
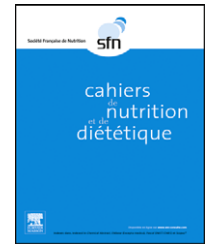




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

# Caractéristiques comparatives de 238 malades anorexiques et boulimiques hospitalisés

Comparisons between anorexia nervosa and bulimia nervosa patients: Study of 238 consecutives hospitalized patients

Daniel Rigaud<sup>a,\*</sup>, Hélène Pennacchio<sup>b</sup>,  
Patricia Bussens<sup>c</sup>, Jean-Marie Chancenotte<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service d'endocrinologie et nutrition, CHU Le Bocage, 2, boulevard du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 21000 Dijon, France

<sup>b</sup> Association Autrement, 9, rue de Metz, 21000 Dijon, France

<sup>c</sup> Jouvence Nutrition, SSR, 18, rue des Alisiers, 21380 Messigny, France

Reçu le 8 avril 2010 ; accepté le 7 juillet 2010

### MOTS CLÉS

Anorexie mentale ;  
Comportement  
alimentaire ;  
Qualité de vie ;  
Dénutrition ;  
Anxiété ;  
Dépression

**Résumé** L'histoire, le tableau clinique, le contexte psychologique et la qualité de vie de 238 malades adultes souffrant soit d'anorexie mentale (75 restrictives, AMR et 91 anorexiques-boulimiques, AMB), soit de boulimie (76 malades, B) ont été comparés, lors de leur admission à l'hôpital. Les AMB et B avaient eu, par le passé, un IMC plus élevé et des compulsions alimentaires plus fréquentes que les AMR. Elles s'étaient mis au régime hypocalorique plus souvent que les AMR ( $p < 0,05$ ). Un tiers des AMB et B avaient commencé par l'AMR. Chez les trois quarts des malades, la maladie avait été précédée d'un régime hypocalorique. Un quart des AMB et des B avaient des ATCD de traumatisme sexuel, contre 6% des AMR ( $p < 0,05$ ). L'histoire familiale indiquait plus de troubles alimentaires, plus de cas d'obésité, d'anxiété et de dépression, plus de pensée d'idéal minceur, plus d'importance attachée au sport que dans la population. L'alimentation des malades était profondément altérée et pas moins chez les B que chez les AMB ou les AMR : rarement des repas, beaucoup d'évictions... Les patients B et AMB avaient  $16 \pm 6$  crises par semaine, qui duraient  $2,6 \pm 1,1$  heures par jour. L'hyperactivité physique était très fréquente (60% des B et 70% des AMB et AMR, NS). Elle durait en moyenne  $2,7 \pm 0,7$  heures par jour. Les TOC étaient fréquents (50% des cas) et prenaient  $2,4 \pm 0,8$  heures. Les automutilations touchaient un tiers des malades (44% des B, 28% des AMR). Le tabagisme était plus fréquent en cas de B ou AMB (40%) qu'en cas d'AMR (18%,  $p < 0,01$ ). Vis-à-vis du travail, 54% des malades étaient en arrêt depuis plus de deux mois et 18% étaient en invalidité. L'anxiété et la dépression étaient très fréquentes : une dépression marquée (Beck > 22) touchait 27% des

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : autrement.asso@tele2.fr (D. Rigaud).

malades (plus en cas d'AMB et de B que d'AMR,  $p < 0,05$ ) et une anxiété marquée (Hamilton  $> 30$ ) touchait 52% des malades. La qualité de vie (QV) était fortement altérée: elle était touchée dans chacune de ses six composantes (physique, psychique, hédonique, TCA, affective, socio-professionnelle). Chacun des six sous-scores était au moins trois fois plus élevé (QV plus altérée) que celui de sujets témoins (jusqu'à 11 fois).

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de nutrition.

## KEYWORDS

Anorexia nervosa;  
Alimentary  
behaviour;  
Quality of life;  
Anxiety;  
Depression

**Summary** Clinical features of 238 eating disorder (ED) adult patients were compared, according to the subtype (restricting subtype of anorexia nervosa (RAN, binge eating/purging subtype (BPAN) and bulimia nervosa, BN). There were 75 AMR, 91 AMB and 76 B needing for hospitalization. BPAN and BN patients had had, before ED, higher BMI, higher frequency of obesity and binge eating and had been more often on slimming diet than RAN patients ( $p < 0.05$ ). One third of BPAN and BN had begun with RAN. In 75% of the cases, a slimming diet preceded the ED. One quarter of BPAN and BN had had sexual trauma, vs 6% of the RAN ( $p < 0.01$ ). In the family, there were more obesity, more ED, more anxiety, more depressive states than in population. The father or the mother had more often a thought of ideal thinness and of importance of sport. Meals were very often suppressed, food excluded (NS between groups). Binge/purging episodes occurred  $16 \pm 6$  times a week and lasted  $2,6 \pm 1,1$  h/day. Excessive exercise occurred in 60% of B and 70% of RAN and BPAN (NS) and lasted  $2,7 \pm 0,7$  h/day. Obsessive compulsive disorders occurred in 50% of the cases (NS between groups) and lasted more in AN than in BN patients (BN:  $1.9 \pm 0.6$  h, AN:  $2,7 \pm 0,8$  h). Self-injury occurred in 32% of the cases (BN: 44%, AN: 23%). Smoking abuse was more frequent in BPAN and BN (40%) than in RAN (18%,  $p < 0.01$ ). Among 18% of the patients received a disability pension from government health insurance. Chronic treated depression was observed in 27% (more in BPAN and BN than RAN,  $p < 0.05$ ) and chronic treated anxiety in 52% of the patients. Quality of life was strongly impaired in all three eating disorders, and no more in AN than in BN, nor more in RAN than in BPAN: the QUAVIAM total score was similar in the three groups and in each very higher than that of 56 healthy subjects ( $405 \pm 54$  vs  $88.6 \pm 49$ ;  $p < 0.0001$ ) and than the QUAVIAM global score obtained in 49 recovered ED patients ( $157 \pm 81$ ;  $p < 0.0001$ ). Each of the six sub-scores was higher (more deteriorated) than those of the healthy controls ( $p < 0.0001$ ): physical, psychological, ED-related, hedonic, socioprofessional and emotional scores. Only two of the six subscores differed between AN and BN: the psychical and the ED-related subscores were less deteriorated in RAN than in BPAN and BN patients ( $p < 0.03$ ).

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société française de nutrition.

## Introduction

L'anorexie mentale et la boulimie sont des affections chroniques et graves. On connaît bien le retentissement psychologique et somatique de l'anorexie mentale (AM) [1–4], mais moins bien celui de la boulimie. Certaines études suggèrent qu'il pourrait être aussi sévère [5–10]. L'AM est une maladie chronique caractérisée par un amaigrissement important, qui conduit à une dénutrition souvent marquée [1,3,8]. C'est un besoin compulsif de maigrir qui conduit ces malades à restreindre leur alimentation et à accroître bien souvent leur activité physique. Dans la boulimie, la peur de grossir et la fréquence des crises poussent aussi les malades à restreindre leur alimentation [1,5]. Beaucoup de malades anorexiques et boulimiques ressentent un fort sentiment d'impuissance, face à leur trouble. Ils tentent de manger plus, de se mettre à table, de reprendre du poids ou d'arrêter les crises, mais n'y arrivent pas [1,3,11]. Ce sentiment d'impuissance est souvent associé à une anxiété et un état dépressif notables [11,12]. Par ailleurs, dans l'AM, la dénutrition altère l'état de santé somatique: fatigue, sensation de froid, troubles digestifs, altération des mains, déminéralisation osseuse... Cela pourrait avoir un impact sur la qualité de vie [13–16]. Cependant, le sentiment de toute puissance que donne le jeûne chronique dans l'AM rend peut-être ces malades moins conscients de la gravité

de leur état nutritionnel. La détérioration de la qualité de vie pourrait ainsi être moins bien perçue dans l'AM que dans la boulimie. Aucune étude n'a été publiée afin de répondre à cette question. Si l'on définit la qualité de vie comme le fait de se sentir moins bien (mal être physique ou psychique) dans un certain nombre d'activités, il pourrait y avoir des différences entre AM et boulimie, l'une ayant plus d'impact physique et l'autre plus d'impact psychique. Quoiqu'il en soit, l'impact sur l'humeur est bien connu: de nombreux malades sont anxieux et/ou dépressifs [1,7,9,11,14,15]. Outre les aspects communs à toutes les maladies chroniques, l'AM et la boulimie induisent des dysfonctionnements spécifiques concernant l'alimentation et des repas. Or le repas centre les relations interpersonnelles. Il est donc intéressant de voir les capacités alléguées des malades à se mettre à table pour faire un vrai repas.

Enfin, il convient de rappeler qu'il existe deux types d'AM: la forme restrictive et la forme « boulimique ». Il se pourrait que cette dernière se rapproche plus de la boulimie que de l'AM restrictive. Dans l'anorexie restrictive (AMR), les malades perdent du poids par la seule restriction alimentaire et souvent par l'hyperactivité physique associée; dans l'anorexie-boulimie (AMB), s'associent à la restriction alimentaire des vomissements et/ou des crises de boulimie. Peu d'études ont comparé l'histoire antérieure, l'évolution du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC), ainsi que

**Tableau 1** Caractéristiques des patients.

	Boulimie	AMB	AMR	p
Âge (ans)	28,1 ± 8,2	27,9 ± 8,1	34,6 ± 10,1 <sup>d</sup>	< 0,01
Poids actuel (kg)	63,1 ± 15,3	41,5 ± 5,7	38,8 ± 5,8	< 0,0001
Taille (m)	1,63 ± 0,11	1,64 ± 0,12	1,65 ± 0,10	NS
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	23,7 ± 6,2	15,4 ± 1,8	13,6 ± 1,6	< 0,0001
Nombre de crises/semaine	19,2 ± 5,2	13,6 ± 6,8 <sup>e</sup>	0	< 0,05
Âge au début du TCA actuel (ans)	20,8 ± 4,2	19,6 ± 5,1	18,4 ± 5,6	< 0,05
Âge au début de tout TCA (ans)	18,9 ± 5,1	18,3 ± 4,2	17,8 ± 3,9	NS
Début suite à un régime hypocalorique (%)	61	74	83	< 0,01
Début suite à une dépression (%)	32	39	21	NS
Début suite à une perte (proches) (%)	29	11	22	< 0,05
Début suite à un trauma sexuel (%) <sup>a</sup>	26	32	7	< 0,01
Dépression associée (%) <sup>b</sup>	54	42	35	< 0,05
Anxiété marquée associée (%) <sup>c</sup>	20	25	13	< 0,05
TOC (%)	48	58	54	NS
Automutilations (%)	45	34	23	< 0,001
Hyperactivité physique (%)	58	66	67	NS
Score d'hyperaction physique (maximum 24)	9,9 ± 6,6	8,8 ± 6,9	10,4 ± 6,3	NS
Aménorrhée actuelle (%)	37	79	98	< 0,0001
Anorexie mentale ou boulimie dans la famille	28	36	20	NS

<sup>a</sup> En règle plusieurs années après.

<sup>b</sup> Beck Depression Index > 20.

<sup>c</sup> Hamilton anxiety score > 30.

<sup>d</sup> AMR (anorexie mentale restrictive) plus vieux que les AMB (anorexie mentale de type boulimique) et B (boulimie).

<sup>e</sup> Crises plus fréquentes chez B que chez AMB.

les caractéristiques psychiques, la pensée anorexique, les conduites associées et la qualité de vie (QV) de malades souffrant soit d'AMB, soit d'AMR.

L'objectif de la présente étude était d'analyser et de comparer ces aspects cliniques chez 238 malades souffrant d'une AM ou d'une boulimie à la fois sévère et chronique, et dont l'état grave nécessitait une hospitalisation.

## Patients et méthodes

### Patients

Pour cette étude, ont été inclus prospectivement et successivement 238 malades adultes souffrant soit d'AM ( $n = 166$ ), soit de boulimie ( $n = 72$ ). Il s'agissait toujours de malades ayant une forme sévère et chronique et dont l'état nécessitait une hospitalisation. La quasi-totalité des malades de cette étude ( $n = 224$ ) étaient en psychothérapie depuis des mois ou des années. Ils ont été hospitalisés soit au CHU Le Bocage (service endocrino-nutrition), soit à Jouvence Nutrition, une structure de soins de suite spécialisée dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA). Il y avait quatre hommes (1,6 %, atteints tous d'anorexie, dont trois formes restrictives). Aucun malade correspondant aux critères du DSM IV de l'AM ou de la boulimie n'a été exclu. Une malade amaigrie (IMC : 13,4 kg/m<sup>2</sup>) qui n'a pas admis sa peur de grossir jusqu'à un IMC de 18,5 a été exclue, dans le doute. Les critères de diagnostic étaient ceux du DSM IV. Pour l'AM étaient exigés un IMC < 17 kg/m<sup>2</sup>, une aménorrhée, une intense peur de grossir et de devenir obèse, un besoin irrépressible de suivre un régime hypocalorique et une distorsion de l'image corporelle et du poids qu'il faudrait avoir. La boulimie était définie comme la survenue au moins deux fois par semaine de crises de boulimie.

Une crise était définie comme l'ingestion rapide, sans faim ni rassasiement, de grandes quantités d'aliments, avec un fort sentiment de perte de contrôle. Était exigée aussi la présence de comportements compensatoires : vomissements provoqués ou spontanés, et/ou utilisation de laxatifs, et/ou jeûne et hyperactivité physique. La forme restrictive de l'AM (AMR,  $n = 75$ ) était définie par la restriction alimentaire, associée ou non à une hyperactivité physique, sans qu'il n'y ait jamais ni vomissements, ni crise compulsive alimentaire, ni crise de boulimie. L'AMB ( $n = 91$ ) était définie par l'association de vomissements et de crises alimentaires de type « boulimique » (au moins deux par semaine). Une attention particulière était portée lors de l'entretien, chez tous les patients anorexiques, pour savoir s'il s'agissait bien d'ingestion de grandes quantités d'aliments. Les compulsions alimentaires antérieures étaient définies comme une crise au moins deux fois par semaine, crise définie comme l'ingestion d'une grande quantité d'aliments hors repas, compulsive, sans comportement compensatoire.

Tous les malades étaient porteurs d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) sévère et de longue durée, puisqu'une hospitalisation avait été décidée et que le trouble existait depuis en moyenne dix ans (Tableau 1). Les critères pour cette hospitalisation étaient les suivants : IMC < 15 kg/m<sup>2</sup> ou IMC < 16 et perte de poids malgré le suivi ambulatoire, ou fréquence des crises de boulimie supérieure à six par semaine, ou complication somatique sévère (hypokaliémie notamment), ou échec de la prise en charge par nutrition entérale à domicile.

### Méthodes

Un questionnaire était remis avant l'admission et discuté ensuite avec le malade lors de l'entretien avec l'un des médecins thérapeutes. Ce questionnaire comportait

15 pages et 290 questions. Elles portaient sur le diagnostic (DSM IV), le poids, la taille (contrôlés) avant, pendant le TCA (poids min et max avant et pendant le TCA), les antécédents (ATCD) de TCA personnels et familiaux, les états « avérés » d'anxiété et de dépressions personnelles et familiales, les ATCD de troubles obsessionnels et compulsifs (TOC), d'automutilation, de suicide, l'historique des menstruations, la profession ou les études, la situation actuelle à ce sujet (arrêt, longue maladie...), le tabac et l'alcool, les drogues, les médicaments et laxatifs (dose, depuis quand), certaines caractéristiques mentales (manque de confiance, perfectionnisme...) sur une échelle de 0 à 10, l'histoire des crises alimentaires, leur fréquence, leur volume, leur durée chaque jour), les vomissements (en et hors crise), l'alimentation (nombre de repas, restriction...), la pensée anorexique (peur de manger, de trop manger, de grossir...), la potomanie, l'impulsivité et les crises de panique, l'hyperactivité physique (pensée, type, durée), les problèmes de santé somatique (mains, peau, cheveux, os, dents, gencives, pression artérielle...), la détérioration de la qualité de vie (61 questions), le score de Beck (dépression) et de Hamilton (anxiété).

Il s'agissait d'un auto-questionnaire que le malade remplissait en attente d'admission dans l'unité. Il lui était dit qu'il lui fallait bien répondre à toutes les questions, comme il le sentait, afin que soit décidée au mieux la prise en charge lors de l'hospitalisation et afin de mieux le connaître. Les réponses étaient ensuite revues, après un entretien « semi-dirigé » type Eating Disorder Examination [17]. Le questionnaire contenait aussi les questions de l'Eating Disorder Inventory [18], du score de dépression de Beck [19] et du score d'anxiété d'Hamilton [20]. Huit questions concernaient l'hyperactivité physique, avec des réponses allant de -1 à 3 : 1- si je suis obligé(e) d'être assise toute la journée, ça m'angoisse ; 2- J'ai besoin de l'activité physique pour maigrir ; 3- Si j'ai le sentiment d'avoir trop mangé, je vais marcher vite, courir ou me dépenser ; 4- Je ne peux pas rester en place, quand je suis à table, sinon ça m'angoisse ; 5- Je dois aller marcher vite ou courir après chaque repas ; 6- Je préfère rester debout plutôt que de m'asseoir ; 7- Je marche chaque jour pour brûler des calories ; 8- Voir mes fesses, mon ventre me donne envie de marcher vite, courir, faire du sport. Un score validé spécifique de la qualité de vie des malades souffrant de TCA sévère, le QUAVIAM, était inclus [21]. Enfin, un recueil des informations médicales était effectué : examen clinique, radios osseuses, ostéodensitométrie osseuse, ECG, prises de sang antérieures et actuelles.

## Analyse statistique

Une malade n'a pas voulu répondre au questionnaire. Les 238 autres l'ont fait. Les questions en doublons nous ont permis d'évaluer la sérieux des réponses. Cent pour cent des malades ont répondu à au moins 96 % des questions, lorsqu'elles les concernaient. L'analyse statistique a été effectuée à partir des moyennes et écarts standard. Les groupes (AMR, AMB, B) étaient comparés par analyse de variance (Anova), puis deux à deux grâce au test *t* de Student pour séries non appariées (AMB, AMR, B) si l'Anova montrait une différence significative entre groupes. Comme il existait des différences d'IMC entre les trois groupes, l'IMC a été introduit dans le modèle pour expliquer certaines différences. Un  $\chi^2$  était effectué pour comparer les pourcentages des trois groupes. Le seuil de signification statistique a été fixé à 0,05.

## Résultats

### ATCD familiaux

Ils étaient nombreux, mais ne différaient pas entre les trois groupes : on trouvait la notion d'une AM et/ou de boulimie dans la famille de 29 % des malades (un tiers d'anorexie et deux tiers de boulimie), une obésité familiale (au moins deux membres) chez 31 % des malades, des ATCD de dépression dans la famille dans 61 % des cas et d'anxiété dans 83 % des cas (allégations). Cela est au moins trois fois plus que dans les fréquences trouvées dans la population. La pensée « qu'il est essentiel d'être mince » (idéal minceur) était présente, selon les malades, chez un ou les deux parents pour 33 % des parents de malades (NS entre les trois groupes). Le sport et « la forme physique » étaient essentiels pour les parents de 37 % des AMB, 34 % des AMR et seulement 16 % des boulimiques ( $p < 0,05$ ). C'était donc surtout dans l'AM, quelle que soit son type (AMB ou AMR), qu'on retrouve un attachement à la forme et au sport dans la famille.

### Histoire du TCA

Elle différait nettement, en termes d'ATCD de TCA, d'âge de début, de poids et d'IMC ainsi que d'ATCD de surpoids dans les trois groupes (Tableau 1). Le TCA avait commencé à l'âge adulte dans 31 % des cas de boulimie (B), 25 % des cas d'AMB et 28 % des cas d'AMR (NS). L'âge de début de tout TCA était le même dans les trois types. En revanche, l'âge de début du TCA actuel était plus élevé chez les malades B que chez les malades AMB, qui étaient, eux, plus âgées que les malades AMR ( $p < 0,05$ ). Cela s'expliquait par le fait qu'un tiers des malades B ou AMB avaient eu antérieurement une AMR. Le poids des AMR était un peu plus bas que celui des AMB ( $p < 0,05$ ).

Selon l'allégation des malades, la fréquence d'une obésité antérieure était différente dans les trois groupes : une obésité avait précédé le TCA actuel dans 22 % des cas de B et seulement 5 % et 3 % des cas d'AMB et AMR ( $p < 0,02$ ). Selon l'IMC, seuls 7 % des AMR étaient en surpoids et 3 % d'entre eux obèses, alors que le double des AMB étaient en surpoids (13 %) et obèses (8 % ;  $p < 0,05$ ). Toujours selon l'IMC, 12 % des B avaient été en surpoids et 24 % d'entre eux obèses ( $p < 0,01$  versus AMR et  $p < 0,05$  pour l'obésité entre AMB et B). L'IMC moyen de la période précédant le TCA actuel était de  $25,6 \pm 4,2$  (B),  $21,5 \pm 3,1$  kg/m<sup>2</sup> et  $19,4 \pm 2,9$  kg/m<sup>2</sup> ( $p < 0,01$  entre chaque groupe).

Avant le TCA actuel, la fréquence des compulsions alimentaires était plus élevée chez les malades B et AMB que chez les AMR : 28 % (B), 25 % (AMB) versus 13 % ( $p < 0,05$ ). Des compulsions sans vomissements avaient immédiatement précédé le TCA actuel chez 40 % des B, 21 % des AMB et seulement 11 % des AMR ( $p = 0,02$ ). Le TCA avait commencé par de l'AMR chez 47 % des B, 62 % des AMB et 66 % des AMR ( $p < 0,02$ ). Le TCA actuel avait commencé par de la boulimie chez 21 % des B, 18 % des AMB et 14 % des AMR (NS).

Le TCA actuel avait suivi immédiatement un régime hypocalorique pour maigrir plus souvent en cas d'AMR que d'AMB ou de B (Tableau 1 ;  $p < 0,01$ ). Le TCA avait suivi une dépression traitée médicalement dans 33 % des cas, sans différence entre groupes. Un épisode de traumatisme sexuel (abus sexuel, attouchement, viol) était rapporté par 26 % des B, 32 % des AMB et seulement 7 % des AMR ( $p < 0,01$  entre AMR et autres). La perte d'un proche (en règle grand parent) était notée par 21 % des malades (NS entre groupes).

## Le TCA actuel

L'IMC le plus bas atteint était plus haut chez les B que chez les AMB et plus haut chez les AMB que chez les AMR ( $p < 0,01$ ) :  $17,9 \pm 4,2 \text{ kg/m}^2$  (B),  $14,4 \pm 3,2$  (AMB) et  $12,9 \pm 2,1$  (AMR). L'IMC le plus élevé atteint était lui aussi plus haut chez les B que chez les AMB ou les AMR ( $p < 0,01$ ). Les malades AMB et B disaient avoir dans 31 et 10% des cas respectivement des épisodes de crises compulsives hyperphagiques extraprandiales ± vomissements provoqués. Aucune des malades anorexiques restrictifs (AMR) n'en avait.

La fréquence, l'intensité et la durée alléguées des crises ne différaient pas entre AMB et B. Les patients B et AMB alléguaient avoir  $19 \pm 8$  crises par semaine (B) et  $14 \pm 9$  crises par semaine (AMB, NS). Chaque jour, ces épisodes duraient  $2,8 \pm 1,2$  heures (B) et  $2,4 \pm 1,5$  heures par jour (AMB). L'intensité des crises, sur une échelle de 0 à 4, était notée  $3,1 \pm 0,6$  (B) et  $2,7 \pm 1,1$  (AMB, NS). De plus, 56% des B et 69% des AMB provoquait des vomissements après les repas (en dehors des crises; NS entre les deux groupes) : elles avaient respectivement  $4,9 \pm 3$  (B) and  $10,3 \pm 9$  (AMB) vomissements provoqués postprandiaux par semaine. Aucune des patients AMR ne le faisait ( $p < 0,001$ ).

La structure de l'alimentation (saut de repas, évictions alimentaires) était très perturbée, mais, fait à noter, il n'existait aucune différence entre les B (à poids normal) et les AM (nettement plus maigres). Environ 85% des malades sautaient régulièrement déjeuner et/ou dîner (NS entre groupes). Dans le détail, 55% des malades sautaient régulièrement le petit déjeuner et 65% régulièrement le déjeuner (NS entre les trois groupes) ; 28% des malades ne prenaient jamais de petit déjeuner et 41% jamais de déjeuner (NS entre groupes). Du fait des crises, plutôt vespérales, les malades B et AMB sautaient plus souvent le dîner que les AMR : 58% des AMB et B sautaient le dîner, contre 37% des AMR ( $p < 0,05$ ). Pour celles qui disaient manger aux repas, une restriction alimentaire « calorique » était reconnue dans 85% des cas (NS entre groupes). Le nombre de repas hebdomadaire constitué d'au moins trois plats (un plat, un dessert ou un fruit et soit une entrée soit un laitage) était faible et ne différait pas entre les trois groupes (NS) :  $4,5 \pm 4,3$  repas « complets » pour les B,  $5,2 \pm 5,1$  pour les AMB et  $7,7 \pm 5,4$  pour les AMR (maximum possible de repas : 14).

## Atteintes somatiques

Les troubles somatiques observés à l'examen clinique étaient plus fréquents en cas d'AMR et AMB qu'en cas de B. L'aménorrhée était la plus fréquente : 100% des AMR, 95% des AMB et 78% des B ( $p < 0,001$  entre groupes). Une altération des mains et de la peau (sèche, vieillie) était notée chez 69% des malades AMR et AMB (NS) et chez seulement 24% des B ( $p < 0,02$ ). À l'inverse, l'atteinte des gencives et des dents était surtout liée aux crises de boulimie : elle était observée chez 31% des boulimiques et 50% des AMB et seulement 13% des AMR ( $p < 0,02$ ). Une ostéoporose (radio, ostéodensitométrie) touchait 59% des malades souffrant d'AM et 13% seulement des boulimiques ( $p < 0,001$ ). Une hypotension artérielle avec malaises était observée chez 43% des anorexiques et 23% des boulimiques (NS). Les boulimiques se sentaient plus asthéniques que les anorexiques, malgré leur IMC normal ( $p = 0,06$ ).

## Hyperactivité physique

Dans l'ensemble, il n'existait aucune différence d'activité physique entre les trois groupes : dans l'ensemble, elle était retrouvée chez 64% des malades. En utilisant le score décrit au chapitre « méthodes », on notait une « vraie » hyperactivité physique chez 25% des B, 21% des AMB et 27% des AMR (NS). Le score moyen des 238 malades était de  $10,1 \pm 6,7$  (maximum : 24 ; 48 témoins sans TCA :  $0,8 \pm 0,6$ ). Cette hyperactivité était le plus souvent la marche vive, la montée d'escalier, les pompes, la gym (*step*). L'hyperactivité durait par jour  $2,2 \pm 0,8$  heures chez les B, plus encore ( $3,1 \pm 1$  heures) chez les AMB et le plus ( $3,4 \pm 0,8$ ) chez les AMR ( $p < 0,05$  entre les groupes en Anova, mais non significatif par le *t* de Student, groupe par groupe).

## Troubles obsessionnels et compulsifs (TOC)

Dans l'ensemble, il n'y avait pas de différence frappante entre les trois groupes, avec cependant une tendance à être plus importants chez les AMR. Des TOC étaient notés par les malades dans 48% des cas (B), 58% des cas (AMB) et 54% des cas (AMR). Ils prenaient aux malades en moyenne  $1,9 \pm 0,6$  heures (B),  $2,7 \pm 0,8$  heures (AMB) et  $2,7 \pm 0,9$  heures (AMR). Les malades anorexiques y passaient plus de temps par jour que les boulimiques ( $p = 0,01$ ). Les TOC les plus fréquents concernaient le ménage (42% des malades), le rangement (33%), les vérifications (23%), le lavage (18%) ou d'autres (comptage, ordre, aliments). Les AMR avaient plus de TOC de rangement (40%, versus 25 et 35%) et de lavage (25%, versus 11 et 18%) que les AMB et les B ( $p < 0,05$ ). L'existence de ces TOC a été confirmée ensuite en entretien avec l'équipe. Parmi les 128 malades pour lesquels nous avons des informations complètes (par la suite) sur les TOC, dont 69 avaient des TOC, le ou les TOC préexistaient aux TCA dans 28% des cas, étaient contemporains dans 49% des cas et s'étaient développés après au moins 2-3 ans d'AM ou de boulimie dans 23% des cas (total : 100%).

## Comportements d'automutilation

Scarifications, pincements, se taillader les poignets, brûlures étaient plus fréquents en cas de TCA avec crises de boulimie (AMB et B) qu'en cas de forme restrictive. De tels comportements étaient reconnus par 45% des B, 34% des AMB et 23% des AMR (Anova :  $p < 0,05$ ). Lors de l'hospitalisation, 15% des B, 8% des AMB et 2% des AMR eurent au moins un épisode d'automutilation (NS).

## Prise de substances exogènes

Dans l'ensemble, un abus de substance était plus fréquent en cas de TCA avec crises de boulimie (AMB et B) qu'en cas de forme restrictive. La consommation de tabac moyenne alléguée n'était pas différente de celle de la population : 34% des malades fumaient. Les fumeurs fumaient en moyenne  $15 \pm 6$  cigarettes. Un tabagisme avec dépendance (alléguée) était plus fréquent en cas de boulimie (41%) et d'AMB (31%) qu'en cas d'AMR (18% ;  $p < 0,01$ ).

La consommation d'alcool était rare : 2% des AMR, 9% des AMB et 10% des B ( $p < 0,02$ ) buvaient au moins occasionnellement. Une dépendance à l'alcool était reconnue par 6% des boulimiques, 3% des AMB et 0% des AMR (NS). Seuls 15% des B et AMB disaient faire des crises d'alcoolisation.

**Tableau 2** Médicaments : prise et abus.

Score de 0 à 10	Boulimie (%)	AMB (%)	AMR (%)	p
Antidépresseurs (% patients)	38,2	46,1	43,4	NS
Anxiolytiques (% patients)	22,3	51,6	40,1	NS
Anxiolytiques : abus (% patients)	11,7	14,1	1,8 <sup>a</sup>	< 0,05
Neuroleptiques (% patients)	13,2	8,0	13,3	NS
Laxatifs (% patients)	22,1	23,5	17,2	NS
Laxatifs : abus (% patients)	14,8	12,7	1,6% <sup>a</sup>	< 0,05
Médicaments : abus (tous)	28,4	26,1	9,0	< 0,05

<sup>a</sup> Significativement moins en cas d'AMR que d'AMB et de B.

### Abus de médicaments

Un tel abus (avec l'assertion « je ne peux pas m'en passer ») était noté par 27% des AMB et des B et seulement 9% des AMR (Tableau 2,  $p < 0,02$ ).

### Substances

Cinq pour cent des malades AMB et B en prenaient (haschich, crack, héroïne). Aucune AMR ne le faisait.

### Caractéristiques psychologiques et pensée restrictive alimentaire

Dans l'ensemble, il n'existait que très peu de différences entre B, AMB et AMR (Tableaux 3 et 4). On voit en particulier que le manque de confiance en soi et le besoin de maîtrise n'étaient pas différents entre malades qui faisaient ou ne faisaient pas de crises. Seule la relation à ses propres émotions ou le lien avec les proches différaient. En revanche, la pensée de restriction alimentaire obsédante et compulsive n'était pas moindre chez les boulimiques que chez les restrictives.

### Score de dépression

Le score de dépression de Beck (BDI) était plus élevé chez les B et les AMB (aucune différence entre elles) que chez les AMR ( $p = 0,02$ ) :  $19,9 \pm 6,1$  (B),  $18,1 \pm 5,4$  (AMB) et  $16 \pm 4,9$

(AMR). C'était le cas pour quatre des 13 sous-scores du Beck ( $0,04 < p < 0,02$ ). Une dépression majeure (Beck > 30, maximum 39) était notée dans respectivement 6% (B), 5% (AMB) et 0% (AMR) des cas.

Une tentative de suicide (toutes) était rapportée plus fréquemment par les malades AMB et B que par les malades AMR : 12% (AMB), 18% (B) contre 2% (AMR ;  $p < 0,01$ ). Une tentative motivant l'hospitalisation n'était indiquée que par 7% des AMB, 14% des B et 1% des AMR ( $p < 0,01$ ).

### Score d'anxiété

L'anxiété était exprimée de façon fréquente. Ainsi, 86% des malades disaient avoir été ou être actuellement anxieux ; 39% prenaient des anxiolytiques quotidiennement. Sur le score en 14 questions de Hamilton, le score dépassait 30 (signe d'anxiété importante, le score maximal étant de 56) chez 52% des malades. Un score supérieur à 42 (note de trois ou quatre à chacune des 14 questions) était constaté chez 27% des B, 23% des AMB et 25% des AMR (NS entre groupes). Un trouble anxieux majeur (phobie sociale ou scolaire interdisant toute activité, ou crises de panique pluri-hebdomadaires, ou TOC supérieurs à trois heures par jour) était indiqué par 12% (B), 23% (AMB) et 22% (AMR) des malades ( $p = 0,06$  entre B et AM).

Il n'y avait aucune différence entre les trois groupes (B, AMB et AMR) concernant le score total de Hamilton :  $34,5 \pm 8,6$  (B),  $31,2 \pm 9,4$  (AMB) et  $29,9 \pm 10,1$  (AMR).

**Tableau 3** Caractéristiques psychologiques des malades atteints de TCA.

Score de 0 à 10	Boulimie	AMB	AMR	p
Perte de confiance en soi	$8,2 \pm 1,8$	$8,3 \pm 1,4$	$7,5 \pm 1,7$	NS
Perfectionnisme	$7,5 \pm 1,9$	$7,8 \pm 1,9$	$8,1 \pm 1,2$	NS
Besoin fort de contrôle	$7,7 \pm 1,9$	$8,5 \pm 1,6$	$8,2 \pm 1,1$	NS
Perte de l'image de soi	$7,0 \pm 2,1$	$7,3 \pm 2,0$	$6,8 \pm 1,8$	NS
Perte ou peur du désir	$6,2 \pm 2,3$	$5,7 \pm 2,1$	$6,6 \pm 1,9$	NS
Perte ou peur de sa féminité	$6,1 \pm 2,3$	$6,5 \pm 2,7$	$7,4 \pm 2,0$	NS
Sentiment d'un excès d'émotion	$7,8 \pm 2,1$	$7,6 \pm 2,2$	$4,5 \pm 1,8^a$	< 0,05
Difficulté d'expression des émotions	$6,4 \pm 1,8$	$6,5 \pm 1,9$	$4,4 \pm 2,1^a$	< 0,05
Peur du jugement d'autrui	$8,4 \pm 1,6$	$7,8 \pm 1,4$	$7,5 \pm 1,8$	NS
Attachement excessif aux proches	$5,8 \pm 2,1$	$5,6 \pm 2,1$	$7,2 \pm 1,5^b$	< 0,05
Peur de ne pas y arriver	$8,9 \pm 1,5$	$9,2 \pm 1,3$	$8,2 \pm 1,4$	NS
Total	$79,9 \pm 10,1$	$81,6 \pm 11,3$	$77,8 \pm 11,7$	NS

<sup>a</sup> Plus faible que celle d'AMB et B.

<sup>b</sup> Plus élevé que celle d'AMB et B. Total : valeur maximale possible : 110.

**Tableau 4** Profil anorexique.

Score de 0 à 10	Boulimie	AMB	AMR	p
Peur de manger	7,1 ± 3,2	7,2 ± 2,1	6,4 ± 2,3	NS
Peur de et restriction sur les MG	7,5 ± 3,3	7,8 ± 2,2	7,1 ± 2,5	NS
Peur de et restriction sur le sucre	7,9 ± 2,8	7,4 ± 2,5	6,3 ± 2,3	NS
Peur de manger trop	8,7 ± 2,2	8,8 ± 2,0	8,5 ± 2,1	NS
Peur de manger trop gras	8,4 ± 2,2	8,1 ± 2,3	7,5 ± 2,1	NS
Peur de devenir obèse	9,2 ± 2,0	8,3 ± 2,1	7,8 ± 2,3	NS
Obsessions alimentaires	7,6 ± 3,0	6,7 ± 2,4	6,2 ± 2,5	NS
TOC avec des aliments à table	4,9 ± 3,0	4,3 ± 2,4	5,1 ± 2,7	NS
Total (maximum : 80)	61,4 ± 15,2	58,5 ± 12,1	53,6 ± 15,5	NS
Jamais de viande	50 %	54 %	60 %	NS
Jamais d'aliments riches en graisse	75 %	82 %	96 %	< 0,05
Jamais de MG ajoutée	66 %	52 %	50 %	NS

Les patients B n'ont pas une pensée anorexique moins forte que les anorexiques (AMB et AMR).

### Autres troubles

Troubles de l'humeur graves: une labilité extrême de l'humeur (dysthymie) était notée dans respectivement 7% (B), 8% (AMB) et 0% (AMR) des cas. Un syndrome bipolaire (diagnostic DSM IV) était noté dans respectivement 6% (B), 8% (AMB) et 0% (AMR) des cas. La différence entre AMR et les deux autres était significative quand les troubles étaient globalisés ( $p < 0,05$ ).

Un état limite (*borderline personality disorder*) a été diagnostiqué par le psychiatre après plusieurs entretiens chez 10% des malades (NS entre groupes).

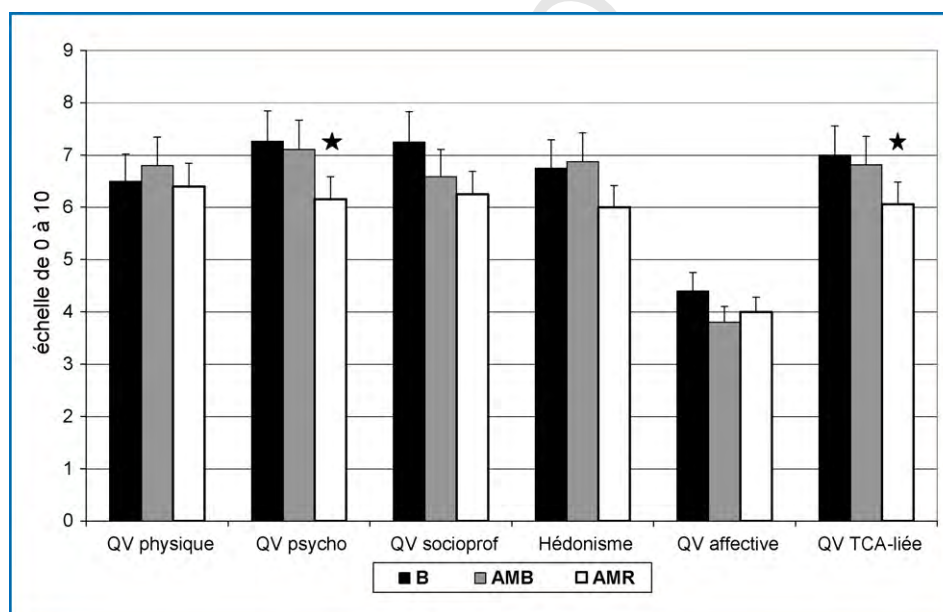
### Activité professionnelle

Aucune différence n'était observée entre groupes. Près de 54% des malades disaient être en arrêt de travail depuis plus de deux mois et 18% rapportaient avoir été mis en invalidité (accord de la sécurité sociale).

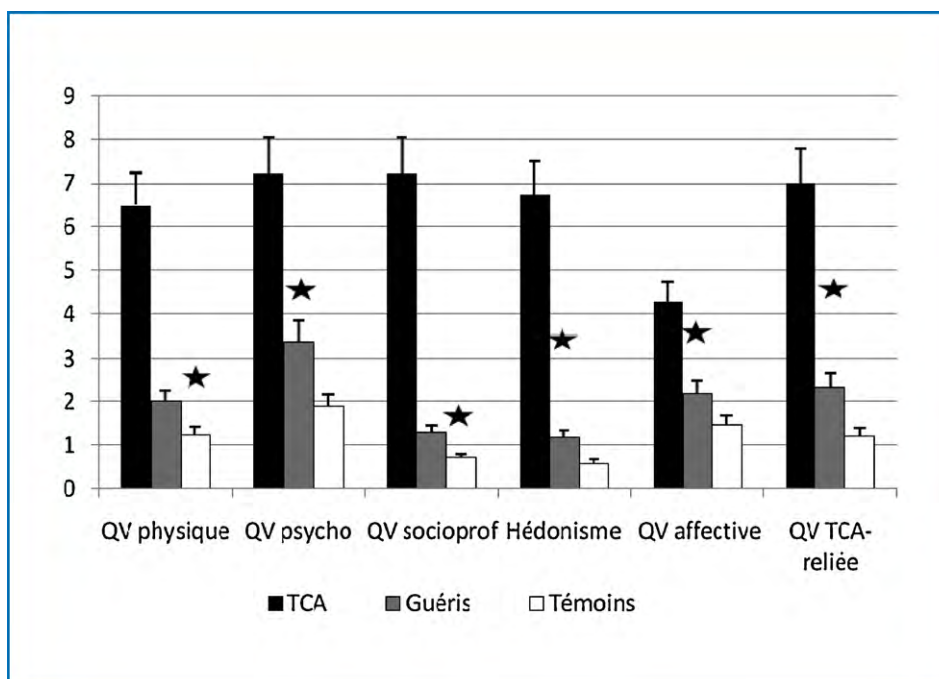
### Détérioration de la qualité de la vie (QUAVIAM)

Le score total de détérioration de la qualité de vie (QUAVIAM) était plus élevé chez les malades boulimiques et anorexiques-boulimiques que chez les malades anorexiques restrictives ( $p < 0,01$ ):  $419 \pm 57$  (B),  $409 \pm 51$  (AMB) et  $359 \pm 62$  (AMR; Anova). La qualité de vie (QV) des AMB et des boulimiques ne différait pas. Les scores des trois groupes étaient nettement supérieurs à celui de 49 malades en phase de guérison (score moyen:  $157 \pm 81$ ) et à celui des 56 témoins sains (sans TCA, score de 0 au SCOFF):  $88,6 \pm 49$  ( $p < 0,0001$  vs le score moyen des trois groupes et groupe par groupe).

Les six sous-scores du QUAVIAM témoignaient tous d'une très nette altération de la QV (Fig. 1). Pour quatre des six sous-scores, il n'y avait aucune différence entre les trois groupes (les scores «physiques», «socioprofessionnel», «hédonique» et «affectif»). Pour les scores d'état psychique et de difficulté liées directement au TCA (possibilité



**Figure 1.** Sous-scores du QUAVIAM chez les patients souffrant d'anorexie et de boulimie. Chacun des sous-scores était la moyenne de huit à 12 questions. Pour chaque question, l'échelle de réponse allait de 0 à 10. B: boulimie, AMB: anorexie mentale de type boulimique; AMR: anorexie de type restrictif. \*  $p < 0,03$  entre AMR et les deux autres (AMB et B). À titre indicatif, aucun des sous-scores des 56 sujets témoins sains (sans TCA) n'a jamais été supérieur à 2.



**Figure 2.** Sous-scores du QUAVIAM chez les patients souffrant de TCA, en comparaison du score des patients guéris et des sujets sains de même sexe et âge que les malades. TCA: anorexie mentale et boulimie en phase « active » de leur maladie. Chacun des sous-scores était la moyenne de huit à 12 questions. Pour chaque question, l'échelle de réponse allait de 0 à 10. \*  $p < 0,0001$  entre malades souffrant de TCA d'une part et les patients guéris ( $n = 49$ ) et les 56 sujets sains d'autre part ( $p < 0,0001$ ). Les sujets « guéris » avaient des scores plus élevés que les sujets sains de même sexe et âge ( $p < 0,01$ ).

de manger avec les autres, angoisse face au regard de l'autre, besoin de se comparer...), les malades AMR avaient un score moins détérioré que les deux autres groupes (AMB et B;  $p < 0,03$ ). Quand tous les sous-scores du QUAVIAM étaient comparés à ceux des 49 malades presque guéris (G) et des 56 témoins (T), il apparaissait clairement que les malades en « phase active » du TCA avaient une qualité de vie nettement plus détériorée. Ainsi, sur une échelle ramenée à 0 à 10 (Fig. 2), la détérioration la plus importante portait sur le score « hédonique », 11 fois plus détérioré que chez les T et six fois plus détérioré que chez les G, puis sur le score « socioprofessionnel » qui était huit fois plus détérioré que chez les T et cinq fois plus que chez les G, puis sur les scores « physique » et « TCA-relié » six fois plus détériorés que chez les T et trois fois plus que chez les G, puis sur le score « psychique » qui était 3,8 fois plus détérioré que chez les T et deux fois plus que chez les G, enfin sur le score « affectif » 2,8 fois plus détérioré que chez les T et deux fois plus que chez les G.

Dans le détail, les malades AMR ne différaient des malades AMB et B que par sept items des 61 du QUAVIAM: l'asthénie (AMB et B > AMR,  $p < 0,05$ ), le sentiment d'impuissance (AMB et B > AMR,  $p = 0,02$ ), un moral plus bas (AMB et B > AMR,  $p = 0,005$ ), une moindre estime de soi (AMB et B > AMR,  $p = 0,01$ ), une plus grande incapacité à se relaxer (AMB et B > AMR,  $p = 0,03$ ), des pertes de mémoire et de concentration (AMB et B > AMR,  $p = 0,06$ ), une plus grande dépendance aux psychotropes (AMB et B > AMR,  $p = 0,04$ ).

Les malades boulimiques à poids normal (B) avaient, par rapport aux malades anorexiques (AMB et AMR) plus de troubles du sommeil ( $p < 0,05$ ), plus de peur du jugement d'autrui ( $p < 0,05$ ), plus de problèmes relationnels allégués avec les ami(e)s ( $p < 0,05$ ), plus de besoin de toujours avoir à se comparer aux autres ( $p < 0,05$ ), plus de la souffrance de faire des crises (B > AMB,  $p = 0,02$ ), plus d'insatisfaction par rapport à son corps et sa silhouette ( $p = 0,01$ ).

## Discussion

Cette étude avait pour objet d'analyser l'impact des TCA sur la vie des malades. Elle a permis de mettre en évidence des différences notables entre les trois types de TCA: AMR, AMB et boulimie à poids normal. Nous avons trop peu de malades pour séparer dans l'analyse les malades AMB qui n'avaient que des vomissements, sans crise compulsive (*purging AN*,  $n = 7$ ) ou, à l'inverse, des crises compulsives « vraies » sans vomissements (*bingeing*,  $n = 2$ ). Les limites de cette étude doivent être signalées: il n'y avait que deux hommes dans notre série, comme toujours, ce qui n'autorise aucune comparaison avec les femmes. Ces malades étaient tous porteurs d'un TCA chronique assez sévère, puisqu'il avait obligé à l'hospitalisation et durait depuis en moyenne 10 ans. Nos conclusions ne peuvent donc pas être étendues à des malades dont le trouble vient de débiter. Cette étude repose sur des allégations, même si l'information a été recoupée avec l'entretien en consultation. Ainsi n'est-il pas possible de savoir si les réponses sur le nombre de crises, l'anxiété et la dépression ou la qualité de vie n'étaient pas entachées d'une exagération (besoin d'être plus malade qu'on ne l'est) ou modifiées par l'impact de la dénutrition (AM) ou de la fatigue (boulimie). Il est cependant utile de souligner que la validation du questionnaire nous en avait montré la reproductibilité au sein du questionnaire (doublons) et lors du test-retest à quatre jours d'intervalle [17].

Les ATCD familiaux de ces malades sont à noter. Des antécédents familiaux de TCA (29%), d'obésité (31%), de dépression (61%) et d'anxiété (83%) ont été fréquemment trouvés: ils étaient au moins trois fois plus fréquents que dans la population, où la fréquence est au maximum 10% des TCA, 15% d'obésité, 10–15% de dépression et 20–25% d'anxiété. La littérature confirme la fréquence des ATCD d'état dépressif et/ou d'anxiété dans la famille des malades



souffrant d'AM ou de boulimie [22–24]. L'obésité a été décrite comme plus fréquente chez les parents de boulimiques [25].

La pensée « qu'il est essentiel d'être mince » (idéal minceur) est un facteur de risque reconnu de TCA. Cela a été mis en évidence par au moins trois études prospectives [1,26–28]. Dans la présente étude, cette pensée était présente chez le père ou la mère (ou les deux) dans 33% des cas (NS entre les trois groupes), ce qui semble bien plus que ce qui est rapporté dans la population [27,28]. Le sport et « la forme physique » étaient essentiels pour les parents de 37% des AMB, 34% des AMR et seulement 16% des boulimiques ( $p < 0,01$ ). La limite ici est que nous n'avons pas vérifié auprès des parents eux-mêmes la réalité de ces assertions.

Un des points les plus marquants de cette étude est la différence d'histoire pondérale et de comportement alimentaire selon le groupe : l'IMC avant le TCA avait été plus élevé chez les malades faisant des crises de boulimie (AMB et B) que dans l'AM restrictive. De même, l'évolution de l'IMC pendant le TCA était différente, ce qui a été signalé par d'autres [29,30]. Enfin, les malades qui avaient eu antérieurement des crises compulsives alimentaires eurent plus souvent ensuite une forme boulimique de TCA (B et AMB). On peut donc penser que les personnes qui ont dérogé par le passé (avant le TCA grave) au contrôle alimentaire et qui ont donc violé constamment l'abstinence [31] ont plus souvent du mal ensuite, une fois le TCA installé, à échapper aux crises compulsives, dont elles doivent alors se débarrasser (vomissements provoqués, laxatifs, jeûne). La raison n'en est pas connue. On peut en tout cas évoquer le rôle de la restriction cognitive, lorsqu'elle est associée à une tendance à la déshibition, sur l'équilibre de l'humeur (anxiété, état dépressif), les conséquences somatiques et comportementales [7,31]. Il est regrettable que le questionnaire utilisé n'ait pas comporté d'échelle validée de restriction cognitive.

Un point intéressant de cette étude est que la pensée anorexique et l'hyperactivité physique n'étaient ni plus importantes ni plus fréquentes en cas d'AMR ou d'AMB que de B. Les malades boulimiques sont donc animées d'une pensée de maigrir au moins aussi forte que les anorexiques. Elles trouvent la force de maintenir un haut niveau d'activité physique, semblable à celui des restrictives, malgré la fatigue engendrée par les crises. Enfin, la restriction aux repas, le saut de repas, les évictions d'aliments (sucre, matières grasses) et le jeûne étaient presque plus fréquents en cas de boulimie qu'en cas d'AM restrictive. Cette étude suggère donc qu'une des différences entre malades anorexiques restrictives et boulimiques est que ces dernières ne peuvent pas « tenir le jeûne » sans crise. La différence ne semble donc pas seulement être une différence de pensée et de motivation à se restreindre aux repas de la part des boulimiques, mais de déshibition à distance. La sollicitation fait lâcher les malades boulimiques et pas les restrictives. La présente étude souligne aussi la fréquence de l'hyperactivité physique : 60% des boulimiques et 70% des anorexiques. Des fréquences aussi élevées ont déjà été publiées [32], mais pas toujours [33]. Notre étude montre qu'il s'agit d'un comportement compulsif (quand je mange, je dois m'activer ; lorsque je suis assis trop longtemps, ça m'angoisse et je dois bouger...).

L'importance de l'anxiété et des troubles de l'humeur doit être soulignée. Ce fait est largement connu, même si la fréquence en est diversement appréciée [1,3,7,9,11,32]. Ce pourrait être lié soit à la méthode d'évaluation employée (à

quel niveau de score de Beck met-on le seuil par exemple), soit aux malades étudiés (hospitalisés ou non, en service psychiatrique ou non). Il est plus que probable que l'anxiété et la tendance dépressive sont responsables de l'écllosion et de la perduration du TCA, mais aussi des comportements associés [1,34,35] : tabagisme, alcool (boulimiques), TOC, abus de substances (boulimiques), automutilations et suicides (boulimiques). À nouveau, il faut souligner qu'il s'agit ici de formes graves de TCA. Un point particulier doit être retenu : la fréquence d'ATCD d'abus sexuels. Cela a été publié [36,37]. Il semble même que ce soit des malades qui ont un TCA après un abus sexuel qui aient le moins bon pronostic [38]. Des abus sexuels sont notés par un quart des boulimiques (AMB et B) et seulement 6% des AMR. Ils seraient donc au moins quatre fois plus fréquents chez les AMB et les B que dans la population, alors qu'ils ne seraient pas plus fréquents dans l'AMR. Notre conclusion est qu'il faut les rechercher systématiquement. Dans notre pratique, nous en notions beaucoup moins lorsque l'item n'était pas abordé systématiquement en entretien. Le travail psychocorporel a entre autres le mérite de mettre clairement en évidence l'angoisse et le rejet liés au corps et de permettre ainsi aux thérapeutes de revenir en entretien sur un possible ATCD d'abus sexuel.

L'étude présentée portait sur un nombre important de malades qui avaient dû se faire hospitalisés. Il est important de rappeler qu'il s'agissait de forme grave et chronique d'AM et de boulimie, comme en témoigne par exemple l'âge, inhabituel pour de type de malades dont le trouble commence à un âge plus jeune (14–20 ans). On voit l'importance de la détérioration de la qualité de vie chez ces malades. Ce résultat est bien mis en évidence sur le score global, au moins quatre fois plus élevé en cas de TCA que chez les témoins sains sans TCA. Cette étude confirme les résultats publiés [13–16]. La qualité de vie semble touchée dans tous les aspects testés ici : aspects sociaux, professionnels, hédoniques, physiques et psychiques, et enfin affectifs. Enfin, bien sûr l'altération de la qualité de vie directement liée au TCA est profonde. Le TCA touche en effet l'alimentation et les repas, une fonction directement et fortement liée à la vie de relation, qu'elle soit familiale, amicale ou affective (ami, conjoint, famille proche ou plus lointaine). Beaucoup d'activités dites sociales sont centrées par le repas et notamment le dîner, repas que ne peuvent faire ni les anorexiques ni les boulimiques. De plus, manger avec les autres est pour beaucoup un acte très difficile, voire impossible. Mais en fait, même lorsqu'elle est seule, la malade anorexique ou boulimique a bien du mal à se faire plaisir, à prendre soin d'elle-même, à sortir pour aller au cinéma ou se divertir, à lire. La pensée obsédante de l'alimentation, des calories, du poids, de sa silhouette l'empêche littéralement de se divertir l'esprit de ces pensées obsessionnelles, ce qui aggrave anxiété et dépression.

En conclusion, cette étude a mis en évidence l'extrême gravité que peuvent avoir l'AM ou la boulimie, lorsqu'ils durent, chez l'adulte. Elle témoigne aussi de l'énorme impact que ces TCA ont sur la qualité de vie. Elle suggère enfin que la gravité de la boulimie est nettement sous-estimée : son retentissement socioprofessionnel et sur la qualité de vie est tout aussi important, la pensée anorexique tout aussi forte et l'hyperactivité physique tout aussi prégnante. Il faudrait qu'il y ait donc bien plus de structures d'accueil et de soins de ces malades en France comme ailleurs.

643 **Conflit d'intérêt**

644 Aucun.

645 **Références**

646 [1] Site internet de l'association Autrement : www.anorexie-et-  
647 boulimie.fr.  
648 [2] Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and  
649 outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disorder*  
650 2006;39:87–100.  
651 [3] Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th  
652 century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284–93.  
653 [4] Viricel J, Bossu C, Galusca B, Millot L, Vergely N, Lang F, et  
654 al. Retrospective study of anorexia nervosa: reduced mortality  
655 and stable recovery rates. *Presse Med* 2005;34:505–10.  
656 [5] Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and  
657 outcome of bulimia nervosa. *Psychol Med* 2004;34:1395–406.  
658 [6] Salvy SJ, McCargar L. Nutritional interventions for individuals  
659 with bulimia nervosa. *Eat Weight Disord* 2002;7:258–67.  
660 [7] Godart NT, Curt F, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, Halfon O, et  
661 al. Are anxiety or depressive disorders more frequent among  
662 one of the anorexia or bulimia nervosa subtype? *Encephale*  
663 2005;31:279–88.  
664 [8] Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia ner-  
665 vosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:  
666 438–43.  
667 [9] Bizeul C, Brun JM, Rigaud D. The depression influences the  
668 eating disorder inventory's scores in anorexia nervosa patients.  
669 *Am Psychiatry* 2003;18:119–24.  
670 [10] Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disor-  
671 ders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*  
672 2007;40:293–309.  
673 [11] Saccomani L, Savoini M, Cirrincione M, Vercellino F, Ravera  
674 G. Long-term outcome of children and adolescents with  
675 anorexia nervosa: study of comorbidity. *J Psychosom Res*  
676 1998;44:565–71.  
677 [12] Krüger S, McVey G, Kennedy SH. The changing profile of ano-  
678 rexia nervosa at the Toronto Programm. *J Psychosom Res*  
679 1998;45:533–47.  
680 [13] Abraham SF, Brown T, Boyd C, Luscombe G, Russell J. Quality  
681 of life: eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:150–5.  
682 [14] Banaś A, Januszkiewicz-Grabias A, Radziwiłłowicz P,  
683 Smoczyński S. Follow-up study of quality of life and treatment  
684 of eating disorder: dynamics of the depressive and anxiety  
685 symptoms. *Psychiatr Pol* 2002;36(Suppl. 6):323–9.  
686 [15] Danzl C, Kemmler G, Gottwald E, Mangweth B, Kinzl J, Biebl W.  
687 Quality of life of patients with eating disorders. A catamnestic  
688 study. *Psychiatr Prax* 2001;28(1):18–23.  
689 [16] de la Rie S, Noordenbos G, Donker M, van Furth E. The patient's  
690 view on quality of life and eating disorders. *Int J Eat Disord*  
691 2007;40:13–20.  
692 [17] Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJV. Validity  
693 of the eating disorder examination questionnaire in screening  
694 for eating disorders in community samples. *Behav Res Therap*  
695 2004;42:551–67.  
696 [18] Garner DM, Olmsted MP. Scoring the eating disorder inventory  
697 for anorexia and bulimia. *Am J Psychiatry* 1986;143:680–1,  
698 805–6.  
699 [19] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbauch J.  
700 An inventory measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*  
1961;4:561–71.

[20] Fassino S, Daga GA, Boggio S, Garzaro L, Piero A. Use of  
701 reboxetine in bulimia nervosa: a pilot study. *J Psychopharmacol*  
702 2004;18:423–8.  
703 [21] Rigaud D, Brindisi MC, Pennacchio H, Brémont M, Huet JM.  
704 Qualité de vie dans l'anorexie mentale : étude de validation  
705 d'un nouveau questionnaire en langue française, le QUAVIAM.  
706 *L'Encephale* 2010. (sous presse).  
707 [22] Connan F, Campbell IC, Katzman M, Stafford L et al. A  
708 neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiol*  
709 *Behav*;79:13–24.  
710 [23] Sim LA, Homme JH, Lteif AN, et al. Family functioning and  
711 maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *Int*  
712 *J Eat Disord* 2009;42:531–9.  
713 [24] Ravi S, Forsberg S, Fitzpatrick K, Lock J. Is there a relationship  
714 between parental self-reported psychopathology and symp-  
715 tom severity in adolescents with anorexia nervosa? *Eat Disord*  
716 2009;17:63–71.  
717 [25] Arikian A, Keel PK, Miller KB, et al. Parental psychopathology as a  
718 predictor of long-term outcome in bulimia nervosa. *Eat Disord*  
719 2008;16:30–9.  
720 [26] Taveras EM, Rifas-Shiman SL, Field AE, Frazier AL, Colditz  
721 GA, Gillman MW. The influence of wanting to look like  
722 media figures on adolescent physical activity. *J Adolesc Health*  
723 2004;35:41–50.  
724 [27] Field AE, Camargo Jr CA, Taylor CB, Berkey CS, Roberts  
725 SB, Colditz GA. Peer, parent, and media influences on  
726 the development of weight concerns and frequent dieting  
727 among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*  
728 2001;107:54–60.  
729 [28] Van den Berg P, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Haines J. Is  
730 dieting advice from magazines helpful or harmful? Five-year  
731 associations with weight-control behaviors and psychological  
732 outcomes in adolescents. *Pediatrics* 2007;119:e30–7.  
733 [29] Micali N, Holliday J, Karwautz A, et al. Childhood eating and  
734 weight in eating disorders: a multi-centre European study of  
735 affected women and their unaffected sisters. *Psychother Psy-*  
736 *chosom* 2007;76:234–41.  
737 [30] Bulik CM, Slob-Opland MC, Van Furth EF, Sullivan PF. The genet-  
738 ics of anorexia nervosa. *Annu Rev Nutr* 2007;27:263–75.  
739 [31] Herman CP, Polivy J. External cues in the control of food intake  
740 in humans: the sensory-normative distinction. *Physiol Behav*  
741 2008;94:722–8.  
742 [32] Kohl M, Foulon C, Guelfi JD. Hyperactivity and anorexia  
743 nervosa: behavioural and biological perspective. *Encephale*  
744 2004;30:492–9.  
745 [33] Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G. Compulsive exercise to  
746 control shape or weight in eating disorders: prevalence, asso-  
747 ciated features, and treatment outcome. *Compr Psychiatry*  
748 2008;49(3):46–52.  
749 [34] Biederman J, Habelow W, Rivinus T, Harmatz J, Wise J. MMPI  
750 profiles in anorexia nervosa patients with and without major  
751 depression. *Psy Res* 1986;19:147–54.  
752 [35] Davis C, Kennedy SH, Ralevski E, et al. Obsessive compulsive-  
753 ness and physical activity in anorexia nervosa and high level  
754 exercising. *J Psychosom Res* 1995;39:967–76.  
755 [36] Davies H, Liao PC, Campbell IC, Tchanturia K. Multidimen-  
756 sional self reports as a measure of characteristics in people with  
757 eating disorders. *Eating Weight Disord* 2009;14:e84–91.  
758 [37] Fenning S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in ado-  
759 lescent with eating disorders. *Nord J Psychiatry* 2010;64:32–9.  
760 [38] Harper K, Richter NL, Gorey KM. Group work with female sur-  
761 vivors of childhood sexual abuse: evidence of poorer outcomes  
762 among those with eating disorders. *Eat Behav* 2009;10:45–8.  
763

Q3 707  
Q4 708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763