



HAL
open science

Différence de qualité de vie selon la forme d'anorexie mentale en population pédiatrique: évaluation par le questionnaire CHQ 87

Anne Foltzenlogel

► **To cite this version:**

Anne Foltzenlogel. Différence de qualité de vie selon la forme d'anorexie mentale en population pédiatrique: évaluation par le questionnaire CHQ 87. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01286609

HAL Id: dumas-01286609

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286609v1>

Submitted on 11 Mar 2016

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

**DIFFERENCE DE QUALITE DE VIE SELON LA FORME
D'ANOREXIE MENTALE EN POPULATION PEDIATRIQUE :
EVALUATION PAR LE QUESTIONNAIRE CHQ 87**

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine de Nice
Le 21 Avril 2015

Par

Mlle Anne Foltzenlogel
Née le 29 Février 1984 à Strasbourg (Bas-Rhin)
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

Membres du Jury :

Madame le Professeur AZKENAZY
Monsieur le Professeur DAR COURT
Monsieur le Professeur ROBERT
Madame le Docteur GIOVANNINI-CHAMI
Madame le Docteur DOR-NEDONSEL

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BLAIVE Bruno	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOURGEON André	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE BAS Pierre
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE FICHOUX Yves
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. SERRES Jean-Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M. GRELLIER Patrick	
M. HARTER Michel	
M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M. BAQUE Patrick	Anatomie – Chirurgie Générale (42.01)
M. BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)

M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie –Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie – Biologie Moléculaire (44.01)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. FONTAINE Denis	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste

Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. HOFLIGER Philippe
Mme POURRAT Isabelle
M. PRENTKI Marc

Médecine Générale
Médecine Générale
Biochimie et Biologie Moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. DARMON David	Médecine Générale
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Askenazy,

Nous sommes très honorée que vous présidiez ce jury, vous qui nous avez fait découvrir, dans votre service, une pratique de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent mêlant intérêt pour la psychanalyse et activité de recherche en neurosciences.

À Monsieur le Professeur Darcourt,

Votre présence dans ce jury nous honore. Vous avez su nous transmettre, lors de vos enseignements, le plaisir à prendre du recul sur notre travail avec les patients. Une telle attitude nous a été d'une aide précieuse tout le long de notre internat. Soyez assuré de notre sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur Robert,

Nous vous remercions d'avoir accepté notre invitation à siéger dans le jury. Votre intérêt pour la recherche en psychiatrie et la rigueur de votre travail suscitent admiration et respect de notre part.

À Madame le Docteur Giovannini-Chami,

Vous nous avez accordé votre confiance et offert l'opportunité de collaborer à votre travail de recherche sur la qualité de vie en pédiatrie. Vous nous faites également l'honneur de juger notre travail. Soyez assurée de nos sincères remerciements.

À Madame le Docteur Dor,

Vous avez accepté de diriger ce travail, et je vous remercie pour votre disponibilité et vos recommandations. Vous saviez combien l'aventure de la thèse pouvait être belle et éprouvante, aussi avez-vous pris le temps de m'accompagner dans mes divers questionnements. Veuillez recevoir l'assurance de ma reconnaissance.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
RAPPELS PRELIMINAIRES A L'ETUDE	11
I. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	11
A. <i>Les classifications internationales</i>	11
1. DSM-IV-TR	12
2. La CIM 10	15
3. DSM-5	18
B. <i>Epidémiologie des TCA</i>	23
1. Difficultés méthodologiques	23
2. Etudes de prévalence	24
3. Etudes d'incidence	25
4. Particularités en population pédiatrique	26
C. <i>Etiologie</i>	27
1. Facteurs génétiques et biologiques	29
2. Facteurs environnementaux	33
D. <i>Evolution</i>	40
E. <i>Vignettes cliniques</i>	42
1. Une hospitalisation en urgence	42
2. Suivi ambulatoire	44
3. Sortie d'hospitalisation	46
4. Une patiente prépubère	48
II. QUALITE DE VIE EN MEDECINE	50
A. <i>Définition de la qualité de vie en médecine</i>	50
1. Apparition de la notion de qualité de vie en médecine	50
2. Prise en compte la subjectivité des individus	51
3. Apports des études de la qualité de vie	53
B. <i>Evaluation de la qualité de vie</i>	55
1. Définition	55
2. Les questionnaires de qualité de vie	55
3. Questionnaires pédiatriques	56
C. <i>Qualité de vie et troubles du comportement alimentaire</i>	58
1. Eléments chronologiques	58
2. Intérêt et utilité	58
3. Publications	60
TRAVAIL DE RECHERCHE	62
I. OBJECTIF DE L'ETUDE	62
A. <i>Hypothèse principale</i>	62
B. <i>Objectif principal</i>	62

C. Objectif secondaire.....	62
II. MATERIEL ET METHODES.....	63
A. Contexte : étude QUALIFE	63
B. Population	64
1. Description de la population de l'étude.....	64
2. Critères d'inclusion.....	64
3. Critères de non-inclusion	65
4. Critère d'exclusion.....	65
C. Déroulement de l'étude.....	65
1. Cadre de l'étude	65
2. Période d'inclusion	66
3. Procédure	66
4. Outils d'évaluation	68
5. Traitement des données et analyse statistique.....	72
III. RESULTATS.....	73
A. Caractéristiques de la population de l'étude.....	73
1. Diagnostic	74
2. Âge.....	75
3. Indice de Masse Corporelle.....	75
4. Troubles anxieux et dépressifs.....	76
5. Traitement.....	76
6. Patientes prépubères	77
B. Résultats des auto-questionnaires	78
1. Résultats de la population globale de l'étude.....	78
2. Comparaison entre les deux groupes	79
3. Comparaison des patientes prépubères et pubères.....	82
IV. DISCUSSION.....	85
A. Limites de l'étude	86
1. Biais de sélection	86
2. Taux de participation.....	86
3. Taille de l'échantillon et biais de confusion	88
B. Discussion des résultats.....	91
1. Qualité de vie comparée à d'autre maladies chroniques	91
2. Différences entre les groupes AR et AB	93
C. Patientes prépubères, une population à part ?.....	98
1. Comparaison aux patientes pubères	98
2. Comparaison à une population non malade.....	101
D. Perspectives.....	104
1. Etude QUALIFE	104
2. Perspectives cliniques	104
3. Recherches à venir	106
CONCLUSION	108
ANNEXES	109
BIBLIOGRAPHIE.....	133

Liste des abréviations

AB : Anorexie boulimie

AN : Anorexie Mentale (Anorexia Nervosa)

AR : Anorexie restrictive

ARp : Anorexie restrictive prépubère

ARP : Anorexie restrictive pubère

BN : Boulimie (Bulimia Nervosa)

CHQ-87 : Child Health Questionnaire – 87 items

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IMC : Indice de masse corporelle

IRM : Imagerie par résonance magnétique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QVLS : Qualité de Vie Liée à la Santé

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TCANS : Trouble du Comportement Alimentaire Non Spécifié autrement

Introduction

Charles-Ernest Lasègue, médecin français du XIX^{ème} siècle, est l'un des premiers à donner une description psychopathologique de ce qu'il appelait alors « l'anorexie hystérique ». Sans parler de déni des troubles, Lasègue rapporte les paroles d'une de ses patientes : « Je ne souffre pas, donc je suis bien portante » [1]. Ainsi, dès les premières publications concernant la maladie anorexique, se pose la question de la souffrance et de son identification par les patients.

L'anorexie mentale est une pathologie complexe, appartenant au champ des troubles du comportement alimentaire, en lien étroit avec la boulimie. De nombreux patients présentant une anorexie restrictive, associent secondairement des symptômes dits boulimiques. La limite entre ces deux diagnostics continue de faire débat. La classification du DSM-IV-TR considère le diagnostic d'anorexie comme primant sur celui de boulimie. Il regroupe donc les patientes atteintes d'anorexie dite restrictive et d'anorexie avec crises de boulimie ou « avec conduites de purges ». L'anorexie mentale est dans la plupart des cas une maladie chronique psychiatrique qui survient le plus souvent au cours de l'adolescence [2]. Son taux de mortalité est le plus élevé parmi les maladies psychiatriques [3], mais le taux de recours à une prise en charge médicale reste faible [4].

L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être : physique, mental et social. L'anorexie mentale affecte chacun de ces trois domaines. En plus des complications somatiques de la dénutrition et des conduites de purge, les patients atteints d'anorexie souffrent fréquemment d'anxiété ou de dépression. Leurs symptômes alimentaires et leurs comorbidités peuvent provoquer un retrait social, véritable entrave à leur développement.

Si la notion de « déni des troubles » est souvent rappelée, peu de données existent concernant la qualité de vie autoévaluée des adolescents atteints d'anorexie dans la littérature internationale [5]. Le Child Health Questionnaire (CHQ-87) est une des échelles les mieux connues et les plus utilisées pour évaluer la qualité de vie liée à la santé chez l'enfant et l'adolescent [6][7]. Elle a permis la comparaison de populations d'enfants atteints de maladies chroniques (paralysie centrale, drépanocytose, exstrophie vésicale-épispadias) avec des populations contrôle [8][9][10]. Le questionnaire CHQ-87 est reconnu comme indicateur valide de la santé physique et psychosociale en population pédiatrique [10]. L'évaluation de la qualité de vie est également un enjeu dans l'évaluation de l'efficacité des soins [11] et nécessite une compréhension de ses principaux déterminants pour chacune des pathologies.

Certes, la question de la description de la qualité de vie dans les troubles du comportement alimentaire se heurte à l'hétérogénéité des catégories diagnostiques au sein de ces troubles. De ce fait, peu d'études ont été réalisées dans ce domaine et encore moins chez l'enfant et l'adolescent [12]. Or, une meilleure connaissance du vécu des patients dans les troubles anorexiques pourrait permettre une amélioration des propositions thérapeutiques en s'adaptant plus précisément aux attentes et aux difficultés de chaque patient. En particulier, la présence ou non de troubles boulimiques pourrait être un facteur déterminant important de la qualité de vie dans l'anorexie mentale.

Ainsi dans notre étude, nous avons fait l'hypothèse d'une différence de la perception de la qualité de vie évaluée par l'auto-questionnaire CHQ-87 entre les patients, enfants et adolescents, atteints d'anorexie restrictive pure et ceux atteints d'anorexie avec symptômes boulimiques.

Rappels préliminaires à l'étude

I. Troubles du comportement alimentaire

A. Les classifications internationales

Les deux grands systèmes actuels de classification internationale des pathologies psychiatriques sont le DSM-IV-TR et la CIM 10.

Il existe des différences de conceptualisation entre le DSM et la CIM, mais les deux ouvrages décrivent l'anorexie mentale et la boulimie comme des troubles du comportement alimentaire distincts. Si les variations des critères diagnostiques sont subtiles, la prééminence donnée à l'un ou l'autre des troubles sur le deuxième peut entraîner un diagnostic différent. Ainsi, une anorexie de type « avec crises de boulimie » dans le DSM-IV-TR correspond à une boulimie dans la CIM-10.

Dans les deux classifications, une troisième catégorie de troubles est répertoriée : les troubles dits non spécifiques, avec des critères diagnostiques moins contraignants.

Après la revue des deux principales classifications actuellement utilisées en France, la nouvelle version du DSM sera détaillée.

1. DSM-IV-TR

1.a Présentation

Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est un vademecum diagnostique. Son but est de fournir aux divers professionnels médicaux et para médicaux une référence commune pour la dénomination des pathologies psychiatriques.

Le DSM a été publié pour la première fois en 1952, avant d'être révisé à plusieurs reprises. La 5^{ème} version du manuel a été publiée le 22 mai 2013 en langue anglaise. En France, le DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition révisée, éditée par l'Association américaine de psychiatrie) est toujours utilisé tandis que la version française du DSM-5 est attendue pour juin 2015.

Ce manuel édité par l'APA (American Psychiatric Association) a été conçu de manière empirique. Depuis sa troisième version, parue en 1980, il se veut descriptif et athéorique. Le DSM-IV-TR définit le trouble de santé mentale comme un syndrome, soit un ensemble de symptômes, associé à une souffrance psychique ou à un comportement dysfonctionnel. Les différents troubles sont décrits sous forme de catégories diagnostiques correspondant à un ensemble de symptômes ou critères quantitatifs. Il n'est fait aucune hypothèse sur l'étiologie du trouble. Le DSM ne contient donc pas d'éléments psychopathologiques.

Des extraits du DSM-IV-TR comprenant les critères diagnostiques des troubles du comportement alimentaire sont regroupés en annexe 1.

1.b Critères DSM-IV-TR des troubles du comportement alimentaire

1) Anorexie mentale

L'anorexie est définie par quatre critères diagnostiques : un poids bas compte-tenu de la taille et de l'âge, une peur pathologique de grossir, un trouble du schéma corporel et des troubles endocriniens (aménorrhée ou troubles de la croissance et du développement pubertaire).

Le DSM-IV-TR distingue deux types cliniques d'anorexie, une forme restrictive pure et une forme associée à des crises de boulimie ou des conduites de purges.

Le diagnostic d'anorexie est donc « prioritaire » sur celui de la boulimie : dans le cas de crises de boulimie survenant lors d'une période d'anorexie, il s'agit, dans le DSM-IV-TR, d'une anorexie mentale, type avec crises de boulimie.

2) Boulimie (Bulimia nervosa)

La Boulimie se caractérise par la survenue de crises de boulimie et de comportements compensatoires inappropriés au moins deux fois par semaine chez une personne dont l'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle, et ce en dehors d'une période d'anorexie mentale. Les crises sont caractérisées par l'ingestion d'une grande quantité de nourriture avec une sensation de « perte de contrôle ».

La Boulimie présente également deux sous-types cliniques, selon les méthodes compensatoires utilisées : un type avec vomissements ou prise de purgatifs et un type « sans », où la maîtrise du poids sera assurée par des périodes de jeûne et un exercice physique excessif.

3) Troubles des conduites alimentaires non spécifiés

La catégorie des troubles du comportement alimentaire non spécifiés autrement (TCANS ou EDNOS en anglais) permet l'attribution d'un diagnostic chez des patients présentant essentiellement des formes subsyndromiques. Ces troubles ne répondent pas strictement aux critères de l'Anorexie ou de la Boulimie.

En outre, cette catégorie « résiduelle » regroupe des formes mixtes et un petit contingent d'hyperphagie boulimique. Ce trouble est caractérisé par une surconsommation alimentaire, avec perte de contrôle, mais sans les stratégies de contrôle du poids, qui sont une dimension essentielle de l'anorexie comme de la boulimie (ces patients hyperphages sont donc en surpoids, voire obèses).

Ces troubles non spécifiés autrement représenteraient, au vu des données épidémiologiques, près de la moitié des personnes souffrant d'un trouble du comportement alimentaire [13]. Ce qui justifie les discussions actuelles sur la pertinence et les limites de cette classification. D'autre part, plus de la moitié des jeunes filles ou des femmes présentant un TCANS consulteront dans les années suivantes pour des altérations significatives de leur santé physique et leur adaptation psychosociale [14]. Il semblerait ainsi que les exigences diagnostiques actuelles contribueraient grandement à des retards de diagnostic et de prise en charge [15].

2. La CIM 10

2.a Présentation

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, est une classification médicale générale qui ne se limite pas aux pathologies psychiatriques.

Ses origines remontent au XIX^e siècle, avec une première « Classification des causes de décès » établie par Jacques Bertillon, médecin français et chef des services de Statistiques de la ville de Paris. Cette classification est adoptée en 1893 par l'International Statistical Institute de Chicago. Plusieurs révisions se succéderont, jusqu'en 1948 et l'édition de la CIM 6 par l'Organisation mondiale de la santé. Celle-ci est le premier manuel comportant une classification des troubles mentaux.

Par sa reconnaissance internationale, la CIM permet de comparer les données de morbi-mortalité recueillies dans différents pays ou à des époques différentes. Sa version actuelle est la CIM 10, adoptée par les pays membres de l'OMS en 1994. La CIM est régulièrement révisée, avec un système de mises à jour disponibles en ligne. La parution de la CIM 11 est annoncée pour l'année 2017.

Les extraits de la CIM-10 concernant les TCA sont regroupés en annexe 2.

2.b Classification des TCA dans la CIM 10

Le chapitre consacré à la psychiatrie dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) présente des similarités avec la classification du DSM pour les troubles du comportement alimentaire. Les principales différences sont ici relevées.

1) Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0

Dans la CIM, l'anorexie est définie par un poids inférieur à la normale (IMC<17.5), chez un patient présentant des restrictions alimentaires, associées à la peur de grossir et à des répercussions endocriniennes (aménorrhée ou troubles sexuels). Contrairement au choix fait dans le DSM, le diagnostic d'anorexie mentale, tel que défini par la CIM-10, ne peut se poser qu'en l'absence de symptômes boulimiques.

D'autre part, la CIM précise les critères pour les populations pédiatriques prépubères : une prise de poids insuffisante par rapport à celle attendue au cours de la croissance remplace la perte de poids. Pour les critères endocriniens : l'arrêt de la puberté avec une aménorrhée primaire chez les filles et l'absence de développement des organes génitaux chez les garçons.

2) Anorexie mentale atypique F50.1

Contrairement au DSM qui regroupe l'ensemble des troubles atypiques sous l'étiquette TCANS, les rédacteurs de la CIM ont préféré préciser pour chaque trouble du comportement alimentaire une variante moins caractéristique, avec élargissement des critères diagnostiques.

Les tableaux d'anorexie mentale atypique correspondent à des situations cliniques où l'un des critères de l'anorexie mentale est absent, telle que l'aménorrhée ou la peur de grossir.

3) Critères CIM-10 de la boulimie F50.2

La boulimie est une pathologie où sont associés, comme dans le DSM-IV-TR, des épisodes d'hyperphagie avec un besoin irrésistible de nourriture et des comportements compensatoires inappropriés chez des patients présentant une crainte morbide de grossir. La fréquence des crises et des comportements compensatoires n'est pas chiffrée.

Rappelons la « primauté » du diagnostic de boulimie sur l'anorexie dans la CIM.

L'antécédent fréquent d'anorexie mentale est précisé, rappelant le fréquent passage trans-diagnostique : les symptômes anorexiques et boulimiques étant souvent associés, simultanément ou successivement. Néanmoins, si près de la moitié des patients anorexiques restrictifs rempliront à un moment ou à un autre des critères diagnostiques de la boulimie dans la CIM-10 [16], la réciproque n'est pas vraie.

4) Boulimie atypique F50.3

Comme pour l'anorexie mentale, la boulimie est déclinée en un tableau atypique lorsqu'un critère diagnostique fait défaut.

5) Autres troubles alimentaires

Les autres troubles du comportement alimentaires, réunis dans les TCANS du DSM-IV-TR sont précisés dans la CIM 10, avec les quatre diagnostics suivants, qui s'ajoutent aux deux tableaux atypiques.

Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques F50.4

Ce diagnostic comprend les hyperphagies survenant dans un contexte particulier, tel que le deuil ou un accouchement par exemple.

Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques F50.5

Comme pour le diagnostic précédent, la survenue des symptômes est liée à des facteurs émotionnels. Les symptômes ne sont pas exclusivement imputables à une autre affection médicale.

Autres troubles de l'alimentation F50.8

Cette catégorie regroupe les pertes d'appétit psychogènes et le PICA de l'adulte.

Trouble de l'alimentation, sans précision F50.9

3. DSM-5

3.a Présentation

En préparation depuis les années 2000, le DSM-5 est paru en mai 2013 en langue anglaise.

Dans le cadre des troubles du comportement alimentaire, des modifications notables sont à relever dans la 5^{ème} version du DSM : la création d'une nouvelle entité diagnostique « ARFID », présentée ci-après, et la modification des critères des formes typiques de l'anorexie et de la boulimie.

Les conséquences mécaniques de ces modifications sont l'augmentation de la proportion des malades classés en catégorie spécifique, au prix d'une possible augmentation de l'hétérogénéité au sein de ces groupes diagnostiques [13].

Le DSM-5 n'est pas encore disponible en traduction française. Les extraits en annexe 3 sont une traduction personnelle du manuel américain.

3.b Catégories diagnostiques du DSM-5

1) Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)

Catégorie inspirée du Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance, présente dans le DSM-IV-TR et dont les critères ont été significativement élargis. Les auteurs précisent que cette catégorie vise à regrouper aussi les adultes qui présentent des comportements de restriction alimentaire sans répondre aux critères d'aucun TCA dans le DSM-IV-TR.

Les patients concernés par ce diagnostic ont des apports alimentaires insuffisants en raison d'un intérêt apparent diminué pour la nourriture, d'un évitement alimentaire reposant sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture, ou d'une inquiétude concernant les conséquences de l'alimentation.

2) Anorexia Nervosa

La modification principale apportée au diagnostic d'anorexie mentale est la suppression du 4^{ème} critère (l'aménorrhée).

Les rédacteurs justifient cette décision par un argument pragmatique : l'aménorrhée ne pouvant être évaluée chez les jeunes filles prépubères, chez les jeunes femmes sous contraception orale ou chez les hommes, elle ne peut être conservée comme critère nécessaire au diagnostic. Abandonner ce critère permet ainsi de diminuer la proportion des patients regroupés dans la catégorie TCANS.

D'autre part, certains auteurs mettent en avant le caractère redondant du critère d'aménorrhée [17]. Conséquence physiologique de la perte de poids, de la malnutrition ou de l'excès d'exercice physique, l'aménorrhée ne serait donc pas un critère indépendant du diagnostic.

Néanmoins, l'aménorrhée précède la perte de poids chez environ 20% des patientes présentant une anorexie mentale [17] et peut persister après la normalisation pondérale [18].

L'aménorrhée reste un symptôme fréquemment associé à l'anorexie mentale et à ses complications médicales telles que l'ostéoporose. Quand bien même il n'est pas nécessaire au diagnostic, son évaluation permet de déterminer la sévérité du trouble.

Le critère A (refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum pour l'âge et pour la taille), a été précisé sur le modèle de la CIM, en introduisant la

notion de poids bas en comparaison du poids attendu selon le stade de développement de l'individu.

Le critère B est lui aussi élargi : la peur de prendre du poids n'est pas obligatoirement verbalisée, et la présence de comportements interférant avec la prise de poids suffit à valider ce critère. Les critères émotionnels et cognitifs tels que la peur de grossir et le déni de sa maigreur (critère C) sont donc remplacés par un critère comportemental, plus facilement objectivable, notamment chez les plus jeunes patientes.

Beate Herpertz-Dahlmann retrouve dans cette modification, une volonté de diminuer la stigmatisation des personnes atteintes de TCA [19]. D'après cet auteur, la formulation des critères du DSM-IV-TR implique une attitude délibérée et des actions volontaires de la part du patient. Ainsi trouve-t-elle que les termes « refus » ou « déni » méritent d'être remplacés par « restriction relative des apports » ou « persistance d'un manque de reconnaissance », deux expressions plus neutres. Ces formulations comportent en effet moins de connotations, de jugement, tout en permettant une description des faits observés.

Enfin, après la précision du type d'anorexie (restrictive ou avec boulimie/conduites de purge), deux nouvelles spécifications sont proposées. Premièrement, une notion dynamique concernant le diagnostic. Les patients ayant présenté une pathologie typique dans le passé, mais qui présentent actuellement une forme atypique avec un poids normalisé et persistance du critère B ou C et les patients n'ayant plus aucun critère peuvent avoir un diagnostic d'anorexie mentale en rémission partielle ou en rémission totale. Deuxièmement, on note l'apparition d'un critère de sévérité (évaluation dimensionnelle) basé sur la valeur de l'IMC chez l'adulte et l'estimation du percentile chez l'enfant et l'adolescent.

3) Bulimia Nervosa

Pour la Boulimie, la fréquence des crises et des comportements compensatoires est abaissée de deux à une seule crise par semaine pour un trouble devant toujours évoluer depuis plus de 3 mois.

L'abaissement de ce seuil, bien qu'il induise une rupture avec le DSM-IV-TR, est justifié empiriquement par la similitude des caractéristiques des populations (caractéristiques cliniques, histoire du trouble, antécédents familiaux et réponse au traitement) [20].

L'avantage est, ici aussi, de regrouper sous le diagnostic de Boulimie un plus grand nombre de patients, habituellement « exclus » et classés dans les troubles non spécifiques. Ce regroupement se basant également sur la notion de « continuum » que les auteurs du DSM-5 ont souhaité défendre, avec une augmentation des évaluations dimensionnelles des troubles au sein d'un regroupement catégoriel.

4) Binge-Eating Disorder ou Hyperphagie boulimique :

Cette catégorie répond à la publication dans l'annexe B du DSM-IV-TR de « critères préliminaires » de l'hyperphagie boulimique. Il s'agit de patients présentant des crises d'hyperphagie avec sensation de perte de contrôle sans comportement compensatoire systématique. Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique sont en surpoids, voire obèses. Suite aux recherches cliniques menées par l'APA, l'entité diagnostique est conservée et les critères préliminaires ont été modifiés sur le même modèle que ceux de la Boulimie avec une diminution de la fréquence moyenne de deux à une seule crise par semaine pendant 3 au lieu de 6 mois.

5) Autres troubles des conduites alimentaires spécifiés

La catégorie des Autres troubles des conduites alimentaires spécifiés est une création du DSM-5, sur le modèle des troubles atypiques de la CIM-10. Les troubles ne répondant pas aux critères des pathologies spécifiques sont regroupés en une grande catégorie, subdivisée en présentations diverses, telles que l'anorexie atypique ou la boulimie de faible fréquence. De nouveau, les modifications de la nomenclature permettent une augmentation de la proportion des troubles spécifiques.

6) Troubles des conduites alimentaires non spécifiques

Enfin, la catégorie TCANS a été conservée et représenterait encore, selon les études, jusqu'à un quart des patients souffrant de TCA [13]. Elle permet le recueil des situations sub-syndromiques mais aussi le codage diagnostique dans des situations où le temps n'a pas permis de spécifier le trouble, faute d'un recueil complet des données cliniques.

B. Epidémiologie des TCA

1. Difficultés méthodologiques

Dans le cas des troubles du comportement alimentaire, les chiffres d'incidence et de prévalence publiés sont nombreux et parfois contradictoires. Alors que certaines études retrouvent des taux en forte augmentation, d'autres chercheurs concluent à une stabilisation du nombre de cas de TCA. Les taux de survenue eux-mêmes sont variables selon les pays et les études.

Les données épidémiologiques concernant les troubles du comportement alimentaire sont effectivement à interpréter avec précaution [21]. La raison de cette hétérogénéité des données pourrait se trouver dans les divergences méthodologiques.

La réalisation d'études épidémiologiques rigoureuses nécessite non seulement de définir précisément l'objet de l'étude, c'est-à-dire de disposer de critères diagnostiques communs mais également de recueillir un nombre de cas suffisant et représentatif au sein d'une population donnée. Or nous avons vu que les classifications internationales, qui ont été développées dans le but d'élaborer un langage commun permettant une évaluation homogène des TCA dans le monde, ont elles-mêmes évolué avec le temps. Les comparaisons des taux d'anorexie ou de boulimie au cours de la deuxième moitié du XXème siècle souffrent des modifications itératives de ces classifications.

D'autre part les TCA sont des pathologies relativement peu fréquentes en population générale et à cette faible prévalence s'ajoute le déni fréquent des patients et leur faible taux de recours aux services de soins. Ces éléments compliquent l'obtention de données fiables, car, même si des études récentes portent sur des milliers de personnes, le nombre de cas de TCA détectés reste faible. Face à cet obstacle méthodologique, plusieurs solutions sont trouvées.

Certains épidémiologistes recherchent des données pour des populations considérées à haut risque en utilisant une stratégie «à deux niveaux» : dépistage large par questionnaire, puis diagnostic par entretien. Les questionnaires induisent généralement un sur-diagnostic des TCA. D'autres se basent sur des registres d'hospitalisation ou de consultation, et sous-estiment généralement l'incidence, dans la mesure où ils sélectionnent les patients consultant pour leurs troubles. En effet, selon l'étude européenne ESEMeD-WMH [4], à 12 mois d'évolution d'un TCA, moins de 40% des patients seraient suivis. Ainsi ces méthodologies évitent le recrutement de populations trop importantes, mais empêchent la généralisation des résultats obtenus.

Enfin, les études épidémiologiques concernent souvent des populations différentes évoluant dans des cadres culturels distincts. Toute comparaison dans ces conditions est dès lors difficile.

Au total, il existe actuellement deux types d'études : des études communautaires, rares, et de nombreuses études réalisées à partir des registres de soin. Les taux d'incidence de ces dernières sont significativement plus bas que ceux des études communautaires, en raison du biais causé par le faible taux de recours aux soins.

2. Etudes de prévalence

Dans une revue de la littérature internationale datant de 2003 [22], Hoek et al. rapporte une prévalence moyenne en Europe et aux Etats-Unis de 0.3% pour l'anorexie chez les femmes jeunes. Le taux de prévalence de la boulimie étant de 1% pour les femmes et de 0.1% pour les hommes. Les études de prévalence utilisées ont toutes été réalisées dans des populations à haut risque repérées par questionnaires. Le terme de « femme jeune » n'est pas précisé, mais les études ont été généralement réalisées en milieu scolaire et concernaient des

jeunes filles dès 11 ans, jusqu'à des jeunes femmes de 35 ans. Enfin, il est précisé que ce taux de prévalence correspond à des cas d'anorexie répondant aux critères du DSM-IV, il est donc nettement inférieur aux taux de nombreuses études relevant les syndromes partiels.

Par exemple, l'étude de validation du questionnaire Q-EDD [23], réalisée auprès de 1001 collégiens et lycéens de l'agglomération de Toulouse, retrouve une prévalence de 1.5% pour un trouble du comportement alimentaire spécifique (anorexie et boulimie confondues) et une prévalence de 7.9% pour un TCANS. Enfin, 20.9% d'adolescents rapportaient des troubles sub-cliniques.

Dans le cadre de l'étude européenne d'épidémiologie des troubles mentaux (ESEMED), dont les résultats concernant les TCA ont été publiés en 2009 [4], les prévalences vie entière de l'anorexie mentale, de la boulimie, des troubles sub-syndromiques étaient respectivement de 0.93%, 0.88% et 0.55% chez les femmes, et de 0%, 0.12% et 0.91% chez les hommes.

3. Etudes d'incidence

Toujours d'après la revue de la littérature de Hoek, l'incidence de l'anorexie mentale est de 8 cas pour 100 000 habitants par an et celle de la boulimie de 12 cas pour 100 000 habitants par an. L'incidence de l'anorexie mentale a augmenté durant le siècle dernier, jusqu'aux années 1970 pour se stabiliser ensuite. Les taux d'incidence de la Boulimie seraient en augmentation, mais les données restent encore peu fiables en raison des difficultés diagnostiques et du tabou persistant autour de cette pathologie.

Une étude finlandaise, basée sur un registre de jumelles (2545 personnes nées entre 1975 et 1979) [24], retrouve une prévalence de 2.2% pour l'anorexie mentale et de 4.2% pour des troubles du comportement alimentaires de type anorexique (critères élargis). Une personne atteinte sur deux rapportait ne jamais être allée consulter. L'incidence de l'anorexie

mentale selon le DSM-IV pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans était de 270 pour 100 000 habitants par an. De nombreuses études rapportent effectivement une incidence nettement plus élevée pour cet âge, avec environ 40% des cas survenant entre 15 et 19 ans [2].

4. Particularités en population pédiatrique

Dans une récente mise au point concernant l'épidémiologie des troubles du comportement alimentaire, Beate Herpertz-Dahlmann [19] rapporte également un taux d'incidence de 1 à 2.5 pour 100 000 habitants par an de troubles alimentaires restrictifs (ne répondant pas aux critères du DSM-IV) chez les enfants âgés de 5 à 12 ans. Bien que bas, ce taux est en augmentation.

De manière plus anecdotique, aux Etats-Unis, au New York Presbyterian Hospital, Katherine Halmi [25] observe l'apparition d'admissions d'enfants âgés de 9 à 12 ans pour anorexie mentale. Alors qu'aucun enfant n'était admis pour ce motif avant l'an 2000, ils sont trois en 2002 et jusqu'à dix en 2007. Cette impression est confirmée par l'étude de Micali en Grande-Bretagne, qui, bien que l'âge d'incidence maximale pour l'anorexie soit 15 à 19 ans, retrouve une incidence de 24 pour 100 000 habitants par an pour l'anorexie chez les 10-14 ans [2].

Si les taux d'incidence des TCA restent stables chez les adultes, ils semblent en augmentation chez les adolescents et les enfants, en particulier pour les formes subsyndromiques (TCANS du DSM-IV-TR) avec un abaissement de l'âge d'apparition des troubles [26].

C. Etiologie

« Les troubles du comportement alimentaire sont, depuis des générations, un sujet de dissension au sein du monde médical. Particulièrement l'anorexie mentale qui représente le tableau psychiatrique où l'intrication des troubles somatiques et psychiques dans un même syndrome est le plus manifeste. » écrit Philippe Jeammet [27]. Il relève ainsi l'aspect polymorphe de la symptomatologie des patientes atteintes de TCA, les troubles alimentaires se mêlant aux symptômes physiques de dénutrition ou aux complications des vomissements, mais aussi aux symptômes anxieux, dépressifs et à l'insomnie. Si l'expression clinique la plus visible est somatique (amaigrissement, aménorrhée) et alimentaire (restriction et troubles des conduites alimentaires), les TCA sont cependant classés parmi les affections psychiatriques.

« La question qui se pose est de savoir si anorexie et boulimie sont des maladies autonomes ou des comportements réactionnels à une situation de stress, susceptibles de survenir chez des personnalités sensiblement différentes et dans des contextes variables. » poursuit Philippe Jeammet. Son hypothèse est liée à une vision singulière de la maladie psychique, considérée comme une réponse adaptative à des facteurs de stress. Le trouble alimentaire peut alors être vu comme une solution à une situation donnée. Une solution qui s'enferme sur elle-même en raison des risques addictifs des comportements mis en place et qui réorganise alors tout le développement de la personnalité.

Face à cette question, de nombreux modèles étiopathogéniques ont été développés. Certains s'intéressent à une hypothèse unique, comme les troubles comportementaux cognitifs ou la dimension génétique. D'autres envisagent la question sur un plan développemental et intègrent de multiples modèles. Sont alors considérés des éléments aussi divers que l'histoire

familiale et individuelle du sujet, qui comportent des éléments psychologiques, biologiques, génétiques et sociaux.

Comme le soulignent les praticiens de l'institut mutualiste de Montsouris dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale [28], les deux abords ont leurs limites. Si le premier considère la question selon un angle de vue très réduit, il permet l'exploration d'hypothèses au travers d'études quantitatives empiriques. Quant au second, qui considère la question des TCA par des modèles multidimensionnels ou « intégratifs », il permet une vue d'ensemble sans connaître réellement le poids et la place de chaque dimension. Des études prospectives seraient nécessaires pour tester la pertinence de ces modèles complexes.

Cependant, ces deux approches peuvent être vues comme complémentaires : les études focalisées sur un axe permettant d'enrichir les modèles étiopathogéniques complexes. Selon ces modèles intégratifs, l'anorexie se déclarerait chez des sujets prédisposés, à la faveur de facteurs déclenchants (insatisfaction du sujet sur lui-même, régime, puberté, deuil, séparation) et serait maintenue par des facteurs pérennisant (dénutrition, réaction des autres, nouvel équilibre psychique), créant un véritable cercle vicieux.

Actuellement, l'hypothèse la plus répandue reste donc que les troubles du comportement alimentaire sont des pathologies indépendantes d'origine multifactorielle. Une représentation possible de ce modèle est proposée par Garner en figure 1.

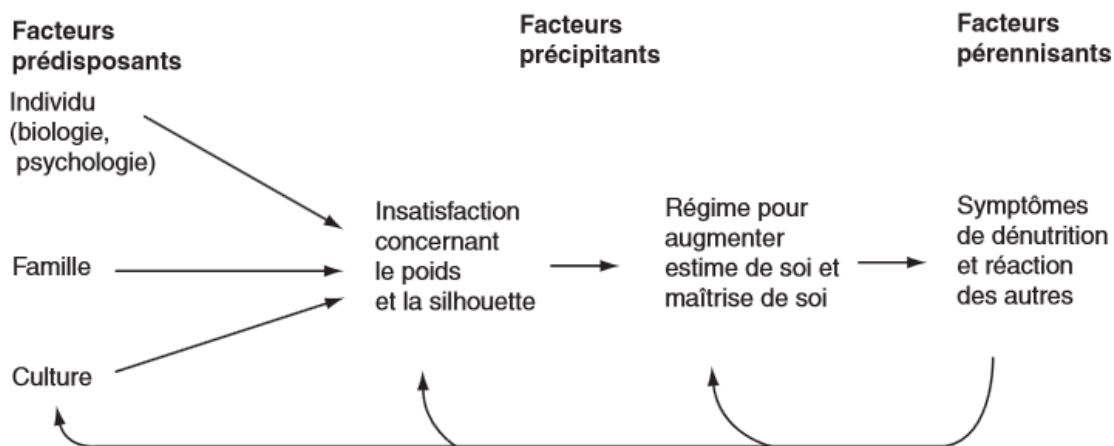


Figure 1 : TCA en tant que trouble multifactoriel d'après Garner [29]

Dans son état de l'art publié en 2014, l'association américaine de pédiatrie ne reconnaît pas d'étiologie spécifique aux troubles du comportement alimentaire [30]. Le modèle bio-psycho-social, est le modèle explicatif retenu, avec l'intrication de facteurs génétiques et de prédispositions biologiques, d'influences environnementales et socioculturelles ainsi que de traits psychologiques individuels.

1. Facteurs génétiques et biologiques

L'évolution des connaissances actuelles en génétique concernant les troubles du comportement alimentaire a poussé les chercheurs à passer d'un modèle explicatif ou causal à un modèle de vulnérabilité génétique, où les troubles seraient dus à des interactions complexes « gène-environnement ». Iain Campbell explique, dans une revue de littérature datant de 2011 [31], que des anomalies génétiques directement associées à des pathologies telles que les TCA auraient une telle incidence sur la fertilité, qu'elles disparaîtraient

rapidement du pool génétique humain. Elles ne seraient donc pas responsables de la majorité des cas. En revanche, une accumulation de modifications génétiques rares et d'origine récente, ou des interactions « gène-environnement » (GxE) induisant des changements épigénétiques transmissibles, seraient plus à même de sous-tendre l'héritabilité des troubles du comportement alimentaire.

Parmi les hypothèses actuellement retenues, les anomalies biologiques préexistantes au développement des TCA seraient les anomalies sérotoninergiques et les anomalies de l'axe corticotrope [32]. Elles seraient soit le résultat de particularismes génétiques, soit la résultante biologique d'évènements de vie périnataux ou de la petite enfance, soit, dans le modèle GxE, le résultat d'une interaction entre ces deux phénomènes.

Ainsi, les études épidémiologiques retrouvent une agrégation familiale des TCA [33] : anorexie et boulimie apparaissent plus fréquentes parmi les apparentés de sujets atteints de TCA qu'en population générale. La prévalence des TCA est particulièrement fréquente chez les mères des patientes : 17.2% d'entre elles présentent un trouble alimentaire d'après F.Perdereau en 2002 [34]. Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature antérieure. La même étude retrouve une fréquence importante des troubles alimentaires dans la fratrie des patientes (10.3% des patientes ont un frère ou une sœur atteint) ainsi que dans la branche maternelle de la famille où 10.3% des patientes ont au moins un oncle, une tante ou un cousin maternelle atteint. Si l'on retrouve dans la littérature une surreprésentation des troubles alimentaires dans les familles de patientes anorexiques, plusieurs hypothèses pourraient expliquer une telle surreprésentation. Il pourrait s'agir d'une héritabilité génétique ou, au contraire, d'une caractéristique acquise et environnementale.

Ce sont les études comparatives de jumeaux mono ou hétérozygote qui permettent d'étayer l'hypothèse d'une transmission génétique. En reprenant des études concernant des

séries de jumeaux atteints d'anorexie mentale, Gorwood [35] retrouve un taux de concordance plus élevé chez les jumeaux monozygotes (57% de paires concordantes pour la maladie) que chez les dizygotes (seulement 3% de concordance). L'analyse des différentes études de jumeaux permet d'évaluer le poids de ces facteurs génétiques. Pour l'anorexie mentale, la co-transmission à un jumeau de la maladie est évaluée dépendante pour 76% de facteurs génétiques et pour 19% de facteurs environnementaux communs. L'héritabilité de l'anorexie mentale est estimée dans cette étude à 70% environ. Pour la boulimie, l'héritabilité serait un peu plus basse, estimée aux environs de 50% [32].

L'héritabilité correspondant à un pourcentage d'explication de la maladie due aux différences (polymorphisme) interindividuelles du génome, une forte héritabilité ne signifie donc pas forcément qu'un seul gène ait un poids considérable. L'héritabilité serait plutôt « le seuil maximal de ce que la génétique peut apporter », en considérant l'ensemble des 30 000 gènes. Les gènes candidats pour l'anorexie mentale sont ceux de plusieurs neuromédiateurs et monoamines régulant la satiété et la gestion du stress : sérotonine, dopamine, endorphines et cholecystokinine. Parmi ces gènes de vulnérabilité, un grand nombre serait commun à l'anorexie et à la boulimie [36].

Nous retiendrons donc la notion de vulnérabilité génétique, qui ne conduit pas en elle-même à la maladie, mais dont la conjonction avec des facteurs environnementaux augmente le risque de développer un trouble du comportement alimentaire.

Enfin, d'après Kaye [37], la vulnérabilité neurobiologique apporterait une contribution substantielle à la pathogenèse des troubles des conduites alimentaires. Les altérations du système sérotoninergique contribueraient aux troubles de l'appétit, de l'humeur et du contrôle de l'impulsivité. Il pourrait s'agir de dysfonctionnement préexistant à l'apparition des TCA et contribuant aux traits prémorbides parfois retrouvés comme l'anxiété, les manifestations

obsessionnelles et l'inhibition. Les apports alimentaires restreints pourraient avoir un rôle de renforçateur, par le soulagement temporaire de l'anxiété et de l'humeur dysphorique.

Sont également à considérer les conséquences neurobiologiques des troubles des conduites alimentaires. Les techniques d'imagerie cérébrale modernes montrent que les TCA sont associés à des anomalies cérébrales morphologiques. Ainsi, l'amaigrissement s'accompagne-t-il d'une diminution du volume cérébral avec un élargissement des sillons corticaux et cérébelleux au scanner, une diminution de la substance blanche et de la substance grise à l'IRM [38]. Le même auteur rapporte des études comparatives des différents groupes de patients, qui ont mis en évidence un hypométabolisme frontal inférieur et temporal chez les patientes anorexiques par rapport aux patientes boulimiques. Par ailleurs, des diminutions de l'activité dans les régions préfrontales et cingulaires antérieures ont été observées chez des patientes anorexiques restrictives, comparativement à des patientes anorexiques « vomisseuses » et des témoins. Il y aurait donc un dysfonctionnement cérébral plus spécifiquement associé à l'anorexie de type restrictif.

Parmi les conséquences de l'amaigrissement, Jiang rapporte également des variations sensorielles : le plaisir olfactif préprandial est diminué chez les patientes souffrant d'anorexie, et ce de manière proportionnelle à leur IMC [39].

Comme l'écrit Askenazy [40], les neurosciences apportent des explications sur les mécanismes en jeu dans les troubles présentés par les patientes anorexiques et peuvent s'articuler avec les théories psychodynamiques qui en proposent un modèle de compréhension.

2. Facteurs environnementaux

2.a A l'échelle individuelle

1) « le choc pubertaire »

Comme nous l'avons vu, les troubles du comportement alimentaires de type anorexique débutent à 90% à la période de l'adolescence. Or, les modifications corporelles associées à la puberté sont massives : chez les filles, le taux corporel moyen de graisse passe de 8% pendant l'enfance à 22% en fin de puberté, et la masse corporelle augmente en moyenne de 40% pendant la phase de croissance maximale, de 11 à 13 ans [41]. Même si de jeunes enfants peuvent s'inquiéter de leur allure physique, les préoccupations concernant la silhouette ou le poids ont tendance à augmenter avec l'âge, et les jeunes femmes pubères ont plus fréquemment ce type de préoccupations que les filles prépubères. L'idéal d'un corps mince étant en complète contradiction avec les modifications de la puberté, cette insatisfaction fréquente peut conduire à l'initiation de restrictions alimentaires. Le sentiment de contrôle provoqué par la restriction alimentaire peut même donner une impression de maîtrise face aux bouleversements physiques en cours à l'adolescence.

Cependant, la période de la puberté n'est pas qu'un challenge physique. C'est aussi la période qui permet l'accession à la sexualité génitale, et qui nécessite de se séparer de ses parents pour s'insérer dans le monde des adultes. Ainsi, la puberté rend la problématique de la dépendance centrale comme l'ont montré Jeammet et Corcos [42].

« La puberté constitue un facteur de stress majeur sollicitant la qualité des intériorisations préalables, et, corrélativement, de l'estime de soi, qui s'est établie au cours de l'enfance, grâce aux liens noués avec les proches et aux composantes génético-biologiques de

l'individu [33]. » L'adolescent souffrant d'insécurité interne sera alors vulnérable et plus enclin à développer un TCA.

Pour expliciter le terme d'insécurité interne, Philippe Jeammet [27] fait un parallèle avec l'insécurité du tout petit, qui peut ressentir une grande angoisse en l'absence de sa mère. Pour contenir cette angoisse, l'enfant va systématiquement avoir recours à des objets destinés à l'apaiser. Il décrit ainsi l'archétype de la situation de dépendance : « faute de sécurité interne suffisante pour supporter l'attente, le besoin d'être rassuré est satisfait par un objet de substitution ». Au moment de l'adolescence, les objets de substitution vont se diversifier (nourriture mais aussi drogue ou alcool, ou un comportement particulier). L'anorexie, par le refus de l'alimentation peut être vue comme un refus de cette dépendance devenue insupportable. Le refus de nourriture ayant même l'avantage de prouver même que l'on n'est pas dépendant, puisqu'on peut s'en passer. Malgré tout, les besoins persistent, le manque accroît l'insatisfaction, qui alimente à son tour le refus, refermant ainsi la boucle d'un renforcement de type toxicomaniaque.

La conduite anorectique peut être vue comme régulatrice des besoins affectifs fondamentaux. Le symptôme remplit alors la fonction de défense contre la peur de ne pas pouvoir se passer de l'autre, d'être envahi par lui.

2) Evènements de vie stressants

Dans la majorité des cas d'anorexie ou de boulimie, des facteurs de stress, aigus ou chroniques, précipitent l'entrée dans la maladie.

Une étude anglaise datant des années 1990, retrouve une fréquence augmentée d'évènements de vie stressants dans l'année précédant le début des troubles du comportement alimentaire. Les conflits interpersonnels seraient plus fréquents avant les troubles

boulimiques, tandis que l'anorexie mentale serait plus souvent précédée par un traumatisme sexuel ou une « atteinte à la pudeur ».

D'autre part la réponse adaptative aux facteurs de stress, détermine également l'impact des évènements négatifs sur la vie des individus. Les femmes souffrant d'anorexie présenteraient plus souvent des stratégies d'évitement, et les personnes atteintes de boulimie auraient plus tendance à ruminer [43].

3) Facteurs de risques périnataux

Les complications de la grossesse seraient un facteur de risque pour l'anorexie et la boulimie [41]. La prématurité, en revanche, n'augmenterait que le risque d'anorexie. La prématurité pourrait, par ses répercussions cérébrales chez le nourrisson, être à l'origine d'un trouble précoce de l'alimentation. Elle pourrait également mener à une interaction mère-enfant altérée, avec des répercussions sur le type d'attachement de l'enfant. D'autre part, la prématurité induirait une tendance à la surprotection parentale, parfois retrouvée dans l'organisation familiale des patientes anorexiques.

2.b Facteurs de risque familiaux

Pour l'anorexie mentale, les antécédents familiaux de trouble de l'humeur et de troubles du comportement alimentaire sont associés à une augmentation du risque de maladie. Les abus sexuels dans l'enfance [44] et les deuils de proches [14] sont décrits comme facteurs de risque du trouble anorexique.

Dans le cas de la boulimie, on retrouve les facteurs de risque associés à toute pathologie psychiatrique : les antécédents parentaux de dépression et d'alcoolisme, les abus et

négligences durant l'enfance ainsi que des relations éducatives basées sur des attentes parentales élevées sans appui relationnel.

La famille des patientes présentant un trouble du comportement alimentaire, a été décrite par Minuchin comme « favorisant les troubles psychosomatiques » par son organisation propre [45]. Cependant, il faut souligner la difficulté à discerner les effets de la conduite alimentaire sur les interactions des comportements préexistants à la conduite. L'attaque massive que constituent ces troubles pour l'équilibre familial pourrait être à l'origine d'une modification générale des comportements familiaux, qui peuvent revêtir un aspect relativement monomorphe.

Reprenant les écrits de Racamier sur la question de la dynamique familiale et sa nature « incestuelle », le psychologue Didier Drieu [46] s'est intéressé aux spécificités de la dynamique familiale chez les patientes anorexiques. Il fait l'hypothèse que des traumatismes ou des deuils non élaborés à la génération des parents, pourraient être à l'origine d'une indistinction générationnelle. Cette indistinction rendant impossible l'intégration du sexuel à l'adolescence, la sexualité prendrait alors l'allure d'une menace pour le sujet et la puberté le précipiterait dans les troubles alimentaires.

2.c Aspects socio-culturels

Les modèles empiriques de la pathogénèse des troubles alimentaires mettent l'accent sur le rôle causal de la pression sociale à la minceur, transmise par les médias, l'environnement familial et les pairs. L'idéal de la minceur est entretenu par le fait que les filles, depuis leur plus jeune âge, sont confrontées à des silhouettes de plus en plus minces, voire maigres, dans les magazines ou dans les films. Néanmoins les limitations méthodologiques continuent à

poser un défi dans l'interprétation de la modulation par les facteurs socioculturels des voies étiologiques des troubles alimentaires.

Dès 1978, Garner publie dans *The Lancet* [47] une recherche sur l'influence culturelle dans les troubles anorexiques. Il réalise son étude chez de jeunes danseuses professionnelles, qui, en raison de leur choix de carrière, se doivent de contrôler leur silhouette et leur poids. Après dépistage des troubles alimentaires par passation d'un questionnaire (EAT), les jeunes femmes à haut risque sont rencontrées par un médecin psychiatre, permettant le diagnostic de plusieurs cas d'anorexie mentale (6 sur 112 participantes). L'article conclut à une surreprésentation des patientes souffrant d'anorexie dans cette catégorie socio-professionnelle, pouvant être une conséquence de la pression à la minceur dans ce milieu. L'auteur relève le risque d'un biais de recrutement, certaines personnes souffrant préalablement d'anorexie s'orientant possiblement vers la danse classique.

Concernant l'impact des médias, un exemple saisissant provient de l'étude réalisée en 1995 aux îles Fidji par Becker A.E. [48] au moment de l'arrivée de la télévision par satellite. A cette date, on parlait peu de régimes aux îles Fidji et les habitants manifestaient une préférence pour les corps aux formes généreuses. Trois ans après l'arrivée de la télévision 74% des jeunes filles se trouvaient trop grosses et 11% disaient avoir vomi pour contrôler leur poids (en 1995, aucune ne le faisait). Cependant, aucune des 65 jeunes filles évaluées en 1998 ne présentait d'IMC compatible avec un diagnostic d'anorexie mentale ($IMC < \text{ou} = 17.5\text{kg/m}^2$) et l'IMC moyen de l'échantillon restait identique à celui de 1995 (24.9 kg/m^2). Les jeunes filles interrogées estimaient que la minceur favorisait les opportunités sociales et économiques.

Enfin, les changements culturels rapides de certaines sociétés sont parfois mis en parallèles avec la modification des taux de prévalence des troubles du comportement

alimentaires. Ainsi, au Japon, la prévalence des troubles du comportement alimentaire serait passée de 1.18% tous troubles confondus en 1982 à 12.74% en 2002 [49]. Ces chiffres, issus d'une étude réalisée à Kyoto par auto-questionnaire, incluant 10 499 étudiantes âgées de 16 à 23 ans, ne sont bien entendus pas généralisables. Ils peuvent néanmoins être mis en perspective avec les modifications culturelles importantes qu'a traversé le Japon durant cette même période. Alors que, comme aux îles Fidji, l'embonpoint était traditionnellement symbole de santé et de succès au pays du Soleil Levant, la propagation des idéaux de minceur occidentaux s'est faite par le biais de la télévision et des magazines féminins dans les années 1980. Ainsi, en 1982, 69.9% des étudiantes interrogées rapportent une crainte de prendre du poids.

Si l'on peut faire un lien entre l'augmentation des cas d'anorexie et les idéaux féminins de minceurs importés dans les années 1980, cela n'explique pas pour autant la poursuite de l'augmentation des cas de TCANS et la modification de la symptomatologie rapportée. En effet, dans cette même étude tokyoïte, de 1982 à 2002 les conduites de purges et les compulsions alimentaires passent respectivement de 3.8% à 11.8% et de 12.7% à 33.4%.

Les auteurs font remarquer une modification notable et concomitante des habitudes alimentaires au Japon. Outre la possibilité d'acheter de la nourriture 24h/24, les Japonais ont progressivement changé leur type d'alimentation. Ainsi les aliments traditionnels ont-ils été troqués contre des plats occidentalisés riches en matières grasses et en sucres rapides. Le conflit entre ces modifications diététiques et le désir de minceur pourrait exister chez les jeunes japonaises et contribuer à l'augmentation de compulsions alimentaires associées à des conduites de purge.

Malgré la puissance de la pression sociale à être mince, toutes les femmes ne développent pas un trouble alimentaire. D'après Simon Y. [50] c'est le degré auquel elles

adhèrent à ces valeurs de minceur, c'est-à-dire le niveau d'intériorisation du message sociétal qui permettrait de prédire le développement des troubles alimentaires. Dans sa proposition de modèle socio-culturel de la boulimie, Stice E. [51] rapporte qu'une faible estime de soi et une perturbation de l'image de soi sont des facteurs de risque d'internalisation des pressions sociales.

Plus le niveau d'intériorisation du message sociétal valorisant la minceur augmente, plus les jeunes filles sont insatisfaites de leur corps. Or l'insatisfaction corporelle est désormais considérée comme un facteur étiologique du développement des troubles alimentaires. En effet, dans une étude prospective où 496 adolescentes ont été suivies sur une période de 8 ans, Stice E. [52] retrouve une association statistique entre le niveau d'insatisfaction corporelle et le risque de développer un trouble du comportement alimentaire. Le risque est majoré quand l'insatisfaction est associée à des symptômes dépressifs. D'autre part, le risque de développer un TCA est augmenté par la pratique de régimes, indépendamment du niveau d'insatisfaction corporelle.

Néanmoins, des cas d'anorexie ont été décrits historiquement et dans des cultures non occidentalisées, ce qui suggère que la pression socio-culturelle n'est ni nécessaire ni suffisante pour expliquer le développement des troubles du comportement alimentaire.

Dans une revue de la littérature datant de 2003, Keel et Klump concluait en affirmant que la boulimie était liée à la culture à la différence de l'anorexie [53]. Cette impression a été confirmée, comme nous l'avons vu, par les études génétiques qui affirment que la part génétique dans ces deux troubles n'est pas la même.

D. Evolution

L'anorexie mentale est une pathologie grave dont l'évolution reste souvent mauvaise. Steinhausen [54] montre que seulement 46% des patients se rétablissent complètement, qu'un tiers s'améliore, avec la persistance de symptômes résiduels, et que 20% restent chroniquement atteints d'anorexie mentale.

Une étude de cohorte de jumelles finlandaises [24] rapporte un taux de guérison plus élevé, de l'ordre de 66.8% à 5 ans après le début des troubles. L'étude rapporte également une poursuite de l'amélioration clinique dans les 5 ans suivant la guérison, avec une diminution de l'anxiété et du perfectionnisme. Les jumelles ayant été malades retrouvent alors une santé à peu près comparable à celle de leur sœur.

Les facteurs de mauvais pronostic retrouvés sont [55] : un début des troubles précoce, un taux d'albumine bas, avec une cytolysé hépatique (SGOT élevés), des troubles psychosociaux sévères, les vomissements provoqués et les conduites de purge.

Les troubles du comportement alimentaire ont le taux de mortalité le plus élevée parmi les pathologies psychiatriques. Ainsi, la méta-analyse réalisée en 2011 par Jon Arcelus [3] retrouve des taux de mortalité standardisés (c.-à-d. nombre de décès pour 1000 personnes-années) de 5.1 pour l'anorexie mentale (AN), 1.7 pour la boulimie (BN), et 3.3 pour les troubles du comportement alimentaire non spécifiques (EDNOS). Les ratios standardisés de mortalité (nombre de cas de décès sur nombre de cas attendus) ou SMR (Standardized Mortality Ratio) étaient de 5.86 pour l'AN, 1.93 pour la BN, et 1.92 pour EDNOS. Un décès sur 5 dans la population atteinte d'anorexie mentale était un suicide.

Cette étude rapporte un taux de mortalité élevé chez les patients atteints de TCA. Dans certains cas (en particuliers l'anorexie mentale), ils sont nettement supérieurs à ceux d'autres

pathologies psychiatriques. Les études concernant d'autres troubles psychiatriques retrouvent effectivement des SMR de 2.4 à 2.8 respectivement chez les femmes et les hommes atteints de schizophrénie [56]. Chez les patients bipolaires, les ratios standardisés de mortalité s'élèvent à 2.7 pour les femmes et 2.5 pour les hommes dans une étude suédoise [57] et sont de 2 chez les hommes et les femmes atteints de troubles unipolaires.

E. Vignettes cliniques

Afin d'illustrer l'hétérogénéité des tableaux cliniques et des prises en charges, quatre situations cliniques sont présentées ici. Les quatre patientes ont été rencontrées et suivies à l'hôpital Lenval, trois d'entre elles ont pu participer à l'étude ci-après. Dans le respect du secret médical, les prénoms des patientes ont été modifiés.

1. Une hospitalisation en urgence

Adeline, jeune fille de 13 ans et demi, est amenée par sa mère aux urgences pédiatriques. A l'infirmière d'accueil, la maman explique : « je ne réussis pas à l'aider, elle n'arrête pas de maigrir ». Adeline est déjà allée consulter un pédopsychiatre le jour même, mais ce soir, sa mère est trop inquiète et elle demande son hospitalisation en urgence. Venue de la région de Saint Tropez, elle est hors-secteur, mais elle a choisi l'hôpital Lenval suite à la recommandation d'une amie.

Adeline porte de grandes lunettes à bords épais qui lui mangent la moitié des joues. Sa maigreur est évidente à la seule vue de son visage émacié. Ses cheveux blonds ébouriffés semblent clairsemés.

Emmenée dans un box d'examen, Adeline rencontre d'abord la pédiatre. Son examen clinique retrouve des symptômes caractéristiques de l'anorexie mentale, secondaires à l'amaigrissement. Pesant actuellement 36 kg pour 1m60, Adeline a un IMC de 14kg/m². Elle présente une bradycardie à 55 bpm et une tension basse : 90/60mmHg. Ses mains et ses pieds sont froids, sans être cyanosés, son transit est ralenti et un fécalome est palpable en fosse iliaque gauche. Le bilan montre des symptômes mineurs de déshydratation avec une hémococoncentration sans répercussion sur la fonction rénale. Adeline n'est pas encore réglée, elle est en aménorrhée primaire. La pédiatre ne retient pas de motif somatique urgent.

En entretien, Adeline reste recroquevillée sur elle-même, « nageant » dans un survêtement devenu trop ample pour elle. Elle s'exprime d'une voix douce et posée. Adeline m'explique que son amaigrissement remonte à 3 mois environ, date à laquelle sa mère a eu un accident. Tombée du balcon sans rambarde de leur maison en construction, la mère d'Adeline s'était cassé le col du fémur. Adeline raconte : « Elle a crié en tombant, j'ai cru qu'elle s'était fait le coup du lapin. Elle saignait du visage et j'ai eu très peur. » Depuis cette date le comportement d'Adeline a changé. Elle, qui se faisait remarquer pour ses bavardages et son manque de travail, est devenue une collégienne exemplaire. Adeline a aussi progressivement modifié la qualité et la quantité de ses apports alimentaires. Se privant de sucreries, puis des aliments les plus caloriques, elle a finalement diminué toutes ses portions.

Adeline poursuit son histoire, elle se souvient de critiques il y a quelques mois. C'était l'été et, sur la plage, un ami lui aurait dit qu'elle était enrobée. Puis son père, un autre jour, lui trouve de grosses fesses. La jeune fille continue : « Je n'étais pas heureuse comme j'étais, j'ai commencé à m'aimer à 40 kg ». Adeline s'effondre alors en larmes, elle reprend doucement sa respiration et m'explique qu'elle est triste, mais triste pour sa mère. Alors, elle me demande son hospitalisation : « pour que ma mère aille mieux, elle est vraiment épuisée ! ». Adeline reprend son récit, elle me raconte les conflits autour des repas et à propos de sa perte de poids, les reproches qu'elle entend de son père et de sa mère. Elle a du mal à supporter, elle aussi, ces disputes incessantes et m'explique qu'elle « fait des crises » quand elle est débordée par l'angoisse suite à une nouvelle querelle.

L'hospitalisation en urgence sera décidée en concertation avec les pédiatres, au vu de ces difficultés relationnelles dans le cadre d'un amaigrissement massif et rapide, même en l'absence de critères somatiques d'urgence.

2. Suivi ambulatoire

Au mois de mai, Camille, âgée de 17 ans et scolarisée en classe de 1ère ES dans un lycée réputé de la ville, consulte pour une perte de poids. Elle, qui mesure 1m70, ne pèse plus que 49 kg, soit un IMC de 16.95 kg/m². Elle rapporte une restriction alimentaire depuis le mois de septembre précédent, avec une augmentation de sa pratique sportive à plus de dix heures par semaine. Elle explique : « C'était pour me remettre en forme, mon entraîneur me disait que mon poids était trop élevé. »

Camille participait à des compétitions nationales en équipe, mais depuis le mois de mars et un malaise avec perte de connaissance, elle ne peut plus s'entraîner.

L'amaigrissement a été progressif mais continu depuis le mois de septembre de l'année précédente, Camille pesait alors 63 kg. Depuis le mois de janvier ses règles se sont interrompues. D'autre part, elle rapporte que depuis quelques mois des vomissements s'associaient à la restriction alimentaire. Lors de cette première consultation, Camille dira que depuis le mois d'avril et le suivi entamé avec la psychologue, elle ne vomit plus. Elle mangerait même normalement.

Puis, plus en confiance au cours du suivi, la jeune fille rapporte des vomissements postprandiaux réguliers, jusqu'à deux fois par jour. Camille dira qu'elle souffre aussi de crises de boulimie, qui surviennent jusqu'à 3 fois par semaine.

Les parents de Camille soupçonnent ses pratiques de purges et ses crises de boulimie. Bien que leur fille ne leur en parle pas, ou les démente. Ils constatent son amaigrissement malgré son alimentation et remarquent la disparition d'aliments à la maison. Les tensions familiales sont importantes et les disputes fréquentes entre Camille et sa mère.

Camille dit avoir peur de décevoir son père et souffrir d'être en conflit perpétuel avec sa mère. « Mes problèmes, je veux les gérer moi-même. », dit-elle, exprimant ainsi son ambivalence adolescente, prise entre la recherche de soutien et la quête d'autonomie.

Un suivi ambulatoire est initié pour soutenir Camille. Il associe des consultations en pédiatrie (médecine et diététique), une participation aux ateliers thérapeutiques du CATTP-TCA, une psychothérapie et des consultations en pédopsychiatrie.

La mère de la patiente demandera elle aussi un suivi psychologique. Elle rapporte avoir connu plusieurs épisodes dépressifs. Elle a également subi un traitement lourd, médical et chirurgical, nécessitant de longues hospitalisations, suite à la découverte d'un méningiome en 2008. Sa guérison précède tout juste le début des troubles du comportement alimentaire de sa fille.

Au fil des mois, Camille retrouve progressivement une alimentation plus régulière. Les crises de boulimie s'espacent largement, les vomissements sont moins fréquents, mais viennent toujours émailler les semaines de la lycéenne. La jeune femme reprend tout de même un peu de poids et rapporte joyeusement : « Ça se passe mieux quand je me tiens aux conseils de la diet' ! ». Les épisodes viraux de gastroentérite de l'hiver viennent ébranler ce nouvel équilibre, encore fragile. Mais Camille se sent soutenue, notamment par son petit copain : « C'est lui qui me remet dans le droit chemin ! », elle continue de progresser face à sa maladie.

Plus tard, c'est l'approche du baccalauréat qui l'inquiète, elle a du mal à dormir et craint que les crises de boulimie ne reviennent. Une fois l'examen en poche, Camille s'apaise et passe un été serein, sans aucune crise. Même son poids se normalise. On note cependant la persistance de son aménorrhée. Les relations familiales s'apaisent et son copain est toujours à ses côtés. Cette année Camille est entrée à la faculté.

3. Sortie d'hospitalisation

Olivia a une voix joyeuse quand elle me répond au téléphone. Elle est sortie récemment d'hospitalisation pour une anorexie restrictive et elle a choisi d'être suivie par un psychiatre libéral, près de chez elle en complément des ateliers thérapeutiques de l'hôpital. Elle se dit intéressée par l'étude que je lui propose et se montre enthousiaste à l'idée d'y participer.

Olivia revient sur l'histoire de sa prise en charge. Elle a été reçue en consultation en janvier, amenée par sa mère, alors qu'elle avait beaucoup maigri. Agée de 14 ans et 6 mois, elle présentait une restriction alimentaire depuis un an et son Indice de Masse Corporelle n'était que de 14.4 kg/m², elle pesait 42.8kg pour 172 cm. Ses règles s'étaient interrompues depuis le mois de juin.

Olivia est alors partagée entre son opposition à la consultation, son désaccord avec ses parents et son inquiétude, qu'elle a bien du mal à exprimer à ce moment. Rétrospectivement elle raconte : « J'étais fatiguée et j'avais peur de mourir, mais je ne pouvais pas manger. Alors, l'hospitalisation c'était aussi un soulagement. »

Car malgré l'initiation d'un suivi ambulatoire, Olivia avait continué de perdre du poids. Une hospitalisation a donc été rapidement programmée.

Les soins dans le service temps plein ont permis à Olivia de reprendre une alimentation plus régulière et de retrouver de l'énergie pour le quotidien. Pourtant en début d'hospitalisation, les modalités de soins, avec une séparation, même sans rupture, ont été difficilement acceptés par Olivia comme par ses parents. Les progrès de leur fille et les premières permissions hors du service ont permis une amélioration du lien thérapeutique et les parents ont souhaité participer au groupe de parole qui leur a été proposé.

Actuellement Olivia arrive à expliquer clairement les symptômes de sa maladie. Elle revient notamment sur l'anxiété importante qu'elle ressentait depuis plusieurs mois, avant

même la survenue des symptômes alimentaires. Elle rapporte aussi des idées obsédantes autour de l'alimentation, qui sont toujours présentes, même si elles sont moins intenses. Olivia se dit désormais consciente de sa perte de poids, mais reconnaît que l'année précédente, elle ne se voyait pas maigre. « Je ne voulais pas maigrir, je voulais juste ne pas prendre de poids. » Se comparant à ses camarades de classe, toutes plus petites qu'elle, Olivia avait trouvé son poids trop élevé et justifie ainsi le début de son « régime ».

Si les symptômes sont bien identifiés par la patiente, ils restent néanmoins envahissants et l'idée de manger et de prendre du poids est encore très anxiogène pour Olivia. Concernant sa silhouette, la jeune fille se trouve mince, mais juge que certaines parties de son corps sont toujours grosses.

L'évaluation psychiatrique par la MINI retrouve un trouble anxieux de type agoraphobie et les questions concernant les troubles obsessionnels compulsifs font verbaliser à Olivia son anxiété relative à son alimentation.

L'hospitalisation de cette jeune patiente aura permis l'initiation d'une prise en charge, l'amorce d'une reprise pondérale. Ses réponses aux différents questionnaires montrent que la situation est encore loin d'être résolue et les répercussions sur la qualité de vie de la patiente sont majeures. Le traitement d'Olivia se poursuit actuellement en ambulatoire, la parole se libère et d'autres sujets que l'alimentation sont progressivement abordés par la patiente et son entourage.

4. Une patiente prépubère

Léonie est âgée de 10 ans et 6 mois quand elle est adressée par sa pédiatre à la consultation de pédopsychiatrie. Dans son courrier, le médecin rapporte une stagnation pondérale depuis 3 ans et une perte de poids récente. Une cassure de la courbe de croissance (changement de couloir de croissance) y est associée. Le bilan somatique ne retrouve pas d'étiologie organique. Les tests biologiques éliminent les diagnostics de maladie inflammatoire chronique intestinale ou d'intolérance au gluten, pathologies pourvoyeuses de tableaux similaires. En revanche, Léonie présente un « syndrome de basse T3 », désordre thyroïdien périphérique fréquemment retrouvé chez les patientes dénutries. Elle est en aménorrhée primaire.

Si la stagnation pondérale date de 3 ans, Léonie vient de perdre 3 kg en deux mois. Ses parents rapportent une modification concomitante et importante de son comportement lors des repas, son alimentation est plus sélective avec une éviction des féculents et des graisses. Léonie mange lentement, elle trie les aliments dans son assiette, les manipulant longuement du bout de la fourchette. Ses parents remarquent qu'elle diminue également sa consommation de boissons. Des plaintes somatiques sont par ailleurs associées, Léonie a souvent mal au ventre lorsqu'elle mange.

En consultation, Léonie se présente comme une petite fille discrète et un peu timide. Ses grands yeux semblent manger son visage. Elle regarde et sourit : « Je vais très bien, merci. » Léonie aime la danse, classique ou jazz. Elle a d'ailleurs déjà remporté des prix, régionaux et nationaux, dans cette discipline. Elle s'entraînait très régulièrement jusqu'au mois de juin, 5 à 6 fois par semaine, et à la maison, elle faisait du trampoline. Mais depuis, le sport lui a été interdit.

Léonie parle d'un voyage en Italie, où deux gymnastes qu'elle a rencontrées, lui ont donné envie de maigrir. Il y a aussi sa sœur, qui a présenté un épisode de restriction alimentaire : « et maman passait beaucoup de temps avec elle ! » Léonie peut exprimer sa crainte de devenir grosse, son envie de rester telle qu'elle est.

Léonie ne présente pas de trouble psychiatrique associé, mais elle raconte que depuis deux mois elle pleure le soir, sans savoir pourquoi. Elle ne fait pas de lien entre la modification de son alimentation et ses crises de larmes.

En l'absence de critères de gravité somatique et avec une participation active des parents aux soins, un suivi ambulatoire est débuté. L'alimentation est guidée par les conseils d'une diététicienne, en s'appuyant sur des repas types et des quantités chiffrées. Les aliments sont pesés et les portions progressivement augmentées. La psychothérapie est assurée par un psychologue libéral et le suivi pédopsychiatrique se fait à l'hôpital Lenval.

Un mois plus tard, l'ambiance est nettement plus détendue à la maison et les portions prescrites par la diététicienne sont respectées. D'autres questions sont abordées, le changement d'école pour la section internationale, les copines et la relation à la grande sœur. Trois mois plus tard, Léonie continue de s'alimenter « sur prescription », elle a pris du poids et pèse désormais 28.8kg. Son IMC est de 16kg/m², ce qui correspond à un IMC au 50ème percentile pour l'âge, alors qu'en début de prise en charge, il était inférieur au 3ème percentile. Léonie va pouvoir reprendre la danse !

II. Qualité de vie en médecine

A. Définition de la qualité de vie en médecine

1. Apparition de la notion de qualité de vie en médecine

Le concept de qualité de vie a émergé dans les années 1950, dans le sillage du mouvement des consommateurs aux Etats-Unis, pays où la satisfaction du client de biens de toutes sortes, mais aussi de soins médicaux, était un argument de poids. Ce concept s'est rapidement imposé dans le champ médical et pharmaceutique, devenant parfois un argument publicitaire dans les circuits commerciaux du médicament. Au-delà de cet effet de mode, l'apparition de ce nouveau regard dans le champ médical marque un retour à la conception humaniste de la médecine qui prévalait jusqu'à ce que les progrès des thérapeutiques aient mis l'accent sur la technique.

Bien que largement utilisée, aussi bien par le grand public que par le corps médical, cette notion de qualité de vie ne se laisse pas facilement appréhender. La qualité de vie est un concept unificateur tellement englobant que l'on pourrait imaginer tout y mettre : les facteurs d'environnement, les niveaux de revenus, les habitudes et les styles de vie. La qualité de vie ne se ramène pas à la santé, mais étudier la qualité de vie en médecine peut nécessiter de réduire le champ en limitant les études à l'évaluation du retentissement de la maladie et de son traitement sur la qualité de vie des patients. La notion de qualité de vie, en tant qu'évaluation médicale, gagne à être remplacée par une notion plus proche de la réalité des évaluations, telle que celle de *santé perceptuelle*, *santé subjective* ou *qualité de vie liée à la santé* [58].

La qualité de vie liée à la santé ne peut être évaluée en général, le mieux que l'on puisse faire est de porter un jugement sur ses différents aspects. Ce constat force à adopter une approche décomposée et à définir d'emblée les différentes dimensions qui seront exposées.

Catégoriser les domaines à étudier est une étape difficile, pour laquelle il est utile de s'appuyer sur la définition de l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »[59]. Une bonne qualité de vie se caractériserait alors par un sentiment de bien-être, une émotivité équilibrée, une intégration sociale satisfaisante et un bon état physique.

Les différentes dimensions de la qualité de vie concernent divers domaines (physique, psychique, affectif, social...). Les satisfactions et les insatisfactions éprouvées dans ces différents domaines ne se situent pas sur un même continuum. Elles ne s'additionnent pas algébriquement pour donner une composante unique, la qualité de vie est plurifactorielle. Il est donc nécessaire d'explorer indépendamment les principales dimensions de la qualité de vie, afin de respecter la complexité de la situation, au prix d'une exploitation un peu moins simple des données. Les résultats doivent donc être présentés sous forme de profil de qualité de la vie et pas uniquement sous formes de simples indices, même si ces derniers peuvent faciliter certaines comparaisons.

2. Prise en compte la subjectivité des individus

La qualité de vie d'un sujet repose à la fois sur des éléments objectifs de sa vie (depuis la santé jusqu'au contexte matériel), et sur son vécu intérieur. Si le vécu intérieur, ou qualité de vie subjective, n'est certes pas indépendant du contexte concret, ou qualité de vie objective, il ne peut pourtant pas en être déduit. En effet, des situations ou des événements comparables peuvent avoir des retentissements très différents sur le ressenti des sujets, en

fonction de leur personnalité. On ne peut donc étudier la qualité de vie subjective qu'en cherchant à préciser ce que les sujets vivent intérieurement, à travers l'obligatoire déformation de leur expression, lors d'un entretien ou en réponse à un questionnaire.

Cette interaction entre le vécu subjectif et les données objectives concernant l'individu est schématiquement représenté figure 2, ci-dessous.

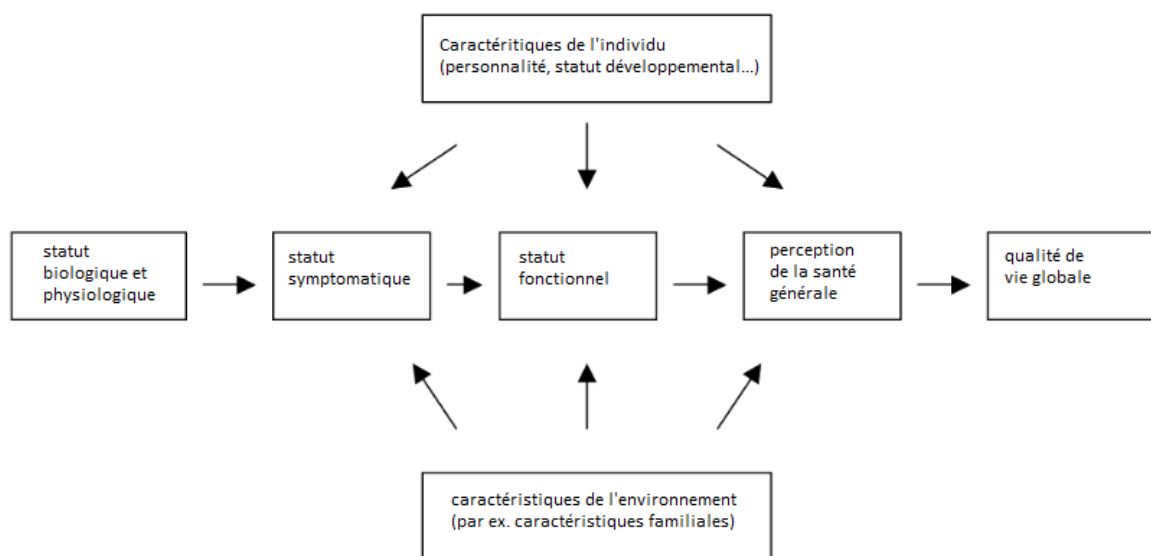


Figure 2: Modèle conceptuel des mesures de qualité de vie. (Adapté de Dennis Drotar[60])

En médecine, le concept de qualité de vie objective n'apporte rien de nouveau sur le plan conceptuel car il se ramène pratiquement à étudier la symptomatologie clinique, ou le contexte socio-familial. Par contre, l'étude de la qualité de vie subjective renouvelle la problématique et nécessite de nouveaux instruments et des techniques d'exploitation statistiques adéquates. Evaluer la qualité de vie subjective implique de prendre comme référence exclusive l'expérience vécue intérieurement par chaque sujet : il s'agit de travailler sur la définition que le patient fait lui-même de sa qualité de vie. Ce point de vue a comme corollaire la nécessité d'utiliser des auto-questionnaires, plutôt que des évaluations pratiquées

par des juges extérieurs, ce qui constitue un profond changement de la part de l'instigateur médical.

Rappelons, à la suite de Bruno Falissard [61], que le langage courant prête au mot « subjectif » le sens d'arbitraire ou d'approximatif. Il peut être nécessaire de se départir de cet apriori et de revenir au sens littéral du terme. Ce qui est « subjectif » concerne le sujet en tant qu'être conscient et la « subjectivité » est relative au sujet pensant.

3. Apports des études de la qualité de vie

Le but initial des études de qualité de vie, en particulier dans le cadre des essais thérapeutiques, était de type commercial et économique : pouvoir promouvoir certains médicaments ou, notamment en cancérologie, aider à la prise de décisions thérapeutiques. L'échec relatif de cet objectif a été interprété par certains comme dû au manque de standardisation des protocoles de recherche et aux différences socio-culturelles émergeant des études réalisées dans des pays différents.

L'intérêt des études de qualité de vie pourrait se situer ailleurs. Celles-ci, en dépassant le champ nosographique médical, apportent un autre éclairage sur la psychopathologie des patients. Elles pourraient permettre de mieux comprendre le pourquoi de certains échecs ou de certaines réussites thérapeutiques, dans la prise en charge des maladies chroniques en particulier. En effet, le retentissement des traitements d'une maladie chronique sur la vie quotidienne d'une personne peut être considérable et parfois plus important que le retentissement de la maladie elle-même.

La caractéristique des instruments de mesure dits de qualité de vie est de prétendre quantifier l'impact des maladies et des interventions en santé sur la vie quotidienne des

patients, du point de vue des intéressés eux-mêmes. Ainsi, les mesures de la qualité de vie s'inscrivent dans la perspective de la médecine fondée sur les preuves (*evidence based medicine* des Anglo-saxons) et contribuent à une sorte de délibération rationnelle en médecine et en santé publique.

L'Organisation Mondiale de la Santé a d'ailleurs fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité en 2003 [62][63]. La loi de santé publique du 9 août 2004 a pris en compte cette recommandation et a prévu la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [64].

B. Evaluation de la qualité de vie

1. Définition

L'évaluation ou la mesure de la qualité de vie est une quantification numérique dans le cadre d'une approche représentationnelle. C'est-à-dire qu'en tant qu'évaluation de la santé subjective, l'évaluation de la qualité de vie suppose à la fois que l'on soit capable de décrire les épreuves traversées et de porter un jugement sur le retentissement relatif de la maladie et des traitements. La mesure devient alors la représentation numérique de faits empiriques. La mesure est ici avant tout une commodité, un outil qui permet de mieux se représenter les faits que l'on étudie. La mesure n'est pas une fin en soi, elle a pour simple but de faciliter la compréhension de phénomènes trop complexes pour être appréhendés directement.

L'ultime ambition de la mesure subjective est de s'effacer afin de permettre la révélation du concept qu'elle représente.

2. Les questionnaires de qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie est classiquement réalisée par des questionnaires composés de questions à réponses fermées.

Il existe des outils spécifiques qui concernent les individus atteints d'une maladie donnée, et des outils génériques s'adressant à tout individu qu'il soit en bonne santé ou malade. Enfin, il existe aussi des outils modulaires, qui conjuguent des éléments génériques et spécifiques, ce qui leur permet de combiner les avantages des deux approches.

3. Questionnaires pédiatriques

Les mesures génériques s'adressent à tout individu. Elles permettent des comparaisons entre groupes d'enfants malades, ou entre groupes d'enfants malades et d'enfants bien portants [65]. Ces informations sont fréquemment utilisées pour justifier les attributions d'allocations de ressources au sein des services de santé et d'éducation. D'autre part, la possibilité d'employer ces mesures avec des enfants en bonne santé permet d'obtenir de grands échantillons et d'élaborer des équivalents de normes. Le risque des questionnaires génériques est le manque de sensibilité. Il est susceptible de ne pas aborder des aspects spécifiques d'une maladie qui seraient pourtant pertinents pour l'enfant.

Selon Ruperto [66] le meilleur exemple d'outil générique est le « Child Health Questionnaire ». Cet outil repose sur deux composants fondamentaux : le fonctionnement (physique et psychosocial) et le bien-être. Il présente de bonnes propriétés de validité et de fiabilité, et il est communément utilisé. La figure 3 reprend des exemples de questionnaires pédiatriques validés.

Les mesures spécifiques concernent les individus atteints d'une maladie donnée. Elles sont particulièrement utiles pour mesurer les problèmes spécifiques d'une maladie, d'une fonction ou d'un traitement [60]. Elles sont donc souvent utilisées dans les essais cliniques. Wallander [67] avait pris position contre ces évaluations spécifiques, défendant une vision « universelle » de la qualité de vie, applicable à tous les enfants.

Il existe des mesures spécifiques pour les pathologies allergiques, l'asthme, le diabète ou certains cancers. Des questionnaires spécifiques aux TCA existent chez l'adulte : QOL-ED (Quality of Life for Eating Disorder) [68] , EDQOL (Eating Disorder Quality of Life Instrument) [69] ou HeRQoLED (Health-Related Quality of life in Eating Disorder) [70]. Il

n'existe actuellement pas de questionnaire spécifique validé pour les troubles du comportement alimentaire chez l'enfant et l'adolescent.

Les outils modulaires conjuguent des éléments génériques et spécifiques. Le questionnaire le plus utilisé est le « Pediatric Quality of Life Inventory » (PedsQL). Cet outil inclut une mesure générique de qualité de vie relative à la santé et des modules spécifiques centrés sur différentes pathologies (atteintes rhumatologiques, fatigue, cancer, diabète...). L'ajout de ces modules spécifiques permet d'éviter la confusion entre la notion de qualité de vie générale et la qualité de vie spécifique à une maladie. Pour l'instant, les questionnaires modulaires n'ont pas encore de modules spécifiques centrés sur les pathologies psychiatriques.

Type	Nom et Références	Version (âge)	Nombre d'items	Fidélité	Validité
- Générique - Etat de santé	FS IIR Stein & Jessop, 1990	Parents (0-16)	14-43	Interne	Construct Discriminante
- Générique - Profil de santé	CHQ Landgraf & Abetz, 1997	Enfant (10-18) Parents (5-18)	87 28-50-98	Interne	Construct Discriminante Concurrente
- Générique - Utilité	HUI Mark II Feeny et al., 1998	Enfant (6-18) Parents (6-18)	15 40	Test-retest	Clinique
- Spécifique - Etat de santé	PPSC (cancer) Lansky et al., 1985	Parents (1-16)	1	Inter-juges	Construct
- Spécifique - Profil de santé	POQOLS (cancer) Goodwin et al., 1994	Parents (0-18)	21	Interne	Concurrente
- Modulaire	PedsQL Varni et al., 2002a	Enfants (5-7 ; 8-12 ; 13-18) Parents (2-4 ; 5-7 ; 8-12 ; 13-18)	23 (générique) 27 (spécifique cancer)	Interne	Construct Clinique

FS IIR = Fonctionnal Status IIR ; CHQ = Child Health Questionnaire ; HUI Mark II = Health Utility Index ; PPS = Play Performance Scale ; POQOLS = Pediatric Oncology Quality of Life Scale ; PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory

Figure 3 : Principaux outils de qualité de vie infantile selon leurs modalités d'évaluation [71]

C. Qualité de vie et troubles du comportement alimentaire

1. Eléments chronologiques

L'intérêt pour la qualité de vie dans l'étude des troubles du comportement alimentaire est relativement récent. Une revue de la littérature mondiale datant de 2009 [72], retrouvait 27 articles relatifs à la qualité de vie dans les TCA, dont les trois quart dataient de 2004 ou étaient plus récents. Une méta-analyse datant de 2014 [73] rapporte quant à elle 102 études éligibles. Ces travaux concernent des patients adultes.

La première étude s'intéressant à l'impact fonctionnel des TCA date de 1994. Alors que jusque-là les répercussions des maladies psychiatriques sur la qualité de vie avaient été sous-estimées, Keilen et Treasure ont retrouvé une qualité de vie plus altérée chez les patientes souffrant de TCA que chez les patients atteints d'angor ou de mucoviscidose, et que chez les patients transplantés cardiaques [74].

2. Intérêt et utilité

Les intérêts d'une évaluation de la qualité de vie se retrouvent en recherche tout comme en pratique clinique.

Les **applications en recherche** concernent principalement l'évaluation de l'efficacité des traitements. L'évolution des patients souffrant de TCA est fréquemment évaluée par des échelles cliniques. Ces outils d'évaluation permettent d'accéder à différentes formes d'information : soit de déterminer si la pathologie est présente ou non (SCID, EDE), soit

d'estimer la fréquence des symptômes alimentaires. Ce sont alors la présence ou l'absence de troubles, ainsi que leur fréquence, leur association à des symptômes psychologiques ou leur association à des facteurs de gravité qui permettent de comparer les évolutions des différents groupes de malades. Si ces mesures ont prouvé leur utilité, il est aussi pertinent de mesurer d'autres aspects de la vie des patients atteints de TCA, qui sont également affectés par la maladie. Les mesures subjectives telles que la QVLS (qualité de vie liée à la santé) peuvent permettre de modifier la définition de l'efficacité thérapeutique et étendre cette notion à des champs élargis de la vie des patients. Pour Miller [75], le processus de guérison des troubles alimentaires est un continuum et doit être évalué en utilisant diverses mesures du fonctionnement physique et psychologique.

L'intérêt de l'évaluation de la qualité de vie, de manière complémentaires aux autres évaluations, est donc d'élargir le champ des mesures au-delà des symptômes et de leurs conséquences directes.

Les **perspectives cliniques** découlent de l'utilisation des évaluations de la QVLS en recherche.

Les domaines où le patient rapporte des difficultés peuvent être une source d'information sur son fonctionnement. Ils donnent des clés de compréhension de la psychopathologie du trouble alimentaire.

L'amélioration de la qualité de vie peut aussi devenir, sur la feuille de route des soins, un des objectifs du traitement en plus de la diminution des symptômes alimentaires.

De la Rie [76] montre, du reste, que les patients TCA en rémission ont une qualité de vie altérée, comparés aux sujets sains. Les traitements, le suivi et les évaluations des patients TCA se doivent donc de continuer bien après la rémission symptomatique.

3. Publications

Chez le patient adulte

La revue de la littérature de Scott Engel [72] rapportait six conclusions provisoires :

1. Les patients avec TCA rapportent une qualité de vie inférieure aux contrôles.
2. La diminution de la qualité de vie concerne les patients ayant un diagnostic spécifique, comme les patients présentant des pathologies subsyndromiques (TCANS).
3. Les aidants de patients TCA ont une qualité de vie altérée.
4. Les patients traités rapportent une amélioration de leur qualité de vie.
5. Il existe des différences de qualité de vie dans les TCA en fonction du sexe du patient : la qualité de vie des femmes serait plus altérée que celle des hommes lors d'un diagnostic de boulimie et l'influence de l'IMC serait plus marquée également.
6. La diminution de la qualité de vie des patients atteints de TCA est considérable, supérieure à celle de patients dans d'autres maladies chroniques.

D'après une étude comparative, les patients souffrant de TCA ont une qualité de vie plus altérée que les patients atteints de troubles de l'humeur [76]. Une étude rapportée par Winkler [73] attribuait le même nombre de DALYs (disability adjusted life years ou 'nombre d'années d'incapacité dans une vie') pour les patients atteints de TCA et de schizophrénie.

Dans une méta-analyse plus récente (2014), une équipe danoise [73] rapporte que, si la différence de qualité de vie est significative entre les adultes atteints de TCA et les témoins, il est impossible de conclure quant à l'existence ou non d'une différence entre les groupes diagnostiques de TCA. Cette méta-analyse a regroupé, parmi les 85 articles sélectionnés, 7 études utilisant une échelle de qualité de vie générique chez l'adulte : la Short Form-36 Health Survey (SF-36).

Cette question était également relevée par Jenkins, dans sa revue de la littérature chez l'adulte. Il pose la question des déterminants de l'altération de la qualité de vie chez les patients TCA et suggère que la présence de symptômes boulimiques et de purges soit un des facteurs diminuant la qualité de vie [5].

Publications concernant l'enfant et l'adolescent

La grande majorité des études concernant la qualité de vie dans les troubles du comportement alimentaire est réalisée chez les adultes ou chez « la femme jeune », regroupant les données de grandes adolescentes avec celles des adultes jeunes.

Or, Fisher [77] a montré que si les adolescents présentent des troubles du comportement alimentaires, comme les adultes, ils ont plus fréquemment un diagnostic de trouble non spécifique, avec des scores de gravité plus bas, ainsi qu'un plus grand déni des troubles et une demande de soins plus faible. La spécificité de la population adolescente doit donc être prise en compte dans l'évaluation et pour le traitement des TCA.

L'équipe de Herpertz-Dahlmann [78] a réalisé une grande enquête, en Allemagne, regroupant 1895 adolescents de 11 à 17 ans. Cette étude retrouve une prévalence élevée des troubles alimentaires dans la population générale allemande : un tiers des filles et 15% des garçons présenteraient des symptômes alimentaires. L'auteur souligne que les troubles ne concernent pas uniquement les adolescents en sous-poids mais tous les jeunes, et que ces symptômes alimentaires sont associés à une souffrance psychologique et à des difficultés psychosociales.

Les publications de Stice et Jenkins permettent d'affirmer que la présence de troubles du comportement alimentaire impacte négativement la qualité de vie des adolescents également [79][12]. Les données restent encore peu nombreuses.

Travail de recherche

I. Objectif de l'étude

A. Hypothèse principale

La qualité de vie des adolescents présentant une anorexie de type boulimique est plus altérée que la qualité de vie des adolescents présentant une anorexie restrictive.

B. Objectif principal

Rechercher une différence de qualité de vie, évaluée par l'auto-questionnaire CHQ-87, entre les patients anorexiques de type boulimique et les patients anorexiques de type restrictif.

C. Objectif secondaire

Rechercher si les patients dits prépubères, atteints d'anorexie à début précoce, rapportent, par l'utilisation de l'auto-questionnaire CHQ-87, une qualité de vie différente des autres patients anorexiques restrictifs.

II. Matériel et méthodes

A. Contexte : étude QUALIFE

Le Docteur Giovannini-Chami, pédiatre allergologue dans le service universitaire de pédiatrie de Nice a lancé en 2014 une étude visant à comparer la qualité de vie de l'enfant allergique alimentaire à celle d'une population témoin et à celle d'enfants souffrant d'autres pathologies chroniques dont les troubles du comportement alimentaire. Il s'agit de l'étude «QUALIFE», réalisée dans le cadre d'un appel d'offre interne à l'hôpital de Nice CHU-Lenval (AOI) ; son objectif principal est d'évaluer la qualité de vie de ces enfants et adolescents au moyen d'un questionnaire pouvant s'adapter à n'importe quel type de population : le CHQ-87. Les résultats pourraient permettre de justifier la prise en charge par les autorités de santé (Agence Régionale de Santé) d'une éducation thérapeutique pour les enfants souffrant d'allergie alimentaire.

Le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Nice a activement participé au recrutement des patients avec TCA pour cette étude. C'est dans ce contexte que nous avons saisi l'opportunité d'effectuer notre travail en collaboration avec le Docteur Giovannini-Chami.

B. Population

1. Description de la population de l'étude

Ont été admis dans l'étude les enfants et adolescents de 8 à 18 ans répondant au diagnostic de trouble du comportement alimentaire (TCA) selon les critères du DSM-IV-TR : anorexie mentale restrictive ou anorexie mentale avec conduites de purge, boulimie, trouble du comportement alimentaire non spécifique (TCANS). Cette population correspondait à des patients pris en charge en ambulatoire dans le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Nice CHU-Lenval.

Les critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion étaient les critères de l'étude QUALIFE.

2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- âge de 8 à 18 ans
- trouble du comportement alimentaire à type d'anorexie restrictive, d'anorexie avec conduites de purges ou crises boulimiques, de boulimie, de TCANS, diagnostiqué selon les critères du DSM-IV-TR
- signature du consentement éclairé par au moins un des parents du patient
- signature d'un consentement éclairé de l'enfant
- affiliation ou bénéficiaire de la sécurité sociale
- patient et parents francophones.

3. Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus les patients présentant :

- une pathologie physique chronique, étudiée dans l'étude QUALIFE comme toute autre pathologie chronique (les autres bras de l'étude QUALIFE étant : allergie alimentaire, asthme, diabète, obésité, maladie cœliaque, maladie inflammatoire chronique intestinale)
- une pathologie psychiatrique, en dehors de troubles anxieux et de dépression
- patients avec TCA en phase d'hospitalisation à temps plein.

4. Critère d'exclusion

Enfant, adolescent ou parent souhaitant retirer leur consentement.

C. Déroulement de l'étude

1. Cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et monocentrique extraite d'une étude transversale comparative et multicentrique relevant du code de la santé publique n°2004-806 du 9 août 2004 (articles L.1121-1 à L.1126.7). L'étude QUALIFE a été soumise au Comité de Protection des Personnes (CPP) et à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM). Elle a reçu l'avis favorable du CPP le 02/09/2013 et de l'ANSM le 31/08/2013.

Ont été ajoutées au protocole préexistant des évaluations cliniques standardisées pour les patients du bras « troubles du comportement alimentaire ». Il s'agissait du M.I.N.I KID et

de la Q-EDD. Ces évaluations, décrites ci-dessous, sont couramment utilisées en clinique et n'ont pas fait l'objet d'une extension de protocole.

Les médecins pédopsychiatres intervenant dans le service ont été informés par oral et par écrit afin de signaler aux investigateurs tout patient susceptible de participer à l'étude. Les pédopsychiatres du service SUPEA de Nice participant au recrutement de l'étude QUALIFE nous ont adressé leurs patients pour une inclusion conjointe à notre travail de thèse.

2. Période d'inclusion

Les participants ont été inclus entre le 30 avril 2014 et le 15 janvier 2015.

3. Procédure

Tout patient ayant un trouble du comportement alimentaire parmi les patients des différents pédopsychiatres de l'unité a été contacté, après vérification avec leur médecin de l'absence de critères de non-inclusion. Certains patients en suivi ont été informés au cours d'une consultation tandis que les patients récemment sortis d'hospitalisation, mais suivis en ville (libéral ou CMP) ont été contactés par téléphone.

L'étude nécessitait un rendez-vous d'environ une heure, le patient étant initialement accompagné d'au moins l'un de ses parents. L'entretien se déroulait à la consultation de l'hôpital ou au domicile du patient. Il comprenait plusieurs étapes :

- Explication du déroulement de l'étude QUALIFE et du travail de thèse, avec remise de la notice d'information et du consentement éclairé aux parents et au patient. (Les consentements libres et éclairés des parents et de l'enfant étaient recueillis, immédiatement ou dans un délai de 7 jours.)

Visite de sélection :

- Vérification des critères d'inclusion et recherche de critères de non-inclusion :

- Relevé de l'âge.
- Diagnostic de TCA par la passation du Q-EDD
- Recherche de comorbidité psychiatrique par la passation du M.I.N.I. KID.
- Recherche de comorbidités somatiques par l'entretien et la relecture du dossier médical.
- Récupération des consentements éclairés signés du patient et de son ou ses représentants légaux.
- Validation de l'inclusion auprès de la DRCI et obtention du numéro d'inclusion permettant l'anonymat.

Visite d'inclusion :

- En présence d'un TCA et en l'absence de comorbidité psychiatrique (en dehors d'un trouble anxieux ou dépressif) :

- Recueil des données sociodémographiques et cliniques par l'entretien et la relecture du dossier.
- Remise du questionnaire CHQ 87 au patient, qui le remplissait en présence de l'intervenant.

Les cinq premières inclusions à l'étude QUALIFE, dans le bras troubles du comportement alimentaire, ont été réalisées avant le début de cette étude. Les données ont été complétées par relecture du dossier et entretien avec le pédopsychiatre traitant.

4. Outils d'évaluation

4.a Données sociodémographiques et cliniques

Les données sociodémographiques recueillies étaient : date de naissance et âge au moment de l'étude, sexe.

Les données cliniques recueillies étaient : taille, poids, diagnostic de TCA, date des premiers symptômes, date du diagnostic (et du recours aux soins), antécédents d'hospitalisation (en pédiatrie, en réanimation pédiatrique ou en pédopsychiatrie), traitements médicamenteux en cours.

Afin de pouvoir comparer les patients entre eux malgré les différences de taille, l'IMC est couramment utilisé.

Concernant l'évaluation de l'IMC en fonction de l'âge du patient, nous avons choisi de nous référer aux courbes de l'IMC pour la population française publiées par l'INSERM [80].

Ainsi l'IMC normal variant avec l'âge, nous avons également recherché à quel percentile de la population correspondait l'IMC calculé. Un poids à 85% du poids standard pour l'âge et la taille équivaut à un IMC au 10^{ème} percentile [81].

Ainsi, une patiente de 10 ans, dont l'IMC serait de 15kg/m² (losange gris, figure 4), est classée dans la norme. Son IMC correspond en effet à un IMC au 25^{ème} percentile pour l'âge. Contrairement à une patiente de 16 ans, qui avec un IMC de 15kg/m², est largement en dessous du 3^{ème} percentile (losange noir). A 16 ans, l'IMC pour être au 25^{ème} percentile de la population de référence est de 18.5kg/m² (losange blanc).

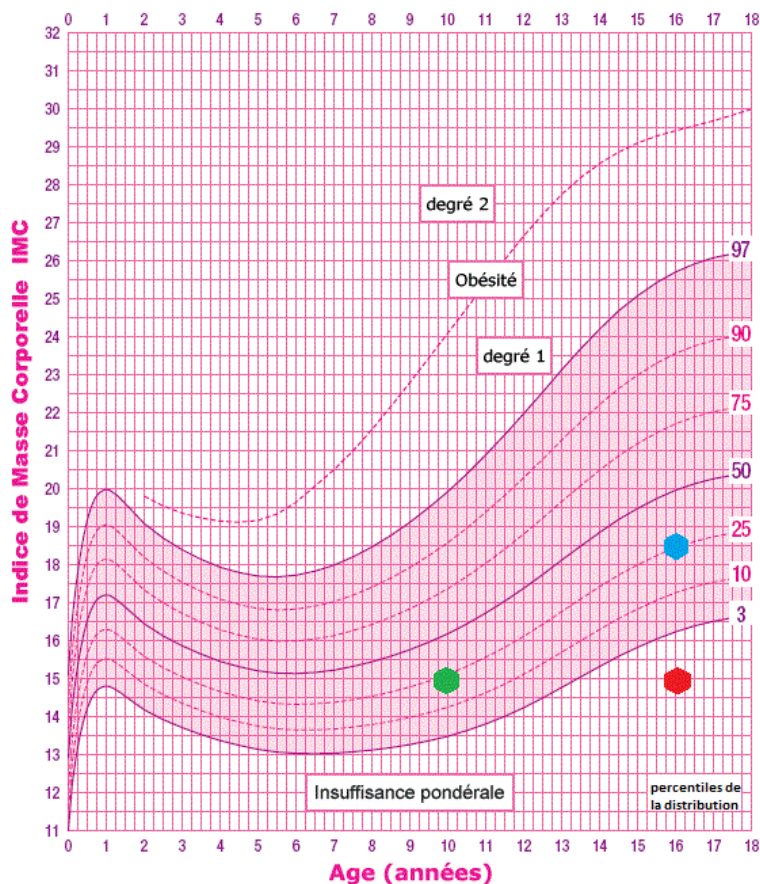


Figure 4. Courbe de corpulence des filles âgées de 0 à 18 ans (courbe de référence pour la population française, INSERM [80])

4.b Evaluations cliniques standardisées

M.I.N.I. KID : Le M.I.N.I. KID (Mini International Neuropsychiatric Interview Enfant et Adolescent Version Française 2.0) [82] est un entretien diagnostique structuré, adapté à l'enfant et à l'adolescent de 8 à 18 ans, construit pour être de courte durée (15 minutes). Il permet d'explorer, de façon standardisée, les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV-TR.

Le M.I.N.I. KID est divisé en modules correspondant à des catégories diagnostiques. Au début de chacun des modules, une ou plusieurs question(s) filtre(s) correspondant aux critères

principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé, permettant de passer rapidement au module suivant en cas de réponse(s) négative(s).

Le M.I.N.I. KID permet ainsi des diagnostics psychiatriques fiables et validés pour les enfants et les adolescents, dont ceux des troubles du comportement alimentaire, et ne nécessite qu'un tiers du temps nécessaire à la passation de la K-SADS-PL [83].

Q-EDD : Le Q-EDD (Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis) est un questionnaire validé chez l'enfant et l'adolescent [84][23]. Il a pour objectif d'identifier les principaux troubles du comportement alimentaire et de faire la distinction entre leurs différents sous-types selon les critères du DSM-IV-TR. Il permet également de repérer des troubles subcliniques dans une population adolescente et fournit des informations précises quant au comportement et aux attitudes du sujet.

Constitué de 50 questions, le Q-EDD est un auto-questionnaire pouvant être rempli en 5 à 10 minutes environ.

Le questionnaire Q-EDD est en annexe 5.

4.c Evaluation de la qualité de vie

CHQ-CF87 : Le « Child Health Questionnaire 87-item Child Form » est une mesure générique de l'état de santé, évaluant les domaines physiques et psycho-sociaux. Cet auto-questionnaire de qualité de vie liée à la santé (QVLS) a été développé spécifiquement pour les enfants et les adolescents de 5 à 18 ans [7]. Dans sa version française, il est complété en une quinzaine de minutes en moyenne [85].

Le CHQ-CF87 a été conceptualisé et testé aux Etats-Unis et a été utilisé, depuis, en Australie, aux Pays-Bas, dans les pays scandinaves et en France [6]. La version française du CHQ a été validée chez des enfants âgés de 9 à 18 ans [86].

L'auto-questionnaire est constitué de 87 items ou questions avec 4,5 ou 6 options de réponses, regroupés en 10 échelles ou dimensions dites « multi-items » et 2 dimensions à un seul item. Les questions font référence aux quatre semaines précédant le remplissage du questionnaire.

Les douze dimensions sont : Fonctionnement physique, Limitations physiques, Limitations émotionnelles, Limitations comportementales, Santé en général, Douleur physique, Estime de soi, Santé psychique, Comportement, Activités en famille, Cohésion familiale, Changement de l'état de santé.

Pour chaque dimension, les items sont sommés (après recodage et calibration) et transformés en un score de 0 à 100. Un score de 0 correspond à la moins bonne qualité de vie possible. **Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie pour la dimension concernée.** Le score de chaque dimension peut être calculé seulement si la moitié ou plus des items ont été complétés.

L'ensemble des scores permet de dresser un « profil » par individu. Il n'existe pas de score global.

5. Traitement des données et analyse statistique

L'analyse statistique a comporté en premier lieu une description de la population de l'étude et des principales caractéristiques des patients (âge, sexe, taille, poids, IMC et référence au percentile, comorbidité anxieuse, prise de traitement et antécédent d'hospitalisation) dans chaque groupe diagnostique, avec évaluation des fréquences absolues et relatives pour les variables catégorielles, et évaluation des moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives.

Les scores au questionnaire CHQ-87 ont été calculés selon les instructions du manuel d'exploitation du questionnaire [7]. La création d'une feuille de calcul avec le logiciel Excel a permis le traitement informatique des réponses, après vérification manuelle des résultats pour trois questionnaires.

Concernant les comparaisons entre les groupes au sein de la population, la moyenne et l'écart-type ont été calculés pour les douze scores de l'auto-questionnaire pour chaque groupe.

Après vérification visuelle, pour certains résultats, de l'aspect gaussien de la distribution des scores par la réalisation d'histogrammes, les distributions ont été considérées comme normales. Les tests paramétriques T de STUDENT et T de WELSH ont été utilisés.

Les résultats ont été soumis à une analyse de la variance. L'hypothèse de l'égalité des variances a été vérifiée par le test de FISCHER (F-TEST). En l'absence de différence significative de variance entre les populations (F-TEST négatif), la comparaison des réponses a été faite par le test de T-STUDENT. En cas de F-TEST positif (égalité de la variance non vraie), le test T de WELCH a été utilisé.

Le risque de première espèce a été fixé à 5%.

III. Résultats

A. Caractéristiques de la population de l'étude

39 patients ont été sélectionnés : quatre présentaient des critères de non-inclusion (une allergie alimentaire et trois patientes ont été rapidement hospitalisées), 19 personnes ont été incluses dans cette étude et 16 ont refusé de participer. Le taux de refus était de 42%.

Tous les participants étaient de sexe féminin. Aucune patiente ne répondait aux critères de la boulimie du DSM-IV-TR.

Les caractéristiques démographiques et cliniques des patientes sont présentées dans le tableau 1.

	Population totale (n=19)	Anorexie + TCANS de type restrictif (n=13)	Anorexie + TCANS de type boulimie (n=6)
Age moyen (écart-type)	15,07 ans (2,11)	14,11* ans (1,82)	17,13* ans (0,73)
IMC en kg/m ² (écart-type)	16,84 (2,15)	16,08* (2,02)	18,48* (1,48)
Nombre de patientes avec IMC < 10 ^{ème} percentile	10 (52%)	9 (70%)	1 (17%)
Nombre de patientes avec comorbidité anxieuse	10 (52%)	6 (46%)	4 (67%)
Nombre de patientes avec antécédent de dépression	5 (26%)	2 (15%)	3 (50%)
Traitement médicamenteux	5 (26%)	2 (15%)	3 (50%)
Antécédent d'hospitalisation	11 (57%)	8 (61%)	3 (50%)
Début des symptômes en période prépubertaire	6 (32%)	6 (46%)	0 (0%)
Durée d'évolution des symptômes alimentaires(ET)	2.31 ans (1.35)	2 ans (1.33)	3.06 ans (1.22)

*p<0.05

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques des participantes.

1. Diagnostic

Les dix-neuf patientes présentaient des troubles des conduites alimentaires selon les critères du DSM-IV-TR. Neuf patientes présentaient une anorexie mentale de type restrictif, une présentait une anorexie mentale de type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs. Neuf patientes répondaient aux critères diagnostiques d'un Trouble des Conduites Alimentaires Non Spécifié parce que leur poids actuel était dans les limites de la normale (le critère manquant étant l'IMC inférieur au 10ème percentile). Parmi elles, quatre présentaient un type restrictif de TCANS et cinq un type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs.

Au total, treize patientes présentaient des tableaux de TCA uniquement restrictifs, tandis que les six autres jeunes filles y associaient des symptômes boulimiques. Ces résultats sont présentés dans le tableau 2.

	Groupe Anorexie restrictive	Groupe Anorexie boulimique	Nombre total de patientes
Anorexie typique	9	1	10
TCANS	4	5	9
Total	13	6	19

Tableau 2 : Diagnostic des participantes, forme typique d'anorexie ou TCANS.

Parmi les six patientes présentant des symptômes d'anorexie de type boulimique, cinq avaient recours aux vomissements et l'une d'elle rapportait également le mésusage de laxatifs. Dans quatre cas sur cinq, les vomissements faisaient suite à des crises de boulimie ou à une

alimentation normale et dans le dernier cas, les vomissements succédaient à une alimentation normale uniquement. La fréquence des crises de boulimie était toujours inférieure à deux par semaine. Au moment du passage du questionnaire, la sixième patiente présentait des crises de boulimie sans vomissements associés. Les conduites compensatoires étaient des périodes de jeûne ou de restriction alimentaire sans hyperactivité physique.

2. Âge

L'âge moyen de la population était de 15 ans environ, avec une différence significative d'âge entre les patientes présentant des troubles de type restrictif (AR) et les patientes présentant des troubles de type boulimique (AB).

Ainsi, toutes les patientes du groupe AB étaient âgées de 16 ans ou plus, alors que seules deux patientes du groupe AR avaient plus de 15 ans. Trois patientes du groupe AR étaient âgées de moins de 13 ans au moment de l'étude.

3. Indice de Masse Corporelle

L'IMC moyen de la population de l'étude était de 16.84 kg/m². Etant donné que l'âge des patientes pouvait varier de 10 ans et 9 mois à 17 ans et 10 mois, l'IMC ne pouvait être utilisé pour comparer les patientes entre elles. Les IMC ont été exprimés en percentiles sur les courbes de distribution françaises. Nous avons retenu cette donnée comme une variable catégorielle : IMC inférieur ou supérieur au 10^{ème} percentile. Parmi les anorexiques restrictives, 70% présentaient un IMC inférieur au 10^{ème} percentile, contre une seule patiente anorexique boulimique.

4. Troubles anxieux et dépressifs

Des symptômes anxieux étaient présents chez dix patientes au total, soit 52% de notre population. On relevait : 2 cas de troubles obsessionnels compulsifs, 6 cas d'agoraphobie, 2 cas de trouble panique, 7 cas d'anxiété généralisée, 2 cas de trouble anxiété sociale.

Certaines patientes présentaient plusieurs troubles anxieux (deux à quatre troubles anxieux associés pour quatre patientes).

Aucune des patientes recrutées ne présentait d'épisode dépressif majeur au moment de l'étude, mais cinq rapportaient des antécédents de dépression.

5. Traitement

Cinq patientes prenaient un traitement médicamenteux au moment de l'étude. Quatre de ces patientes avaient un antécédent de dépression. Dans le groupe AR, deux patientes avaient un traitement par aripiprazole à 2.5 ou 5 mg par jour. Dans le groupe AB, une patiente prenait également de l'aripiprazole, mais à 10mg par jour et deux patientes prenaient 50 mg de sertraline par jour.

D'autre part, onze patientes de l'étude avaient déjà été hospitalisées en pédopsychiatrie, avec des proportions similaires dans les deux groupes. Une patiente AR avait été hospitalisée deux fois et une autre avait été hospitalisée quelques jours en service de réanimation. Une adolescente du groupe AB présentait un antécédent d'hospitalisation en médecine suite à une tentative de suicide.

6. Patientes prépubères

La proportion des patientes ayant débuté les troubles des conduites alimentaires en période prépubertaire était d'1/3 environ pour la population globale et toutes ces patientes prépubères étaient des patientes présentant une anorexie restrictive.

B. Résultats des auto-questionnaires

1. Résultats de la population globale de l'étude

Les auto-questionnaires ont, en général, été remplis avec beaucoup d'application et une exhaustivité presque parfaite. Les patientes qui ne réussissaient pas à choisir entre deux réponses ont été appelées à reformuler leur hésitation, ce qui leur permettait la plupart du temps de faire leur choix. Sinon elles étaient incitées à cocher 1 case et à mettre une explication dans la marge. Tous les scores ont pu être calculés pour l'ensemble des participantes. Ils sont récapitulés sous forme de tableau en annexe 7.

Les moyennes des scores ont été calculées pour la population de l'étude. Elles sont rapportées dans le tableau 3, avec leur écart-type. Les scores sont cotés sur 100. Plus le score est haut, meilleure est la qualité de vie. Le dernier score de la liste, Changement de l'état de santé (CH), est le seul score sur 5. Plus le score est haut, meilleure est la santé comparée à l'année précédente.

Dimension de l'auto-questionnaire CHQ-87	Traduction française personnelle de la dimension CHQ-87	Items par score	Population totale Score moyen et écart-type (ET)
Physical Functioning (PF)	Fonctionnement physique	9	83,63 (21,68)
Role limitation / Physical (RP)	Limitations physiques	3	86,55 (17,60)
General Health(GH)	Santé en général	12	57,21 (15,95)
Bodily Pain (BP)	Douleur physique	2	68,42 (24,78)
Role Limitation / Emotional (RE)	Limitations émotionnelles	3	82,46 (26,27)
Role limitation / Behavioral (RB)	Limitations comportementales	3	83,63 (25,76)
Self Esteem (SE)	Estime de soi	14	59,98 (18,25)
Mental Health (MH)	Santé psychique	16	58,13 (19,29)
Behavior (BE)	Comportement	17	77,27 (9,98)
FamilyActivities (FA)	Activités en famille	6	66,89 (30,16)
FamilyCohesion (FC)	Cohésion familiale	1	62,89 (23,11)
Change in Health (CH)	Changement de l'état de santé	1	3,26 (1,52)

Tableau 3. Scores moyens aux 12 dimensions du CHQ-87 de la population de l'étude.

2. Comparaison entre les deux groupes

Le tableau 4 présente les moyennes des scores des groupes de patientes anorexiques, selon qu'elles présentaient des symptômes boulimiques ou non, avec le résultat du test de différence des moyennes (test T de STUDENT).

Dimension CHQ-87	Anorexie restrictive Score moyen (ET)	Anorexie boulimie Score moyen (ET)	Test T-STUDENT p (AR vs. AB)
Physical Functioning (PF)	82,62 (24,02)	85,80 (17,28)	0,39
Role limitation / Physical (RP)	88,03 (19,49)	83,34 (13,61)	0,30
General Health(GH)	56,95 (14,77)	57,78 (19,80)	0,46
Bodily Pain (BP)*	75,38 (24,36)	53,33 (19,66)	0,03
Role Limitation / Emotional (RE)	86,33 (23,20)	74,07 (32,71)	0,18
Role limitation / Behavioral (RB)	86,33 (28,02)	77,78 (21,08)	0,26
Self Esteem (SE)	63,76 (17,99)	51,79 (17,46)	0,10
Mental Health (MH)*	63,69 (20,12)	46,10 (10,68)	0,03
Behavior (BE)	77,61 (10,53)	76,52 (9,55)	0,42
FamilyActivities (FA)*	75,00 (29,51)	49,31 (25,33)	0,04
FamilyCohesion (FC)	66,92 (23,68)	54,17 (21,08)	0,13
Change in Health (CH)	3,31 (1,55)	3,17 (1,60)	0,43

*p<0.05

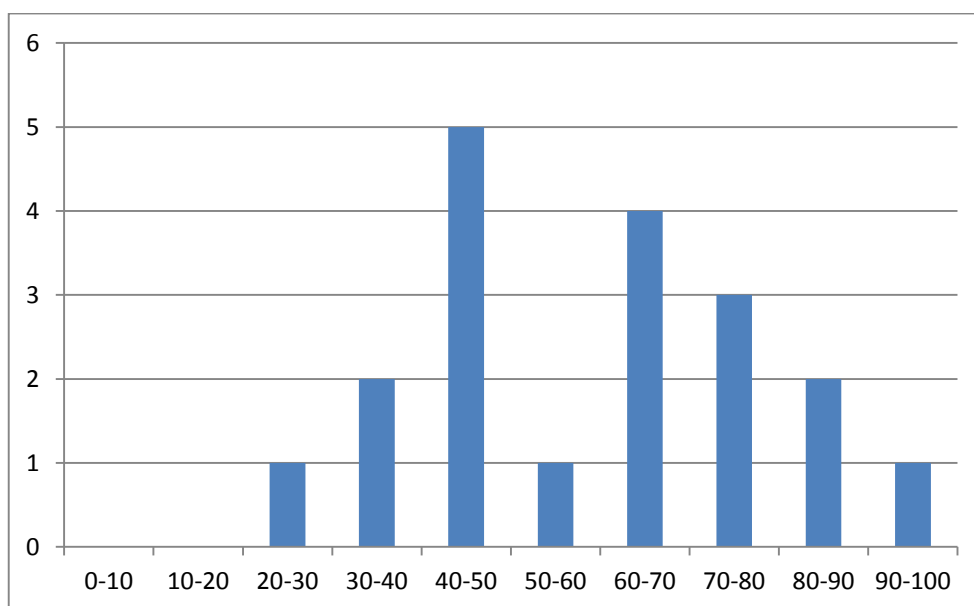
Tableau 4. Scores moyens aux 12 dimensions du CHQ-87 des groupes anorexie-restrictive et anorexie-boulimie et comparaison statistique.

Les patientes AB avaient des scores diminués dans 10 dimensions et significativement inférieurs pour 3 dimensions de l'auto-questionnaire CHQ-87 : la Douleur physique (BP), la Santé psychique (MH) et les Activités en famille (FA). Les scores varient en moyenne d'une vingtaine de points sur cent pour ces trois dimensions, entre les patientes AB et AR.

On remarque que les trois dimensions de la santé étaient impactées : la santé physique, psychique et sociale.

Les scores des dimensions Estime de soi (SE) et Cohésion familiale (FC) variaient d'une douzaine de points entre les deux groupes, sans atteindre la significativité statistique.

Pour illustrer le travail statistique et la notion de significativité, nous avons choisi de représenter la répartition des réponses des patientes pour la dimension Santé psychique (MH). Le même type de répartition des réponses a été observé pour les deux autres dimensions présentant des différences significatives (Douleur Physique et Activités en Famille). Le graphique 1 montre, pour chaque « tranche » de 10 points de score en abscisses, le nombre de patientes ayant obtenu un score dans cette tranche en ordonnée, dans la dimension MH.



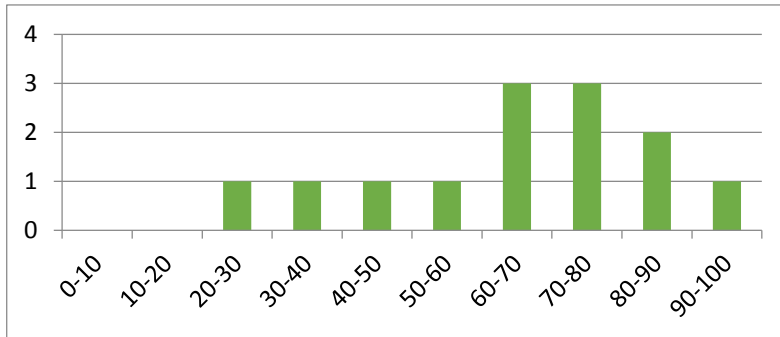
Graphique 1 : nombre de patientes par score à la dimension MH

(En ordonnées : nb de patientes, en abscisses : score de 10 en 10)

On remarque que la distribution totale des scores pour cette dimension n'était pas gaussienne. En effet, on note deux pics de scores, entre 40 et 50 points et entre 60 et 70 points. Cette courbe évoque une courbe résultant de la somme de deux courbes gaussiennes.

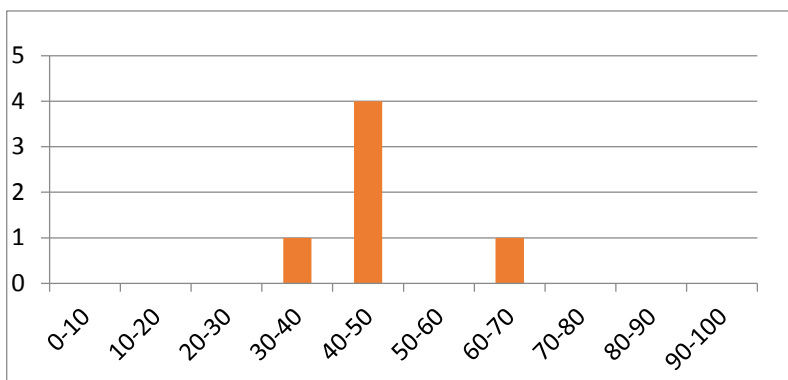
Le même type de graphique a été réalisé en séparant les groupes de patientes anorexiques restrictives (Graphique 2) et anorexiques boulimiques (Graphique 3). Chacune de ces populations présentait effectivement une répartition d'allure gaussienne des scores à la

dimension MH. Les patientes AR avaient des scores centrés sur 65, tandis que les patientes AB avaient des scores centrés sur 45.



Graphique 2 : répartition des scores des patientes AR pour la dimension MH

(En ordonnées : nb de patientes, en abscisses : score de 10 en 10)



Graphique 3 : répartition des scores des patientes AB pour la dimension MH

(En ordonnées : nb de patientes, en abscisses : score de 10 en 10)

Après vérification de la non-significativité de la différence des variances entre ces populations d'allure gaussienne par le test de FISCHER, nous avons pu appliquer le test de T-STUDENT. Le test donnait un $p < 0.05$, ce qui signifie que la différence entre les deux groupes pour cette dimension est statistiquement significative.

3. Comparaison des patientes prépubères et pubères

Les patientes dites anorexiques prépubères (ARp) étant toutes des patientes présentant un trouble restrictif, nous avons scindé le groupe AR en deux sous-groupes, selon que le trouble soit survenu ou non avant la puberté. Il n'existe pour le moment pas de critères pour définir le caractère prépubère de l'anorexie. Plutôt que d'opter pour un critère d'âge, nous avons retenu comme prépubères les patientes n'ayant pas encore atteint la ménarche et se trouvant toujours en aménorrhée primaire.

Le groupe de treize patientes AR a donc été divisé en un sous-groupe de sept patientes pubères (ARP) et un sous-groupe de six patientes dites « prépubères » (ARp).

Les caractéristiques démographiques et cliniques des sous-groupes de patientes AR pubères et prépubères sont rapportées dans le tableau 5.

	Anorexiques R pubères (n=7)	Anorexiques R prépubères (n=6)
Age moyen (écart-type)	14,86 ans (1,17)	13,25 ans (2.16)
IMC en kg/m² (écart-type)	16,95 (2,16)	15,07 (1,37)
Nombre de patientes avec IMC < 10^{ème} percentile	3 (43%)	6 (100%)
Nombre de patientes avec comorbidité anxieuse	5 (71%)	1 (17%)
Nombre de patientes avec antécédent de dépression	1 (15%)	1 (17%)
Traitement médicamenteux	2 (28%)	aucun
Antécédent d'hospitalisation	6 (86%)	2 (33%)
Durée d'évolution des symptômes alimentaires (ET)	1,6 ans (1,00)	2.47 ans (1,61)

Tableau 5 : Caractéristiques démographiques et cliniques des groupes de patientes AR pubères et prépubères

Les patientes prépubères étaient, pour la majorité, plus jeunes que les patientes pubères, sans que la différence ne soit significative. Leur IMC était en moyenne inférieur. Elles répondaient toutes aux critères stricts d’anorexie avec un IMC inférieur au 10^{ème} percentile, tandis que parmi les patientes pubères, trois étaient anorexiques restrictives et quatre étaient classées dans les TCANS.

Les comorbidités anxieuses étaient beaucoup plus fréquentes chez les patientes pubères, avec une proportion de 71% contre 17% chez les patientes prépubères.

Le tableau 6 présente les moyennes des scores des sous-groupes de patientes AR selon qu’elles soient prépubères ou non. Le test de FISCHER ayant démontré la non-équivalence des variances pour les résultats des deux sous-groupes, c’est le test T de WELCH qui a été utilisé comme test de différence des moyennes.

Dimension CHQ-87	Groupe AR pubères Moyenne(ET)	Groupe AR prépubères Moyenne (ET)	Test de T-WELCH p (ARP vs ARp)
Physical Functioning (PF)	74,60(31,31)	91,97 (3,64)	0,10
Role limitation / Physical (RP)*	79,37*(23,51)	98,15* (4,54)	0,04
General Health(GH)	52,38 (15,78)	62,29 (12,69)	0,12
Bodily Pain (BP) +	65,71(28,78)	86,67 (12,11)	0,06
Role Limitation / Emotional (RE)	77,78(28,69)	96,30 (9,07)	0,07
Role limitation / Behavioral (RB)	77,78(36,85)	96,30 (5,74)	0,12
Self Esteem (SE)	57,44(22,62)	71,13 (6,43)	0,08
Mental Health (MH)*+	54,69*(23,11)	74,19* (9,23)	0,04
Behavior (BE)	75,44(9,42)	80,15 (12,07)	0,23
FamilyActivities (FA)*+	61,91*(35,06)	90,28* (9,74)	0,04
FamilyCohesion (FC)	58,57(28,39)	76,67 (12,90)	0,08
Change in Health (CH)*	2.57* (1.51)	4.17* (1.17)	0.03

+ score significativement différent entre AB et AR * p<0.05

Tableau 6 : Scores moyens aux 12 dimensions du CHQ-87 des sous-groupes de patientes pubères et prépubère au sein du groupe AR.

Les patientes AR pubères avaient des scores significativement inférieurs aux scores des patientes prépubères pour quatre dimensions de l'auto-questionnaire CHQ-87 : la Limitation physique (RP), la Santé psychique (MH), les Activités en famille (FA) et les Changements de l'état de santé (CH). Les scores variaient en moyenne d'une vingtaine de points sur cent pour trois de ces dimensions. La quatrième dimension étant cotée sur cinq, elle présentait une variation de 1.6 points, soit l'équivalent d'une trentaine de points pour un score sur cent.

Les scores des dimensions Douleur physique (BP), Estime de soi (SE) et Cohésion familiale (FC) variaient au moins d'une douzaine de points au moins entre les deux groupes, sans atteindre la significativité statistique.

IV. Discussion

L'objectif de notre étude était de démontrer une différence de qualité de vie rapportée entre les adolescents présentant un trouble du comportement alimentaire anorexique de type restrictif ou de type boulimique. Dans notre travail, le groupe des adolescentes atteintes d'anorexie de type boulimique présentait une altération de la qualité de vie plus importante que le groupe des patientes atteintes d'anorexie de type restrictif, avec un score en moyenne plus bas dans dix dimensions sur douze et une différence significative pour trois dimensions du CHQ-87 : la Souffrance physique (BP), la Santé psychique (MH) et les Activités en famille (FA).

Notre objectif secondaire était de déterminer si les patientes prépubères rapportaient une qualité de vie différente de celle des autres patientes. Au sein du groupe de patientes présentant une anorexie restrictive, les patientes prépubères (ARp) présentaient une qualité de vie nettement supérieure à celles des patientes pubères (ARP). Leurs scores étaient en moyenne plus élevés dans douze dimensions sur douze et cette différence était significative pour quatre dimensions du CHQ-87 : la Limitation physique (RP), la Santé psychique (MH), les Activités en famille (FA) et les Changements de l'état de santé (CH).

A. Limites de l'étude

1. Biais de sélection

La population de notre étude a été recrutée au sein des patients suivis en ambulatoire pour troubles du comportement alimentaire dans le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Nice. Il a été choisi délibérément de ne pas inclure de patients hospitalisés dans l'étude QUALIFE car le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie a été conçu pour des enfants non hospitalisés.

Le recrutement des participants s'étant fait en milieu hospitalier, les résultats ne seront extrapolables qu'aux patients suivis en ambulatoire à l'hôpital pour TCA et non aux personnes souffrant de TCA en population générale.

2. Taux de participation

Habituellement, sur une année, environ une cinquantaine de patients est accueillie par le service pour TCA. En étalant notre recrutement sur neuf mois, nous avons effectivement pu contacter trente-neuf patients. Les critères de non-inclusion de l'étude nous ont fait écarter une personne, qui présentait une anorexie mentale et une allergie alimentaire documentée. En fin de période de recrutement, trois patientes entrées dans les soins rapidement (hospitalisation en urgence ou après seulement deux consultations) étaient encore hospitalisées. Elles pourront être incluses dans l'étude QUALIFE ultérieurement. Enfin, les 16 autres patients contactés ont simplement refusé de participer à l'étude.

Le taux de refus de participation peut paraître particulièrement élevé (42%). Il est à replacer dans le contexte du service, où avait eu lieu de septembre 2013 à mai 2014 une étude concernant la dimension hédonique olfactive dans les TCA et où a lieu également l'étude

ETAPE (étude de la tolérance des antipsychotiques chez l'enfant). Certains patients pouvaient donc être triplement sollicités. Cette difficulté est donc l'envers d'une richesse, dans un service universitaire où l'activité de recherche est soutenue.

Dans la littérature des taux de refus de participation variables sont retrouvés et cette donnée est d'ailleurs encore souvent manquante dans les études [87]. Le type d'étude est un déterminant du taux de participation. Ainsi, une revue de la littérature récente concernant le traitement du diabète rapporte un taux de participation de 6% dans les études de prévention et de 43 à 51% dans les études proposant des traitements [88]. D'après une revue de la littérature concernant des journaux à haut facteur d'impact, le taux de refus moyen des essais cliniques en pédiatrie serait de 13% contre 2% en population adulte [89]. Pour les études concernant la qualité de vie évaluée par questionnaire les taux de refus retrouvés sont légèrement inférieurs à 40 %. Le taux de participation était de 69.6% dans une étude suédoise utilisant le questionnaire SF-36 et réalisée par téléphone (76.7%) ou par courrier (63.5%), soit un taux de refus moyen de 30.4% [90]. Une étude australienne utilisant le CHQ-87 et réalisée sur le lieu de scolarisation des adolescents, rapporte un taux de refus de 30% [91] alors qu'une étude néerlandaise, dans des conditions similaires, mentionne un taux de participation de 96% [6]. Enfin, une étude américaine utilisant également le CHQ-87 chez des patients atteints de pathologies urologiques, le taux de refus était de 34.5% [92].

D'autre part, il faut se rappeler également de la spécificité des troubles du comportement alimentaire, où l'ambivalence des adolescents par rapport à leur suivi est particulièrement importante. Si les patients présents dans le service participent volontiers à des travaux de recherche et se montrent disponibles, l'emploi du temps chargé des adolescents pris en charge en ambulatoire était mis en avant par les patients et leurs parents. L'étude

nécessitait environ une heure et prolongeait d'autant la présence des jeunes patients à l'hôpital, ce qui a été rédhibitoire pour certains.

Lors d'une recherche menée avec des sujets souffrant de troubles psychiques, il est indispensable de prendre en compte les conséquences du trouble mental sur le libre arbitre du patient. Ainsi, Danion-Grillat [93] insiste sur le fait que « le sujet idéal de l'éthique est bousculé par la maladie mentale », c'est-à-dire que la maladie mentale peut remettre en question l'information et l'autonomie du sujet se prêtant ou non à la recherche.

En psychiatrie de l'adulte, Capdevielle [94] a pu montrer que la capacité à donner un consentement au traitement ou à la recherche était inversement proportionnelle à la qualité de l'insight chez des patients atteints de schizophrénie. Les troubles du comportement alimentaire sont des pathologies où les patients ont également un vécu singulier de leurs symptômes et un rapport aux soins souvent ambivalent. Ces éléments pourraient expliquer en partie la relative faiblesse du taux de participation.

Afin d'améliorer le taux de participation, nous avons proposé aux patients de grouper les rendez-vous avec leurs déplacements prévus dans le cadre de leur suivi. Pour quatre participantes, nous nous sommes rendus à leur domicile. Enfin, une présence régulière à la consultation du mercredi et une présentation de l'étude dans le service d'hospitalisation a permis des premiers contacts informels avant une prise de rendez-vous.

3. Taille de l'échantillon et biais de confusion

La population de dix-neuf patientes, obtenue sur une période de 9 mois, ne permet pas statistiquement de réaliser d'analyse multivariée. Pour chaque variable considérée dans ce

type d'analyse, une dizaine de patients est effectivement requise. Notre étude, de par son effectif, est donc susceptible de présenter des biais de confusion.

En analysant les caractéristiques cliniques des deux groupes comparés, on remarque que les patientes de chacun d'entre eux ne se distinguent pas uniquement par le type de trouble alimentaire, mais également par leur âge et leur corpulence (évaluée par l'IMC, rapporté aux données pour la population française).

La différence d'âge entre les deux groupes s'explique par l'âge d'apparition des troubles. Alors que l'anorexie restrictive survient majoritairement pendant l'adolescence (entre 14 et 19 ans) [19], l'âge moyen de survenue de la boulimie est plus tardif, vers 17 ans environ [79]. Les courbes présentées en figure 5 représentent le risque non cumulatif de présenter des troubles boulimiques ou des troubles avec conduites de purges de 14 à 20 ans. Ce risque a été calculé suite au suivi prospectif de 496 jeunes femmes américaines pendant 8 ans.

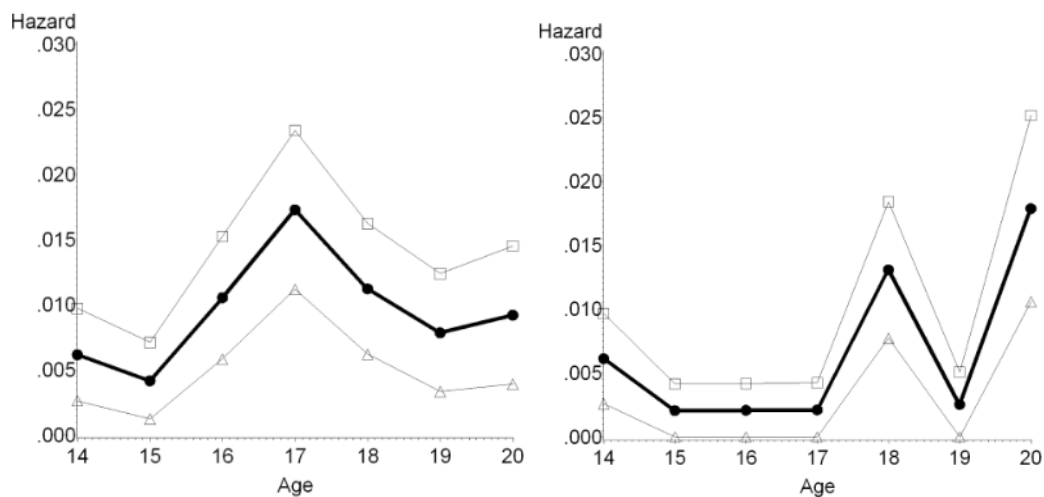


Figure 5 : Courbes de risque non cumulatif de boulimie (à gauche) et de conduites de purges (à droite) selon l'âge, Stice[79]

Nous n'avons pas pu recruter de patientes boulimiques, aucune patiente n'étant suivie pour cette pathologie au moment du recrutement. Mais nous avons rencontré des patientes anorexiques ayant réalisé « un virage boulimique » après une période de restriction, ou ayant présenté une anorexie de type « avec conduites de purges ». Ces patientes présentant des symptômes boulimiques sont en moyenne plus âgées et présentent une évolution des troubles qui semble plus longue en moyenne (sans significativité statistique).

D'autre part, nous avons distingué les patientes en deux groupes selon la présence ou non de symptômes boulimiques, et non selon leur seul diagnostic DSM-IV-TR. Des patientes TCANS sont donc mêlées à des patientes présentant des diagnostics typiques. En réalité, la majorité des patientes de l'étude ont présenté dans le passé une forme typique d'anorexie mentale. Dans plusieurs cas, l'hospitalisation a permis une renutrition et une augmentation du poids. Or les critères de non-inclusion empêchant leur évaluation pendant l'hospitalisation, les patientes remplissaient le questionnaire au moins 1 mois après leur sortie et leur poids était alors fréquemment supérieur au 10^{ème} percentile. D'ailleurs, d'après Jenkins [5], l'impact des TCA sur la qualité de vie reste important, même dans les troubles subsyndromiques. Il nous a donc paru licite de regrouper les patientes présentant un TCANS et les patientes ayant une anorexie mentale typique.

Les patientes TCANS représentent environ 48% de notre échantillon. Les patients présentant des symptômes alimentaires sans remplir les critères des principales catégories diagnostiques sont nombreux, environ 50% des patients TCA dans la littérature [95], ce qui correspond à peu près à la proportion dans notre étude.

B. Discussion des résultats

1. Qualité de vie comparée à d'autres maladies chroniques

La population globale de notre étude présente des scores moyens plutôt faibles au CHQ-87 et ce malgré les scores particulièrement élevés des anorexiques restrictives, qui représentent près d'un tiers de l'effectif.

Lorsque l'on compare les résultats obtenus à ceux d'une population d'adolescents néerlandais malades chroniques, on retrouve une qualité de vie inférieure ou équivalente aux jeunes néerlandais rapportant deux maladies chroniques ou plus (tableau 7). Les jeunes néerlandais présentant des maladies chroniques ont eux-mêmes une qualité de vie significativement inférieure aux témoins de leur étude. Les affections les plus souvent rapportées étaient : les allergies (17%), l'eczéma (8%), la migraine (6%) et l'asthme (5%).

dimension CHQ-87	Score moyen pour deux comorbidités ou plus aux Pays-Bas(ET)	Population totale Nice Score moyen (ET)	Différence des moyennes (Pays-Bas/Nice)
Fonctionnement physique (PF)	92 (9)	83,63 (21,68)	8,37
Limitations physiques (RP)	91 (20)	86,55 (17,60)	4,45
Santé en général (GH)	62 (19)	57,21 (15,95)	4,79
Douleur physique (BP)	63 (20)	68,42 (24,78)	-5,42
Limitations émotionnelles (RE)	82 (24)	82,46 (26,27)	-0,46
Limitations comportementales (RB)	83 (19)	83,63 (25,76)	-0,63
Estime de soi (SE)	67 (13)	59,98 (18,25)	7,02
Santé psychique (MH)	66 (15)	58,13 (19,29)	7,87
Comportement (BE)	76 (13)	77,27 (9,98)	-1,27
Activités en famille (FA)	Non complété	66,89 (30,16)	NC
Cohésion familiale (FC)	61 (25)	62,89 (23,11)	-1,89
Changement de l'état de santé (CH)	Non complété	3,26 (1,52)	NC

Tableau 7 : Comparaison des scores moyens de la population totale de l'étude aux adolescents néerlandais rapportant deux pathologies chroniques ou plus [6].

Comme dans l'étude néerlandaise nous retrouvons un effet plafond pour deux dimensions du CHQ-87[6][91] : plus de 50% des patientes ont un score maximal pour les Limitations émotionnelles (RE) et comportementales (RB). (Le détail des scores est rapporté en annexe 7.) Pour la dimension Limitation physique, neuf patientes sur dix-neuf ont un score maximal soit 47%. Nous approchons la saturation, alors que ce score est saturé dans d'autres études. La saturation du score est une faiblesse du questionnaire, le score saturé est si fréquemment élevé qu'il n'apporte pas d'information discriminante entre les différents participants. On constate du reste une équivalence presque stricte entre les scores de notre population globale et les jeunes néerlandais pour les scores des dimensions de Limitations Emotionnelle et Comportementale (RE et RB). La différence des scores pour la dimension Limitation Physique (RP) reste quant à elle minime.

Enfin, dans la littérature, la dimension Fonctionnement physique (PF) est également saturée. Ce qui ne se retrouve pas dans notre population, où seulement 16% des patientes ont un score maximum pour PF. Les patientes de l'étude ont d'ailleurs sur ce score, une moins bonne évaluation que les collégiens des Pays-Bas. Deux questions participant à l'évaluation de cette dimension évoquent effectivement les activités nécessitant beaucoup d'énergie, que les patientes dénutries et affaiblies ne réalisent plus avec facilité.

Pour les scores d'Estime de soi et de Santé psychique on note une différence de quelques points - pas aussi importante que dans les comparaisons entre patientes de notre population. En effet, seuls sept points séparent les patientes de l'étude des élèves néerlandais alors que l'on retrouvait des différences de douze à vingt points entre les patientes de l'étude.

Au total, la population de l'étude, prise dans son ensemble, présente une qualité de vie altérée. Les scores moyens de notre population de patientes présentant un TCA sont similaires à ceux d'une population présentant deux maladies chroniques somatiques ou plus.

2. Différences entre les groupes AR et AB

2.a Douleur physique

Concernant la souffrance et les douleurs physiques, les patientes AB présentent des scores significativement plus bas que les patientes AR. Le questionnaire ne recueillait pas d'informations particulières concernant ces douleurs en dehors de leur fréquence de survenue et de leur intensité. C'est au cours des entretiens que certaines patientes AB rapportaient que leurs douleurs étaient souvent des douleurs abdominales. Les crises de boulimie sont généralement interrompues justement devant une réplétion abdominale douloureuse, et les vomissements itératifs peuvent être à l'origine d'œsophagite et de reflux gastro-œsophagien [30]. La symptomatologie boulimique pourrait donc être à l'origine de douleurs fréquentes et reconnues par les patientes.

Pour les patientes AR, leur amaigrissement provoque des douleurs osseuses et musculaires, la position assise est parfois difficilement maintenue. Cependant, l'anesthésie provoquée par le jeûne et la sécrétion d'endorphines pourrait expliquer l'absence de plainte douloureuse. « Le jeûne provoque un état cotonneux d'anesthésie de la douleur tant physique que psychique, un état qui absorbe, isole et éloigne de soi-même et de la réalité. » décrit Colette Combes [96]. Les troubles de l'intégration des perceptions sont également évoqués par le Professeur Askenazy : « Dans l'anorexie, tout se passe comme si le 'soi viscéral' subissait une distorsion, comme si les perceptions dirigées vers le monde extérieur, comme celles du monde interne ne pouvaient être représentées [40]. » Découlent de ces

connaissances, des modalités thérapeutiques innovantes, comme des ateliers sensoriels [97] permettant de prendre en charge ces difficultés.

Dans une étude de 2014, Jenkins [12] retrouvait chez les adolescents présentant des symptômes boulimiques, une altération de la santé psychique, sans différence concernant la santé physique. Dans cette étude anglo-saxonne, la qualité de vie était évaluée par le questionnaire SF-36, qui permet le calcul de deux scores composites pour une évaluation globale de la qualité de vie physique et psychique. Cette évaluation globale peut être un facteur diminuant la précision des informations. Les auteurs mettaient en avant, en tant que possible facteur explicatif de la bonne santé physique des participants, le fait que les patients recrutés étaient suivis en ambulatoire, ce qui était également le cas dans notre étude.

2.b Souffrance psychique

Comme dans l'étude de Jenkins citée ci-dessus, la santé psychique des patientes AB était rapportée comme plus altérée que chez les patientes AR.

La proportion de comorbidité anxieuse était effectivement plus élevée dans notre groupe AB : 67% contre 46%. En revanche, les patientes qui présentaient plusieurs troubles anxieux étaient des patientes AR. Chez les patientes AB, il y avait plus de personnes présentant des antécédents dépressifs et la moitié des patientes AB avaient une prescription de psychotrope au moment de l'étude.

La comorbidité anxieuse n'a pas été considérée comme un facteur d'exclusion de l'étude en raison de son association quasi systématique aux troubles du comportement alimentaire de type anorexique. Ainsi, Godart N. [98], montre que 83% des patientes anorexiques présentent un trouble anxieux ou ont un antécédent de trouble anxieux et que

dans 75% des cas, le trouble anxieux précédait le trouble du comportement alimentaire. La fréquence des troubles anxieux est d'ailleurs moindre dans notre échantillon que dans la littérature. Ceci pourrait être lié au fait que n'ont été recueillis que les troubles actuels et non les antécédents.

Comme l'exprime Philippe Jeammet dans son livre *Anorexie Boulimie, les paradoxes à l'adolescence* [27], le trouble psychiatrique peut être envisagé comme une tentative de restauration de l'homéostasie psychique, une réponse à la menace de l'anxiété et de la solitude. Les troubles du comportement alimentaires seraient des réponses adaptatives à l'angoisse, l'anorexie et la boulimie des moyens de se sécuriser. Les TCA auraient alors comme vocation « d'aller mieux ». L'idée est bien de vivre, initialement. Ainsi certaines patientes rapportent-elles un mieux-être après l'instauration des symptômes, telle une « lune de miel » avec la maladie. Puis, dans un second temps seulement, réapparaît l'angoisse avec l'envahissement du quotidien par les symptômes alimentaires et leurs conséquences. Concevoir, puis reconnaître ce mieux-être initial est sans doute fondamental pour pouvoir aborder les patientes.

2.c Activités en famille

La troisième dimension statistiquement différente entre les groupes AR et AB était les Activités en famille. Si certaines patientes AR ont évoqué des tensions familiales autour du repas, ces tensions ne se généralisaient pas, en général, aux autres activités familiales qui pouvaient être conservées. Au contraire, les patientes présentant des troubles boulimiques rapportaient fréquemment des conflits majeurs avec leurs parents. Cette différence pourrait

aussi s'expliquer par la différence d'âge entre les deux groupes et l'avancée dans le processus adolescent pour les AB.

L'alexithymie, fréquemment retrouvée chez les patientes AR [99], pourrait également expliquer en partie ce résultat. Sifneos définit l'alexithymie comme un déficit de l'affect [100]: « une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments ».

2.d Estime de soi

Bien que non significatives statistiquement, les différences des scores entre les patientes AB et AR pour les dimensions Cohésion familiale (FC) et Estime de soi (SE) étaient importantes (environ 12 points de moins pour les patientes AB, cf tableau 4).

Ce résultat s'approchant de la significativité pour la dimension d'Estime de soi, rejoint l'étude publiée par de la Rie [76], qui retrouvait une qualité de vie altérée chez les patients atteints de TCA, sans trouver de différence entre les groupes diagnostiques. De la Rie rapportait que l'estime de soi faible des patients TCA contribuait largement à l'altération de leur qualité de vie.

L'absence de différence significative pour l'Estime de soi entre les deux populations de patientes anorexiques n'est pas tellement surprenante, tant la problématique narcissique est centrale dans tous les troubles du comportement alimentaire.

Maurice Corcos [101], en explicitant le modèle de la dépendance dans l'anorexie, rappelle la fragilité narcissique des patientes, et leur manque de sécurité interne. Cette

caractéristique serait commune à toutes les patientes souffrant de TCA. M. Corcos poursuit cependant le raisonnement en distinguant les patientes anorexiques restrictives des patientes anorexiques-boulimiques par leur style d'attachement [102]. Les deux seraient des attachements dits « insécures », mais les patientes AR auraient plus souvent un attachement insécure de type « détaché » ou « évitant », type d'attachement qui se caractérise par des stratégies de désactivation du comportement d'attachement, avec évitement des affects et une minimisation des signes de détresse. Les patientes AB, elles, auraient plus souvent un style d'attachement « préoccupé » ou « ambivalent » qui se caractérise par une hyperactivation du comportement d'attachement, avec débordement par les affects et exagération des signes de détresse.

Concernant cette différence d'expression de la plainte, la littérature anglo-saxonne évoque la nature *egosyntonic* des anorexiques restrictives. Ce terme, non traduit dans le langage médical français, signifierait que les patientes restrictives auraient un comportement en accord avec leur idéal et en seraient donc satisfaites. Les patientes AR pourraient voir les aspects de la maladie en tant que partie positive d'elle-même et auraient donc tendance à nier la gravité de leurs problèmes [103]. A l'inverse, les patientes boulimiques seraient de nature *egodystonic*, comme les patients atteints de troubles obsessionnels compulsifs, et seraient très conscientes du caractère pathologique de leurs symptômes et rapporteraient donc en souffrir plus.

C. Patientes prépubères, une population à part ?

1. Comparaison aux patientes pubères

Dans notre travail, les patientes présentant une anorexie prépubère se distinguent des patientes pubères souffrant de la même pathologie.

1.a Age et durée d'évolution des troubles

Les patientes prépubères sont en général plus jeunes que les patientes pubères. En moyenne, dans notre population, elles ont 13 ans, contre presque 15 ans pour les secondes. Or, Jörngarden a montré que, en population générale en Suède, les adolescents de 13 à 15 ans rapportaient une meilleure qualité de vie (estimée par le questionnaire généraliste SF-36) que leurs aînés âgés de 16 à 19 ans [90]. La diminution de la qualité de vie avec l'âge, chez les adolescents et les jeunes adultes est attribuée par l'auteur à l'augmentation du stress induite par le passage de l'enfance à l'âge adulte. L'adolescence associe effectivement des facteurs de stress internes et externes, avec une quête d'autonomie, l'acquisition d'une représentation de soi avec un corps changeant et des impératifs scolaires et professionnels. Ces difficultés se reflètent dans les évaluations de la qualité de vie.

Bien que généralement plus jeunes, les patientes prépubères rapportent une durée d'évolution de leur symptomatologie au moins aussi longue en moyenne que les patients pubères. Les deux populations se différencient donc bien par l'âge de début des troubles, avec un début logiquement plus précoce chez les patientes dites prépubères.

1.b Santé physique

D'un point de vue somatique, les patientes prépubères ont toutes un IMC inférieur au 10^{ème} percentile tandis que les patientes du sous-groupe ARP ne sont que 43%. La sévérité de l'amaigrissement est donc plus importante chez les patientes prépubères dans notre population. Ces dernières pourraient risquer plus de complications somatiques à long terme, avec une répercussion majeure de leur dénutrition sur la croissance et sur leur stock calcique induisant un risque aggravé d'ostéoporose à l'âge adulte. Ces risques sont connus chez la patiente anorexique pubère [30], mais la possibilité d'une majoration des répercussions chez les prépubères n'est pas encore quantifiée dans la littérature. Ces éléments de gravité somatique contrastent avec l'évaluation de la qualité de vie de ces patientes.

1.c Souffrance psychique

D'un point de vue psychique, comme nous l'avons vu, les patientes prépubères expriment très peu de plaintes. Une seule patiente présentait un trouble anxieux associé, contre 71% des patientes ARP. Solange Cook-Darzens, dans son ouvrage concernant la thérapie familiale dans les TCA [104], fait l'hypothèse que la maladie anorexique prépubère s'inscrit dans un mouvement plus relationnel qu'intrapsychique. Pour cet auteur les possibilités d'insight et de thérapie individuelle sont limitées dans ces situations, elle propose donc de donner une place essentielle aux thérapies familiales et parentales.

1.d Auto évaluation de la qualité de vie générale

Les patientes prépubères ont des scores significativement plus élevés que les patientes pubères atteintes d'anorexie restrictives pour les dimensions Limitation physique, Santé mentale, Activités en famille et Changement de l'état de santé.

Ces différences pourraient être attribuées à l'évaluation de l'altération de leur qualité de vie par les patientes pubères, les résultats des patientes prépubères venant se rapprocher d'une population témoin comme nous le verrons au paragraphe suivant.

Ici encore, les trois aspects de la santé sont concernés, avec une meilleure santé physique, mentale et sociale pour les patientes prépubères.

La différence de qualité des relations familiales questionne les représentations des familles des patientes souffrant d'anorexie mentale. En effet, il était souvent fait état, depuis la fin des années 1970 et les publications de Minuchin et Selvin-Palazzoli, d'une spécificité des constellations familiales des patientes anorexiques. La «famille-type» a pu être décrite comme unie et sans problèmes ou comme voulant donner cette image, avec une tendance au repli sur elle-même et une confusion entre ses différents membres. Ce système familial en huis-clos se caractériserait par l'évitement des conflits et l'encouragement de la dépendance [33]. Cette vision est nuancée par S. Cook-Darzen, qui reproche à ce modèle de ne pas tenir compte de la diversité des situations cliniques rencontrées et de renforcer une stigmatisation des proches. L'auteur revient néanmoins dans un ouvrage récent [104] sur la particularité des patientes anorexiques prépubères. Elles seraient dans des liens «plus serrés avec leur famille», car «la maladie survient fréquemment pendant une phase centripète du cycle de la vie familiale, avec un risque pour la patiente de rester paralysée dans cette étape de développement.»

Cette spécificité de l'organisation familiale autour de l'adolescente prépubère, donne une place essentielle au travail familial et parental, ce d'autant plus que les patientes ne rapportent que peu de plaintes concernant leur santé.

2. Comparaison à une population non malade

Les scores des patientes anorexiques restrictives prépubères étaient particulièrement élevés, nous avons cherché à les comparer à des populations non malades déjà publiées. Les comparaisons statistiques directes sont impossibles en raison des différences culturelles et socio-économiques pouvant exister entre ces populations. Ces facteurs ont été démontrés comme influençant la qualité de vie [105]. De plus, les populations ne sont pas appariées.

Une étude australienne de grande ampleur a comparé les résultats de 2361 enfants et adolescents de 12 à 18 ans, recrutés en milieu scolaire. Les auteurs de cette étude ont présenté leurs résultats, entre autres, selon l'âge des participants [91]. Le tableau 8 compare les scores des collégiens australiens âgés de 13 ans aux patientes niçoises.

dimension CHQ-87	Score moyen à 13 ans Australie Waters et al. [91]	Groupe AR prépubères Moyenne (ET)	Différence des moyennes (Australie-Nice)
Fonctionnement physique (PF)	94,33 (10,47)	91,97 (3,64)	2,36
Limitations physiques (RP)	94,77 (14,74)	98,15 (4,54)	-3,38
Santé en général (GH)	69,50 (15,21)	62,29 (12,69)	7,21
Douleur physique (BP)	76,14 (20,16)	86,67 (12,11)	-10,53
Limitations émotionnelles (RE)	91,64 (16,68)	96,30 (9,07)	-4,66
Limitations comportementales (RB)	94,08 (14,58)	96,30 (5,74)	-2,22
Estime de soi (SE)	79,44 (16,20)	71,13 (6,43)	8,31
Santé psychique (MH)	78,99 (15,33)	74,19 (9,23)	4,8
Comportement (BE)	80,52 (14,19)	80,15 (12,07)	0,37
Activités en famille (FA)	72,26 (16,00)	90,28 (9,74)	-18,02
Cohésion familiale (FC)	75,13 (24,12)	76,67 (12,90)	-1,54
Changement de l'état de santé (CH)	3,69 (1,02)	4,17 (1,17)	-0,48

Tableau 8 : Comparaison des résultats de jeunes australiens âgés de 13 ans au groupe ARp de Nice pour le CHQ-87.

Sur les douze domaines évalués par le CHQ-87, huit scores sont comparables, avec une différence de moins de cinq points.

Les patientes de notre étude obtiendraient de moins bons scores dans les dimensions Santé en général et Estime de soi.

La différence observée pour l'estime de soi pourrait être attribuée à la pathologie anorexique, mais pourrait aussi être liée à une différence culturelle. Les australiens sont de culture anglo-saxonne, tout comme les auteurs du questionnaire CHQ-87 et certaines formulations de questions dans ces dimensions pourraient « favoriser » les Australiens. En effet, l'autosatisfaction et l'optimisme sont des valeurs fortes dans les pays anglo-saxons. Alors que les résultats d'enquête d'opinion classent fréquemment les Français comme le peuple ayant la vision la plus négative de son avenir par exemple [106], et les débats concernant le système de notation de notre éducation sont fréquents [107]. Il relèverait plus les erreurs des étudiants que leurs réussites et ne les pousserait donc pas à l'auto-satisfaction.

A l'inverse, les patientes du sous-groupe ARp présentent de meilleurs scores pour les dimensions Douleur physique et Activités en famille.

2.a Douleur physique

Si les plaintes douloureuses des patientes anorexiques prépubères sont fréquentes autour des repas, elles ne se retrouvent pas dans les résultats. L'excellent score des patientes sur cet item pourrait être lié à une moins bonne performance dans la discrimination de leurs sensations douloureuses. Martinez et Cook-Darzens [108], reprenant les théories neurocognitives actuelles concernant l'anorexie mentale, placent la dysfonction de l'insula au centre du modèle neurobiologique, entraînant, entre autre, un défaut d'intégration des stimuli neurovégétatifs et sensoriels.

2.b Activités en famille

Pour la dimension Activités en famille, les scores des patientes ARp sont nettement plus élevés que ceux des jeunes Australiens. On pourrait voir, ici aussi, une différence culturelle, ou peut-être une singularité de l'organisation familiale autour des patientes anorexiques prépubères comme explicité plus haut.

Au final, contrairement à ce que nous avons constaté pour la population totale de l'étude, les différences de qualité de vie entre les patientes prépubères et des adolescents non malades du même âge semblent minimales.

D. Perspectives

1. Etude QUALIFE

La publication des résultats de l'étude QUALIFE, qui comparera la population allergique alimentaire à des populations atteintes d'autre pathologies chroniques et à une population témoin est attendue pour 2016.

D'ici là une dizaine d'inclusions devraient se faire dans le bras TCA, portant l'effectif à 30 patients environ. Il sera alors possible de comparer les estimations de qualité de vie des patients souffrant de TCA aux estimations des patients atteints d'autres pathologies chroniques et à une population témoin. Jusqu'à présent, le questionnaire CHQ-87 n'avait jamais été utilisé pour l'évaluation d'une pathologie psychiatrique. Avec leur comparaison à une population témoin, ces résultats apporteront des données innovantes par rapport à la littérature existante.

2. Perspectives cliniques

Lors des entretiens nécessaires à la réalisation de l'étude, des échanges informels autour des questionnaires ont eu lieu. Il était fréquent que les patientes commentent les questions. Elles mettaient leur propre situation en perspective, en s'inquiétant de ce que pouvaient vivre d'autres patients ou de ce qui pourrait être différent dans leur propre vie.

L'aspect très neutre et standardisé du questionnaire a permis, pour certaines patientes, d'aborder très simplement des sujets intimes. Alors que nous craignons initialement que l'aspect « froid » et simple du questionnaire ne provoque que des réponses peu sincères, nous avons observé que l'auto-questionnaire CHQ-87 a souvent été utilisé comme un espace de liberté et d'expression.

On retrouve dans la littérature [109] cette notion d'ouverture de l'espace de parole dans le cadre de la recherche médicale chez l'adulte. Les patients se saisissent de ce « temps pour comprendre » et l'investissent.

D'autre part, il nous a semblé que l'utilisation d'un support écrit permettait une médiatisation augmentant elle aussi la capacité d'expression, chez les jeunes en particulier. A l'adolescence, le discours verbal est peu investi, comme le souligne Xavier Pommereau dans son ouvrage *Nos ados.com en images* [110]. Mais si les adolescents ne parlent pas de leurs états d'âme aux adultes, ils peuvent les donner à voir. Aussi s'expriment-ils fréquemment sur les réseaux sociaux, entre pairs.

De la même manière, l'estimation de sa qualité de vie ou l'expression de ses souffrances psychiques par le biais d'un auto-questionnaire, médiatise la relation. On peut alors discuter avec l'adolescent de son score ou d'une « image de lui », désamorçant l'aspect trop direct pour certains des échanges verbaux. Des versions informatisées des questionnaires pourraient être imaginées, des graphiques retraçant l'évolution des évaluations, avec une reprise des résultats lors des entretiens de suivi.

L'altération de la qualité de vie persistant même après la rémission symptomatique, il y aurait un intérêt à poursuivre son évaluation et le suivi sur de longues périodes. Colette Combe [96] explique suivre ses patientes bien au-delà de la guérison et les accompagner lors de leurs grossesses. Ces moments pouvant représenter de nouvelles périodes de vulnérabilité, avec un risque de transmission de troubles alimentaires.

3. Recherches à venir

Nos résultats relatifs à la qualité de vie des patientes présentant des symptômes boulimiques laissent penser que les différences avec les patientes ne présentant que des symptômes restrictifs sont importantes. Celles-ci mériteraient d'être précisées par des questionnaires de qualité de vie spécifiques aux troubles du comportement alimentaire. Un questionnaire en français, mais destiné aux adultes, a d'ailleurs été récemment rédigé et validé par Rigaud et al [111].

Néanmoins, la taille de notre échantillon et le recrutement de notre population en milieu hospitalier constituent des biais importants. La participation des patientes prépubères à la qualité de vie subjective très conservée pourrait constituer un autre biais de notre travail. Des études de plus forte puissance, en population générale ou sélectionnée, et la réalisation d'analyses multivariées pour contrôler les différents biais sont nécessaires. D'autre part, il n'existe pas, pour le moment, d'études spécifiques de la qualité de vie chez les patientes présentant une forme précoce d'anorexie mentale. L'évolution de ces patientes prépubères est encore mal connue. Peu de données sont disponibles en raison de l'augmentation récente du nombre de cas et du manque de recul secondaire.

De plus, pour ces patientes et comme souvent en pédopsychiatrie, il pourrait être intéressant d'utiliser la version « parents » du CHQ-87 ou de développer un questionnaire spécifique de la qualité de vie dans les troubles alimentaires destiné aux parents. La confrontation des deux points de vue permettrait de discuter la difficulté de perception des conséquences des troubles du comportement alimentaire, chez les plus jeunes patients notamment.

Enfin, les réflexions actuelles concernant le renouvellement de la prise en charge des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire s'articulent autour de

l'amélioration de la qualité de vie et de l'acceptabilité des soins. Le modèle de prise en charge de l'anorexie avec séparation sans isolement, progresse vers une prise en charge sans séparation, comme dans le service niçois par exemple [97]. De nombreuses patientes prises en charge en ambulatoire bénéficient également de soins en CATTP spécialisé ou en hôpital de jour. En 2006, l'équipe de l'hôpital Debré de l'APHP communiquait à propos de la prise en charge des TCA en hospitalisation à domicile [112]. L'un des arguments, en dehors de l'efficacité thérapeutique, était la conservation de la qualité de vie pendant et après la période de soins à domicile. A l'étranger, en Allemagne, une étude publiée en 2014 [11] a comparé la prise en charge en hospitalisation temps plein à une prise en charge en hôpital de jour (suite à une prise en charge initiale de 3 semaines en temps plein). L'étude de non infériorité rapporte une efficacité équivalente, évaluée par la prise pondérale au terme de la prise en charge et à trois mois. Par contre les patients du groupe pris en charge en hôpital de jour ont de meilleurs scores dans les domaines psychologiques et relationnels. Si l'amélioration de la qualité de vie des patients est un critère d'évaluation des soins, la bonne connaissance de ses déterminants est essentielle pour l'interprétation des résultats.

Conclusion

Notre étude confirme que la qualité de vie des adolescentes souffrant de troubles du comportement alimentaire est globalement altérée. Les patientes présentant une anorexie de type « avec crises de boulimie ou vomissements » rapportent, par l'auto-questionnaire CHQ-87, une qualité de vie moins bonne que les patientes atteintes de troubles uniquement restrictifs. Cette altération de la qualité de vie concerne aussi bien les domaines psychiques que physiques et sociaux. D'autre part, les patientes atteintes de troubles anorexiques restrictifs précoces, survenant avant la puberté, rapportent une qualité de vie largement supérieure à celle des patientes pubères et comparable à celle de la population générale. Notre étude, en raison de son effectif, ne permettait pas d'analyse multivariée et reste sujette aux biais de confusion.

Les différences observées peuvent néanmoins être mises en lien avec des nuances psychopathologiques. Ainsi les différences d'expression de qualité de vie des patientes atteintes de troubles restrictifs ou boulimiques pourraient être liées à leur type d'attachement infantile. Les pathologies prépubères quant à elles, seraient liées plus étroitement à des enjeux familiaux. Des études complémentaires, utilisant des questionnaires spécifiques des TCA pourraient préciser les différences entre ces groupes de patients.

Enfin, l'utilisation des questionnaires de qualité de vie pourrait être envisagée en pratique clinique, permettant aux patients adolescents d'exprimer leurs difficultés par le biais d'une médiatisation, voire de suivre leur évolution de manière ludique.

Annexes

Annexe 1 : Extraits du DSM-IV-TR	110
Annexe 2 : Extraits de la CIM-10.....	113
Annexe 3 : DSM-5	116
Annexe 4 : Notice d’information pour les adolescents et leurs parents	121
Annexe 5 : Questionnaire Q-EDD.....	122
Annexe 6 : Questionnaire CHQ-87 :	125
Annexe 7 : Score des 19 patientes aux 12 dimensions du CHQ-87, résultats bruts	132

Annexe 1 : Extraits du DSM-IV-TR

1) Anorexie mentale

Le diagnostic d'anorexie mentale repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.

D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

E. Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

2) Boulimie

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A. Survenue récurrente de crises de boulimie («bingeeating»). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

- absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;

- sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois.

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Type avec vomissements ou prise de purgatifs («purging type») : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Type sans vomissements ni prise de purgatifs («non-purging type») : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

3) Les troubles du comportement alimentaires non spécifiés

Les troubles alimentaires non spécifiés sont une catégorie destinée aux troubles qui ne remplissent pas les critères d'un Trouble (les conduites alimentaires spécifiques).

En voici quelques exemples :

1. Chez une femme, tous les critères de l'Anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle présente des règles régulières.

2. Tous les critères de l'Anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.

3. Tous les critères de la Boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de 3 mois.

4. L'utilisation régulière de moyens compensatoires inappropriés fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un sujet de poids normal (p. ex., vomissements provoqués après absorption de deux petits gâteaux).

5. Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.

6. Hyperphagie boulimique (« Binge-eating disorder ») : il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la Boulimie.

Annexe 2 : Extraits de la CIM-10

1) Anorexie mentale F50.0

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A. Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5. Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle escomptée pendant la période de croissance.

B. La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins l'une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.

C. Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.

D. Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.

Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

E. Ne répond pas aux critères A ou B de la Boulimie.

Diagnostic différentiel : le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.

2) Anorexie mentale atypique F50.1

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : l'un des symptômes-clés, telle une aménorrhée ou une peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids. On ne doit pas faire ce diagnostic quand un trouble physique connu pouvant entraîner une perte de poids est associé.

3) Boulimie F50.2

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A. Préoccupation persistante concernant l'alimentation, besoin irrésistible de nourriture, et épisodes d'hyperphagie avec consommation rapide de grandes quantités de nourriture en un temps limité.

B. Le sujet tente de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture en recourant à l'un au moins des moyens suivants : des vomissements provoqués, l'utilisation abusive de laxatifs, l'alternance avec des périodes de jeûne, l'utilisation de « coupe-faim », de préparations thyroïdiennes ou de diurétiques. Quand la boulimie survient chez des patients diabétiques, ceux-ci peuvent sciemment négliger leur traitement insulinique. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications physiques.

C. Des manifestations psychopathologiques, p. ex. une crainte morbide de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids très précis, nettement inférieur au poids prémorbide représentant le poids optimal ou idéal selon le jugement du médecin. Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale, survenu de quelques mois à plusieurs années auparavant ; il peut s'agir d'une anorexie mentale authentique ou d'une forme cryptique mineure avec perte de poids modérée ou phase transitoire d'aménorrhée.

4) Boulimie atypique F50.3

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids, ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporels.

5) Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques F50.4

Hyperphagie due à des événements stressants, tels que deuil, accident, accouchement, etc.

Comprend :

Hyperphagie psychogène

A l'exclusion de : obésité (E66.-)

6) Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques F50.5

Vomissements répétés survenant au cours d'un trouble dissociatif (F45.2) et d'un trouble hypochondriaque (F45.2), et qui ne sont pas exclusivement imputables à l'une des affections classées en dehors de ce chapitre. Ce code peut également être utilisé en complément du code O21.- (vomissements incoercibles au cours de la grossesse), quand des facteurs émotionnels sont au premier plan dans la survenue de nausées et de vomissements récurrents au cours de la grossesse.

Comprend :

Vomissements psychogènes

A l'exclusion de : nausée (R11) et vomissements SAI (R11)

7) Autres troubles de l'alimentation F50.8

Comprend :

Perte d'appétit psychogène

Pica de l'adulte

A l'exclusion de : pica du nourrisson et de l'enfant (F98.3)

8) Trouble de l'alimentation, sans précision F50.9

Annexe 3 : DSM-5

1) ARFID

« Avoïdant/Restrictive Food Intake Disorder » (ARFID) : trouble du comportement alimentaire évitant/restrictif

Un trouble de l'alimentation (manque d'intérêt apparent pour la nourriture, un évitement reposant sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture, une inquiétude à propos des conséquences négatives de l'alimentation) qui se manifeste par un échec persistant à atteindre un apport énergétique et/ou nutritionnel suffisant associé à un (ou plusieurs) des critères suivants :

Perte de poids significative (ou impossibilité d'atteindre le poids attendu ou une croissance satisfaisante chez les enfants).

Carence nutritionnelle significative.

Dépendance à une nourriture entérale artificielle ou à des compléments alimentaires oraux.

Interférence marquée avec le fonctionnement psychosocial.

Le trouble n'est pas mieux expliqué par le manque de nourriture disponible ou par une pratique culturellement sanctionnée.

Le trouble alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie, et il n'y a pas d'éléments en faveur d'un trouble de la perception du poids et/ou de l'image corporelle.

Le trouble alimentaire n'est pas attribuable à une pathologie médicale concomitante ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. Si le symptôme survient dans le contexte d'un autre trouble mental, la sévérité du trouble excède celle habituellement associée à cette situation ou pathologie et nécessite une attention clinique supplémentaire.

2) Anorexie mentale

Anorexie mentale

A. Restriction des apports énergétiques relativement aux besoins, induisant un poids significativement bas pour l'âge, le sexe, le développement et la santé physique. Un poids significativement bas est défini comme un poids qui est inférieur à la normale ou, pour les enfants et les adolescents, moins que le poids minimal attendu.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportements persistants interférant avec la prise de poids, malgré un poids significativement bas.

C. Perturbation de la perception du poids ou de la silhouette, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou persistance d'un manque de reconnaissance de la gravité de la maigreur actuelle.

Préciser selon le type :

Type restrictif : pendant les 3 derniers mois, l'individu n'a pas présenté de crises de boulimie itératives ou de comportements de purge (vomissements provoqués ou mésusage de laxatifs, diurétiques ou lavements). Ce sous-type correspond aux situations où la perte de poids est principalement attribuable au régime, au jeûne, et/ou à l'hyperactivité physique.

Type avec crises de boulimie ou conduites de purge : pendant les 3 derniers mois, l'individu a présenté des crises de boulimie récurrentes ou des conduites de purge (vomissements provoqués ou mésusage de laxatifs, diurétiques ou lavements).

Préciser si :

En rémission partielle : après avoir présenté l'ensemble de critères de l'anorexie mentale, le critère A (poids significativement bas) n'est plus vérifié pendant une période prolongée, mais les critères B et C sont toujours présentés (peur intense de prendre du poids et perturbation de l'image de soi).

En rémission totale : Après avoir présenté l'ensemble de critères de l'anorexie mentale, plus aucun des critères n'est présent pendant une période de temps prolongée.

Préciser la sévérité actuelle :

Le niveau minimal de sévérité est basé, chez l'adulte, sur l'IMC (indice de masse corporelle) actuel (voir dessous) ou, chez l'enfant et l'adolescent, sur le percentile de l'IMC. Les rangs ci-dessous sont dérivés des catégories de maigreur de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), pour les enfants et les adolescents, les percentiles d'IMC correspondants devraient être utilisés. Le niveau de sévérité peut être majoré en fonction des symptômes cliniques, de degré d'incapacité fonctionnelle, et du besoin de surveillance.

Léger : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Modéré : $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

Sévère : $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

Extrême : $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

3) Boulimie

Boulimie

A. Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

1. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances

2. Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p.ex. : sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : mésusage de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'Anorexie mentale.

Préciser selon :

En rémission partielle : Après avoir présenté l'ensemble de critères de la boulimie, certains, mais pas tous les critères sont présents pendant une période prolongée.

En rémission totale : Après avoir présenté l'ensemble de critères de boulimie, plus aucun des critères n'est présent pendant une période de temps prolongée.

Préciser la sévérité actuelle :

Le niveau minimal de sévérité est basé sur la fréquence des comportements compensatoires inappropriés (voir ci-dessous). Le niveau de sévérité peut être augmenté pour refléter d'autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle.

Léger : une moyenne de 1 à 3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Modéré : une moyenne de 4 à 7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Sévère : une moyenne de 8 à 13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Extrême : une moyenne de 14 ou plus d'épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

4) Hyperphagie boulimique

Binge eating disorder ou Hyperphagie boulimique.

A. Episodes récurrents de compulsion alimentaire, un épisode d'hyperphagie boulimique ayant les deux caractéristiques suivantes :

1. Manger, durant une courte période (par ex. : moins de 2h), une quantité de nourriture nettement supérieure à ce que la plupart des gens mangerait dans des circonstances similaires.

2. Une sensation de perte de contrôle de l'alimentation pendant l'épisode (c.-à-d. : sentiment de ne pas pouvoir arrêter de manger ou de ne pas pouvoir maîtriser la quantité ou la qualité de la nourriture).

B. Les épisodes de compulsion alimentaire sont associés à 3 (ou plus) des caractéristiques suivantes :

1. manger beaucoup plus rapidement que la normale

2. manger jusqu'à provoquer une sensation de réplétion et d'inconfort

3. manger de grandes quantités de nourriture alors même que la sensation physique de faim est absente

4. manger seul en raison de l'embarras causé par la quantité de nourriture ingurgitée

5. sentiment de dégoût de soi-même, tristesse ou culpabilité intense après l'alimentation excessive.

C. Détresse marquée en rapport avec les épisodes de compulsion alimentaire

D. Les épisodes d'hyperphagie surviennent au moins une fois par semaine depuis 3 mois.

E. Absence de comportements compensatoires (comme des conduites de purges).

5) Autres troubles des conduites alimentaires spécifiés

Autres troubles des conduites alimentaires spécifiés :

Cette catégorie s'applique aux présentations dans lesquelles les symptômes caractéristiques d'un trouble des conduites alimentaires, qui sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, prédominent sans remplir l'ensemble des critères nécessaires au diagnostic d'aucun des troubles des conduites alimentaires. La catégorie des autres troubles des conduites alimentaires spécifiés est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de préciser la raison pour laquelle la présentation ne répond pas pleinement aux critères d'un trouble spécifique des conduites alimentaires. Ceci est fait par l'enregistrement d'un « autre troubles des conduites alimentaires spécifié » suivi par la raison spécifique (p.ex. : « boulimie de faible fréquence »).

Exemple de présentations qui peuvent être nommées en utilisant la désignation « autre trouble des conduites alimentaires spécifié » suivi d'une des mentions suivantes :

Anorexie mentale atypique : tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis, sauf la perte de poids significative, le poids étant normal ou au-dessus de la norme.

Boulimie (soit faible fréquence soit de courte durée) : tous les critères de la boulimie sont remplis mais les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés ne surviennent en moyenne que moins d'une fois par semaine et/ou depuis moins de 3 mois.

Hyperphagie boulimique « binge-eating disorder » (soit faible fréquence soit de courte durée) : tous les critères des compulsions alimentaires sont remplis sauf que les crises ne surviennent en moyenne que moins d'une fois par semaine et/ou depuis moins de 3 mois.

Trouble de type purge : des conduites de purge récurrentes sont présentes, en vue de contrôler le poids ou la forme corporelle (p.ex. : mésusage de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments) en l'absence de surconsommation alimentaire.

Syndrome de fringale nocturne : épisodes récurrents d'alimentation nocturne, qui se manifestent par une alimentation après un réveil nocturne ou par une consommation excessive d'aliments après le dîner. Il y a conscience et souvenirs de l'alimentation. L'alimentation nocturne n'est pas mieux expliquée par des influences extérieures telles que des changements dans le cycle veille-sommeil individuel ou par des normes sociales locales. L'alimentation nocturne est à l'origine d'une souffrance clinique significative et/ou une altération du fonctionnement social. Le modèle désorganisé d'alimentation n'est pas mieux expliqué par l'hyperphagie boulimique ou un autre trouble mental, incluant les abus de substance, et n'est pas attribuable à un autre trouble médical ou à l'effet d'un médicament.

Troubles des conduites alimentaires non spécifiques

Cette catégorie s'applique aux présentations dans lesquelles les symptômes caractéristiques d'un trouble des conduites alimentaires, qui sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, prédominent sans remplir l'ensemble des critères nécessaires au diagnostic d'aucun des troubles des conduites alimentaires. La catégorie des troubles des conduites alimentaires non spécifiques est utilisée dans les situations où le clinicien ne souhaite pas préciser les raisons pour lesquelles les critères des troubles spécifiques ne sont pas remplis, et incluent les présentations pour lesquelles les informations sont insuffisantes pour établir un diagnostic plus spécifique (p.ex. . : dans les services des urgences).

Annexe 4 : Notice d'information pour les adolescents et leurs parents

Etude QUALIFE en pédopsychiatrie

Madame, Monsieur,

Interne de psychiatrie en dernière année, je travaille avec le Docteur Dor dans le cadre de ma thèse de médecine : **évaluation de la qualité de vie des adolescents présentant des troubles du comportement alimentaire.**

Ce sujet s'inscrit dans un projet pédiatrique regroupant les hôpitaux de Lenval et d'Antibes, mené par le Docteur Giovannini-Chami, comparant les qualités de vie des adolescents suivis pour diverses affections chroniques.

L'objectif de mon travail est d'évaluer l'impact des troubles alimentaires sur la qualité de vie autoévaluée des jeunes patients en recherchant les facteurs qui la déterminent.

Je réalise donc en collaboration avec les pédiatres une évaluation de la qualité de vie des adolescents à l'aide d'un questionnaire standardisé, auquel j'adjoins une évaluation clinique et psychiatrique de l'adolescent (échelles diagnostiques et entretien clinique).

Cette évaluation unique se réalise en une rencontre d'environ 45 minutes. Elle nécessite l'accord écrit de l'adolescent et de l'un de ses parents.

Les données sont confidentielles et les résultats restent anonymes.

Cet entretien permet aux patients de s'exprimer dans un nouvel espace de rencontre au sein de l'hôpital face à un interne n'intervenant pas dans les soins.

En cas d'accord je pourrai vous joindre directement par téléphone pour convenir d'un rendez-vous selon vos disponibilités.

Anne FOLTZENLOGEL
annefoltz@yahoo.fr
INTERNE DE PSYCHIATRIE
CHU DE NICE

Annexe 5 : Questionnaire Q-EDD

Initiales :

Date de l'entretien :

S'il te plaît, réponds aux questions suivantes aussi sincèrement que possible.

Tu es (entoure la bonne réponse)	Femme Homme
Ton âge	ans
Niveau d'études (entoure la bonne réponse)	Primaire Collège Lycée (seconde / première/ terminale) Faculté Emploi Autre :
Tu es d'origine (entoure la bonne réponse)	Française Européenne Asiatique Africaine (du Nord / centrale) Autre :
Taille actuelle	cm
Poids actuel	kg
Tu aimerais peser...	kg
Ta forme corporelle est plutôt (entoure la bonne réponse)	Faible Moyenne Forte
1. T'arrive-t-il fréquemment d'avoir des crises de boulimie, c'est-à-dire de manger pendant un court laps de temps (par exemple 2h), une quantité de nourriture qui est en fait nettement plus grande que celle que la plupart des gens mangeraient dans la même durée de temps ? (entoure la bonne réponse)	
OUI	NON
Si oui, continue à répondre aux questions suivantes	Si non, passe à la question 4
2. As-tu l'impression de perdre le contrôle de toi-même durant cet épisode (par exemple, l'impression que tu ne peux pas t'arrêter de manger ou que tu ne peux plus contrôler la quantité que tu manges) ? (entoure la bonne réponse)	
OUI	NON
3. Entoure les réponses situées dans les parenthèses ci-dessous et qui te ressemble le mieux. En moyenne, j'ai (1, 2, 3, 4, 5, 6 ou plus) moments de fringale par semaine depuis (1 mois, 2 mois, 3 mois, 4 mois, 5 mois, 6-12 mois, plus d'un an).	
4. Entoure les réponses ci-dessous les plus appropriées à propos des choses que tu fais pour éviter de prendre du poids. Si tu réponds OUI à une question, précise combien de fois en moyenne et depuis combien de temps tu le fais.	
a. Te fais-tu vomir ?	OUI NON
Si OUI : à quelle fréquence ?	Tous les jours 2 fois par semaine / 1 fois par semaine 1 fois par mois
Depuis combien de temps le fais-tu ?	1, 2, 3, 4, 5-11 mois, plus d'un an

<p>b. Prends-tu des laxatifs (médicaments pour purger l'intestin) ? Si OUI : à quelle fréquence ? Depuis combien de temps le fais-tu ?</p>	<p>OUI NON Tous les jours 2 fois par semaine / 1 fois par semaine 1 fois par mois 1, 2, 3, 4, 5-11 mois, plus d'un an</p>
<p>c. Prends-tu des diurétiques (médicaments qui diminuent la rétention d'eau) ? Si OUI : à quelle fréquence ? Depuis combien de temps le fais-tu ?</p>	<p>OUI NON Tous les jours 2 fois par semaine / 1 fois par semaine 1 fois par mois 1, 2, 3, 4, 5-11 mois, plus d'un an</p>
<p>d. Est-ce que tu jeûnes (ne pas manger pendant 24 heures) ? Si OUI : à quelle fréquence ? Depuis combien de temps le fais-tu ?</p>	<p>OUI NON Tous les jours 2 fois par semaine / 1 fois par semaine 1 fois par mois 1, 2, 3, 4, 5-11 mois, plus d'un an</p>
<p>e. Est-ce que tu mâches de la nourriture pour la recracher par la suite ? Si OUI : à quelle fréquence ? Depuis combien de temps le fais-tu ?</p>	<p>OUI NON Tous les jours 2 fois par semaine / 1 fois par semaine 1 fois par mois 1, 2, 3, 4, 5-11 mois, plus d'un an</p>
<p>f. Te fais-tu des lavements (injection de liquide pour purger l'intestin) ? Si OUI : à quelle fréquence ? Depuis combien de temps le fais-tu ?</p>	<p>OUI NON Tous les jours 2 fois par semaine / 1 fois par semaine 1 fois par mois 1, 2, 3, 4, 5-11 mois, plus d'un an</p>
<p>g. Prends-tu des médicaments « coupe-faim » ? Si OUI : à quelle fréquence ? Depuis combien de temps le fais-tu ?</p>	<p>OUI NON Tous les jours 2 fois par semaine / 1 fois par semaine 1 fois par mois 1, 2, 3, 4, 5-11 mois, plus d'un an</p>
<p>h. Fais-tu un régime strict ? Si OUI : à quelle fréquence ? Depuis combien de temps le fais-tu ?</p>	<p>OUI NON Tous les jours 2 fois par semaine / 1 fois par semaine 1 fois par mois 1, 2, 3, 4, 5-11 mois, plus d'un an</p>
<p>i. Fais-tu beaucoup de sport ? Si OUI : à quelle fréquence ? Depuis combien de temps le fais-tu ?</p>	<p>OUI NON > passe à la question 6 Tous les jours 2 fois par semaine / 1 fois par semaine 1 fois par mois 1, 2, 3, 4, 5-11 mois, plus d'un an</p>

5. Si tu as répondu OUI à « beaucoup de sport », réponds aux questions 5 a.b.c.d. qui suivent. Si tu as répondu NON à « beaucoup de sport », passe à la question 6.	
5a. Complète la phrase ci-dessous : Je pratique (type de sport : course, nage...) en moyenne heures à chaque fois.	
5b. Parfois, tes exercices physiques interfèrent significativement avec tes activités importantes. (entoure la bonne réponse)	OUI NON
5c. Tu pratiques du sport même si tu es blessé(e) / ou bien en dépit des conditions médicales. (entoure la bonne réponse)	OUI NON
5d. Est-ce que la raison principale de faire de l'exercice physique est d'éviter de prendre du poids ou de compenser les effets des crises boulimiques? (entoure la bonne réponse)	OUI NON

Pour les questions suivantes, entoure la réponse qui reflète le mieux ta pensée.

6. Est-ce que ton poids et/ou tes formes corporelles influence(nt) l'opinion ou l'estime que tu as de toi-même ?					
1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Extrêmement ou complètement	
7. Crains-tu de devenir gros(se) ?					
1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Extrêmement ou complètement	
8. As-tu peur de grossir ?					
1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	5 Extrêmement ou complètement	
9. Considères-tu que tu es :					
1 Vraiment obèse	2 Un peu obèse	3 En excès de poids	4 D'un poids normal	5 D'un poids léger	6 Très léger

Entoure les réponses appropriées ci-dessous :

10. Certaines parties de ton corps (par exemple ton ventre, tes fesses, tes cuisses) sont trop grosses.	OUI	NON
11. Tu te sens gros(se).	OUI	NON
12. Tu crois que ton manque de poids est un sérieux problème.	OUI	NON
13. Pour les femmes seulement : Il t'est arrivé de ne pas avoir de règles pendant 3 cycles consécutifs*.	OUI	NON

*ne pas inclure ceux manqués durant une grossesse.

Annexe 6 : Questionnaire CHQ-87 :

CHILD HEALTH QUESTIONNAIRE (CHQ-CF87)

QUESTIONNAIRE DE MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE DES ENFANTS

CHILD SELF-REPORT FORM – 87 FRENCH (EUROPEAN)

NUMÉRO D'IDENTITÉ

LA DATE D'AUJOURD'HUI

JOUR

MOIS

ANNÉE

COMMENT RÉPONDRE : Dans les pages suivantes, on va te poser des questions sur ta santé et te demander comment tu te sens. Tes réponses seront confidentielles. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si tu hésites entre plusieurs réponses, donne la réponse la plus proche de ton cas. C'est important que tu répondes à toutes les questions. S'il te plaît, emploie de l'encre bleue ou noire.

Marques correctes : ■ ✕ ✓ ☒

SECTION 1 : TA SANTÉ

	Excellente	Très bonne	Bonne	Pas très bonne	Mauvaise
1.1. En général, trouves-tu que ta santé est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 2 : CE QUE TU ES CAPABLE DE FAIRE
Les questions suivantes portent sur des choses que tu as pu faire au cours d'une journée.

	Beaucoup	Modérément	Un peu	Pas du tout
2.1 Au cours des 4 dernières semaines, as-tu eu des difficultés pour faire les choses suivantes, à cause de ta santé.				
a. Faire des choses qui demandent beaucoup d'énergie, comme par exemple jouer au football, courir ou faire des randonnées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Faire des choses qui demandent un peu d'énergie, comme par exemple faire de la bicyclette ou patiner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Marcher assez longtemps ou monter plusieurs étages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Te promener dans ton école ou dans la cour de récréation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Marcher un peu ou monter un seul étage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Faire les choses que tu as à faire dans la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Te baisser, te relever ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Manger, t'habiller, te laver ou aller aux toilettes tout(e) seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Te mettre au lit et en sortir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

800 Boylston Street, 16th Floor / Boston, MA 02199/ www.healthactchq.com

Child Health Questionnaire – Child Form 87 (CHQ-CF87) © 2006 HealthActCHQ Inc. French (European) Version – All rights reserved.

1

SECTION 3 : LA VIE DE TOUS LES JOURS

3.1 Au cours des 4 dernières semaines, as-tu eu des difficultés à faire tes devoirs ou activités avec tes amis parce que tu TE SENTAIS TRISTE OU INQUIET(ÈTE) ?

As-tu eu des difficultés à :

Beaucoup Modérément Un peu Pas du tout

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Participer à la classe ou à certaines activités avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Passer autant de temps que d'habitude à faire ton travail d'école ou tes activités avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tout simplement faire ton travail d'école ou tes activités avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.2 Au cours des 4 dernières semaines, as-tu eu des difficultés à faire tes devoirs ou activités avec tes amis à cause de ton COMPORTEMENT ?

As-tu eu de la difficulté à :

Beaucoup Modérément Un peu Pas du tout

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Participer à la classe ou à certaines activités avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Passer autant de temps que d'habitude à faire ton travail d'école ou tes activités avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tout simplement faire ton travail d'école ou tes activités avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.3 Au cours des 4 dernières semaines, as-tu eu des difficultés à faire tes devoirs ou activités avec tes amis à cause de ton ÉTAT PHYSIQUE ?

As-tu eu de la difficulté à :

Beaucoup Modérément Un peu Pas du tout

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Participer à la classe ou à certaines activités avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Passer autant de temps que d'habitude à faire ton travail d'école ou tes activités avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tout simplement faire ton travail d'école ou tes activités avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SECTION 4 : LA DOULEUR

4.1 Au cours des 4 dernières semaines, as-tu eu mal quelque part ?

Pas du tout mal Un petit peu mal Un peu mal Moyennement mal Très mal Enormément mal

4.2 Au cours des 4 dernières semaines, as-tu souvent eu mal quelque part ?

Non, jamais Une ou deux fois Parfois Souvent Très souvent Tous les jours ou presque

SECTION 5 : COMMENT ÇA SE PASSE AVEC LES AUTRES

Voici une liste de façons de se comporter, d'attitudes ou de problèmes que des enfants ou des jeunes peuvent avoir.

5.1 Au cours des 4 dernières semaines :

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
a. T'es-tu comporté(e) comme quelqu'un de plus jeune que toi (par exemple, comme un bébé) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. T'es-tu disputé(e) avec les autres enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. As-tu eu du mal à fixer ton attention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. As-tu refusé de faire ce que ton professeur ou tes parents te demandaient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. As-tu eu envie d'être seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. As-tu menti ou triché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. As-tu eu du mal à te faire aimer par les autres enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. T'es-tu senti(e) maladroit(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. As-tu fait une fugue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. As-tu eu des difficultés à parler (par exemple, tu as bégayé ou tu as zozoté) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. As-tu volé quelque chose chez toi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. As-tu volé quelque chose en dehors de chez toi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. As-tu boudé ou fait la mauvaise tête quand tu n'as pas eu ce que tu voulais ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. T'es-tu mis(e) en colère quand tu n'as pas eu ce que tu voulais ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. As-tu été timide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. As-tu eu du mal à t'entendre avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 Si tu te compares à d'autres de ton âge, tu dirais que ta façon d'agir, de te comporter est:

Excellente Très bonne Bonne Pas très bonne Mauvaise

SECTION 6 : COMMENT TU TE SENS

Les questions suivantes portent sur des choses que des enfants ou des jeunes peuvent ressentir.

6.1. Au cours des 4 dernières semaines :	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
a. T'es-tu senti(e) triste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. As-tu eu envie de pleurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. As-tu eu peur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. T'es-tu fait du souci, as-tu été inquiet(ète) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. T'es-tu senti(e) seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. T'es-tu senti(e) malheureux(se) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. T'es-tu senti(e) nerveux(se) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. As-tu été contrarié(e) ou fâché(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. T'es-tu senti(e) heureux(se) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. T'es-tu senti(e) de bonne humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. As-tu eu du plaisir à faire quelque chose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. T'es-tu amusé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. As-tu été agité(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. As-tu mal dormi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. As-tu eu mal à la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. T'es-tu senti(e) bien dans ta peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 7 : L'OPINION QUE TU AS DE TOI

Que penses-tu de toi, de l'école, des autres autour de toi ? Il peut être utile que tu gardes en tête ce que pensent les autres enfants de ton âge à ces sujets.

7.1. Au cours des 4 dernières semaines, as-tu été content(e) :	Très content(e)	Assez content(e)	Ni content(e) ni mécontent(e)	Pas très content(e)	Pas du tout content(e)
a. De toi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De ton travail scolaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. De ce que tu es capable de faire en sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. De tes rapports avec tes camarades ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. De tout ce que tu peux faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. De la façon dont tu t'entends avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. De ton physique, de ton allure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. De ton humeur habituelle (être de bonne ou mauvaise humeur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. De la façon dont tu t'entends avec ta famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. De la vie en général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. D'être un(e) vrai(e) ami(e) pour les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. De ce que les autres pensent de toi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. De discuter avec les autres de choses qui sont importantes pour toi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. De ta santé de façon générale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 8 : TON ÉTAT DE SANTÉ

Les phrases suivantes portent sur ton état de santé en général.

8.1. Penses-tu que les phrases suivantes décrivent bien ton état de santé ?	Tout à fait vrai	Assez vrai	Ni vrai, ni faux	Plutôt faux	Complètement faux
a. J'ai une excellente santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Une fois, j'ai été si malade que j'ai cru que j'allais mourir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Je ne suis pas souvent malade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Il me semble que je suis en moins bonne santé que d'autres enfants de mon âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Je n'ai jamais été vraiment très malade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. J'ai l'impression de tomber malade tout le temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Je pense que plus tard, je serai en moins bonne santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Je pense que plus tard, je serai en très bonne santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Je ne suis jamais inquiet(ète) pour ma santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Je trouve que je suis en bonne santé en ce moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Je pense que je suis plus inquiet(ète) pour ma santé que d'autres de mon âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2 Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouves-tu ta santé ?

Bien meilleure que l'an dernier	Plutôt meilleure	A peu près pareille	Plutôt moins bonne	Beaucoup moins bonne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 9 : TA FAMILLE ET TOI

9.1. Au cours des 4 dernières semaines, ta santé ou ta façon de te comporter ont-elles :

Très souvent Souvent Parfois Rarement Jamais

a. Empêché que tu fasses certaines choses en famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Interrompu les choses que vous faites en famille (repas, regarder la télé, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Empêché que tu fasses en famille des choses décidées au dernier moment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Provoqué des tensions ou des disputes à la maison ?					
e. Été une cause de désaccord profond au sein de ta famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Obligé la famille à changer ou annuler à la dernière minute des projets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2 Il arrive qu'en famille on ait du mal à s'entendre. On n'est pas d'accord et on se met quelquefois en colère. Dans la famille, de quelle façon vous entendez-vous ?

Excellente Très bonne Bonne Moyenne Pas bonne du tout

Annexe 7 : Score des 19 patientes aux 12 dimensions du CHQ-87, résultats bruts

patiente	PF	RP	GH	BP	RE	RB	SE	MH	BE	FA	FC	CH
1	85,18	77,78	34,17	60	77,78	77,78	41,07	48,44	84,41	58,33	60	1
2	100	100	75	100	100	100	85,71	81,25	86,76	66,67	85	4
3	100	100	67,5	50	100	100	64,29	57,82	77,18	100	60	5
4	96,3	100	59,17	70	100	100	80,35	64,06	80	95,83	30	5
5	100	100	77,92	40	33,33	66,67	44,64	43,75	66,76	33,33	60	5
6	55,56	77,78	27,5	20	100	100	57,14	46,88	75,59	25	0	3
7	92,59	100	77,91	100	77,78	88,89	69,64	75	74,12	95,83	85	5
8	96,3	100	67,5	100	100	100	82,14	92,19	93,23	100	60	5
9	92,59	100	71,67	80	100	100	75	71,88	88,82	79,17	60	2
10	85,18	100	42,5	90	100	100	67,86	70,31	81,47	79,17	85	5
11	77,78	77,78	63,33	40	33,33	44,44	42,86	42,19	63,53	41,67	30	2
12	92,59	88,89	57,08	70	100	88,89	67,86	68,75	59,41	100	85	4
13	92,59	100	57,08	80	100	100	64,29	67	83,82	87,5	85	4
14	100	88,89	57,08	100	66,67	77,78	66,07	81,25	84,41	91,67	85	2
15	55,56	77,78	77,92	80	100	77,78	35,72	31,25	77,06	25	60	3
16	14,81	66,67	48,75	70	66,67	66,67	69,64	62,5	77,06	66,67	60	1
17	74,07	88,89	46,67	50	88,89	100	14,58	32,81	67,65	4,17	60	2
18	77,78	33,33	44,16	70	22,22	0	44,64	20,31	59,41	79,17	60	1
19	100	66,67	34,16	30	100	100	66,07	46,88	87,35	41,67	85	3

Bibliographie

- [1] G. Raimbault et C. Eliacheff, *Les indomptables: figures de l'anorexie*. Odile Jacob, 1989.
- [2] N. Micali, K. W. Hagberg, I. Petersen, et J. L. Treasure, « The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database », *BMJ Open*, vol. 3, n° 5, p. e002646, janv. 2013.
- [3] Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et Nielsen S, « Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 68, n° 7, p. 724-731, juill. 2011.
- [4] A. Preti, G. de Girolamo, G. Vilagut, J. Alonso, R. de Graaf, R. Bruffaerts, K. Demyttenaere, A. Pinto-Meza, J. M. Haro, et P. Morosini, « The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project », *J. Psychiatr. Res.*, vol. 43, n° 14, p. 1125-1132, sept. 2009.
- [5] P. E. Jenkins, R. R. Hoste, C. Meyer, et J. M. Blissett, « Eating disorders and quality of life: A review of the literature », *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 31, n° 1, p. 113-121, févr. 2011.
- [6] H. Raat, J. M. Landgraf, G. J. Bonsel, R. J. B. J. Gemke, et M. L. Essink-Bot, « Reliability and validity of the child health questionnaire-child form (CHQ-CF87) in a Dutch adolescent population », *Qual. Life Res.*, vol. 11, n° 6, p. 575-581, sept. 2002.
- [7] « HealthActCHQ. the CHQ Scoring and Interpretation Manual. Boston, MA: HealthActCHQ. » 2013.
- [8] B. H. Wrotniak, J. I. Schall, M. E. Brault, D. F. Balmer, et V. A. Stallings, « Health-Related Quality of Life in Children With Sickle Cell Disease Using the Child Health Questionnaire », *J. Pediatr. Health Care*, vol. 28, n° 1, p. 14-22, janv. 2014.
- [9] E. Beckung, M. White-Koning, M. Marcelli, V. McManus, S. Michelsen, J. Parkes, K. Parkinson, U. Thyen, C. Arnaud, J. Fauconnier, et A. Colver, « Health status of children with cerebral palsy living in Europe: a multi-centre study », *Child Care Health Dev.*, vol. 34, n° 6, p. 806-814, 2008.
- [10] N. McCullough et J. Parkes, « Use of the Child Health Questionnaire in Children with Cerebral Palsy: A Systematic Review and Evaluation of the Psychometric Properties », *J. Pediatr. Psychol.*, vol. 33, n° 1, p. 80-90, janv. 2008.
- [11] B. Herpertz-Dahlmann, R. Schwarte, M. Krei, K. Egberts, A. Warnke, C. Wewetzer, E. Pfeiffer, C. Fleischhaker, A. Scherag, K. Holtkamp, U. Hagenah, K. Bühren, K. Konrad, U. Schmidt, C. Schade-Brittinger, N. Timmesfeld, et A. Dempfle, « Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial », *The Lancet*, vol. 383, n° 9924, p. 1222-1229, avr. 2014.
- [12] P. E. Jenkins, R. R. Hoste, A. C. Doyle, K. Eddy, R. D. Crosby, L. Hill, P. Powers, J. E. Mitchell, et D. Le Grange, « Health-related quality of life among adolescents with eating disorders », *J. Psychosom. Res.*, vol. 76, n° 1, p. 1-5, janv. 2014.
- [13] C. G. Fairburn et Z. Cooper, « Eating disorders, DSM-5 and clinical reality », *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 198, n° 1, p. 8-10, janv. 2011.

- [14] J. G. Johnson, P. Cohen, S. Kasen, et J. S. Brook, « Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood », *Am. J. Psychiatry*, vol. 159, n° 3, p. 394-400, mars 2002.
- [15] C. G. Fairburn, Z. Cooper, K. Bohn, M. E. O'Connor, H. A. Doll, et R. L. Palmer, « The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V », *Behav. Res. Ther.*, vol. 45, n° 8, p. 1705-1715, août 2007.
- [16] K. T. Eddy, P. K. Keel, D. J. Dorer, S. S. Delinsky, D. L. Franko, et D. B. Herzog, « Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 31, n° 2, p. 191-201, mars 2002.
- [17] E. Attia et C. A. Roberto, « Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 42, n° 7, p. 581-589, 2009.
- [18] Silber TJ, « Resumption of menses in anorexia nervosa: New research findings and their clinical implications », *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, vol. 151, n° 1, p. 14-15, janv. 1997.
- [19] B. Herpertz-Dahlmann, « Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity », *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, vol. 24, n° 1, p. 177-196, janv. 2015.
- [20] G. T. Wilson et R. Sysko, « Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 42, n° 7, p. 603-610, 2009.
- [21] H. Roux, E. Chapelon, et N. Godart, « Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature », *L'Encéphale*, vol. 39, n° 2, p. 85-93, avr. 2013.
- [22] H. W. Hoek et D. van Hoeken, « Review of the prevalence and incidence of eating disorders », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 34, n° 4, p. 383-396, déc. 2003.
- [23] S. Callahan, A. Rousseau, A. Knotter, V. Bru, M. Danel, C. Cueto, M. Levasseur, F. Cuvelliez, L. Pignol, M. S. O'Halloran, et H. Chabrol, « Diagnosing eating disorders: presentation of a new diagnostic test and an initial epidemiological study of eating disorders in adolescents. », *L'Encéphale*, vol. 29, n° 3 Pt 1, p. 239-247, juin 2003.
- [24] A. Keski-Rahkonen, H. W. Hoek, E. S. Susser, M. S. Linna, E. Sihvola, A. Raevuori, C. M. Bulik, J. Kaprio, et A. Rissanen, « Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community », *Am. J. Psychiatry*, vol. 164, n° 8, p. 1259-1265, août 2007.
- [25] K. A. Halmi, « Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents », *Dialogues Clin. Neurosci.*, vol. 11, n° 1, p. 100-103, mars 2009.
- [26] A. Favaro, L. Caregaro, E. Tenconi, R. Bosello, et P. Santonastaso, « Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 70, n° 12, p. 1715-1721, déc. 2009.
- [27] P. Jeammet, *Anorexie Boulimie: Les paradoxes de l'adolescence*. Hachette Pluriel Editions, 2011.
- [28] N. Godart, C. Lamas, I. Nicolas, et M. Corcos, « Anorexie mentale à l'adolescence », *J. Pédiatrie Puériculture*, vol. 23, n° 1, p. 30-50, mars 2010.
- [29] D. M. Garner, « Pathogenesis of anorexia nervosa », *The Lancet*, vol. 341, n° 8861, p. 1631-1635, juin 1993.
- [30] K. Campbell et R. Peebles, « Eating disorders in children and adolescents: state of the art review », *Pediatrics*, vol. 134, n° 3, p. 582-592, sept. 2014.
- [31] I. C. Campbell, J. Mill, R. Uher, et U. Schmidt, « Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics », *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 35, n° 3, p. 784-793, janv. 2011.
- [32] E. B. J. Ill, J.-D. Guelfi, et F. Rouillon, *Manuel de psychiatrie*. Elsevier Masson, 2012.

- [33] C. Lamas, I. NICOLAS, R. Shankland, et J.-D. Guelfi, *Les troubles du comportement alimentaire*. Elsevier Masson, 2012.
- [34] F. Perdereau, N. Godart, et P. Jeammet, « Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 50, n° 3, p. 173-182, mai 2002.
- [35] P. Gorwood, M. Wohl, et D. Purper, « Génétique des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent », *EMC - Psychiatr.*, vol. 1, n° 1, p. 4-14, janv. 2004.
- [36] P. Gorwood, A. Kipman, et C. Foulon, « The human genetics of anorexia nervosa », *Eur. J. Pharmacol.*, vol. 480, n° 1-3, p. 163-170, nov. 2003.
- [37] W. Kaye, « Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa », *Physiol. Behav.*, vol. 94, n° 1, p. 121-135, avr. 2008.
- [38] S. B. O Guilbaud, « Approche clinique et biologique des troubles des conduites alimentaires », *Ann. Medico-Psychol. - ANN MEDICO-PSYCHOL*, vol. 161, n° 8, 2003.
- [39] T. Jiang, R. Soussignan, D. Rigaud, et B. Schaal, « Pleasure for visual and olfactory stimuli evoking energy-dense foods is decreased in anorexia nervosa », *Psychiatry Res.*, vol. 180, n° 1, p. 42-47, nov. 2010.
- [40] F. Askenazy, M. Beaumont, A. Serpa-Rouede, E. Dor-Nedonsel, et S. Serret, « Vers une nouvelle approche clinique de l'anorexie mentale », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 60, n° 2, p. 120-125, mars 2012.
- [41] U. Schmidt, « Epidemiology and aetiology of eating disorders », *Psychiatry*, vol. 4, n° 4, p. 5-9, avr. 2005.
- [42] M. Corcos, M. Flament, et P. Jeammet, *Les conduites de dépendance*, Édition : 1e. Paris: Editions Masson, 2003.
- [43] N. A. Troop, A. Holbrey, et J. L. Treasure, « Stress, coping, and crisis support in eating disorders », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 24, n° 2, p. 157-166, sept. 1998.
- [44] R. Senior, J. Barnes, J. R. Emberson, J. Golding, et ALSPAC Study Team, « Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy », *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 187, p. 268-273, sept. 2005.
- [45] S. Minuchin, B. L. Rosman, et L. Baker, *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press, 1978.
- [46] D. Drieu et P. Genvresse, « Anorexie mentale et problématique familiale », *L'Évolution Psychiatr.*, vol. 68, n° 2, p. 249-259, avr. 2003.
- [47] D. Garner et P. Garfinkel, « SOCIOCULTURAL FACTORS IN ANOREXIA NERVOSA », *The Lancet*, vol. 312, n° 8091, p. 674, sept. 1978.
- [48] A. E. Becker, R. A. Burwell, D. B. Herzog, P. Hamburg, et S. E. Gilman, « Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls », *Br. J. Psychiatry*, vol. 180, n° 6, p. 509-514, janv. 2002.
- [49] Y. Nakai, K. Nin, et S. Noma, « Eating disorder symptoms among Japanese female students in 1982, 1992 and 2002 », *Psychiatry Res.*, vol. 219, n° 1, p. 151-156, sept. 2014.
- [50] Y. Simon, « Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale », *Nutr. Clin. Métabolisme*, vol. 21, n° 4, p. 137-142, déc. 2007.
- [51] E. Stice, « Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action », *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 14, n° 7, p. 633-661, 1994.

- [52] E. Stice, C. N. Marti, et S. Durant, « Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study », *Behav. Res. Ther.*, vol. 49, n° 10, p. 622-627, oct. 2011.
- [53] P. K. Keel et K. L. Klump, « Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology », *Psychol. Bull.*, vol. 129, n° 5, p. 747-769, sept. 2003.
- [54] H.-C. Steinhausen, « Outcome of Eating Disorders », *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, vol. 18, n° 1, p. 225-242, janv. 2009.
- [55] H. C. Deter, D. Schellberg, W. Köpp, H. C. Friederich, et W. Herzog, « Predictability of a favorable outcome in anorexia nervosa », *Eur. Psychiatry*, vol. 20, n° 2, p. 165-172, mars 2005.
- [56] U. Ösby, N. Correia, L. Brandt, A. Ekbom, et P. Sparén, « Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden », *Schizophr. Res.*, vol. 45, n° 1-2, p. 21-28, sept. 2000.
- [57] Ösby U, Brandt L, Correia N, Ekbom A, et Sparén P, « EXcess mortality in bipolar and unipolar disorder in sweden », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 58, n° 9, p. 844-850, sept. 2001.
- [58] J. Coste, *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie: méthodes et applications*. De Boeck Secundair, 2002.
- [59] Conférence internationale sur la Santé, New York, « "Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé" ». 19-juin-1946.
- [60] D. Drotar, « Validating Measures of Pediatric Health Status, Functional Status, and Health-Related Quality of Life: Key Methodological Challenges and Strategies », *Ambul. Pediatr.*, vol. 4, n° 4, p. 358-364, juill. 2004.
- [61] B. Falissard, *Mesurer la subjectivité en santé: Perspective méthodologique et statistique*. Elsevier Masson, 2008.
- [62] OMS, « Des soins novateurs pour les affections chroniques. » 2003.
- [63] « Former les personnels de santé du XXIème siècle : le défi des maladies chroniques. » OMS, oct-2005.
- [64] « Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. » Ministère de la santé et des solidarités, 24-avr-2007.
- [65] C. Rodary, « Méthodologie d'étude de la qualité de vie chez l'enfant en recherche clinique », *Arch. Pédiatrie*, vol. 7, Supplement 2, p. 230s-232s, mai 2000.
- [66] N. Ruperto, A. Ravelli, A. Pistorio, C. Malattia, S. Cavuto, L. Gado-West, A. Tortorelli, J. M. Landgraf, G. Singh, A. Martini, et Paediatric Rheumatology International Trials Organisation, « Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries. Review of the general methodology », *Clin. Exp. Rheumatol.*, vol. 19, n° 4 Suppl 23, p. S1-9, août 2001.
- [67] J. L. Wallander, M. Schmitt, et H. M. Koot, « Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications », *J. Clin. Psychol.*, vol. 57, n° 4, p. 571-585, avr. 2001.
- [68] S. F. Abraham, T. Brown, C. Boyd, G. Luscombe, et J. Russell, « Quality of life: eating disorders », *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 40, n° 2, p. 150-155, 2006.
- [69] S. G. Engel, D. A. Wittrock, R. D. Crosby, S. A. Wonderlich, J. E. Mitchell, et R. L. Kolotkin, « Development and psychometric validation of an eating disorder-specific

- health-related quality of life instrument », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 39, n° 1, p. 62-71, janv. 2006.
- [70] C. L. Hayas, J. M. Quintana, J. A. Padierna, A. Bilbao, et P. Muñoz, « Use of rasch methodology to develop a short version of the Health Related Quality of life for Eating Disorders questionnaire: a prospective study », *Health Qual. Life Outcomes*, vol. 8, n° 1, p. 29, mars 2010.
- [71] P. Missotten, A. M. Etienne, et G. Dupuis, « La qualité de vie infantile : état actuel des connaissances. », *Rev. Francoph. Clin. Comport. Cogn.*, n° 12, p. 14-27, 2007.
- [72] S. G. Engel, C. E. Adair, C. L. Hayas, et S. Abraham, « Health-related quality of life and eating disorders: A review and update », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 42, n° 2, p. 179-187, 2009.
- [73] L. A.-D. Winkler, E. Christiansen, M. B. Lichtenstein, N. B. Hansen, N. Bilenberg, et R. K. Støving, « Quality of life in eating disorders: A meta-analysis », *Psychiatry Res.*, vol. 219, n° 1, p. 1-9, sept. 2014.
- [74] M. Keilen, T. Treasure, U. Schmidt, et J. Treasure, « Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: are they comparable? », *J. R. Soc. Med.*, vol. 87, n° 8, p. 441-444, août 1994.
- [75] P. M. Miller, « Redefining success in eating disorders », *Addict. Behav.*, vol. 21, n° 6, p. 745-754, nov. 1996.
- [76] S. M. de la Rie, G. Noordenbos, et E. F. van Furth, « Quality of life and eating disorders », *Qual. Life Res. Int. J. Qual. Life Asp. Treat. Care Rehabil.*, vol. 14, n° 6, p. 1511-1522, août 2005.
- [77] M. Fisher, M. Schneider, J. Burns, H. Symons, et F. S. Mandel, « Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program », *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.*, vol. 28, n° 3, p. 222-227, mars 2001.
- [78] B. Herpertz-Dahlmann, N. Wille, H. Hölling, T. D. Vloet, U. Ravens-Sieberer, et BELLA study group, « Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study », *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 17 Suppl 1, p. 82-91, déc. 2008.
- [79] E. Stice, C. N. Marti, H. Shaw, et M. Jaconis, « An 8-Year Longitudinal Study of the Natural History of Threshold, Subthreshold, and Partial Eating Disorders from a Community Sample of Adolescents », *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 118, n° 3, p. 587-597, août 2009.
- [80] M. Rolland-Cachera, T. Cole, et M. Sempé, « Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. », *Eur. J. Clin. Nutr.*, vol. 45, n° 1, p. 13-21, janv. 1991.
- [81] J. Hebebrand, G. W. Himmelman, H. Hesecker, H. Schäfer, et H. Remschmidt, « Use of percentiles for the body mass index in anorexia nervosa: Diagnostic, epidemiological, and therapeutic considerations », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 19, n° 4, p. 359-369, 1996.
- [82] D. V. Sheehan, Y. Lecrubier, K. H. Sheehan, P. Amorim, J. Janavs, E. Weiller, T. Hergueta, R. Baker, et G. C. Dunbar, « The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 59 Suppl 20, p. 22-33;quiz 34-57, 1998.
- [83] D. V. Sheehan, K. H. Sheehan, R. D. Shytle, J. Janavs, Y. Bannon, J. E. Rogers, K. M. Milo, S. L. Stock, et B. Wilkinson, « Reliability and Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID) », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 71, n° 03, p. 313-326, mars 2010.

- [84] L. B. Mintz, M. Sean, A. M. Mulholland, et P. A. Schneider, « Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM—IV criteria into a self-report format », *J. Couns. Psychol.*, vol. 44, n° 1, p. 63-79, 1997.
- [85] C. Rodary, V. Pezet-Langevin, et C. Kalifa, « Qualité de vie chez l'enfant : Qu'est ce qu'un bon outil d'évaluation ? », *Arch. Pédiatrie*, vol. 8, n° 7, p. 744-750, juill. 2001.
- [86] J. Pouchot, N. Ruperto, I. Lemelle, D. Sommelet, E. Grouteau, L. David, A. Duquesne, C. Job Deslandre, I. Kone Paut, P. Pillet, L. Goumy, C. Barbier, M. H. Guyot, F. Mazingue, S. Gandon Laloum, M. Fischbach, P. Quartier, C. Guyot, S. Jean, E. Le Gall, E. Plouvier, M. Bost, L. de Lumley, A. LePlège, J. P. Larbre, F. Guillemain, J. Coste, J. M. Landgraf, A. M. Prieur, et Paediatric Rheumatology International Trials Organisation. French Study Group for Quality of Life in Rheumatology, « The French version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) », *Clin. Exp. Rheumatol.*, vol. 19, n° 4 Suppl 23, p. S60-65, août 2001.
- [87] K. Humphreys, N. C. Maisel, J. C. Blodgett, I. L. Fuh, et J. W. Finney, « Extent and reporting of patient nonenrollment in influential randomized clinical trials, 2002 to 2010 », *JAMA Intern. Med.*, vol. 173, n° 11, p. 1029-1031, juin 2013.
- [88] C. L. Cooper, D. Hind, R. Duncan, S. Walters, A. Lartey, E. Lee, et M. Bradburn, « A rapid review indicated higher recruitment rates in treatment trials than in prevention trials », *J. Clin. Epidemiol.*, vol. 68, n° 3, p. 347-354, mars 2015.
- [89] E. Le Roux, C. O'Neill, T. Ait Aissa, J. Shroedt, et C. Alberti, « Comparaison du flux et du refus de participation des patients dans les essais contrôlés randomisés en population adulte et pédiatrique : une revue », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 62, Supplement 4, p. S157-S158, août 2014.
- [90] A. Jörngården, L. Wettergen, et L. von Essen, « Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration », *Health Qual. Life Outcomes*, vol. 4, p. 91, 2006.
- [91] E. B. Waters, L. A. Salmon, M. Wake, M. Wright, et K. D. Hesketh, « The health and well-being of adolescents: a school-based population study of the self-report Child Health Questionnaire », *J. Adolesc. Health*, vol. 29, n° 2, p. 140-149, août 2001.
- [92] A. J. Schaeffer, G. Yenokyan, K. Alcorn, S. L. Furth, M. Diener-West, A. W. Wu, J. P. Gearhart, et J. L. Dodson, « Health Related Quality of Life in Adolescents with Bladder Exstrophy-Epispadias as Measured by the Child Health Questionnaire-Child Form 87 », *J. Urol.*, vol. 188, n° 5, p. 1924-1929, nov. 2012.
- [93] Danion-Grillat A., « Le questionnement éthique en psychiatrie. Item 48 », in *Maturation et Vulnérabilité*, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 2006, p. 100-114.
- [94] D. Capdevielle, S. Raffard, S. Bayard, F. Garcia, O. Baci, I. Bouzigues, et J.-P. Boulenger, « Competence to consent and insight in schizophrenia: Is there an association? A pilot study », *Schizophr. Res.*, vol. 108, n° 1-3, p. 272-279, mars 2009.
- [95] E. J. Button, E. Benson, C. Nollett, et R. L. Palmer, « Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): patterns of service use in an eating disorders service », *Psychiatr. Bull.*, vol. 29, n° 4, p. 134-136, janv. 2005.
- [96] C. Combe, *Soigner l'anorexie*, Dunod. Paris, 2002.
- [97] F. Askenazy, E. Dor, et M. Battista, « Libérer la contrainte: les grands principes d'un modèle de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive de l'adolescent », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 61, n° 7-8, p. 428-432, 2013.

- [98] N. T. Godart, M. F. Flament, Y. Lecrubier, et P. Jeammet, « Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance », *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.*, vol. 15, n° 1, p. 38-45, févr. 2000.
- [99] F. Askenazy, « Un modèle de prise en charge sans séparation de l'anorexie mentale de l'adolescent », *J. Pédiatrie Puériculture*, vol. 23, n° 3, p. 154-159, juin 2010.
- [100] C. Jouanne, « L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif », *Psychotropes*, vol. 12, n° 3, p. 193-209, févr. 2007.
- [101] M. Corcos, F. Atger, et P. Jeammet, « Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires », *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 161, n° 8, p. 621-629, oct. 2003.
- [102] J. Duclos, S. Cook-Darzens, D. de Rincquesen, C. Doyen, et M.-C. Mouren, « Étude pilote – un nouvel éclairage attachementiste de l'anorexie mentale : les adolescentes anorexiques ont-elles un attachement insécure ? », *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 172, n° 9, p. 714-720, nov. 2014.
- [103] S. William et M. Reid, « Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: The maintainer's perspective. », *Psychol. Health*, n° 25(5), p. 561-567, 2010.
- [104] S. COOK-DARZENS, *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*. Eres, 2014.
- [105] M. Miravittles, K. Naberan, J. Cantoni, et A. Azpeitia, « Socioeconomic Status and Health-Related Quality of Life of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease », *Respiration*, vol. 82, n° 5, p. 402-408, 2011.
- [106] « Les jeunes français champions du pessimisme pour leur pays et la planète », *Le Monde*, 04-avr-2014.
- [107] A. Gonzague, « Pessimisme français : la faute à l'école ? », *L'Obs*, 25-sept-2013.
- [108] G. Martinez, S. Cook-Darzens, P. Chaste, M.-C. Mouren, et C. Doyen, « L'anorexie mentale à la lumière du fonctionnement neurocognitif : nouvelles perspectives théoriques et thérapeutiques », *L'Encéphale*, vol. 40, n° 2, p. 160-167, avr. 2014.
- [109] N. Bouaziz, S. BouSSION, R. Benadhira, S. Braha, A. Wojakiewicz, et D. Januel, « L'éthique de la recherche en psychiatrie adulte », *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 169, n° 6, p. 367-372, juill. 2011.
- [110] X. Pommereau, *Nos ados.com en images*, Odile Jacob. 2011.
- [111] D. Rigaud, M.-C. Brindisi, H. Pennacchio, M. Brémont, et J.-M. Huet, « Altération de la qualité de vie dans l'anorexie mentale et amélioration sous traitement : validation d'un nouveau questionnaire, le QUAVIAM », *L'Encéphale*, vol. 40, n° 1, p. 24-32, févr. 2014.
- [112] C. Doyen, L. Bignami, et S. Cook-Darzens, « Hospitalisation à domicile des enfants et jeunes adolescents souffrant d'anorexie mentale : indices préliminaires d'évolution et de qualité de vie familiale. » congrès de l'Academy of Eating Disorders, 2006.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Réactualisé par le Pr. Bernard Hoerniet publié dans le Bulletin de l'Ordre des médecins, 1996, n° 4, p. 4

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.