HAL open science

# Points de repère concernant l'association entre les troubles du comportement alimentaire et le suicide : une revue de la littérature des dix dernières années

Benoît Rumbach

▶ To cite this version:

Benoît Rumbach. Points de repère concernant l'association entre les troubles du comportement alimentaire et le suicide : une revue de la littérature des dix dernières années. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01079188

HAL Id: dumas-01079188

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079188v1

Submitted on 31 Oct 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2014 N°

**Point de repère concernant l'association entre les troubles du comportement alimentaire et le suicide.**
**Une revue de la littérature des dix dernières années.**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

**Benoît Rumbach**
Né(e) le 6 janvier 1985 à Strasbourg

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 23 octobre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury :

**M. Le Professeur BOUGEROL**

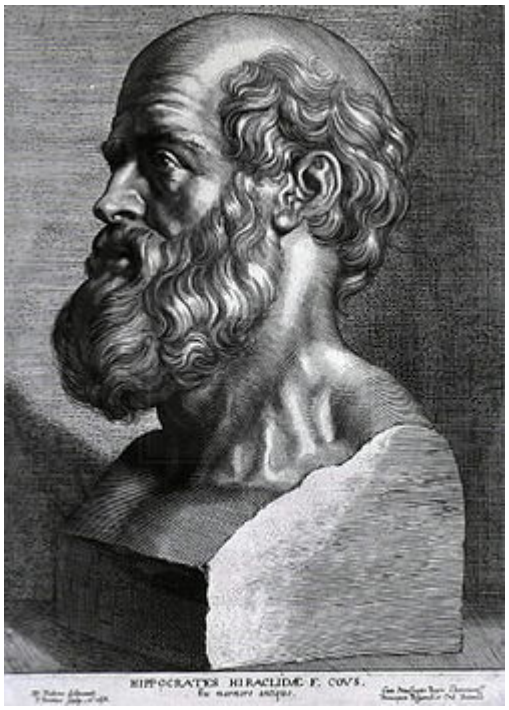
Membres

**Mme. Le Professeur SCOLAN**

**M. Le Professeur POLOSAN**

**M. Le Docteur DUBUC**

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*




# *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*
*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*
*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*
*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*
*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*
*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*
*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*
*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

# Remerciements

*A Monsieur le Professeur BOUGEROL pour me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement et votre accompagnement tout au long de mon internat.*

*A Madame le Professeur SCOLAN, pour me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse et pour poser un autre regard sur mon travail.*

*A Monsieur le Professeur POLOSAN, pour me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie pour nos échanges sérieux, mais aussi ceux plus informels au hasard d'un couloir…*

*A Monsieur le Docteur DUBUC, pour me faire l'honneur de diriger mon travail de thèse. Ton attention, ta persévérance, tes conseils m'ont permis d'avancer. Je te remercie aussi vivement pour tous les moments d'échange, pour la qualité d'écoute que tu m'as montré pendant mon stage en psychiatrie de liaison.*

*Aux médecins et aux équipes qui m'ont accueilli dans leurs services tout au long de mon internat. J'ai tant aimé les échanges avec chacun de vous. Je pense particulièrement à l'équipe de la Tarentaise, celle de Dominique Villars, celle de la Neurologie, celle du CESA, celle du Département des Adolescents, celle de l'UPMI, celle de la Clinique du Grésivaudan, celle de la Psychiatrie de Liaison et celle de Georg Groddeck. Aux nombreux enseignants que j'ai pu rencontrer notamment pour l'apprentissage de la pédopsychiatrie.*
*Merci également aux patients qui m'ont fait confiance et tant appris.*

*A mon père, qui m'a accompagné pour la construction de ma vie d'adulte. Parti beaucoup trop tôt pour voir où je vais aller.*

*A ma mère et mon frère Matthieu. Pour leur soutien sans faille, le plaisir qu'ils me donnent à échanger avec eux, à m'écouter, me témoigner de leur affection. Pour ce que vous m'avez appris, pour cette belle partition que nous jouons ensemble…*

*A ma Brune, tellement présente au quotidien. Pour m'accompagner et me dire que tu m'accompagneras encore. Pour ce que tu me donnes, ce que nous échangeons.*

*A ma Mamama, qui m'a apporté le rire dans ma vie. A ma Grand'mère qui pose un regard si doux sur moi. A ma Marraine et mon Parrain qui m'ont toujours aidé à me valoriser et à regarder devant moi. A Tonton René et sa famille, pour avoir comblé tellement de places de ma vie : guides, amis, cousins, exemples et maintenant pour être les porteurs d'une mémoire.*

*A mes amis, ils sont nombreux et surtout solides. Je vous remercie pour la joie que vous me procurez à chacune de nos rencontres et la fidélité que vous me témoignez. A cette « bande du lycée » qui va bientôt encore s'agrandir, malgré notre dispersion géographique, je vous sens si près. Au Banj et la bande de Besançon, compagnons des classes primaires jusqu'à la fac, pour votre ouverture sur les autres, pour nos bonnes tranches de rigolade, nos éternelles retrouvailles… A Benjamin, pour m'avoir montré comment gravir toute sorte de montagnes et pour avoir adopté un nouveau régime alimentaire avec Anne-Marie pendant notre semestre commun à Bassens. A Fabien, fidèle compagnon, de la toute première heure, et Robin. A mes co-internes actuels et ceux devenus chefs, pour nos échanges professionnels et surtout pour les autres…*

*A mes colocataires, mes grands « ptizamis », pour avoir partagé mon quotidien… (quel courage !). J'ai tellement envie de n'y voir qu'un début.*

*Et enfin à tous ceux dont le nom ne figure par là mais qui ont beaucoup compté pour moi et m'aider à me construire. Professeurs de musique, d'escrime…*

| Occupation Actuelle | Section.ss° CNU | Discipline Universitaire |
|---|---|---|
| **ALBALADEJO Pierre**<br>**Depuis 01/09/2008** | 48.01 | Anesthésiologie-réanimation |
| **ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine**<br>**Depuis de 01/09/2007** | 53.02 | Chirurgie générale |
| **BACONNIER Pierre**<br>**Depuis 01/10/1993** | 46.04 | Biostat, informatique médicale et technologies de communication |
| **BAGUET Jean-Philippe**<br>**Depuis 01/09/2006** | 51.02 | Cardiologie |
| **BALOSSO Jacques**<br>**Depuis 01/09/2003** | 47.02 | Radiothérapie |
| **BARRET Luc**<br>**Depuis 01/10/1992** | 46.03 | Médecine légale et droit de la santé |
| **BAUDAIN Philippe**<br>**Depuis 01/05/1990** | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale |
| **BEANI Jean-Claude**<br>**Depuis 01/10/1992** | 50.03 | Dermato-vénérologie |
| **BENHAMOU Pierre Yves**<br>**Depuis 01/09/2003** | 54.04 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| **BERGER François**<br>**Depuis 01/09/2001** | 44.03 | Biologie cellulaire |
| **BETTEGA Georges**<br>**Depuis 01/09/2013** | 55.03 | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| **BONAZ Bruno**<br>**Depuis 01/09/2001** | 52.01 | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| **BOSSON Jean-Luc**<br>**Depuis 01/01/2006** | 46.04 | Biostat, informatique médicale et technologies de communication |
| **BOUGEROL Thierry**<br>**Depuis 01/09/1998** | 49.03 | Psychiatrie d'adultes |
| **BOUILLET Laurence**<br>**Depuis 01/09/2012** | 53.01 | Médecine interne |
| **BRAMBILLA CHRISTIAN**<br>**Depuis 01/10/1989** | 51.01 | Pneumologie |
| **BRAMBILLA Elisabeth**<br>**Depuis 01/10/1993** | 42,03 | Anatomie et cytologie pathologiques |
| **BRICAULT Ivan**<br>**Depui 01/09/2011** | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale |
| **BRICHON Pierre-Yves**<br>**Depuis 01/10/1993** | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| **CAHN Jean-Yves**<br>**Depuis 01/09/2004** | 47.01 | Hématologie |
| **CARPENTIER Françoise**<br>**Depuis 01/09/1997** | 48.04 | Thérapeutique, médecine d'urgence |

| | | |
|---|---|---|
| **CARPENTIER Patrick**<br>**Depuis 01/10/1990** | 51.04 | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire |
| **CESBRON Jean-Yves**<br>**Depuis 01/09/1999** | 47.03 | Immunologie |
| **CHABARDES Stephan**<br>**Depuis 01/09/2010** | 49.02 | Neurochirurgie |
| **CHABRE Olivier**<br>**Depuis 01/09/2002** | 54.04 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| **CHAFFANJON PhilippeDepuis 01/09/2005** | 42.01 | Anatomie |
| **CHAVANON Olivier**<br>**Depuis 01/09/2006** | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| **CHIQUET Christophe**<br>**Depuis 01/09/2007** | 55.02 | Ophtalmologie |
| **CHIROSSEL Jean-Paul**<br>**Depuis 01/06/1990** | 42.01 | Anatomie |
| **CINQUIN Philippe**<br>**Depuis 01/10/1992** | 46.04 | Biostat, informatique médicale et technologies de communication |
| **COHEN Olivier**<br>**Depuis 01/09/2003** | 46.04 | Biostat, informatique médicale et technologies de communication |
| **COUTURIER Pascal**<br>**Depuis 01/09/2007** | 53.01 | Gériatrie et biologie du veillissement |
| **CRACOWSKI Jean-Luc**<br>**Depuis 01/09/2009** | 48.03 | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| **DE GAUDEMARIS Régis**<br>**Depuis 01/07/1992** | 46.02 | Médecine et santé au travail |
| **DEBILLON Thierry**<br>**Depuis 01/09/2003** | 54.01 | Pédiatrie |
| **DEMATTEIS Maurice**<br>**Depuis 01/09/2010** | 48.03 | Addictologie |
| **DEMONGEOT Jacques**<br>**Depuis 01/10/1989** | (46.04) | Biostat, informatique médicale et technologies de communication |
| **DESCOTES Jean-Luc**<br>**Depuis 01/09/1997** | 52.04 | Urologie |
| **ESTEVE François**<br>**Depuis 01/09/2004** | 43.01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| **FAGRET Daniel**<br>**Depuis 01/10/1992** | 43.01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| **FAUCHERON Jean-Luc**<br>**Depuis 01/09/2001** | 53.02 | Chirurgie générale |
| **FERRETTI Gilbert**<br>**Depuis 01/09/2000** | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale |

| | | |
|---|---|---|
| **FEUERSTEIN Claude**<br>**Depuis 01/07/1992** | 44.02 | Physiologie |
| **FONTAINE Eric**<br>**Depuis 01/01/2006** | 44.04 | Nutrition |
| **FRANCOIS Patrice**<br>**Depuis 01/09/1998** | 46.01 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| **GARBAN Frédéric**<br>**Depui 01/09/2011** | 47.01 | Hématologie, transfusion |
| **GAUDIN Philippe**<br>**Depuis 01/09/2001** | 50.01 | Rhumatologie |
| **GAVAZZI Gaetan**<br>**Depuis 01/09/2011** | 53.01 | Gériatrie et biologie du veillissement |
| **GAY Emmanuel**<br>**Depuis 01/09/2004** | 49.02 | Neurochirurgie |
| **GODFRAIND Catherine**<br>**Depuis 01/09/2013** | 42.03 | Anatomie et cytologie pathologiques |
| **GRIFFET JacquesDepuis 01/03/2010** | 54.02 | Chirurgie infantile |
| **HALIMI Serge**<br>**Depuis 01/10/1990** | 44/04 | Nutrition |
| **HENNEBICQ Sylviane**<br>**Depuis 01/09/2012** | 54.05 | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| **HOFFMANN Pascale**<br>**Depuis 01/09/2012** | 54.03 | Gynécologie-obstétrique |
| **HOMMEL Marc**<br>**Depuis 01/09/1995** | 49.01 | Neurologie |
| **JOUK Pierre-Simon**<br>**Depuis 01/09/1997** | 54.05 | Génétique |
| **JUVIN Robert**<br>**Depuis 01/10/1993** | 50.01 | Rhumatologie |
| **KAHANE Philippe**<br>**Depuis 01/09/2007** | 44.02 | Physiologie |
| **KRACK Paul**<br>**Depuis 01/09/2003** | 49.01 | Neurologie |
| **KRAINIK Alexandre**<br>**Depuis 01/09/2009** | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale |
| **LABARERE José**<br>**Depuis 01/09/2012** | 46.01 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| **LANTUEJOUL Sylvie**<br>**Depuis 01/09/2008** | 42.03 | Anatomie et cytologie pathologiques |
| **LECCIA Marie-Thérèse**<br>**Depuis 01/09/2002** | 50.03 | Dermato-vénérologie |
| **LEROUX Dominique**<br>**Depuis 01/09/1996** | 47.04 | Génétique |

| | | |
|---|---|---|
| **LEROY Vincent**<br>**Depuis 01/09/2007** | 52.01 | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| **LETOUBLON Christian**<br>**Depuis 01/05/1992** | 53.02 | Chirurgie générale |
| **LEVY Patrick**<br>**Depuis 01/09/1997** | 44.02 | Physiologie |
| **MACHECOURT Jacques**<br>**Depuis 01/10/1989** | 51.02 | Cardiologie |
| **MAGNE Jean-Luc**<br>**Depuis 01/07/1990** | 51.04 | Chirurgie vasculaire |
| **MAITRE Anne**<br>**Depuis 01/09/2007** | 46.02 | Médecine et santé au travail |
| **MAURIN Max**<br>**Depuis 01/09/2002** | 45/01 | Bactériologie-virologie |
| **MERLOZ Philippe**<br>**Depuis 01/10/1991** | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| **MORAND Patrice**<br>**Depuis 01/09/2007** | 45.01 | Bactériologie-virologie |
| **MOREAU-GAUDRY Alexandre**<br>**Depuis 01/09/2013** | 46.04 | Biostat, informatique médicale et technologies de communication |
| **MORO Elena**<br>**Depuis 01/09/2012** | 49.01 | Neurologie |
| **MORO-SIBILOT DenisDepuis 01/09/2005** | 51.01 | Pneumologie |
| **MOUSSEAU Mireille**<br>**Depuis 01/09/1994** | 47.02 | Cancérologie |
| **MOUTET François**<br>**Depuis 01/10/1990** | 50.04 | Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique, brulologie |
| **PALOMBI Olivier**<br>**Depuis 01/09/2011** | 42.01 | Anatomie |
| **PARK Sophie**<br>**Depuis 01/09/2013** | 47.01 | Hématologie |
| **PASSAGIA Jean-Guy**<br>**Depuis 01/09/1994** | 49.02 | Neurochirurgie |
| **PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François**<br>**Depuis 01/09/1996** | 48.01 | Anesthésiologie-réanimation |
| **PELLOUX Hervé**<br>**Depuis 01/09/2001** | 45.02 | Parasitologie et mycologie |
| **PEPIN Jean-Louis**<br>**Depuis 01/09/2004** | 44.02 | Physiologie |
| **PERENNOU Dominique**<br>**Depuis 01/04/2008** | 49.05 | Médecine physique et de réadaptation |

| | | |
|---|---|---|
| **PERNOD Gilles**<br>**Depuis 01/09/2007** | 51.04 | Médecine vasculaire |
| **PIOLAT Christian**<br>**Depuis 01/09/2009** | 54.02 | Chirurgie infantile |
| **PISON Christophe**<br>**Depuis 01/09/1994** | 51.01 | Pneumologie |
| **PLANTAZ Dominique**<br>**Depuis 01/09/2003** | 54.01 | Pédiatrie |
| **POLACK Benoît**<br>**Depuis 01/09/1998** | 47.01 | Hématologie |
| **POLOSAN Mircea**<br>**Depuis 01/09/2013** | 49.03 | Psychiatrie d'adultes |
| **PONS Jean-Claude**<br>**Depuis 01/09/1998** | 54.03 | Gynécologie-obstétrique |
| **RAMBEAUD Jean-Jacques**<br>**Depuis 01/07/1991** | 52.04 | Urologie |
| **REYT Emile**<br>**Depuis 01/10/1992** | 55.01 | Oto-rhyno-laryngologie |
| **RIGHINI Christian**<br>**Depuis 01/09/2010** | 55.01 | Oto-rhyno-laryngologie |
| **ROMANET J. Paul**<br>**Depuis 01/10/1991** | 55.02 | Ophtalmologie |
| **SARAGAGLIA Dominique**<br>**Depuis 01/07/1992** | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| **SCHMERBER Sébastien**<br>**Depuis 01/09/2005** | 55.01 | Oto-rhyno-laryngologie |
| **SCHWEBEL Carole**<br>**Depuis 01/09/2012** | 48.02 | Réanimation, médecine d'urgence |
| **SCOLAN Virginie**<br>**Depuis 01/09/2013** | 46.03 | Médecine légale et droit de la santé |
| **SERGENT FabriceDepui 01/09/2011** | 54.03 | Gynécologie-obstétrique |
| **SESSA Carmine**<br>**Depuis 01/09/2005** | 51.04 | Chirurgie vasculaire |
| **STAHL Jean-Paul**<br>**Depuis 01/10/1992** | 45.03 | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| **STANKE Françoise**<br>**Depuis 01/09/2011** | 48.03 | Pharmacologie fondamentale |
| **TAMISIER Renaud**<br>**Depuis 01/09/2013** | 44.02 | Physiologie |
| **TIMSIT Jean-François** | 48.02 | Réanimation |
| **TONETTI Jérôme**<br>**01/09/2007 au 31/12/2010** | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| **TOUSSAINT Bertrand**<br>**Depuis 01/09/2008** | 44.01 | Biochimie et biologie moléculaire |
| **VANZETTO Gérald**<br>**Depuis 01/09/1999** | 51.02 | Cardiologie |

| | | |
|---|---|---|
| **VUILLEZ Jean-Philippe**<br>**Depuis 01/09/1999** | 43.01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| **WEIL Georges**<br>**Depui 01/09/2011** | 46.01 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| **ZAOUI Philippe**<br>**Depuis 01/09/2002** | 52.03 | Néphrologie |
| **ZARSKI Jean-Pierre**<br>**Depuis 01/09/1994** | 52.01 | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |

## Résumé :

Les troubles du comportement alimentaires (TCA) engendrent un risque particulièrement important de passage à l'acte suicidaire. Après une vision historique et actuelle des TCA, puis des notions générales sur le suicide, les résultats d'une revue de question autour du lien entre TCA et suicide, ont été présentés sous forme d'un article.

Une recherche dans medline avec les mots clefs « troubles du conduites alimentaires » et « suicide » a été réalisée. Sur les 73 articles retrouvés en Anglais et Français, dans la dernière décennie, 26 ont été conservés.

Cette recherche a mis en lumière plusieurs facteurs de risques dont certains sont spécifiques des troubles alimentaires des facteurs épidémiologiques comme l'âge du début des troubles, des antécédents de violence, des comorbidité psychiatriques avec notamment les troubles dépressifs ainsi que les troubles de la personnalité sont associés aux tentatives de suicide (TS). Le type de diagnostic et notamment la présence de conduites de purge a montré également un lien avec les TS. En ce qui concerne le suicide, le facteur de risque retrouvé le plus important était la TS.

La connaissance de ces facteurs de risques permettra au soignant de mieux les repérer et de les prendre en charge. L'accompagnement médical au long cours d'un patient présentant des TCA permettrait alors de surveiller l'évolution clinique et ses conséquences notamment sur le risque de passage à l'acte suicidaire.

## Table des matières

**Point de repère concernant l'association entre les troubles du comportement alimentaire et le suicide** ..... **1**

**Présentation** ..... **13**
Regard historique sur les troubles du comportement alimentaire ..... 14
La classification actuelle des troubles du comportement alimentaire ..... 16
La mortalité dans les Troubles du comportement alimentaire ..... 19
La prise en charge du suicide ..... 20
Les populations touchées par le suicide ..... 20
La prévention du suicide ..... 21

**Bibliographie de la présentation :** ..... **24**

**Points de repère concernant l'association entre les troubles du comportement alimentaire et le suicide.** ..... **26**
**Résumé** : ..... 27
**Abstract** : ..... 28
**Introduction** ..... 30
**Méthodologie** ..... 31
Tentatives de suicide et Troubles du comportement alimentaire ..... 32
Suicide et Troubles du comportement alimentaire ..... 42
**Discussion** ..... 44
**Conclusion** ..... 50
**Bibliographie:** ..... 51

**Conclusion de la thèse** ..... **56**

# Présentation

Les troubles des comportements alimentaires (TCA) représentent probablement la pathologie psychiatrique réalisant le plus de ponts entre les spécialités somatiques, chirurgicales et psychiatriques. C'est la pathologie qui convoque tous les courants connus par les spécialistes des maladies mentales : biologique, comportemental, cognitif, psychanalytique, corporelle, chirurgical et bien d'autres encore. Ces courants, si souvent opposés semblent devoir ici s'unir, se compléter pour offrir des explications, des grilles de compréhension que ce soit sur l'étiologie, les facteurs prédisposant aux troubles, le déroulement de la maladie, les modalités thérapeutiques. Aucune théorie n'est satisfaisante à elle seule, pour permettre une prévention et une prise en charge standardisée.

Nous allons voir dans la première partie de cette thèse comment se sont développées les notions autour du trouble comportement alimentaire en y posant un œil historique puis nous verrons où en sont aujourd'hui les classifications internationales avant de voir à quel point la mortalité est au premier plan dans ces maladies. Dans un deuxième temps, nous nous pencherons sur la question du suicide. D'abord en regardant comment s'organise la prise charge du suicide en France, puis quelle est la population qu'il touche. Enfin, nous rappellerons comment travaille le psychiatre avec la question du suicide.

La seconde grande partie de cette thèse sera consacrée à la réunion de ces deux points : le trouble du comportement alimentaire et le suicide. Et cela sous forme d'un article autour d'une revue de la littérature scientifique de ces dix dernières années.

## Regard historique sur les troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire ont une exposition majeure dans notre société contemporaine. Présents dans différents médias sous des formes allant chercher le plus large public possible jusqu'au communications les plus poussées, certains auteurs sont même allés jusqu'à se demander si nous assistions à une épidémie des troubles du comportement alimentaire (1). Pourtant, la richesse des différentes descriptions n'est pas qu'actuelle ! En effet on retrouve des descriptions de l'anorexie mentale et de la boulimie dès l'antiquité.

En ce qui concerne l'anorexie mentale, on peut déjà reconnaitre certains cas dans les écrits d'Avicenne au XIème siècle, mais c'est à Richard Morton en 1694 que l'on attribue en général la première véritable description de ce qu'on appelait alors « phtisie nerveuse ».(2)

Les premières descriptions retrouvées de la boulimie remontent, elles, à Galien au IIème siècle.

A partir du XIXème siècle, et jusqu'à l'apparition de sa description clinique dans le DSM-III en 1980, les auteurs américains délaissent la boulimie. Cette constatation ne peut pas être faite en Europe où Blachez en 1869 réalise une description de la boulimie dont les désordres pourraient alterner avec des symptômes d'anorexie. La description de l'anorexie mentale en tant qu'entité psychiatrique est précisée quelques années plus tard quasi simultanément par Lasègue et Gull. Lasègue parle d'inanition ou d'anorexie hystérique ; Gull parle lui d'anorexia nervosa. Ces auteurs font à la fois référence à l'hystérie et à une maladie du tractus digestif. C'est le temps où l'anorexie mentale, devient un symptôme qui peut appartenir à un autre syndrome. Djerine en 1885 donne la première définition de l'anorexie mentale : « on dit qu'un sujet est atteint d'anorexie mentale quand, sous l'influence de représentations mentales, il prend le dégoût de tout espèce d'alimentation et parvient à inhiber en lui toute sensation de

faim ». A peine quelques années plus tard, de nouvelles théories explicatives viennent discuter le rôle pathogène de la famille, et, Charcot en 1885 est le premier à défendre la nécessité de la séparation et de l'isolement à visée thérapeutique.

Janet en 1903 décrit en détail plusieurs cas d'anorexie dont le cas de Nadia qui lui permet de décrire le symptôme anorexie mentale-boulimie-vomissements. Il fait, lui, un parallèle entre anorexie mentale et névrose obsessionnelle évoquant chez ces patientes une obsession de honte du corps à l'origine du refus alimentaire.

Après cette période, la description de l'anorexie se fait sous un angle endocrinien notamment suite à la description en 1914 de la cachexie hypophysaire de Simmonds. Il faudra alors attendre la description de Sheehan en 1937 de la nécrose hypophysaire du post-partum pour distinguer à nouveau l'anorexie mentale de l'anorexie des troubles endocriniens.

Par la suite, ce sont les différentes approches psychologiques qui vont permettre de donner des explications aux troubles du comportement alimentaire. Alors que se développent les théories psychanalytiques, Hesnard, en 1939, a exposé les bases névrotiques de l'anorexie mentale. Boutonnier et Lebovici en 1948 insistent sur l'importance du rôle de la mère dans la genèse de l'anorexie mentale et confortent les hypothèses de l'efficacité thérapeutique de la séparation familiale. En 1950, Delay et Laplane conçoivent l'anorexie mentale comme appartenant aux troubles psychosomatiques dans la lignée de Henri Ey. Bruch en 1962 suppose que les troubles anorexiques reposent sur des désordres perceptifs et conceptuels et sur une négation du corps et de ses besoins. En 1963, Selvini-Palazzoli fait de l'anorexie une forme de psychose monosymptomatique avant de la concevoir comme une pathologie familiale, puis elle contribuera largement au développement des thérapies systémiques. A cela s'ajoute le vaste champ des conduites addicitives où Fenichel décrit la boulimie comme une

« toxicomanie sans drogue » et l'équipe dirigée par M. Jeammet fait de l'anorexie mentale une addiction au même titre que l'alcoolisme, le tabagisme, le jeu pathologique ou encore la toxicomanie.

## La classification actuelle des troubles du comportement alimentaire

Afin de favoriser une communication efficace, les troubles des comportements alimentaires ont été décrits sous un aspect catégoriel. Ces critères ont évolué au cours du temps dans le DSM et la CIM. Ils reflètent plus un consensus, plutôt que le résultat de recherches empiriques. Ces critères sont utilisés en France principalement pour la recherche.

La CIM-10 regroupe l'anorexie mentale et la boulimie sous le chapitre « Troubles de l'alimentation ». Au sein de ce chapitre, on retrouve également « l'anorexie mentale atypique », « La boulimie atypique », l'« hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques », les « vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques », les « autres troubles de l'alimentation » et enfin les « troubles de l'alimentation sans précision ».(3)

L'anorexie mentale est définie comme : « trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle », survenant habituellement « chez une adolescente ou une jeune femme » avec « une idée surinvestie: la peur de grossir et d'avoir un corps flasque ». La définition insiste également sur les perturbations somatiques entraînées par la perte de poids et explicite les stratégies utilisées pour arriver à l'amaigrissement notamment les restrictions alimentaires, l'exercice physique ou encore l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques.

La boulimie ou bulimia nervosa, est elle définie comme un « syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs ». Il est également précisé que les préoccupations corporelles peuvent ressembler à celles trouvées dans l'anorexie mentale et que ces comportement ont des répercutions somatiques. De plus, il est précisé qu'un antécédent d'anorexie mentale est possible.

Les diagnostics d'anorexie mentale atypique ou de boulimie atypique peuvent être posés si les tableaux décrits plus haut ne sont pas complets.

Les classifications américaines des DSM IV-TR (4) datant de 1994 et du DSM-5 (5) paru en mai 2013 ne catégorisent pas très différemment les troubles du comportement alimentaires. Nous allons voir ce que regroupent ces deux classifications.

Dans le DSM-IV-TR, les diagnostics d'anorexie mentale et de boulimie (ou bulimia nervosa) sont regroupés dans le chapitre « trouble des conduites alimentaires » et sont accompagnés du diagnostic de « trouble des conduites alimentaires non spécifié ». Ce dernier regroupe les symptômes des deux diagnostics précédemment cités sans toutefois présenter un tableau complet.

L'anorexie mentale présente deux types :

- Le type restrictif caractérisé par des individus n'ayant pas eu recours de « manière régulière » à des crises de boulimie ou à des vomissements provoqués
- Le type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs : où les comportements cités dans le titre surviennent « régulièrement ».

La boulimie, elle aussi, présente deux types :

- Le type avec vomissements ou prises de purgatifs : où « de manière régulière » des vomissements sont provoqués et/ou le sujet a recours à une prise de purgatifs
- Le type sans vomissement ou prise de purgatifs : où ces comportement n'apparaissaient pas « régulièrement », mais où le sujet a présenté d'autres comportement compensatoires inappropriés pour tenter de contrôler son poids.

Le DSM-5 regroupe sous le chapitre « trouble de l'alimentation et des comportements alimentaires » d'autres diagnostics que l'anorexie mentale et la boulimie. On retrouve : la « pica », le « mérycisme », le « trouble d'évitement/restriction d'ingestion de nourriture », le « binge-eating disorder » et les « troubles du conduites alimentaire non spécifiés ». Il existe maintenant également en plus, un diagnostic de troubles spécifiques du comportement alimentaire comportant des tableaux atypiques d'autres diagnostics précédemment cités ainsi que le « night eating syndrom » et le « trouble des purges provoquées ». En plus de tous ces « nouveaux diagnostics », on retrouve des précisions dans les critères de l'anorexie mentale et de la boulimie concernant la guérison et la guérison partielle. Il propose également d'évaluer la sévérité du trouble, en fonction du l'indice de masse corporelle (IMC) pour l'anorexie mentale, et en fonction de la fréquence des épisodes de compensation inappropriée pour la boulimie.

A l'intérieur des différents critères, on ne retrouve pas de changement particulier sur l'esprit d'évaluation du trouble.

## La mortalité dans les Troubles du comportement alimentaire

Harris et Barraclough (6) dans une méta-analyse datant de 1998 concluent que l'anorexie mentale est le trouble psychiatrique montrant le plus haut taux de mortalité. L'étude de Papadopoulos et al. (7) ont recherché les causes de décès des patientes hospitalisés pour anorexie mentale entre 1973 et 2003 grâce aux registres suédois de mortalité. Au total, plus de 6000 dossiers ont pu être examinés. Les auteurs retrouvent une surmortalité que ce soit pour des causes dites naturelles comme non naturelles. Parmi les causes « non naturelles », on retrouve les homicides, les accidents et bien entendu le suicide. Cette surmortalité est présente même 20 ans après la première hospitalisation.

En France, l'étude menée par Huas et al. (8) sur la mortalité des patientes anorexiques en utilisant des certificats de décès montre que, dans 40 % des cas, apparaît sur le certificat le diagnostic d'anorexie mentale. Ce diagnostic est en général accompagné d'autres diagnostics qui sont des complications du trouble initial (cachexie, troubles cardiaques, infection…). La seconde cause de mortalité, dans cette étude, est le suicide. Le suicide est par contre la première cause de mortalité retrouvée dans l'étude de Birmingham et al. (9).

Les taux de la mortalité, toute cause confondue, sont plus variables en ce qui concerne la boulimie. Une étude de Crow et al. (10) retrouve des taux de mortalité semblables chez les patients avec anorexie mentale et boulimie. L'étude de Huas et al. (11) menée sur 258 patients initialement hospitalisés avec un diagnostic de boulimie, retrouve une surmortalité avec comme première cause le suicide.

Ces données montrent la place au tout premier plan du suicide dans les TCA. Pour mieux comprendre comment s'articulent ces deux phénomènes, il convient déjà, de définir comment s'organise la prise en charge du suicide.

## La prise en charge du suicide

C'est à la fin des années 1950 qu'on a l'habitude de placer la naissance de la suicidologie avec comme fondateur E. Schneidman (12). Pour lui, le comportement suicidaire correspond à une douleur psychique insupportable. Le modèle théorique actuellement prévalent est celui qui associe vulnérabilité et évènements stressants. Nous venons de le voir dans le chapitre précédent, les descriptions plus ou moins consensuelles des classifications internationales permettent des échanges d'informations et de compétences. Les différentes tentatives de consensus autour des soins dans les troubles du comportement alimentaire que ce soit par exemple les recommandations de bonne pratique de l'HAS ou du National Institute for health and Care Excellence (NICE), insistent toutes sur la nécessité de soins complémentaires ainsi que d'une prise en charge pluridisciplinaire. Pourtant, aucune place spécifique n'est faite pour le suicidologue. Nous verrons s'il existe des similitudes épidémiologiques chez les patients touchés par le suicide et chez ceux touchés par les TCA. Après cela, nous verrons comment s'organise la prise en charge du suicide en France afin de se demander comment cette organisation pourrait s'intégrer aux soins des TCA.

## Les populations touchées par le suicide

Aujourd'hui le nombre annuel de suicides en France est d'environ 10500 et les tentatives de suicides sont, estimées à 160000 soit 10 à 15 fois plus (13). Au niveau de la répartition en fonction du sexe, les études épidémiologiques concluent qu'à tous les âges, on observe une surmortalité masculine en moyenne trois fois plus importante. On observe une augmentation du nombre de suicide avec l'âge. Le taux de suicide augmente de 15 à 50 ans, il décroit

ensuite jusqu'à 65 ans puis accroit de nouveau nettement pour atteindre un maximum vers l'âge de 85 ans.

En ce qui concerne les tentatives de suicide (TS), les enquêtes menées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (14) et par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) (15) retrouvent la présence d'au moins une TS chez 8 à 9% des femmes et 3 à 6% des hommes.

Au niveau épidémiologique, le début à l'adolescence, ainsi que la surreprésentation féminine des TS semblent être les deux points communs les plus importants avec la clinique des TCA.

## La prévention du suicide

La mort et probablement encore plus, la question du droit à la mort, est un débat qui anime les sociétés depuis des siècles. Les tentatives de réponses sont nombreuses et ont été apportées par la philosophie, les religions, la sociologie - avec notamment Durkheim- la loi, l'éthique et bien sûr la médecine. Sans toutefois renier l'apport des autres courants, le psychiatre s'occupe lui, des « suicides pathologiques ». La vraie question qui se pose alors à lui comme l'expliquait déjà Auber en 1971 « n'est pas tellement d'apprécier l'authenticité mais l'intensité du désir de mort, et donc du désir de vie, pour prévenir le passage à l'acte ».

Pour le prévenir, le professionnel a, à sa disposition, plusieurs outils d'évaluation. Ce sont déjà, en France, les organismes statistiques sanitaires qui, en utilisant les certificats de décès pour l'étude épidémiologiques des suicides améliorent les connaissances sur les populations touchées et apportent des données médicales. En 2001, l'ANAES (c'est à dire « l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé » qui est devenue en 2005 le Haute Autorité de Santé) en lien avec la fédération française de psychiatrie, a consacré une

conférence de consensus sur la crise suicidaire (16) qui recense les facteurs de risques, mais n'a pu préciser les conduites à tenir qu'en se basant sur des preuves de niveau C, c'est à dire un niveau de preuve « faible » d'après la Haute Autorité de Santé (HAS) . Les facteurs de risque repérés sont l'expression d'idée suicidaires, des manifestations de crises psychiques (comme la fatigue, l'irritabilité, le sentiment d'échec etc.), un contexte particulier comme une dépression ou un autre antécédent psychiatrique. Cette conférence de consensus a pour objectif de former des personnes pouvant intervenir auprès d'une population vulnérable et de « repérer et d'organiser la prise en charge de la crise suicidaire ».

La limitation de l'accès au moyen létaux a également démontré son efficacité (17) (Rutz). Enfin, la prise en charge des suicidants afin de diminuer le taux de récidive et l'amélioration de la connaissance des situations épidémiologiques, font partie des recommandations de l'HAS (18) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (19). Henri Ey, dans son Manuel de Psychiatrie (20) dont la première édition est parue 1960, rappelait l'importance des études de cette « phase pré-suicidaire », mais insistait dans un second temps sur « l'importance de l'écoute et de la disponibilité d'un autre individu ». Des études plus récentes, comme celle menée sur l'île de Gotland a montré que l'information psychiatrique de médecins généralistes, en particulier pour le traitement des états dépressifs, permettait de diminuer de moitié le nombre des suicides.

Après les travaux pionniers de Robin et al. en 1959, toutes les études s'intéressant à l'anamnèse ou au « autopsies psychologiques » ont montré que le suicide était associé dans l'immense majorité des cas à un trouble mental caractérisé. Il est donc indispensable de prendre en charge ces troubles afin de prévenir leur potentielle évolution naturelle vers la crise suicidaire.

Fort de ce constat, il nous est apparu indispensable de mieux connaître les populations présentant des TCA et touchées par des TS ou un suicide afin de mettre en avant les facteurs de risque et peut-être des signes d'alerte qui seraient plus spécifiques. Il nous semble que ces connaissances pourront à l'avenir améliorer la prise en charge des patients suicidants, mais aussi de penser le soin avec l'objectif de diminuer le risque suicidaire. Pour ce faire, nous avons décidé de nous pencher sur la littérature scientifique traitant de ce sujet sur les dix dernières années. Les résultats de ce travail seront présentés dans une deuxième partie sous la forme d'un article intitulé « Points de repère concernant l'association entre les troubles du comportement alimentaire et le suicide. Une revue de la littérature des dix dernières années.

## Bibliographie de la présentation :


1. Roux H, Chapelon E, Godart N. [Epidemiology of anorexia nervosa: a review]. L'Encéphale. 2013 Apr;39(2):85–93.

2. Agman G, Corcos M, Jeammet P. Troubles des conduites alimentaires. Psychiatrie. Article d'archive.

3. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Elsevier Masson; 1993. 332

4. Association AP. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2004. 1146

5. Association AP. DSM 5. American Psychiatric Association; 2013. 969

6. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. 1997 Mar;170:205–28.

7. Papadopoulos FC, Ekbom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. Br J Psychiatry. 2009 Jan 1;194(1):10–7.

8. Huas C, Caille A, Godart N, Foulon C, Pham-Scottez A, Divac S, et al. Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. Acta Psychiatr Scand. 2011 Jan;123(1):62–70.

9. Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA, Goldner EM, Gao M. The mortality rate from anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2005 Sep;38(2):143–6.

10. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. Am J Psychiatry. 2009 Dec;166(12):1342–6.

11. Huas C, Godart N, Caille A, Pham-Scottez A, Foulon C, Divac SM, et al. Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc. 2013 Jan;21(1):15–9.

12. Philippe C. Suicides et tentatives de suicide. Lavoisier; 2010. 768

13. CépiDc - causes médicales de décès [Internet]. [cited 2014 Aug 9]. Available from: http://www.cepidc.inserm.fr/site4/

14. Réseau de prévention du suicide [Internet]. CCOMS. [cited 2014 Sep 22]. Available from: http://www.ccomssantementalelillefrance.org

15. Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) [Internet]. CCOMS. [cited 2014 Sep 22]. Available from: http://www.ccomssantementalelillefrance.org/

16. Terra JL Psychiatrie Française de La crise suicidaire [Internet]. John Libbey Eurotext; 2001 [cited 2014 Sep 23].

17. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. Acta Psychiatr Scand. 1992 Jan;85(1):83–8.

18. DE SUICIDE. PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DES ADOLESCENTS APRÈS UNE TENTATIVE DE SUICIDE. 1998 [cited 2014 Sep 23];

19. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Paris: Inserm; 2005.

20. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson; 2011.

# Points de repère concernant l'association entre les troubles du comportement alimentaire et le suicide.
# Une revue de la littérature des dix dernières années.

Auteurs : RUMBACH Benoît, DUBUC Marc

Clinique psychiatrique, Pôle de Psychiatrie et de Neurologie, CHU de Grenoble.

Mots clefs : Troubles du comportement alimentaire, anorexie mentale, boulimie, suicide, tentative de suicide.

Keywords : Eating disorder, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Suicide, Suicide attempt.

## Résumé :

Les troubles du comportement alimentaires (TCA) engendrent un risque particulièrement important de passage à l'acte suicidaire. Une recherche dans medline avec les mots clefs « troubles du conduites alimentaires » et « suicide » a été réalisée. Sur les 73 articles retrouvés en Anglais et Français, dans la dernière décennie, 26 ont été conservés. Cette recherche a mis en lumière plusieurs facteurs de risques dont certains sont spécifiques des troubles alimentaires des facteurs épidémiologiques comme l'âge du début des troubles, des antécédents de violence, des comorbidité psychiatriques avec notamment les troubles dépressifs ainsi que les troubles de la personnalité sont associés aux tentatives de suicide (TS). Le type de diagnostic et notamment la présence de conduites de purge a montré également un lien avec les TS. En ce qui concerne le suicide, le facteur de risque retrouvé le plus important était la TS. La connaissance de ces facteurs de risques permettra au soignant de mieux les repérer et de les prendre en charge. L'accompagnement médical au long cours d'un patient présentant des TCA permettrait alors de surveiller l'évolution clinique et ses conséquences notamment sur le risque de passage à l'acte suicidaire.

## Abstract :

Introduction : Eating disorders (ED) are associated with high suicide risk. We wanted to identify clinical dynamics accompanying suicidal behavior. Method : A MEDLINE search was used, by taking keywords "eating disorder" and "suicide" and articles in English and French of the past decade were selected. A total of 73 articles found, 26 were retained. Results : Focus on environemental factors shows that later onset ED was a protective factor of acting out just like a supporting social and family environment. A higher socio-educational level is also a protective factor. It is found only limited information on the chronological age and sex. By lookink at the patient's lifetime, a history of violence, especially sexual violence, were a risk factor for suicide attempts (SA). The presence of personality disorders belonging to cluster B just like certain personality dimension as self-hatred, the self-deprecation or self-neglect were associated with risk of SA. Presence of comorbidities including addictive disorders, anxiety disorders and especially, depressive disorders were the leading risk factors for SA. There did not find a clear association between the diagnosis of bulimia or anorexia nervosa with SA. However the presence of binge eating, conducts of purging by vomiting or of using laxatives or diuretics were associated with an increased risk of SA. Regarding suicide, the results are not all consistent between studies about who bulimia nervosa or anorexia had a higher risk of committing suicide. The main risk factor for suicide remained the SA. Discussion / Conclusion : Only certain elements found in connection with the SA by suicides were specific od ED's population. These results could be partly explained by methodological reasons including the presence of some comparable populations, not taking into account some context as adolescence, difficulties in measuring and describing certain disorders. These knowledges are essential to support patients with ED. Caregivers must be

able to detect and manage risk factors. More precise research on symptoms which can sometimes be subclinical, could be in the future a good way to better prevent suicide risk. The place of a referring physician throughout the disorder may be recommended.

# Introduction

La prévalence des troubles du comportement alimentaire (TCA) est estimée pour l'anorexie féminine entre 0,28 et 0,9% chez les 11-35 ans [1] et entre 1 et 1,5% vie entière pour la boulimie chez les femmes [1,2]. Le sex ratio est très en faveur d'une surreprésentation féminine dans l'anorexie mentale comme dans la boulimie. Pour l'anorexie, le sex ratio est classiquement de 1/10. Pour la boulimie, alors qu'il était estimé à 1/18, des études plus récentes ont remis en question cette très faible part masculine avec des ratios allant de 1/8 à 1/3 [2,3].

Le TCA est la pathologie psychiatrique présentant le risque relatif de décès par suicide le plus important [4] et les tentatives de suicide (TS) sont fréquentes dans l'évolution du trouble. Pour autant, dans le soin des TCA, la prise en compte des conduites suicidaires n'est pas la priorité des prises en charges décrites dans les études. Dans les recommandations de l'HAS, les idées suicidaires dans les TCA font parties des motifs d'hospitalisation. Pourtant dans les recommandations de la NICE, l'accent est mis uniquement sur l'attention que les soignants doivent porter au risque de passage à l'acte suicidaire des patientes « anorexiques avec crises de boulimie ». Aucune mise en garde de ce type n'existe pour les patientes souffrant de boulimie.

Le suicide est une des deux premières causes de mortalité des adolescents et jeunes adultes[5]. Dans plus de la moitié des cas, lorsque le suicide est mentionné comme cause de mortalité sur le certificat de décès un autre diagnostic y est associé [6] : la présence d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou addictologique est régulièrement rappelé, mais les troubles du comportement alimentaires sont rarement cités.

Pour Ph. Courtet, « la notion de trouble psychique, parfois subliminaire (notion de vulnérabilité), et de facteurs de vie négatifs, paraît être déterminante dans la survenue d'un

geste suicidaire ». Cette constatation nous pousse alors à chercher à comprendre les facteurs influençant un passage à l'acte suicidaire dans le cadre des pathologies alimentaires.

Dans une première partie nous détaillerons la revue de la littérature que nous avons réalisée. Cela nous permettra d'étudier pour les patients souffrant de TCA, les facteurs de risques des tentatives de suicide mais également ceux qui concernent les décès par suicide. Ainsi nous pourrons mieux cerner les dynamiques cliniques qui accompagnent ces gestes suicidaires

Dans une seconde partie, ces résultats seront discutés et nous tenterons à la lumière de nos connaissances et de la littérature sur les TCA d'en tirer des enseignements afin d'améliorer les prévention du suicide dans cette population.

## Méthodologie :

Nous avons effectué une revue de la littérature en nous basant sur une recherche Medline avec comme mots clefs « eating disorder » et « suicide » dans les titres ou les résumés. Nous n'avons sélectionné que les articles en Anglais et en Français parus entre 2003 et le début de l'année 2014. Au total, cette recherche a fourni 73 articles. La lecture des résumés ou des articles nous a permis de ne retenir que les articles traitant de l'anorexie mentale et/ou de la boulimie. Seuls ont été conservés les articles étudiant le lien entre troubles du comportement alimentaire et le suicide ou les tentatives de suicide. Les articles ne traitant par exemple que des gestes auto-agressifs n'ont pas été retenus. Au final, nous avons gardé 26 articles.

# Tentatives de suicide et Troubles du comportement alimentaire

## *Facteurs individuels et environnementaux*

L'âge, le sexe ou encore les facteurs socio-économiques n'étaient que rarement étudiés dans le lien qu'ils pouvaient avoir avec les tentatives de suicide au sein des populations avec un TCA. Pour Fedorowicz et al. [7], un début tardif était un facteur protecteur de TS dans leur étude sur des patients adultes hospitalisés pour TCA. La période 30-39 ans était celle la plus à risque de TS pour des patients suivis pour TCA qu'ils soient hospitalisés ou non, d'après Suokas et al.[8]. Zaitsoff et Grilo [9] montraient que des dimensions symptomatiques comme l'impulsivité, l'estime de soi, l'insatisfaction corporelle, elles-mêmes corrélées au TS, ne s'exprimaient pas avec la même intensité en fonction du sexe. Un niveau d'éducation plus élevé et des antécédents d'histoires amoureuses, étaient des facteurs protecteurs de passage à l'acte suicidaire chez des patients hospitalisés pour TCA (Fedorowicz et al.) [7]. Le même type de constat a été retrouvé par Nickel et al. [10] au sein d'une population de patientes boulimiques : à savoir qu'il existait chez celles ayant fait au moins une TS un réseau social plus faible et un sentiment de solitude par rapport à la famille ou aux amis et des stratégies de coping plus faibles. De même, toujours dans une population de patientes avec une boulimie, Forcano et al. [11] ont retrouvé un plus faible niveau éducatif et une plus grande proportion de patients sans emploi chez les ceux ayant fait une TS au cours de leur vie par rapport aux patients avec boulimie n'en ayant pas faite.

Au total, l'étude, dans la littérature, des facteurs individuels des populations souffrant de TCA, apportent peu d'informations concernant un lien avec l'âge ou encore le sexe et la TS.

Un début tardif du TCA est moins en faveur d'un passage à l'acte suicidaire. Il apparaît qu'un niveau socio-éducatif plus élevé et qu'un étayage familial et social soient des facteurs protecteurs.

### *Particularité des antécédents pendant l'enfance.*

Fennig et Hadas [12] ont cherché une corrélation entre des antécédents d'abus sexuels pendant l'enfance et les TS chez des patients souffrant de TCA. Pour ce faire, ils ont isolé plusieurs groupes parmi des patients de 11 à 18 ans, tous hospitalisés pour TCA : un premier groupe de patients ayant une comorbidité dépressive et ayant fait une TS et, un autre avec des patientes également déprimés mais sans passage à l'acte suicidaire. La corrélation entre TCA et antécédent d'abus sexuels n'était retrouvée que dans le groupe qui avait réalisé un passage à l'acte suicidaire. Au sein d'une population adulte ayant fait une TS, on retrouvait également significativement plus d'abus sexuels pendant l'enfance chez les patients avec un diagnostic de boulimie sans comorbidité dépressive que chez les patients avec un diagnostic de dépression sans comorbidité de TCA [10]. Ces mêmes auteurs ont retrouvé que ces patients souffrant de boulimie ont significativement plus été violentés avec des objets, exposés à des émotions négatives de manière plus fréquente et ont connu d'avantage de séparation de leurs parents pendant au mois 6 semaines [10].

Les antécédents d'abus sexuels étaient en lien avec des comportements alimentaires particuliers : on a retrouvé chez les adolescents hospitalisés pour des TCA, chez les hommes, des restrictions alimentaires et des vomissements auto-induits, alors que chez les femmes, on retrouvait une corrélation simplement avec les restrictions alimentaires[9].

Dans une population de patientes suivies en ambulatoire pour boulimie, on retrouvait significativement plus d'antécédent d'obésité pendant l'enfance parmi celles qui avaient un antécédent de TS [11].

Au total, des antécédents de violence pendant l'enfance chez les patients avec boulimie augmentent le risque de TS. Des antécédents d'abus sexuels chez les patients avec anorexie mentale et chez ceux avec boulimie, sont en lien avec une augmentation du nombre de TS indépendamment des autres comorbidités. De plus, les abus sexuels pendant l'enfance semblent responsables d'une évolution et de symptômes particuliers du trouble alimentaire comme des restrictions alimentaires plus importantes ainsi que des vomissements auto-induits.

### *Troubles de la personnalité et du caractère*

Chez les patients souffrant de TCA, les troubles de la personnalité les plus représentés étaient ceux du cluster B (c'est à dire les personnalités anxieuses, craintives, effacées) et du cluster C (à savoir les personnalités dramatiques, émotionnelles, théâtrales). Parmi ces patients, les troubles de la personnalité appartenant au cluster B, étaient beaucoup plus présents chez ceux ayant un antécédent de TS [13].

D'autres traits de personnalité ont été évalués chez des patients souffrant de TCA. Comparés à des groupes témoins, que ce soit chez les patients avec anorexie mentale ou boulimie, l'évitement du danger et le degré de persévérance étaient significativement plus importants.

Par contre, cette même comparaison retrouvait des traits beaucoup moins marqués, chez les patients, dans la recherche de nouveauté, dans la dépendance à la récompense et dans l'auto-dirigisme que chez les témoins[11].

Certaines dimensions étaient associés aux TS : une plus faible affirmation de soi, un amour propre plus faible ainsi qu'à des scores plus importants d'autodépréciation, de haine de soi et de négligence de soi que ce soit dans la population anorexique mentale ou boulimique [14]. Ces auteurs mettaient en avant également des scores moins importants chez les patients souffrant de boulimie d'auto-dirigisme, de dépendance à la récompense, d'esprit de coopération[14].

D'autres traits de personnalité comme le perfectionnisme étaient associés à des antécédents de passage à l'acte suicidaire alors que l'obsessionnalité y était négativement associée [7]. Ces mêmes auteurs ont montré qu'une faible qualité d'introspection était corrélée à la présence plus importante d'idées suicidaires.

Au sein d'une population adolescente, Zaitsoff et al. [9] ont mis en évidence que l'anxiété était positivement corrélée aux crises de boulimie et à un sentiment d'insatisfaction corporelle alors que l'estime de soi y était négativement corrélée. Ce sentiment d'insatisfaction corporelle était positivement associé chez les femmes (mais pas chez les hommes) au sentiment de perte d'espoir. Les adolescents chez qui les auteurs retrouvaient des antécédents de TS, rapportaient de plus importantes restrictions dans leur régime et de plus grandes insatisfactions corporelles, une plus grande anxiété et une estime de soi plus faible.

Au total, les troubles de la personnalité appartenant au cluster B sont associés à des risques de passage à l'acte suicidaire. D'autres dimensions de la personnalité sont préférentiellement retrouvées chez les patients avec TCA faisant ou ayant fait des passages à l'acte suicidaire comme la haine de soi, la négligence de soi ou encore l'autodépréciation. D'autres traits sont

moins représentés chez les patientes avec boulimie faisant des TS. Il est intéressant de remarquer que certaines des dimensions avancées peuvent être observées au cours des troubles dépressifs. On peut alors se poser la question de la présence d'un syndrome dépressif non décelé, d'une dépression atypique ou d'un sub-syndrome dépressif.

### *Comorbidités psychiatriques hors troubles de la personnalité*

Certaines dimensions de personnalité, citées plus haut, font évoquer des symptômes classiquement présents au cours de certains épisodes dépressifs.

L'épisode dépressif, les troubles anxieux et les abus de substance ont été les trois groupes diagnostiques identifiées comme les plus en lien avec des conduites alimentaires et suicide. Ruuska et al. [15] ont montré que la présence d'un épisode dépressif était l'élément le plus prédicteur de TS dans une population de patientes présentant des troubles boulimiques et suivis en ambulatoire par rapport aux autres patientes suivies en ambulatoires avec d'autres diagnostics de TCA. Foulon et al. [16] sont arrivés à la même conclusion dans l'étude d'une population avec anorexie mentale. Fennig et Hadas [12] ont rappellé que des troubles dépressifs affectent 25 à 52% des patients souffrant de TCA. Ils ont retrouvé dans leur population de patients hospitalisés dans un centre hospitalier pour TCA, que le niveau de dépression (calculé via la Beck dépression Inventory) était corrélé au niveau de comportement suicidaire, aux idées suicidaire et aux TS. Lamas et al. [17] sont partis du concept d'addiction comportementale pour expliquer que le symptôme alimentaire venait « lutter contre des affects dépressifs non structurés, irreprésentables, et pressentis comme dangereux ». Pour eux, le passage à l'acte suicidaire survient lorsque le symptôme alimentaire ne peut plus assurer

son rôle de colmatage au dessus des éprouvés dépressifs sous-jacents. Les auteurs s'appuyaient sur une étude de Steinhausen et al. pour émettre l'hypothèse que le suicide chez la patiente anorexique ferait suite à une qualité de vie médiocre. Dans une population de patients majeurs souffrant de TCA, dont certains sont hospitalisés, Milos et al. [13] ont conclu que parmi les troubles de l'axe I, c'était la présence d'un trouble affectif qui différenciait le plus les groupe avec TS des groupes sans TS, tout comme les groupes avec suicide de ceux sans suicide. Wildman et al. [18] se sont intéressés à la chronologie d'apparition de l'épisode dépressif et du TCA par l'étude de deux groupes avec TCA : l'un avec et l'autre sans antécédent de tentative de suicide. Ces auteurs ont retrouvé que l'épisode dépressif commençait significativement plus tôt dans la population TCA avec un antécédent de TS et, chez 2/3 de ces patients, l'épisode dépressif avait débuté avant les troubles alimentaires. Bulik et al. [19] n'ont pas mis en évidence ce facteur de risque dans leur population de patients TCA suivi en ambulatoire. Miotto et al. [20] ont montré que le TCA n'était pas en soi, dans leur étude, un facteur de risque de suicide, mais, par contre que les comorbidités associées et notamment dépressives l'étaient.

Les troubles anxieux sont largement pris en compte dans les études qui concernent les TCA ; leurs rôles sont notamment primordiaux lorsqu'on s'intéresse au comportement suicidaire. En utilisant des entretiens semi-structurés pour évaluer, la présence d'un diagnostic de l'axe I, Milos et al. [13] ont retrouvé chez plus de la moitié des patients avec un TCA au moins une tentative de suicide et un trouble anxieux. Cette même étude a montré que les idées suicidaires étaient également significativement associées à la présence d'un trouble anxieux. Zaistoff et Grilo [9] sont arrivés à la même conclusion en montrant que chez les adolescents ayant fait une TS, le niveau d'anxiété était plus important. Wildman et al. [18] ont souligné également l'importante présence du diagnostic de trouble anxieux dans leur population

souffrant de TCA hospitalisée ou non, ils mettent en plus en évidence qu'il débutait dans une majorité de cas avant le début du TCA et qu'il survenait encore plus tôt dans les groupes TCA avec un comportement suicidaire (antécédent de TS ou d'automutilation). Nickel et al. [10] en utilisant deux échelles (State-Trait-Anger-Expression-Inventory et the Scale for Survey of Quality of Life) chez des patientes avec boulimie, et sans diagnostic d'épisode dépressif, ayant fait une tentative de suicide, ont retrouvé « un sentiment d'inquiétude » et « une impossibilité de pouvoir se détendre » de manière significativement plus importante. Foracano et al. [11] ont retrouvé que les troubles anxieux de type anxiété phobique étaient significativement plus présents dans un groupe d'anorexique avec TS. Cette différence était plus importante dans le groupe anorexie restrictive que dans le groupe anorexie avec crise de boulimie. Zaistoff et al. [9] ont relié également certains traits pouvant se retrouver dans le TCA à l'anxiété : ils retrouvaient notamment un lien avec l'insatisfaction corporelle que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Ils ont montré que chez les hommes faisant des crises de boulimie, l'insatisfaction corporelle était associée à une plus grande anxiété.

L'abus de substance est le troisième diagnostic de l'axe I généralement étudié dans le rôle qu'il peut jouer entre TCA et suicide. Fedorowicz et al. [7] ont trouvé que l'abus de drogue est un facteur de risque de TS chez les patientes avec anorexie mentale restrictive pure et l'abus d'alcool pour le groupe anorexie mentale avec crise de boulimie. Pour les patients avec un diagnostic de boulimie, seule la consommation de tabac était un facteur positivement associé aux TS. Milos et al., Zaitsoff et al. [9] ainsi que Wildman et al. [18] ont retrouvé une surreprésentation des abus de substance dans leur population avec TCA, mais n'ont pas trouvé de différence significative entre les groupes avec et sans antécédent de TS. Wildman et al. [18] ajoutaient que dans la majorité des cas, l'abus de substance débutait après le TCA.

Au total, la présence de comorbidités psychiatriques est associée à un passage à l'acte suicidaire. Les troubles les plus étudiées et responsables d'une augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire sont les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et l'abus de substances. Il est intéressant de noter que les troubles thymiques et anxieux apparaitraient, d'après les auteurs cités, significativement plus tôt que les TCA parmi les patients qui font des TS.

### *Particularités du trouble du comportement alimentaire*

Les différentes nomenclatures partagent les TCA entre anorexie mentale et boulimie. A partir du DSM IV en 1994 : l'anorexie mentale a été partagée en deux sous-types en fonction de la présence « régulière » ou non de crises de boulimie ou crises de purge [21]. L'anorexie mentale est caractérisée par des troubles restrictifs, des stratégies de contrôle du poids, des distorsions cognitives ; les crises de boulimie par un sentiment de perte de contrôle, de plaisir intense auquel se substitue un sentiment de honte puis à de possibles comportements de purge. Nous pouvons alors nous interroger si l'un ou l'autre de ces facteurs peut être préférentiellement associé à des comportements suicidaires.

Ruuska et al. [15] ont retrouvé plus d'idées suicidaires et de comportements auto-agressifs dans la population avec boulimie que dans celle avec anorexie chez des adolescents suivis en ambulatoire. Fedorowicz et al. [7] ont souligné aussi qu'au sein d'une population hospitalisée, les TS était plus présentes chez les patients avec boulimie alors qu'ils sont plus faibles chez les patients avec une anorexie mentale restrictive. Fenning et al. [12] n'ont pas mis en

évidence dans leur étude, comportant une population âgée de 11 à 18 ans, hospitalisée pour des TCA, de différence significative dans le nombre de TS entre le groupe avec une anorexie mentale et celui avec une boulimie. Suokas et al. [8] ont montré, eux, un risque relatif de TS chez les patients majeurs avec anorexie mentale de 1,60 comparé aux patients avec une boulimie. Bodell et al. [22], en utilisant une régression multiple ont montré que seules les patientes avec un diagnostic de boulimie (comparées aux groupes « anorexie mentale » et « TCA non spécifique ».) avaient un risque accru de TS lorsque les comorbidité étaient retirées : ils ont conclu alors que la boulimie était un facteur de risque de TS.

Plus que le type de TCA, le sous-type semble plus à même de distinguer les comportements suicidaires chez les patients, ce qui pourrait alors expliquer la contradiction entre les résultats précédemment cités.

Rosling et al. [23] ont retrouvé dans une population hospitalisée que 25 % des patientes avec anorexie mentale restrictive pure n'avaient pas de diagnostic comorbide ni d'antécédent de TS contre seulement 10% chez les patientes faisant des crises de boulimie (que ce soit chez des boulimique ou des anorexiques). Forcano et al. [11] en étudiant la présence de TS dans l'anorexie mentale ont retrouvé significativement plus d'évènements dans la population anorexie avec crise de boulimie que dans la population anorexie mentale restrictive pure. Milos et al. [13] ont mis en évidence que les patients faisant des crises de boulimie faisaient significativement plus de TS que le groupe « anorexie mentale restrictive », cette tendance était également repérée mais sans mettre en évidence de différence significative pour les idées suicidaires entre ces deux groupes. Pour Foulon et al. [16] la présence de crises de boulimie lors d'une entrée dans un service pour TCA était le facteur le plus associé à un antécédent de TS. La présence des crises de boulimie augmentait le nombre de TS.

Crow et al. [24] se sont intéressés à l'image corporelle ainsi qu'à des comportements de contrôle du poids d'adolescents scolarisés, entrant dans une étude sur les habitudes

alimentaires. Il apparaît que les odds ratio étaient élevés pour les TS et les idées suicidaires chez les patients garçons et filles ayant des comportements de contrôle du poids ou une insatisfaction corporelle, quelque soit la race, l'importance de la dépression, l'âge, le niveau scolaire et le niveau socio-économique et non pas en fonction du statut pondéral réel. Fedorowicz et al. [7] ainsi que Fennig et al. [12] en utilisant une régression logistique et les scores de l'EDI ont pointé que l'insatisfaction corporelle et le perfectionnisme étaient deux dimensions significativement associées à des TS passées. Rosling et al. [23] en étudiant le rôle de l'IMC chez 201 patientes initialement hospitalisées ont conclu que chez les patients avec une anorexie mentale « chroniques » et un IMC>13,5, il n'avait pas été retrouvé d'autre cause de mort que le suicide (soit 9 décès sur les 21 que comptent l'étude). Forcano et al. [11] dans leur population de patientes boulimiques ont trouvé que les TS sont significativement associées à un BMI plus bas au cours de la vie. Il existait une corrélation mise en évidence par Fennig et Haddas [12] entre la durée du TCA et les tentatives de suicide. Après avoir retiré le facteur « dépression » Zaitsoff et al. [9] ont retrouvé que, chez les femmes mais pas chez les hommes, les TS restaient statistiquement associées à des troubles psychiques spécifiques des TCA à savoir d'importantes restrictions alimentaires et une insatisfaction corporelle.

Au total, il apparaît que la présence de crises de boulimie que ce soit dans la population avec une anorexie mentale ou dans celle avec un diagnostic de boulimie, est fortement liée à la présence de TS. Une insatisfaction corporelle, quelque soit d'ailleurs le véritable statut pondéral, est associée également à un plus grand nombre de passages à l'acte suicidaire.

## Suicide et Troubles du comportement alimentaire

Au sein de la littérature concernant les TCA et le suicide, on retrouve comme idée principale , que la boulimie serait essentiellement compliquée par des tentatives de suicides alors que l'anorexie mentale serait avant tout concernée par des suicides. Une revue de la littérature [25] de Franko et Keel étudiant la mortalité dont celle par suicide chez les patientes avec anorexie a retrouvé des CMR (Crude Mortality Rate, à savoir le taux de décès dans une population [26]) dues au suicide de 0 à 5,3%, chez les patientes avec anorexie mentale qui étaient hospitalisées et de 2,4 à 4,8 chez les patientes suivies en ambulatoire ce qui n'était statistiquement pas différent. Le suicide apparaissait comme la seconde cause de mortalité chez les patientes anorexiques [25,27]. Dans cette revue de la littérature, Franko et Keel [25] ont retrouvé des chiffres de décès par suicide beaucoup moins importants dans les populations suivies pour boulimie. Ils ont alors conclu que le risque de suicide était important dans la population anorexique alors qu'il ne l'était pas dans la population boulimique.

Au sein des populations de patients souffrant de TCA, la TS est associée à une augmentation de la mortalité et notamment celle par suicide. En effet, Huas et al. [27] ont retrouvé que des dans une population de patientes avec un diagnostic d'anorexie mentale 71,4% des patientes décédées par suicide, 50% des patientes décédées d'autres causes et 26.1% des patientes vivantes avaient présentées des antécédents de TS. Dans une autre étude, les mêmes auteurs [28], se sont intéressés aux causes de décès au sein d'une population de patientes hospitalisées pour boulimie. Ils se sont appuyés alors sur un outil diagnostique, le SMR (Standardised Mortality Ratio, ou, en français, l'indice comparatif de mortalité [29]) qui illustre le risque de décès dans une population donnée par rapport à une population standard. Dans leur étude, portant sur 258 patients souffrant de boulimie, 10 patients étaient morts dont 6 par suicide soit

un SMR pour le suicide de 30,9. Il est intéressant de noter que chez les 10 patientes décédées, 9 avaient eu au cours de leur vie un diagnostic d'anorexie mentale. Le facteur de risque principal était également un antécédent de TS et le second est BMI faible. Le taux de mort par suicide était plus important, dans cette étude, pour les patientes boulimiques que ce qui est connu, dans la littérature, dans les populations de patientes avec anorexie. Suokas et al. [8] ont retrouvé également pour une population de patient avec une boulimie, une mortalité par suicide plus important que ce qui est habituellement décrit dans la littérature. Ils ont montré en plus, que cette mortalité est plus importante après la deuxième année de suivi. Dans une étude prospective menée par Crow et al. [30], avec des patients suivis dans un premier temps en ambulatoire, les auteurs ont retrouvé également un SMR du suicide plus faible que ce qui avait jusqu'alors été décrit dans la littérature pour les groupes d'anorexiques et plus important pour les groupes boulimiques. Ces SMR pour le suicide n'étaient d'ailleurs pas statistiquement significatif dans le groupe « anorexie » alors qu'ils l'étaient dans le groupe « boulimie ». L'étude de Crow [30], concluait donc que le risque de décès par suicide était plus important dans les populations souffrant de boulimie que ce qui avait été jusqu'alors décrit dans la littérature. L'autre conclusion de cette étude était que le suicide au sein de ces populations avec boulimie était plus important que dans les populations avec anorexie mentale.

Classiquement, les études décrivaient que les suicides étaient plutôt l'apanage de patients présentant une anorexie mentale, alors que ceux souffrant de boulimie se suicidaient moins, mais faisaient plus de TS. Ces résultats sont aujourd'hui controversés et l'inverse est montré dans des études plus récentes.

# Discussion

Les troubles du comportement alimentaire peuvent se compliquer de tentatives de suicide ou de suicides. L'étude de la littérature nous rapporte que les patients les plus touchés par cette possible évolution sont plus isolés au niveau social et/ou familial, avec un niveau d'éducation plus faible. Les déterminants comme l'âge et le sexe ne donnent pas de conclusion claire mis à part qu'un début précoce des TCA serait un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire. L'enfance marque l'évolution des TCA : les violences pendant l'enfance et notamment les antécédents d'abus sexuels, mais aussi les séparations, les violences physiques sont des facteurs de risque de comportement suicidaire. Les patients avec un TCA présentent essentiellement des troubles de la personnalité des clusters C et B ; c'est ce dernier qui est associé aux passages à l'acte suicidaire. De manière plus spécifique, une plus faible affirmation de soi, un amour propre plus faible, une plus importante autodépréciation, une plus grande haine de soi et une plus grande négligence de soi sont également associés à des risques de TS. Ces derniers symptômes font évoquer la présence d'un lien avec la dépression. En effet, les maladies psychiatriques les plus associées aux comportements suicidaires chez les patients souffrant de TCA, sont les troubles anxieux et l'abus de substances et surtout les troubles dépressifs. On retrouve une variabilité dans les chiffres concernant les TS entre anorexie mentale et boulimie : ceci s'explique notamment par le types d'anorexie mentale. En effet, les comportements suicidaires sont plus en lien avec le caractère de purge et de crise de boulimie qu'avec le diagnostic d'anorexie mentale ou de boulimie. Ainsi les crises de boulimie, les vomissements provoqués ou encore l'utilisation de laxatifs ou diurétiques sont associés à un risque plus important de TS et de suicide : l'hypothèse la plus régulièrement proposée est que ces comportements illustreraient un trouble de la régulation émotionnelle.

Plus que le poids effectif, c'est la perception que le patient a de son corps et de son impression d'excès de poids qui sont en lien avec la suicidalité. Enfin, lorsqu'on s'intéresse au suicide accompli, on retrouve que la présence de TS dans l'histoire du patient est le principal facteur de risque. On retrouve des résultats contradictoires en ce qui concerne la mortalité par suicide dans les groupes « anorexie mentale » et « boulimie » : ces différences semblent s'expliquer par des problèmes méthodologiques : le diagnostic initial à l'entrée dans l'étude peut évoluer d'une anorexie restrictive pure vers une boulimie par exemple, les patients avec un diagnostic de boulimie sont le plus souvent suivis en ambulatoire et les cas les plus graves entrent alors peut être moins souvent dans les études.

Globalement, la variation des résultats entre les travaux réalisés peut s'expliquer en partie par les problèmes méthodologiques : critères d'inclusions différents selon les études, population générale contre populations (parfois) hospitalisée, diversité de la taille des échantillons, longueur de suivi, méthodes d'évaluation différentes, offre de traitements différents. Cette étude montre, que seulement certains facteurs de risque sont spécifiques des populations souffrant de TCA.

E. Durkheim a défini le suicide comme « la fin de la vie résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer ». Cette revue de la littérature offre d'autres définitions du suicide parfois plus ou moins strictes. Ainsi, le concept de suicidalité est parfois utilisé, alors qu'à d'autres moments, les auteurs utilisent celui de comportement suicidaire. Au sein de ces concepts, différentes notions peuvent être présentes : les idées suicidaires, les gestes suicidaires, les gestes auto-agressifs, la panification suicidaire, la tentative de suicide et enfin le suicide. Un geste suicidaire ne se définit pas par son caractère potentiellement dangereux ou létal, mais par le

fait que le comportement est dicté par une intention de mettre en jeu la vie. Les gestes auto-agressifs ne sont pas définis de manière claire dans ces études et les conduites de purge, les prises de laxatifs, les vomissements provoqués ou toute autre forme de conduite dite inadaptée pour perdre du poids peuvent être, d'une certaine manière, considérés comme des gestes auto-agressifs. A ce propos, il aurait été intéressant d'évaluer avec des questionnaires adaptées l'intentionnalité de mourir comme celui de Hawton par exemple [31]. De plus beaucoup d'études pour évaluer les conduites suicidaires se basent sur une réponse par « oui » ou par « non » de deux des items du questionnaire SCL-90-R : « avez vous déjà pensé à vous suicider ?», « avez vous déjà tenté de vous suicider ? ». On peut déplorer que les investigateurs n'aient pas utilisés un outil plus spécifique et plus discriminant. L'adolescence est une période propice à plusieurs interrogations, notamment autour des questions de vie et de mort et même du suicide. La présence de pensées autour du suicide peut se poser en dehors d'un contexte pathologique à l'adolescence [32] et sans évaluation de l'intentionnalité, ces pensées n'ont que peu de valeur.

La place de la catégorie d'âge joue donc un rôle particulier. On sait en effet que le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les adolescents de 15 à 24 ans [6]. Cet âge de maturation est particulier sur plusieurs plans : au niveau somatique, par exemple, se déroule, entre autre, la maturation des lobes frontaux permettant une modification des capacités cognitives, l'acquisition d'une régulation émotionnelle, une amélioration du jugement et un développement des capacités d'inhibition [33]. La pathologie psychiatrique est largement représentée chez les patients adolescents suicidés : Shaffer [34] montre par exemple qu'environ 90% des adolescents faisant une TS ont une pathologie psychiatrique. L'impulsivité joue un rôle important dans tout passage à l'acte suicidaire, mais sa dimension

est encore plus importante pendant la période adolescente [35]. Il existe donc des différences importantes, et notamment en ce qui concerne le passage à l'acte suicidaire entre des patients présentant un TCA à l'adolescence ou à un autre moment de la vie. Compte tenu de toutes ces spécificités concernant le suicide ou les TS à l'adolescence, on peut déplorer de ne pas retrouver d'étude concernant des populations spécifiquement pendant ou en dehors de la période adolescente.

La surreprésentation du trouble de l'humeur est largement décrite dans la littérature avec des chiffres allant jusqu'à 90% de comorbidité chez les patientes boulimiques [2] et jusqu'à 89,9% des patientes avec anorexie mentale [36]. Godart et al. [37] effectuent une revue de la littérature où ils mettent en évidence plusieurs type de troubles de l'humeur : il est étonnant de constater que les diagnostics ne sont pas plus affinés lorsqu'on étudie le lien entre dépression et suicide chez les patients avec un TCA : le trouble bipolaire étant par exemple beaucoup plus souvent compliqué de suicide que d'autres troubles dans lesquels s'intègrent des épisodes dépressifs et la prise est charge est différente [38]. A l'adolescence, certains troubles dits sub-syndromiques, non détectés par les critères de l'épisode dépressif majeur, peuvent être responsables de passages à l'acte suicidaires [39]. De plus, l'influence de la dénutrition sur les symptômes dépressifs et anxieux est décrite, mais le lien n'a pas été mis clairement en évidence [40]. Les suicides ou les TS n'apparaissent pas en début d'hospitalisation quand la dénutrition est la plus importante et ce lien n'est pas recherché dans les études.

L'étude des comorbidités est également partielle : en effet, jamais dans les études citées, n'apparaît de diagnostic de psychose. Soit suite à un biais de recrutement : le patients présentant des troubles psychotiques sont suivis dans d'autres structures que celles

spécialisées dans les troubles du comportement alimentaire, soit suite aux critères d'exclusions des études. Pourtant il a été établi que 4 à 8% des suicides sont attribués à des patients hospitalisés pour une trouble du spectre schizophrénique [41,42]. On peut alors se dire que les patients souffrant à la fois de troubles psychotiques et de TCA sont encore plus à risque de passage à l'acte suicidaire. Pourtant, on ne retrouve pas d'étude de cette question dans la littérature.

Une surmortalité suicidaire est retrouvée chez les patients souffrant de maladie somatiques graves, chroniques, invalidantes et terminales [4] et, chez les personnes âgées, les maladies somatiques font partie des facteurs pouvant déclencher un passage à l'acte suicidaire [43]. La maladie conduit le sujet à être confronté à l'angoisse de mort [44], mais également à une angoisse de transformation du corps. Ainsi, au sein des TCA, on décrit souvent chez les patientes présentant une anorexie restrictive pure, une anosognosie. Certains auteurs [25] préfèrent évoquer le caractère égosyntonique des symptômes anorexiques et le caractère égodystonique des symptômes de type hyperphagie boulimique. Lamas et al. [17] viennent proposer que le symptôme prend « la place, le rôle et la fonction de défense contre des affects dépressifs non structurés, irreprésentables et pressentis comme dangereux ». La perte du sentiment de contrôle et de maîtrise que ressent le patient anorexique lorsqu'il entre dans des conduites boulimiques peut alors devenir un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire. La quasi exclusivité des articles de cette revue de littérature recherchent la présence d'un comportement suicidaire après avoir inclus les patients en fonction de leur diagnostic initial, or, une des évolutions possible de l'anorexie mentale restrictive pure peut être l'anorexie mentale avec crises de boulimie voire la boulimie. Il serait plus intéressant de connaître le diagnostic précis dans la période précédent le passage à l'acte, et ceci pourrait également

expliquer les différences dans certains résultats. En effet le passage d'un diagnostic à un autre (que ce soit de l'anorexie vers la boulimie ou l'inverse) ne se fait pas sans modification symptomatologique préalable qui pourraient être encore plus explorés [45]. Cette modification du tableau clinique, souvent tellement crainte notamment par les patients souffrant d'anorexie restrictive pure pourrait être un moment particulièrement à risque de désorganisation et aussi, de passage à l'acte suicidaire. Cette notion nous fait penser à la nécessité pour les soignants d'évaluer régulièrement le potentiel suicidaire et notamment lorsque la présentation du patient se modifie.

On ne retrouve pas, dans cette revue de littérature d'autopsie psychologique. Cet outil particulier développé initialement aux Etats-Unis puis dans les pays nordique vise à tenter de comprendre ce qui, dans un passé plus ou moins récent, a pu conduire au geste suicidaire, sans prétendre expliquer la décision unique d'un sujet face à un phénomène aussi complexe [46]. Cette méthode pourrait avoir un véritable intérêt pour déterminer les véritables facteurs de risque, mais également les facteurs précipitants un passage à l'acte. Au lieu de ça, la plupart des études sur le suicide, utilisent des registres de mortalité. Or sur les certificats de décès, les causes ayant entraîné la mort ne sont pas toutes listées et le lien de causalité entre TCA et suicide n'est pas toujours fait amenant alors un défaut d'exhaustivité.

Les discussions sur la prise en charge des TCA sont nombreuses et les recommandations ont toutes pour point commun une prise en charge multidisciplinaire alliant la prise en charge somatique, psychiatrique, psychologique. Pourtant, lorsqu'une prise en charge est évaluée au sein d'une étude, jamais, à notre connaissance, les critères d'évaluation ne s'intéressent à

l'impact sur le risque suicidaire. Il apparaît que des antécédents d'hospitalisation pour un trouble affectif diminuent la mortalité des patientes avec anorexie mentale [47]. Ce fait illustre selon Fennig et Hadas [12] que les hospitalisations passées donnent des ressources et des stratégies de réponses, de coping productives, aux patients face à une crise suicidaire. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que pour prévenir les suicides, il faut identifier et traiter les maladies mentales mais aussi former les médecins traitants à dépister la phase pré-suicidaire [48]. Le suicide reste un événement rare et l'évaluation de sa prévention ou de sa prise en charge est alors difficile. Les exemples menées sur l'île de Gotland en Suède, où après la formation des médecins généralistes à identifier et prendre en charge les troubles du l'humeur, on a vu diminuer le nombre de TS et de suicide, devrait nous inviter à mettre en place des stratégies d'interventions. Plus spécifiquement pour les TCA, une démarche similaire pourrait consister à apporter des connaissances plus nettes aux soignants sur les facteurs de risque de suicide, mais également, de faire entrer systématiquement dans les critères d'évaluation d'une proposition thérapeutique, l'impact qu'elle a sur le comportement suicidaire.

# Conclusion

Cette revue de la littérature nous a permis de souligner l'importance des passages à l'acte suicidaires dans les TCA. De nombreux facteurs de risque de suicide restent non spécifiques, mais certains sont très en lien avec ces troubles. Ainsi, le soignant devra être vigilant face à certaines comorbidités psychiatriques et tout mettre en œuvre pour les traiter. Il doit être particulièrement attentif au risque suicidaire lors de l'apparition de conduites de purge ou de

crises de boulimie. Le suivi médical au long cours devrait être assuré par un médecin référent, jouant le rôle « d'organisateur de soins ». La sensibilisation des soignants et leur connaissance des TCA et de la crise suicidaire leur permettront de surveiller l'évolution clinique et ses conséquences notamment sur le risque de passage à l'acte suicidaire. L'évaluation de l'impact d'une prise en charge sur le risque suicidaire doit être systématique.

## Bibliographie:


[1] Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord 2003;34:383–96. doi:10.1002/eat.10222.

[2] Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007;61:348–58. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040.

[3] Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. J Psychiatr Res 2009;43:1125–32. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.04.003.

[4] Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci 1997;170:205–28.

[5] CépiDc - causes médicales de décès n.d. http://www.cepidc.inserm.fr/site4/ (accessed August 9, 2014).

[6] Philippe C. Suicides et tentatives de suicide. Lavoisier; 2010.

[7] Fedorowicz VJ, Falissard B, Foulon C, Dardennes R, Divac SM, Guelfi JD, et al. Factors associated with suicidal behaviors in a large French sample of inpatients with eating disorders. Int J Eat Disord 2007;40:589–95. doi:10.1002/eat.20415.

[8] Suokas JT, Suvisaari JM, Gissler M, Löfman R, Linna MS, Raevuori A, et al. Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. Psychiatry Res 2013;210:1101–6. doi:10.1016/j.psychres.2013.07.042.

[9] Zaitsoff SL, Grilo CM. Eating disorder psychopathology as a marker of psychosocial distress and suicide risk in female and male adolescent psychiatric inpatients. Compr Psychiatry 2010;51:142–50. doi:10.1016/j.comppsych.2009.03.005.

[10] Nickel MK, Simek M, Lojewski N, Muehlbacher M, Fartacek R, Kettler C, et al. Familial and sociopsychopathological risk factors for suicide attempt in bulimic and in depressed women: prospective study. Int J Eat Disord 2006;39:410–7. doi:10.1002/eat.20288.

[11] Forcano L, Fernández-Aranda F, Alvarez-Moya E, Bulik C, Granero R, Gratacòs M, et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr 2009;24:91–7. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.10.002.

[12] Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. Nord J Psychiatry 2010;64:32–9. doi:10.3109/08039480903265751.

[13] Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. Gen Hosp Psychiatry 2004;26:129–35. doi:10.1016/j.genhosppsych.2003.10.005.

[14] Runfola CD, Thornton LM, Pisetsky EM, Bulik CM, Birgegård A. Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register. Compr Psychiatry 2014;55:439–49. doi:10.1016/j.comppsych.2013.11.007.

[15] Ruuska J, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Koivisto A-M. Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. Eur Child Adolesc Psychiatry 2005;14:276–81. doi:10.1007/s00787-005-0473-8.

[16] Foulon C, Guelfi JD, Kipman A, Adès J, Romo L, Houdeyer K, et al. Switching to the bingeing/purging subtype of anorexia nervosa is frequently associated with suicidal attempts. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr 2007;22:513–9. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.03.004.

[17] Lamas C, Nicolas I, Corcos M. Addictions comportementales (troubles des conduites alimentaires) et suicide. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr., vol. 168, Elsevier; 2010, p. 528–32.

[18] Wildman P, Lilenfeld LRR, Marcus MD. Axis I comorbidity onset and parasuicide in women with eating disorders. Int J Eat Disord 2004;35:190–7. doi:10.1002/eat.10213.

[19] Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. Psychosom Med 2008;70:378–83. doi:10.1097/PSY.0b013e3181646765.

[20] Miotto P, Preti A. Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. Compr Psychiatry 2007;48:218–24. doi:10.1016/j.comppsych.2007.01.006.

[21] Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ, Delinsky SS, Franko DL, Herzog DB. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. Int J Eat Disord 2002;31:191–201.

[22] Bodell LP, Joiner TE, Keel PK. Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa. J Psychiatr Res 2013;47:617–21. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.01.005.

[23] Rosling AM, Sparén P, Norring C, von Knorring A-L. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. Int J Eat Disord 2011;44:304–10. doi:10.1002/eat.20827.

[24] Crow S, Eisenberg ME, Story M, Neumark-Sztainer D. Suicidal behavior in adolescents: relationship to weight status, weight control behaviors, and body dissatisfaction. Int J Eat Disord 2008;41:82–7. doi:10.1002/eat.20466.

[25] Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. Clin Psychol Rev 2006;26:769–82. doi:10.1016/j.cpr.2006.04.001.

[26] WHO | Definitions: emergencies. WHO n.d. http://www.who.int/hac/about/definitions/en/ (accessed September 2, 2014).

[27] Huas C, Caille A, Godart N, Foulon C, Pham-Scottez A, Divac S, et al. Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. Acta Psychiatr Scand 2011;123:62–70. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01627.x.

[28] Huas C, Godart N, Caille A, Pham-Scottez A, Foulon C, Divac SM, et al. Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc 2013;21:15–9. doi:10.1002/erv.2178.

[29] Données de cadrage : Indicateurs d'état de santé : Définitions - IRDES n.d. http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndicateursEtatSante/Definitions.htm (accessed August 10, 2014).

[30] Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. Am J Psychiatry 2009;166:1342–6. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09020247.

[31] Gelder MG. New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press; 2000.

[32] Chérif L, Ayedi H, Sahnoun F, Walha A, Moalla Y, Rekik N, et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2012;60:454–60. doi:10.1016/j.neurenf.2012.03.002.

[33] Rubia K, Smith AB, Woolley J, Nosarti C, Heyman I, Taylor E, et al. Progressive increase of frontostriatal brain activation from childhood to adulthood during event-related tasks of cognitive control. Hum Brain Mapp 2006;27:973–93. doi:10.1002/hbm.20237.

[34] Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1996;53:339–48.

[35] Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr 2007;52:21S – 33S.

[36] Fornari V, Kaplan M, Sandberg DE, Matthews M, Skolnick N, Katz JL. Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Int J Eat Disord 1992;12:21–9. doi:10.1002/1098-108X(199207)12:1<21::AID-EAT2260120104>3.0.CO;2-Y.

[37] Godart NT, Perdereau F, Curt F, Rein Z, Lang F, Venisse JL, et al. Is major depressive episode related to anxiety disorders in anorexics and bulimics? Compr Psychiatry 2006;47:91–8. doi:10.1016/j.comppsych.2005.07.001.

[38] Huber RS, Coon H, Kim N, Renshaw PF, Kondo DG. Altitude is a risk factor for completed suicide in bipolar disorder. Med Hypotheses 2014;82:377–81. doi:10.1016/j.mehy.2014.01.006.

[39] Sihvola E, Keski-Rahkonen A, Dick DM, Pulkkinen L, Rose RJ, Marttunen M, et al. Minor depression in adolescence: phenomenology and clinical correlates. J Affect Disord 2007;97:211–8. doi:10.1016/j.jad.2006.06.019.

[40] Mattar L, Huas C, Duclos J, Apfel A, Godart N. Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: A critical review of the literature. J Affect Disord 2011;132:311–8. doi:10.1016/j.jad.2010.09.014.

[41] Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry 2005;62:427–32. doi:10.1001/archpsyc.62.4.427.

[42] Reutfors J, Bahmanyar S, Jönsson EG, Ekbom A, Nordström P, Brandt L, et al. Diagnostic profile and suicide risk in schizophrenia spectrum disorder. Schizophr Res 2010;123:251–6. doi:10.1016/j.schres.2010.07.014.

[43] Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. Biol Psychiatry 2002;52:193–204. doi:10.1016/S0006-3223(02)01347-1.

[44] Vaiva G, Brunet A, Lebigot F, Boss V, Ducrocq F, Devos P, et al. Fright (effroi) and other peritraumatic responses after a serious motor vehicle accident: prospective influence on acute PTSD development. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr 2003;48:395–401.

[45] Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, et al. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. Am J Psychiatry 2005;162:732–40. doi:10.1176/appi.ajp.162.4.732.

[46] santé FD générale de la, collective I national de la santé et de la recherche médicale (France) C d'expertise. Autopsie psychologique: mise en oeuvre et démarches associées. Inserm; 2008.

[47] Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. Arch Gen Psychiatry 2003;60:179–83.

[48] World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila, Philippines: World Health Organization, Western Pacific Region; 2010.

# Conclusion de la thèse

THESE SOUTENUE PAR : Benoît Rumbach

TITRE : **Points de repère concernant l'association entre les troubles du comportement alimentaire et le suicide. Une revue de la littérature des dix dernières années.**

## CONCLUSION

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) ont été évalués comme la pathologie psychiatrique présentant le risque relatif le plus important de décès par suicide. Il fait appel, à l'intervention de multiples professionnels médicaux et paramédicaux et nécessite une collaboration étroite entre eux, compte tenu de la grande complexité de cette pathologie. L'évaluation du risque suicidaire, la recherche de facteurs de risques spécifiques et de signes d'alerte, doivent donc être les objectifs majeurs des personnes intervenant auprès de ces populations. La littérature scientifique nous permet de recenser les facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire chez les patients souffrant de TCA. Pour beaucoup, ces facteurs de risque ne sont pas spécifiques. On retrouve, entre autre, la présence d'antécédents de violence pendant l'enfance et notamment de violences sexuelles, une vie sociale et familiale peu étayante, des troubles de la personnalité appartenant au cluster B. Les évaluations psychométriques mettent en évidence d'autres dimensions responsables de risque de passage à l'acte suicidaire. Les comorbidités, notamment les troubles anxieux, les addictions et surtout, la présence d'un syndrome dépressif sont également des facteurs de risque.
De manière plus spécifique, certains symptômes ou particularités des populations touchées par un TCA sont associées aux TS. Ainsi, plus le début des troubles alimentaires est précoce, plus le risque de passage à l'acte suicidaire est important. Certaines caractéristiques des TCA notamment le type de trouble, la présence de crises de boulimie, les conduites de purges que ce soit par vomissement provoqués ou par l'utilisation de traitements spécifiques, sont des facteurs spécifiques associés aux TS. Des passages, au sein même des TCA, d'un diagnostic ou d'un type de trouble à un autre sont fréquents. Ces modifications symptomatiques doivent alerter les professionnels et les rendre encore plus attentifs à un risque de passage à l'acte suicidaire. La sensation de perte de contrôle, la disparition de la jouissance de la maîtrise de son environnement interne et externe, le passage du caractère égosyntoniques à un caractère égodystoniques des symptômes, lors de l'apparition d'un trouble boulimique, aggravent les sentiments d'autodépréciation, de haine de soi, qui sont eux-mêmes associées aux TS.
Enfin, nous nous sommes aperçus que les résultats des études concernant les suicides sont contradictoires en ce qui concerne le diagnostic : le taux de suicide est parfois plus important dans les populations touchées par l'anorexie mentale que la boulimie alors que d'autres résultats affirment le contraire. La présence de TS dans l'histoire du patient, est, en tout cas, le facteur de risque le plus important de suicide.

Ce travail se heurte à plusieurs limites. On se rend compte notamment que la frontière entre facteur de risque, mise en danger et comportement à risque est parfois floue. Les symptômes ont été décrits en dehors de tout contexte et il n'est pas possible alors de

donner un sens au passage à l'acte. Le résultat du travail effectué permet donc de se rendre compte du type d'évaluation nécessaire pour prévenir le risque suicidaire. Il n'offre par contre que peu de réponse sur le soin à mettre en place. La présence des comorbidités et de leur influence sur la mortalité dans les TCA permet d'insister une fois de plus sur l'absolue nécessité de les prendre en charge. Aucun traitement n'a fait preuve de son efficacité dans les soins des TCA, il n'empêche que les troubles associés doivent être recherchés et traités aussi efficacement que possible.

Nous constatons également que les facteurs de risque soulignés dans la revue de la littérature ne sont pas particulièrement spécifiques des TCA et ne permettent donc pas de comprendre pourquoi ces troubles sont autant touchés par les conduites suicidaires. Ceci nous permet alors de formuler des hypothèses sur la manière dont pourrait intervenir le psychiatre. Dans un premier temps, il nous apparaît indispensable que toute proposition thérapeutique pour la prise en charge des TCA soit évaluée en tenant compte de l'impact qu'elle peut avoir sur le risque suicidaire. Ensuite, les connaissances de la clinique des TCA et de celles du suicide sont indispensables pour que le soignant puisse repérer les signes d'alertes pour intervenir de manière adaptée et efficace. De plus, les épisodes dépressifs étant fortement associés à des passages à l'acte suicidaire, il serait intéressant d'évaluer l'impact des « sub-syndromes » dépressifs ou même de rechercher s'il n'existe pas une clinique particulière de l'épisode dépressif majeur chez les patients qui présentent également des troubles alimentaires. Enfin, la place donnée, par certains auteurs, aux TCA dans le champ des addictions laisse penser que tout changement de la présentation du patient est la traduction d'une crise. L'ensemble de ces constatations et des données de la littérature nous impose de garder une grande vigilance pour le soin et de ne pas se focaliser uniquement sur les symptômes alimentaires. Il nous semble important que chacune des étapes de la prise en charge soit reliées entre elles afin de d'aider le patient à trouver un sens à ses troubles. La place d'un médecin psychiatre prenant le rôle d'un « coordinateur de soins », et ce, tout au long de la maladie, nous paraît indispensable pour soigner au mieux cette pathologie difficile et pouvoir prévenir un éventuel passage à l'acte suicidaire. Le parcours de soins restera alors un chemin guidé et ne deviendra pas une succession d'étapes thérapeutiques.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 11/10/2011

LE DOYEN

FACULTÉ DE MÉDECINE SCOLARITÉ

J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR Jh DOUCENET