriction était significativement moins présente chez les hommes que chez les femmes ($p < 0,05$). Les autres caractéristiques cliniques et démographiques ne différaient pas significativement.

	Hommes (n=17)		Femmes (n=322)		p (Student)
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Âge	21,24	4,22	22,43	7,27	0,5
Années d'études	12,47	2,18	12,55	2,36	0,89
Âge au début des troubles	18,82	3,83	18,91	5,42	0,95
IMC actuel	16,12	1,62	15,59	1,53	0,16
IMC le plus bas	15,11	1,49	14,42	1,54	0,07

Table 5 : Comparaison des caractéristiques démographiques et cliniques des deux cohortes

	Hommes (n=17)		Femmes (n=322)		p (Chi-2)
	Effectif	%	Effectif	%	
AMR	13	76,5	206	64,4	0,28
AMBP	4	23,5	114	35,6	0,09
Restriction	17	100	314	98,1	0,13
Boulimie	2	11,8	78	24,4	0,09
Vomissements	4	23,5	86	26,9	0,32
Hyperactivité physique	7	41,2	66	20,6	0,21
Laxatifs	0	0	27	8,4	0,14
Autres produits	0	0	22	6,9	0,19
Potomanie	0	0	28	8,8	0,14
Automutilations	0	0	20	6,3	0,21

Table 6 : Comparaison des caractéristiques cliniques initiales entre les deux cohortes

Résultats à l'Eating Disorder Inventory-2

L'auto-questionnaire, systématiquement proposé, n'avait pas été renseigné par deux femmes, qui ont été exclues de l'analyse statistique.

La comparaison des moyennes aux sous-totaux de l'*Eating Disorder Inventory* retrouvait une différence significative en termes d'**insatisfaction corporelle**, plus basse en moyenne chez les hommes ($p=0,002$). Les résultats étaient similaires pour tous les autres totaux.

Nous précisons que les résultats étaient identiques lors de l'analyse statistique avec l'effectif masculin au complet.

	Hommes (n=17)		Femmes (n=320)		p (Student)
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Recherche de la minceur	13,59	4,29	14,4	5,31	0,54
Boulimie	3,82	4,07	4,15	5,29	0,8
Insatisfaction corporelle	9	6,5	14,72	7,4	0,002
Inefficacité	12,06	6,38	12,95	6,97	0,61
Perfectionnisme	6,71	4,59	6,62	4,11	0,93
Méfiance interpersonnelle	7	5,09	7	4,32	1
Conscience intéroceptive	10,76	6,22	12,33	6,48	0,33
Peur de la maturité	6,65	4,55	7,47	5,64	0,56
Ascétisme	8,24	4,02	8,12	4,51	0,92
Contrôle des pulsions	7,06	5,01	6,91	6,5	0,93
Insécurité sociale	9,06	4,1	9,24	4,66	0,87

Table 7 : Comparaison des résultats aux sous-totaux de l'*Eating Disorder Inventory-2*

Analyse des résultats

Nous avons retrouvé, au sein de notre cohorte de patients évalués pour une anorexie, une proportion d'hommes cohérente avec la fourchette usuellement admise de 5 à 10% des cas.

L'étude de ces dossiers d'anorexie masculine retrouve avant tout une **similarité de parcours et de présentation clinique** entre nos deux cohortes. Un nombre important de formes atypiques se dégage chez les hommes, puisqu'elles représentent un tiers des cas que nous avons initialement repérés. Ces sujets forment un groupe hétérogène chez qui l'on retrouve des patients à différents stades de leurs parcours, avec des tableaux plus, ou moins, étonnants.

Si l'on s'en tient aux groupes comparables, à savoir ceux présentant un diagnostic initial d'anorexie mentale, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence dans les caractéristiques initiales du trouble, en termes de poids, d'âge, ou de conduites compensatoires. Une tendance à un poids plus haut et un recours plus important à l'hyperactivité s'observe dans notre cohorte masculine.

Lors de la comparaison de nos deux cohortes à l'*Eating Disorder Inventory*, une seule différence est apparue de manière significative, et concernait **l'insatisfaction corporelle**. Ce résultat doit être mis en perspective avec le contenu des questions qui composent ce sous-total. Elles sont au nombre de 9, et concernent des préoccupations précises :

- ✗ 2 questions ciblent la taille du ventre
- ✗ 2 questions ciblent la taille des fesses
- ✗ 2 questions ciblent la taille des cuisses
- ✗ 1 question cible la forme du corps et de la silhouette en général

De ce que nous pouvons comprendre des enjeux corporels de l'anorexie, ce questionnaire est très **orienté vers les préoccupations féminines** et trouve probablement peu d'écho chez les patients masculins, qui se plaignent habituellement plutôt de la forme de leurs épaules, leur torse, ou de leurs abdominaux.

Concernant les autres items, il n'y avait pas de différence significative entre les deux cohortes, bien que la tendance générale des résultats ait été d'être plus faibles, dans leur globalité, chez les hommes.

Discussion

▪ *Résultats*

La franche similitude entre nos deux cohortes conforte l'existence de l'anorexie mentale typique chez l'homme, pathologie tout à fait comparable à celle de la femme, et qu'il faut effectivement distinguer des troubles centrés sur la muscularité qui sont parfois présentés comme le pendant masculin de l'anorexie.

Nos sujets anorexiques présentent des résultats semblables aux femmes sur la plupart des paramètres de l'*EDI*, comme par exemple la peur de la maturité, la méfiance interpersonnelle, l'insécurité sociale ou le perfectionnisme. Cette similarité nous oriente vers l'existence d'un **terreau narcissique commun** au développement des symptômes de la pathologie.

Les résultats étaient aussi comparables en termes de recherche de la minceur, dynamique que nous retrouvons effectivement dans le discours de nos patients. La signification symbolique de ce refus de la forme et de la rondeur reste à interpréter, mais peut nous évoquer, comme chez nos patientes, un refus de la féminité qui interviendrait au moment d'accession à la puberté et donc de l'investissement des caractères sexuels.

Concernant l'insatisfaction corporelle, nous avons mis en évidence que l'outil d'évaluation utilisé n'était pas adapté pour la population masculine. Au-delà du contenu même des questions, le faible score des hommes pourrait nous interroger sur l'importance qu'elle prend chez nos sujets, comparativement aux femmes chez qui elle semble centrale. En effet, il ressort de nos impressions cliniques avec les patients que cet enjeu est parfois remplacé par une dimension de **recherche de performance**, qu'il pourrait être intéressant d'évaluer.

- **Limites**

Le nombre de patients inclus dans notre cohorte est à prendre en compte dans l'interprétation des résultats car limitant probablement la **puissance statistique** de l'étude. Nous mettons néanmoins cette limitation en perspective avec la difficulté à réunir un chiffre plus élevé de dossiers d'anorexie masculine sans avoir recours à une procédure multicentrique.

De plus, nous sommes marqués par le fait qu'un tiers des dossiers évoquant dans leur présentation une forme restrictive de trouble du comportement alimentaire ont été qualifiés à leur évaluation initiale de trouble du comportement alimentaire non spécifié. Cette observation rejoint la distinction déjà portée par Hilde Bruch en 1973.

Ces 8 sujets, qui formaient effectivement un groupe hétéroclite de patients, ont dû être exclus de l'analyse statistique pour permettre de faire la comparaison entre deux cohortes de même diagnostic. En conséquence, la cohorte masculine s'est composée d'un noyau fortement homogène de patients, comparativement à la cohorte féminine dans laquelle les valeurs étaient plus dispersées.

L'observation de la fréquence d'apparition du diagnostic de TCANS nous laisse imaginer que les critères appliqués pourraient être inadéquats pour **qualifier précisément** les troubles de nos patients. Dans le cas de nos données, ce sont les critères du MINI (en annexe), qui ont été utilisés pour déterminer le diagnostic principal. Il serait intéressant de se pencher sur leurs performances en matière de « tri » des dossiers, en particulier dans les formes moins typiques.

Conclusion

L'anorexie mentale existe à part entière chez l'homme, et nous avons tâché d'en dégager une vue d'ensemble. Dans sa forme typique, elle rejoint la pathologie qui est maintenant bien décrite chez la femme, à savoir un amaigrissement sévère causé par un dérèglement de la conduite alimentaire, devenue la cible de tentatives de contrôle débordantes. Elle intervient chez un sujet présentant des difficultés narcissiques, préférentiellement à l'adolescence, et enraye le processus de séparation et d'individuation, avec un fort retentissement sur la vie familiale.

Elle prend une coloration spécifique chez l'homme par quelques aspects, portés dans le discours par la recherche de muscularité, que nous pouvons mettre en lien avec le contexte social et culturel. Pour autant, cette mise en tension dirigée vers le muscle n'aboutit pas au même tableau que celui de dysmorphie musculaire, et les mécanismes sous-jacents des deux pathologies gagneraient à être explorés, et comparés.

D'autre part, comme chez les femmes, nous sommes confrontés à un certain nombre de formes atypiques de la pathologie. Celles-ci semblent particulièrement fréquentes, et relèvent d'enjeux psychiques qui restent pour l'instant insuffisamment connus. Il apparaît aussi que leur nombre découle de l'inadéquation des outils diagnostiques que nous utilisons en pratique courante, et qui pourraient manquer de performance pour classer correctement certains cas.

Dans les cas d'anorexie masculine, notre expérience nous amène à questionner l'importance de l'insatisfaction corporelle dans la dynamique des troubles. Il nous a semblé observer que celle-ci pourrait être, chez l'homme, plutôt liée à la recherche de performance.

Plusieurs obstacles persistent donc dans l'accompagnement des hommes présentant une anorexie. La méconnaissance même de cette maladie reste un frein à son identification, ainsi que sa prévention, lors des soins généraux. Par conséquent, l'orientation et l'accès aux soins spécialisés est rendu plus difficile, limitant le nombre de cas pour composer et étudier des cohortes. Notre compréhension partielle de la pathologie ne nous a pas permis, à ce jour, de développer des outils adaptés à utiliser en pratique courante pour cibler les spécificités masculines.

Bibliographie

1. Stanford SC, Lemberg R. A Clinical Comparison of Men and Women on the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) and the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). *Eating Disorders*. 2012 Oct;20(5):379–94.
2. Welch E, Ghaderi A, Swenne I. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Aug 14];15(1).
3. Guy-Rubin A. [Anorexia in males]. *Soins Psychiatr*. 2016 Dec;37(307):20–1.
4. Sarner-Levin K, Canetti L, Latzer Y, Bonne O, Lerer B, Bachar E. Anorexia Nervosa, Selflessness, and Gender-role Identity: A Study of Daughters and Parents. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2018;55(1):25–33.
5. Askenazy F. Anorexie à l'adolescence et séparation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2016 Jul;174(6):426–30.
6. Sulimovic L, Votadoro P. Anorexie masculine à l'adolescence : intégration des variations de la bisexualité psychique. *Perspectives Psy*. 2019 Apr;58(2):118–26.
7. Vu-Augier de Montgrémier M, Chen J, Zhang F, Moro M-R. Anorexie masculine en Chine : psychopathologie, facteurs culturels et transculturels. *L'Évolution Psychiatrique*. 2017 Jan;82(1):63–74.
8. Godart N, Lamas C, Nicolas I, Corcos M. Anorexie mentale à l'adolescence. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2010 Mar;23(1):30–50.
9. Serières C, Mainhagu P, de Boucaud M. Anorexie mentale masculine. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2017 Dec;175(10):918–25.
10. Venisse J-L. Anorexie : quelles prises en charge ? *Santé Mentale*. 2012 Mai;(168).
11. Orgiazzi-Billon-Galland I, Chappaz M. Anorexies féminine et masculine : comparaison. *Cahiers de psychologie clinique*. 2002;18(1):139.
12. Brown TA, Forney KJ, Pinner D, Keel PK. A randomized controlled trial of *The Body Project : More Than Muscles* for men with body dissatisfaction: BROWN et al. *International Journal of Eating Disorders*. 2017 Aug;50(8):873–83.
13. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Teplinsky C, DeAntonio M. Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*. 2006 Nov;39(7):570–5.
14. Goodman A, Heshmati A, Malki N, Koupil I. Associations Between Birth Characteristics and Eating Disorders Across the Life Course: Findings From 2 Million Males and Females Born in Sweden, 1975–1998. *American Journal of Epidemiology*. 2014 Apr 1;179(7):852–63.
15. Shu CY, Limburg K, Harris C, McCormack J, Hoiles KJ, Hamilton MJ, et al. Clinical presentation of eating disorders in young males at a tertiary setting. *Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Aug 14];3(1).

16. Kinnaird E, Norton C, Tchanturia K. Clinicians' views on treatment adaptations for men with eating disorders: a qualitative study. *BMJ Open*. 2018 Aug;8(8):e021934.
17. Spillane NS, Boerner LM, Anderson KG, Smith GT. Comparability of the Eating Disorder Inventory-2 Between Women and Men. *Assessment*. 2004 Mar;11(1):85–93.
18. Dakanalis A, Timko CA, Clerici M, Zanetti MA, Riva G. Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating Behaviors*. 2014 Jan;15(1):63–7.
19. Scharmer C, Gorrell S, Schaumberg K, Anderson D. Compulsive exercise or exercise dependence? Clarifying conceptualizations of exercise in the context of eating disorder pathology. *Psychology of Sport and Exercise*. 2020 Jan;46:101586.
20. Björk T, Skårberg K, Engström I. Eating disorders and anabolic androgenic steroids in males--similarities and differences in self-image and psychiatric symptoms. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013 Aug 19;8:30.
21. Vo M, Lau J, Rubinstein M. Eating Disorders in Adolescent and Young Adult Males: Presenting Characteristics. *Journal of Adolescent Health*. 2016 Oct;59(4):397–400.
22. Limbers CA, Cohen LA, Gray BA. Eating disorders in adolescent and young adult males: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2018 Aug;Volume 9:111–6.
23. Coelho JS, Lee T, Karnabi P, Burns A, Marshall S, Geller J, et al. Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. *Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 Aug 14];6(1).
24. Jaworski M, Panczyk M, Śliwczyński A, Brzozowska M, Janaszek K, Małkowski P, et al. Eating Disorders in Males: An 8-Year Population-Based Observational Study. *American Journal of Men's Health*. 2019 Jul;13(4):155798831986097.
25. Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatry*. 1997 Aug;154(8):1127–32.
26. Sangha S, Oliffe JL, Kelly MT, McCuaig F. Eating Disorders in Males: How Primary Care Providers Can Improve Recognition, Diagnosis, and Treatment. *Am J Mens Health*. 2019 Jun;13(3):1557988319857424.
27. Mitchison D, Mond J. Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Aug 14];3(1).
28. Murray SB, Griffiths S, Mond JM. Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualising muscularity-oriented disordered eating. *British Journal of Psychiatry*. 2016 May;208(5):414–5.
29. Boroughs M, Thompson JK. Exercise status and sexual orientation as moderators of body image disturbance and eating disorders in males. *International Journal of Eating Disorders*. 2002 Apr;31(3):307–11.
30. Goodman A, Heshmati A, Koupil I. Family History of Education Predicts Eating Disorders across Multiple Generations among 2 Million Swedish Males and Females. Zepf FD, editor. *PLoS ONE*. 2014 Aug 27;9(8):e106475.
31. Center for History and New Media. Guide rapide pour débiter [Internet].

32. Pettersen G, Wallin K, Björk T. How do males recover from eating disorders? An interview study. *BMJ Open*. 2016 Aug;6(8):e010760.
33. MacLean A, Sweeting H, Walker L, Patterson C, Räisänen U, Hunt K. “It’s not healthy and it’s decidedly not masculine”: a media analysis of UK newspaper representations of eating disorders in males. *BMJ Open*. 2015 May;5(5):e007468.
34. Jeammet P. L’anorexie aujourd’hui. *Santé Mentale*. 2012 Mai;(168).
35. Corbeil-Serre L, Meilleur D, Turgeon M-è. L’anorexie mentale chez les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin : recension des écrits. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*. 2014 Dec;62(8):514–20.
36. Chambry J, Agman G. L’anorexie mentale masculine à l’adolescence. *La psychiatrie de l’enfant*. 2006;49(2):477.
37. Charoy C. L’anorexie mentale masculine : une anorexie comme les autres ? Nantes; 2008.
38. Gazalé O. *Le Mythe de la Virilité*. 2017.
39. Bruch H. *L’Enigme de l’Anorexie*. 1983.
40. Bruch H. *Les Yeux et le Ventre*. 1994.
41. Smith KE, Mason TB, Murray SB, Griffiths S, Leonard RC, Wetterneck CT, et al. Male clinical norms and sex differences on the Eating Disorder Inventory (EDI) and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): SMITH et al. *International Journal of Eating Disorders*. 2017 Jul;50(7):769–75.
42. Button E, Aldridge S, Palmer R. Males assessed by a specialized adult eating disorders service: Patterns over time and comparisons with females. *International Journal of Eating Disorders*. 2008 Dec;41(8):758–61.
43. Goldstein MA, Alinsky R, Medeiros C. Males With Restrictive Eating Disorders: Barriers to Their Care. *Journal of Adolescent Health*. 2016 Oct;59(4):371–2.
44. Lavender JM, Brown TA, Murray SB. Men, Muscles, and Eating Disorders: an Overview of Traditional and Muscularity-Oriented Disordered Eating. *Current Psychiatry Reports [Internet]*. 2017 Jun [cited 2020 Aug 14];19(6).
45. Braun DL, Sunday SR, Huang A, Halmi KA. More males seek treatment for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1999 May;25(4):415–24.
46. Murray SB, Rieger E, Touyz SW, De la Garza García Lic Y. Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: where does it belong? A review paper. *Int J Eat Disord*. 2010 Sep;43(6):483–91.
47. Melissa R, Lama M, Laurence K, Sylvie B, Jeanne D, Odile V, et al. Physical Activity in Eating Disorders: A Systematic Review. *Nutrients*. 2020 Jan 9;12(1):183.
48. Sweeting H, Walker L, MacLean A, Patterson C, Räisänen U, Hunt K. Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and UK mass media. *Int J Mens Health*. 2015;14(2).
49. Thapliyal P, Hay P, Conti J. Role of gender in the treatment experiences of people with an eating disorder: a metasynthesis. *Journal of Eating Disorders [Internet]*. 2018 Dec [cited 2020 Aug 14];6(1).

50. Strobel C, Quadflieg N, Voderholzer U, Naab S, Fichter MM. Short- and long-term outcome of males treated for anorexia nervosa: a review of the literature. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2018 Oct;23(5):541–52.
51. Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, Mond J. The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *BMC Public Health*. 2014 Sep 11;14:943.
52. Darcy AM, Doyle AC, Lock J, Peebles R, Doyle P, Le Grange D. The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: How does it compare to adolescent females? *International Journal of Eating Disorders*. 2012 Jan;45(1):110–4.
53. Murray SB, Nagata JM, Griffiths S, Calzo JP, Brown TA, Mitchison D, et al. The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review*. 2017 Nov;57:1–11.
54. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348–58.
55. Murakami JM, Essayli JH, Latner JD. The relative stigmatization of eating disorders and obesity in males and females. *Appetite*. 2016 Jul;102:77–82.
56. Kinnaird E, Norton C, Pimblett C, Stewart C, Tchanturia K. “There’s nothing there for guys”. Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2019 Oct;24(5):845–52.
57. Murray SB, Griffiths S, Mitchison D, Mond JM. The Transition From Thinness-Oriented to Muscularity-Oriented Disordered Eating in Adolescent Males: A Clinical Observation. *Journal of Adolescent Health*. 2017 Mar;60(3):353–5.
58. Lock JD. Trying to Fit Square Pegs in Round Holes: Eating Disorders in Males. *Journal of Adolescent Health*. 2009 Feb;44(2):99–100.
59. Rio M. Un cas d’anorexie masculine. *L’information psychiatrique*. 2006;82(8):669.
60. Danielsen M, Bjørnelv S, Bratberg GH, Rø Ø. Validation of the exercise and eating disorder questionnaire in males with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2018 May;51(5):429–38.
61. Ahrén JC, Chiesa F, Koupil I, Magnusson C, Dalman C, Goodman A. We are family-parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females: Family Background in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2013 Nov;46(7):693–700.
62. Zhang C. What can we learn from the history of male anorexia nervosa? *Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 Aug 14];2(1).
63. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed., American Psychiatric Association, 2013

Annexes

Annexe 1 : Critères diagnostiques d'anorexie mentale selon le MINI

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

M. ANOREXIE MENTALE

M1 a	Combien mesurez-vous ?	cm									
b	Au cours de votre vie, quel est a été votre poids le plus faible (depuis l'adolescence) ?	_ _ _ kg									
c	LE POIDS DU PATIENT A-T-IL DEJA ETE INFERIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUE POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE	→ NON OUI	1								
M1 d	Avez-vous pesé ce poids dans les 3 derniers mois ? Si M1d = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LE POIDS ETAIT LE PLUS BAS Si M1d = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE Au cours de la période où votre poids était le plus bas / Au cours des trois derniers mois :	NON OUI									
M2	Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ?	→ NON OUI	2								
M3	Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?	→ NON OUI	3								
M4 a	Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?	NON OUI	4								
b	L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	NON OUI	5								
c	Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ?	NON OUI	6								
M5	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ?	→ NON OUI									
M6	POUR LES FEMMES SEULEMENT : Au cours de cette période, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ?	→ NON OUI	7								
POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI ? POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI ? Si OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANOREXIE MENTALE</td> </tr> <tr> <td>ACTUEL</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>PASSE</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>		NON	OUI	ANOREXIE MENTALE		ACTUEL	—	PASSE	—
NON	OUI										
ANOREXIE MENTALE											
ACTUEL	—										
PASSE	—										
M7 a	Quand pour la première fois avez-vous atteint ce poids tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ?	/ / / ans (Première fois)									
b	Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?	/ / / ans (Dernière fois)									

Annexe 2 : Eating Disorder Inventory - 2

Garner, D.M. (1991). *EDI 2 : Eating Disorder Inventory 2. Professional Manuel*. Psychology Assessment Resources. P.O. Box 998 Odessa Florida 33556 USA.

Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certaines ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet.

Répondez à toutes les questions en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place.

1. Je mange des sucreries et des hydrates de carbone sans crainte.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

2. Je trouve mon ventre trop gros.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

3. J'aimerais pouvoir recouvrer la sécurité de mon enfance.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

4. Je mange quand je suis ému(e) / bouleversé(e) / contrarié(e).

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

5. Je me gave de nourriture.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

6. J'aimerais pouvoir être plus jeune.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

7. Je pense à faire un régime alimentaire.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

8. J'ai peur quand mes sentiments sont trop intenses.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

9. Je trouve mes cuisses trop grosses.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

10. Je me sens incapable.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

11. Je me sens extrêmement coupable quand j'ai trop mangé.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

12. Je trouve que mon ventre est juste à la bonne taille.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

13. Seules les performances exceptionnelles sont reconnues dans ma famille.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

14. La période la plus heureuse de la vie, c'est quand on est enfant.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

15. Je montre ouvertement mes sentiments.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

16. Je très peur de prendre du poids.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

17. Je fais confiance aux autres.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

18. Je me sens seul(e) au monde.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

19. Je suis satisfait(e) de la forme de mon corps (de ma silhouette).

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

20. Globalement, j'ai le sentiment de maîtriser les choses, dans ma vie.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

21. J'ai de la difficulté à reconnaître mes émotions.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

22. Je préfère être un adulte, plutôt qu'enfant.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

23. Je peux facilement communiquer avec autrui.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

24. J'aimerais être quelqu'un d'autre.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

25. J'exagère l'importance de mon poids.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

26. Je peux clairement identifier les émotions que je ressens.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

27. Je me sens inadéquat(e).

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

28. J'ai eu des crises de frénésie alimentaire, avec l'impression que je ne pourrais plus jamais m'arrêter.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

29. Enfant, je faisais de grands efforts pour ne pas décevoir mes parents et enseignants.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

30. J'établis des relations assez proches.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

31. J'aime bien la forme de mes fesses.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

32. Je suis préoccupé(e) par le désir d'être plus mince.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

33. Je ne sais pas ce qui se passe en moi.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

34. J'ai de la peine à exprimer mes émotions à autrui.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

35. Les exigences de l'âge adulte sont trop élevés.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

36. Je déteste ne pas être parmi les meilleur(e)s dans tout ce que j'entreprends.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

37. Je me sens sûr(e) de moi.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

38. Je pense à faire des crises de frénésie alimentaire.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

39. Je suis heureux(se) de ne plus être un enfant.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

40. Je ne peux pas savoir clairement si j'ai faim ou non.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

41. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

42. J'ai le sentiment de pouvoir réaliser mes ambitions.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

43. Mes parents ont attendu de moi que je réalise d'excellentes performances.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

44. J'ai peur de perdre le contrôle de mes sentiments.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

45. Je trouve mes hanches trop larges.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

46. Je mange modérément en présence des autres et me gave après leur départ.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

47. Je me sens bouffi(e) et/ou ballonné(e) après un repas normal.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

48. J'ai l'impression que c'est pendant l'enfance que les gens sont le plus heureux.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

49. Si je prends 500 grammes, j'ai peur de continuer à prendre du poids.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

50. Je me sens quelqu'un de valable.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
51. Quand je suis ému(e), je ne sais plus si je suis triste effrayé(e) ou en colère.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
52. Je trouve que je dois faire les choses à la perfection ou pas du tout.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
53. J'ai l'idée d'essayer de vomir pour perdre du poids.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
54. J'ai besoin de maintenir les autres à une certaine distance (et me sens mal à l'aise si quelqu'un essaye de trop se rapprocher de moi).
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
55. Je trouve mes cuisses juste à la bonne taille.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
56. Je me sens vide intérieurement (émotionnellement).
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
57. Je peux évoquer mes pensées ou mes sentiments personnels.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
58. On vit ses meilleures années quand on devient adulte.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
59. Je trouve mes fesses trop grosses.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
60. J'ai des sentiments que je ne peux pas identifier tout à fait.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
61. Je mange ou bois en cachette.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
62. Je trouve mes hanches juste à la bonne taille.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
63. Mes objectifs sont extrêmement élevés.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
64. Quand je suis ému(e), j'ai peur de me mettre à manger.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
65. Les gens que j'aime vraiment finissent pas me décevoir.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
66. J'ai honte de mes faiblesses humaines.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

67. Les autres diraient que je suis émotionnellement instable.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
68. J'aimerais contrôler totalement les besoins de mon corps.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
69. Je me sens détendu(e) dans la plupart des situations de groupe.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
70. Je dis des choses impulsivement, et le regrette ensuite.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
71. Je me donne beaucoup de mal pour éprouver du plaisir.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
72. Je dois faire attention à ma tendance à abuser de substances telles que des médicaments ou d'autres.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
73. Je suis sociable avec la plupart des gens.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
74. Je me sens piégé(e) dans les relations.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
75. Les privations que je m'impose me renforcent spirituellement.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
76. Les gens comprennent mes vrais problèmes.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
77. Je ne parviens pas à me débarrasser de pensées étranges.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
78. Manger pour le plaisir est un signe de faiblesse morale.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
79. J'ai tendance à faire des éclats de colère ou de rage.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
80. J'ai l'impression que les gens m'accordent l'estime que je mérite.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
81. Je dois faire attention à ma tendance à abuser de l'alcool.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
82. Je crois que se détendre n'est qu'une perte de temps.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais
83. On dit que je m'énerve facilement.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

84. J'ai l'impression d'être perdant(e) partout.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

85. J'éprouve d'importantes sautes d'humeur.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

86. Je suis gêné(e) par mes besoins corporels.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

87. Je préférerais rester seul(e) qu'être en compagnie.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

88. La souffrance rend meilleur(e).
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

89. Je sais qu'on m'aime.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

90. Je me sens poussé(e) à faire du mal aux autres ou à moi-même.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

91. J'ai l'impression de vraiment savoir qui je suis.
 toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

Guide de cotation :

91 propositions pour lesquelles le sujet doit répondre en cochant l'un des six degrés suivants : "toujours", "en général", "souvent", "quelquefois", "rarement", "jamais".

Deux sortes d'items existent. Les items directs où « toujours » = 3, « en général » = 2, « souvent » = 1 et « quelquefois, rarement, jamais » = 0. Les items indirects suivis d'un astérisque où « jamais » = 3, « rarement » = 2, « quelquefois » = 1 et « souvent, en général, toujours » = 0.

8 facteurs :

- Recherche de la minceur : 1*, 7, 11, 16, 25, 32, 49

- boulimie : 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61

- insatisfaction par rapport à son corps : 2, 9, 12*, 19*, 31*, 45, 55*, 59, 62*

- inefficacité : 10, 18, 20*, 24, 27, 37*, 41, 42*, 50*, 56

- perfectionnisme : 13, 29, 36, 43, 52, 63

- méfiance interpersonnelles : 15*, 17*, 23*, 30*, 34, 54, 57*

- conscience intéroceptive : 8, 21, 26*, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64

- peur de la maturité : 3, 6, 14, 22*, 35, 39*, 48, 58*

- ascétisme : 66, 68, 71*, 75, 78, 82, 86, 88

- contrôle des impulsions : 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 89, 90

- insécurité sociale : 69*, 73*, 76*, 80*, 84, 87, 89*, 91*

Titre de Thèse : Spécificités cliniques de l'anorexie mentale masculine

RESUME

L'anorexie mentale demeure une maladie relativement méconnue chez l'homme, du fait d'une focalisation de la recherche sur les formes féminines. Il nous manque, à ce jour, des conclusions concernant la prévalence, l'évolution, et les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. Il persiste un retard d'accès aux soins et de mise en place d'aménagements spécifiques.

Dans notre cohorte de 25 patients, nous avons observé des similarités de présentation clinique qui concordent avec la littérature. Les enjeux d'individuation se déclinaient au masculin et restaient centraux dans la dynamique. L'expression symptomatique légèrement différente semblait pouvoir être mise en lien avec le contexte socio-culturel. Une franche différence se dégagait au sujet de la satisfaction corporelle, nous menant à interroger les outils d'évaluation utilisés, ainsi que l'importance de ce facteur dans la pathologie masculine.

MOTS-CLES

Anorexie masculine ; anorexie mentale ; cohorte ; Eating Disorder Inventory ; individuation ; insatisfaction corporelle ; genre ; trouble du comportement alimentaire.