



Trouble des conduites alimentaires chez le garçon à l'adolescence : symptôme ou syndrome ? : à partir de 8 cas cliniques

Monica Borza

► To cite this version:

Monica Borza. Trouble des conduites alimentaires chez le garçon à l'adolescence : symptôme ou syndrome ? : à partir de 8 cas cliniques. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01869814

HAL Id: dumas-01869814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01869814>

Submitted on 6 Sep 2018

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2017/2018

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 28 mai 2018

par

Mme Monica BORZA

Née le 6 juillet 1988 à Bacău, Roumanie

TITRE DE LA THÈSE :

**TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES CHEZ LE GARÇON A
L'ADOLESCENCE : SYMPTOME OU SYNDROME ? A PARTIR DE 8
CAS CLINIQUES**

Président : Monsieur le Professeur Delamillieure

Membres : Monsieur le Professeur Brouard

Monsieur le Docteur Guénolé

Directeur de thèse : Madame le Docteur Elisabeth Baranger

Année Universitaire 2017 / 2018**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne Emery (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AOUBA Achille	Médecine interne
M. AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M. AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M. ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M. BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M. BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M. BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M. BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M. BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M. BROUARD Jacques	Pédiatrie
M. BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M. COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M. DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M. DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M. DEFER Gilles	Neurologie
M. DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre	Physiologie
M. DERLON Jean-Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Neurochirurgie
Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes

M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
M. DUHAMEL Jean-François Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Pédiatrie
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaële	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie et réanimation
M. HÉRON Jean-François Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Cancérologie
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. HURAUULT de LIGNY Bruno Éméritat jusqu'au 31/01/2020	Néphrologie
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LEPORRIER Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
M. LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie

M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROUPIE Eric	Thérapeutique
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M. VIADER Fausto	Neurologie
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire
Mme ZALCMAN Emmanuèle	Anatomie et cytologie pathologique

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. LUET Jacques Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Médecine générale
---	-------------------

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M. VABRET François	Addictologie
---------------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig	Anglais
--------------------------	---------

Année Universitaire 2017 / 2018

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne Emery (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M. BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. GUÉNOLÉ Fabian sera en MAD à Nice jusqu'au 31/08/18	Pédopsychiatrie
M. HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. LANDEMORE Gérard sera en retraite à partir du 01/01/18	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2017	Génétique
Mme LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M. MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M. REPESSÉ Yohann	Hématologie
M. SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M. TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ABBATE-LERAY Pascale

Médecine générale

M. COUETTE Pierre-André

Médecine générale

M. GRUJARD Philippe

Médecine générale

M. LE BAS François

Médecine générale

M. SAINMONT Nicolas

Médecine générale

Remerciements

Je tiens à remercier :

Monsieur le Professeur Delamillieure de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Monsieur le Docteur Guénolé, Directeur de mon mémoire de DES, et Monsieur le Professeur Brouard, de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Madame le Docteur Baranger de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail de thèse et de mes stages en pédopsychiatrie.

Aux maîtres de stages qui ont nourri mon parcours de formation : Dr Isabelle Dupont, Dr Clément Nathou, Dr Françoise Chastang, Dr Alina Haivas, Dr François Vabret, Dr Perrine Brazo, Dr Pierre Tavares, Dr Edgar Moussaoui, Dr Patrick Genvresse, Dr Aymeric De Fleurian.

A toutes les équipes soignantes qui m'ont soutenue et tellement appris au cours de mon internat, notamment l'équipe de l'Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents du Centre Hospitalier Universitaire de Caen.

A ma famille, mes amis et collègues.

Abréviations

ASPP	Accompagnement, Soins et Services à la Personne
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CM1	Cours Moyen de 1 ^{ère} année
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAT-Ch	Eating Attitude Test for Children
EDI-C	Eating Disorders Inventory for Children
EPS	Education Physique et Sportive
FSH	Follicle Stimulating Hormone
HDL	High Density Lipoprotein
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LH	Luteinizing hormone
LHRH	Luteinizing Hormone Releasing Hormone
QI	Quotient Intellectuel
TCI	Temperamental and Character Inventory
UCHA	Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents
WISC	Wechsler Intelligence Scale for Children

Tableaux et figures

Tableau 1 : Anorexie – critères diagnostiques de Feighner	11
Tableau 2 : Anorexie – changement des critères diagnostiques (Russell).....	13
Tableau 3 : Anorexie – évolution des critères diagnostiques selon DSM	13

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
I. REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
I.1 Données historiques.....	4
I.1.a <i>Anorexie et premières descriptions chez le garçon</i>	<i>4</i>
I.1.b <i>Premières descriptions de la boulimie.....</i>	<i>9</i>
I.2 Evolution des critères diagnostiques	11
I.3 Données épidémiologiques	16
I.3.a <i>Anorexie</i>	<i>18</i>
I.3.b <i>Boulimie.....</i>	<i>20</i>
I.3.c <i>Accès hyperphagiques.....</i>	<i>20</i>
I.3.d <i>Trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments.....</i>	<i>21</i>
II. PRESENTATION DES CAS CLINIQUES	22
I.1 Dylan	22
I.2 Lucas	24
I.3 Grégoire	26
I.4 Keith.....	28
I.5 Arnaud.....	30
I.6 Samuel	33
I.7 Thomas.....	34
I.8 Gauthier	35
III. DISCUSSION	37
III.1 Recherche des données en lien avec les résultats dans la littérature	37
III.1.a <i>Données démographiques, socio-culturelles et familiales</i>	<i>37</i>
III.1.b <i>Facteurs pré-morbides et facteurs de risque.....</i>	<i>39</i>
III.1.c <i>Antécédents familiaux</i>	<i>40</i>
III.1.d <i>Début des troubles</i>	<i>40</i>
III.1.e <i>Caractéristiques cliniques</i>	<i>41</i>
III.1.f <i>Complications somatiques</i>	<i>44</i>

III.1.g	<i>Comorbidités psychiatriques</i>	45
III.1.h	<i>Pronostic</i>	46
III.1.i	<i>Boulimie chez le garçon</i>	47
III.2	Particularités des patients de notre échantillon	49
CONCLUSION		55
BIBLIOGRAPHIE		56

INTRODUCTION

L'alimentation est une habileté qui se développe avec le temps et s'affine au cours des deux premières années de vie. C'est un processus sensorimoteur très complexe qui inclut des étapes développementales fondées sur la maturation neurologique et l'apprentissage par expérience. L'alimentation du nourrisson ou du jeune enfant est essentielle à la survie et au développement, elle est dépendante de l'incitation et de la motivation interne à se nourrir et crée une charge émotionnelle élevée pour les parents. Dans la première année de vie, le développement des aptitudes motrices orales, comme la succion et la mastication, permet aux enfants de découvrir une variété d'aliments et de textures. Vers la fin de leur deuxième année, la plupart des enfants ont acquis de bonnes aptitudes alimentaires grâce au développement des aptitudes motrices fines qui leur permet de devenir plus autonomes vis-à-vis de l'alimentation. Les conduites alimentaires sont influencées par des facteurs physiologiques, psychologiques, comportementaux (en lien avec l'apprentissage) et environnementaux (impact culturel et rôle social de l'alimentation).

Les troubles des conduites alimentaires sont définis par l'existence de perturbations significatives et durables de la prise alimentaire. Pour parler d'un comportement alimentaire pathologique, il faut tenir compte du contexte culturel, de l'intensité des perturbations, de leurs conséquences sur le plan médical général, de la souffrance psychique et des conséquences sociales qu'elles engendrent. L'étiopathogénie des troubles du comportement alimentaire n'est pas encore complètement connue. Ils ont une origine multifactorielle en lien avec des facteurs de vulnérabilité (facteurs génétiques et/ou anomalies biologiques préexistantes), des facteurs déclenchants (régimes alimentaires stricts, événements de vie majeurs, puberté) et des facteurs d'entretien (déséquilibres biologiques induits par le trouble, bénéfices relationnels sur l'environnement, facteurs psychologiques). Des modifications des conduites alimentaires seraient initialement des mécanismes adaptatifs dans des contextes de stress psychique. Ces mécanismes, initialement bénéfiques, sont rapidement débordés et contribuent à la mise en place d'un comportement contraignant avec des effets négatifs.

Environ 25 à 50 % de l'ensemble des enfants présentent à un moment ou un autre des difficultés alimentaires. Il est important de prendre en compte les conduites et attitudes qui peuvent être transitoires ou adaptatives, afin de ne pas les classer dans la pathologie. La plupart de ces troubles sont mineurs et temporaires et se règlent avant la fin de la petite enfance. Ils peuvent être liés à l'introduction d'un nouvel aliment, à un événement nouveau au cours du repas ou à l'assimilation d'une nouvelle aptitude alimentaire. Parmi les 25% d'enfants chez qui les

parents décrivent des difficultés alimentaires, seulement 1 à 5% répondraient aux critères officiels d'un trouble des conduites alimentaires. Quand les habiletés alimentaires de l'enfant sont déficientes (difficultés de motricité orale ou faible sensibilité au goût et à la texture), ou quand l'appétit est faible, le comportement alimentaire peut être perturbé. 3 à 10 % des enfants souffrent de troubles plus graves qui peuvent affecter la croissance et entraîner des maladies chroniques et des troubles du développement et du comportement. En portant une attention particulière aux caractéristiques de l'enfant, les études ont montré que les difficultés alimentaires étaient souvent cooccurentes de difficultés au niveau du sommeil et du comportement (irritabilité, intolérance au changement ou à la frustration). Ces symptômes constituent un « *trouble de la régulation* » constitutionnel sous-jacent chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, les troubles des conduites alimentaires arrivent en troisième position de fréquence au sein des maladies chroniques. L'adolescence, par l'étymologie du terme même « *adolescere* », signifie l'âge du changement, le passage entre l'enfant que le sujet n'est plus, et l'adulte qu'il n'est pas encore (Kestemberg). C'est un processus marqué par la puberté et l'accès à l'autonomie, et les transformations qui le caractérisent sont liées à plusieurs types de facteurs, biologiques, socio-culturels, psychologiques. Selon Jeammet, les conduites alimentaires à l'adolescence sont représentatives de ce carrefour : « *ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin et à la mesure même de ce besoin, c'est ce qui menace* ».

L'atteinte des deux sexes intéresse de plus en plus les auteurs. Alors que le terme de trouble des conduites alimentaires peut évoquer l'image stéréotypée de jeunes femmes caucasiennes de classe sociale moyenne, le fait que ce trouble a été rapporté chez des patients masculins depuis aussi longtemps qu'il a été rapporté chez les femmes, peut surprendre. Bien que l'idée de l'absence de trouble chez les hommes ait persisté pendant près d'un siècle, les données cliniques de la fin des années 1970 et 1980 ont commencé à faire état d'un nombre limité de patients traités dans des cliniques spécialisées dans plusieurs pays, obligeant les chercheurs à reconsidérer l'hypothèse de troubles des conduites alimentaires chez l'homme. Au cours des années 1990, des recherches sur la prévalence des cas masculins dans les cliniques spécialisées, notent que les hommes représentaient environ 5 à 10% des cas. Cependant, des données plus récentes suggèrent que ce chiffre pourrait être sous-estimé.

Les troubles des conduites alimentaires ont attiré mon attention lors de mes stages de pédopsychiatrie, lorsque j'ai pu rencontrer plusieurs jeunes patientes présentant des tableaux cliniques variés. En ce qui concerne les cas de sexe masculin, j'ai eu l'occasion de m'impliquer dans la prise en charge d'un seul patient, qui avait été hospitalisé à l'Unité de Crise et

d'Hospitalisation pour Adolescents de Caen pour une hypersélectivité alimentaire pathologique. Ce cas nous a interpellé par son originalité et a motivé notre recherche d'autres cas d'adolescents hospitalisés dans l'Unité ou dans d'autres services (Pédiatrie, Psychiatrie Adulte), avec divers tableaux de troubles des conduites alimentaires. Ce travail comporte une première partie théorique, suivie de la présentation des cas cliniques retrouvés, et enfin de la discussion des particularités des troubles alimentaires chez l'adolescent de sexe masculin.

I. REVUE DE LA LITTERATURE

I.1 Données historiques

Les premières descriptions de troubles des conduites alimentaires dans le sexe masculin sont aussi anciennes que celles concernant le sexe féminin. L'une des premières observations remonte à 1694, lorsque Morton évoque le cas d'un jeune garçon anorexique, fils d'un pasteur de ses amis.

La description des troubles alimentaires en tant qu'entité pathologique à part entière n'est apparue qu'en 1970 avec les travaux de Feighner, et elle semble avoir été rattachée principalement au sexe féminin, malgré des observations masculines ponctuelles.

Dans les deux sexes, c'est l'anorexie mentale qui a été la plus étudiée, et la plupart des observations retrouvées dans la littérature évoquent des tableaux similaires à ce syndrome.

I.1.a Anorexie et premières descriptions chez le garçon

Les premières formulations du diagnostic d'anorexie mentale émergent vers la fin du XIXe siècle en France et en Angleterre. La littérature théologique révèle que des comportements « *anorexiques* » existaient déjà il y a plusieurs siècles. Du XIIIe au XVIe siècle, on retrouve des descriptions de lutte volontaire contre la faim chez des religieuses, telles les « *mortifications* » de Sainte Catherine de Sienne, l'un des cas les plus connus (Darmon, 2003).

J. Silverman décrit dans sa revue de la littérature médicale (couvrant les années 1689 à 1790) trois tableaux cliniques de troubles des conduites alimentaires chez le garçon (Silverman, Andersen, 1990). Ces tableaux correspondraient aux critères diagnostiques de Feighner et du DSM III pour l'anorexie mentale.

➤ Richard Morton, médecin londonien et membre du « *College of Physicians* », a été le premier à décrire un syndrome incluant une perte d'appétit, une aménorrhée et une perte considérable de poids sans aucun autre signe de maladie connue. En 1689, il publie l'ouvrage

« *Phtisiologica, or a Treatise of Consumption* », où il décrit une « *consomption nerveuse* » causée par « *la tristesse et le souci anxieux* » (Morton, 1689). Il est considéré comme l'auteur du premier compte-rendu d'anorexie de toute la littérature médicale et le premier à décrire un tableau d'anorexie mentale chez le garçon (Bruch, 1975). Il rapporte ainsi deux cas, celui d'une jeune fille et l'autre d'un jeune garçon de seize ans, fils du Révérend Père Steele, qui « *tomba peu à peu dans un état de totale perte d'appétit causé par le fait qu'il étudiait trop, [...], et puis ce devint une Atrophie Générale, s'installant de plus en plus pendant deux années, sans Toux, sans Fièvre ou autre Symptôme d'un trouble des Poumons, ou d'un autre Dérangement ; et aussi sans Relâchement ou Diabète ou tout autre signe de Colique, ou Évacuation Anormale. Donc j'ai jugé cette Consomption comme étant nerveuse et ayant sa source dans tout l'Habit du Corps, et venant du système des Nerfs qui se trouve dérangé* ». Sur le plan thérapeutique, Morton met en évidence pour la première fois la séparation familiale comme méthode thérapeutique, car le jeune homme finit par guérir lorsqu'il répond aux conseils d'abandonner ses études et d'aller voyager quelque temps loin de sa famille. Morton montre aussi pour la première fois les conséquences de la restriction alimentaire, le lien entre la perte d'appétit et une activité intellectuelle trop intense (Bruch, 1975). Il est tout à fait notable que la description princeps des symptômes anorexiques concerne également les deux sexes.

➤ Dans les années 1760, Robert Whytt d'Edimburgh publie une description « *d'atrophie nerveuse* » et rapporte le cas d'un jeune garçon de quatorze ans : « *A partir du mois de juin 1757, [...] il commença à perdre l'appétit et à avoir une mauvaise digestion [...]. Bien qu'il perde quotidiennement du poids, [...] sa langue était propre. Sa peau était plus froide que d'ordinaire, il était alité, et son pouls battait à seulement quarante-trois pulsations par minute. [...] Vers la fin du mois d'août, la maladie prit soudain une certaine tournure, il commença à avoir des compulsions alimentaires avec une digestion rapide, il se mit à présenter deux ou trois épisodes par jour. [...] Aux environs de novembre il retrouva un appétit modéré et son pouls retrouva un état plus naturel. Depuis, je n'ai pu découvrir la cause ni des premières plaintes du patient, ni du retournement soudain et contraire qui a été pris par la suite. Toutefois, je pense qu'il mérite d'être mentionné comme un bon exemple d'atrophie nerveuse et des effets d'un tel trouble sur le ralentissement du pouls comme il n'est pas possible de l'observer dans les conditions naturelles* » (Andersen, 1990). Le retentissement physique de l'anorexie et de l'amaigrissement, notamment la bradycardie et l'hypothermie, sont ainsi très précocement décrits, et de surcroît chez un garçon.

➤ En 1790, Robert Willan, un dermatologue londonien, publie le récit « *A Remarkable Case of Abstinence* », dans lequel il décrit la mort en 1786, après 78 jours de jeûne,

d'un jeune Anglais, dont la description clinique évoque une structure du registre de la psychose. Il décrira chez ce jeune homme « *d'une tournure d'esprit studieuse et mélancolique* » des symptômes digestifs qui duraient depuis deux ans et qui, associés aux « *notions religieuses erronées* » l'ont motivé à s'engager dans un jeûne total dans l'espoir de faire disparaître les symptômes désagréables. Il décrit la dégradation progressive de ce jeune homme qui « *se coupa brutalement de son travail et de ses amis, pris un logement dans une rue obscure et s'engagea dans son plan qui était de s'abstenir de toute nourriture solide* ». Il consommait jusqu'à 500 ml d'eau en moyenne par jour, et Willan note deux épisodes de selles le 2ème et le 40ème jour. « *Les cinquante premiers jours il fut capable de poursuivre ses études qui consistaient à copier la Bible en sténographie* » mais, à partir du 50ème jour, il remarque une faiblesse physique inquiétante. Willan avait instauré un régime pour son patient, qui consistait en orangeade, thé et bouillon. Vers le 63ème jour, le jeune commence à retrouver l'envie de manger, et consomme en grande quantité du pain et du beurre, qu'ensuite il vomit. Il connaît une courte période d'amélioration, à la suite de laquelle il commence à avoir des troubles mnésiques et son discours devient incohérent. Il mangeait peu, et la veille de sa mort, Willan note qu'il « *acceptait toute alimentation qu'on lui offrait* » (Andersen, 1990).

Les différents termes utilisés par William Gull (« *apepsia hysterica* ») ou C. Lasègue (« *anorexie hystérique* ») renvoient au rattachement de l'anorexie au spectre de l'hystérie (Gull, 1874, Bruch, 1975). Dans « *Études sur l'hystérie* » (1895), Breuer décrit le cas d'un jeune homme de 12 ans qui aurait présenté un tableau d'anorexie : « *il se plaint de dysphagie, c'est-à-dire qu'il n'avale qu'à grand-peine [...] les jours suivants, l'état ne s'améliore pas ; le jeune garçon refuse de manger, vomit lorsqu'on veut le forcer à s'alimenter [...] décline beaucoup physiquement* ». Breuer est « *convaincu que son état a une cause psychique* » et, avec l'aide de l'hypnose et d'entretiens, il retrouve le facteur déclenchant du trouble. Cette découverte a un effet cathartique sur le symptôme : « *en revenant de l'école ce jour-là, il était entré dans une pissotière où un homme lui avait montré son pénis en exigeant de le lui mettre dans la bouche [...] c'est alors qu'il était tombé malade* ». Pour Breuer en 1895, il faut « *le concours de plusieurs facteurs* » pour déclencher un symptôme hystérique : « *une prédisposition nerveuse, une frayeur, l'irruption du sexuel* ».

La connotation féminine du syndrome anorexique se voit renforcée par la triade symptomatique dite des « *3A* » (anorexie, amaigrissement, aménorrhée), longtemps utilisée pour le diagnostic de l'anorexie. L'idée d'une pathologie exclusivement féminine est confortée par l'hypothèse endocrinienne, qui voit dans l'aménorrhée un symptôme fondamental du trouble.

La présence d'un syndrome similaire chez l'homme a été récusée par Cobb (1943), Nemiah (1950), Kidd et Wood (1966), en raison de l'importance accordée au critère diagnostique d'aménorrhée, et par Selvini (1965) à cause du tableau psychopathologique atypique chez les hommes (Crisp, 1983).

En 1954, la revue de la littérature d'Alliez (de 1892 à 1954) recense dix cas d'anorexie mentale masculine. Pour deux de ces cas, on retrouve ses propres observations.

➤ Un cas décrit un jeune homme de 16 ans, Gérard, « *un élève brillant et discipliné, affectueux et gentil* ». Le facteur déclenchant des troubles alimentaires chez ce jeune homme serait les moqueries des camarades sur son poids. Il s'engage alors dans une restriction alimentaire associée à des mesures drastiques de surveillance pondérale et parvient à perdre 10 kilos en trois semaines. Alliez décrit aussi un changement de caractère (il devient « *exigeant et agressif* »). Il trouve chez ce jeune homme « *un élément conflictuel sous-jacent très important dans la genèse des troubles* » : la disparition de son père cinq ans auparavant, ce qui amène Gérard à vivre seul avec sa mère et sa grand-mère (Alliez, 1954).

➤ Son deuxième cas décrit un jeune homme de 15 ans, Lucien. Ce jeune a connu aussi un amaigrissement important, mais sur la période d'une année. Alliez le décrit comme « *très préoccupé par sa plastique corporelle, il fait du sport, de la natation, de l'athlétisme. Il est en rapport avec un institut de culture physique de Nice qui lui procure des revues illustrées [...] Sa chambre est décorée de photos d'athlètes célèbres* ». Le discours de Lucien est pauvre, et au niveau familial, on retrouve une mère « *constitutionnellement anxieuse* » qui « *répond aux questions, même celles adressées au père* », et un père « *se désintéressant totalement de ce qui se passe autour de lui* ». Dans les antécédents de Lucien, on note un allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et demi avec un sevrage brutal, à la suite d'une chute qui lui a causé une blessure à la lèvre supérieure : « *il n'a pas réclamé le sein par la suite, il n'a pas sucé son pouce mais il a été énurétique pendant cinq ans* » (Alliez, 1954).

Alliez semble décrire des tableaux sémiologiques similaires à ceux des filles, l'absence d'aménorrhée n'entraînant pas l'exclusion du diagnostic d'anorexie mentale, mais plutôt la recherche d'un trouble endocrinien qui pourrait correspondre à celui qu'on trouve chez les filles.

En 1956, la Revue de Neuropsychiatrie Infantile présente trois articles sur le thème de l'anorexie masculine. L'existence du syndrome chez l'homme est soutenue par plusieurs auteurs, qui relèvent une particularité : la gravité du tableau clinique. Aubert et Peigne décrivent deux cas

d'anorexie masculine avec un syndrome endocrinien prédominant et un retard affectif avec « *une relation de dépendance étroite avec la mère* » (Aubert, Peigne, 1964). Haguenau et Koupernik présentent aussi deux cas masculins, mais avec des tableaux qui ne permettent pas de poser un diagnostic franc d'anorexie. A l'instar d'autres auteurs, ils considèrent toujours l'anorexie mentale comme une affection spécifique de la jeune fille, « *conforme en tous points à la classique anorexie hystérique de Lasègue* » et voient dans « *l'aménorrhée [...] un critère constant* » (Haguenau, Koupernik, 1964). Decourt rapporte huit cas parmi deux cents observés sur trente ans, en soulignant leur rareté et la présence d'un « *état névrotique particulièrement sévère* » (Decourt, 1964).

Dans la littérature étrangère, d'autres auteurs affirment l'existence d'un syndrome anorexique typique chez l'homme : Falstein en 1956, Crisp qui présente un cas d'anorexie mentale chez un garçon en 1962 et oriente à la suite ses travaux sur l'anorexie masculine, Tolstrup en 1965 et Ushakov en 1971.

En 1969, Dally rapporte 6 cas de patients anorexiques masculins au sein d'une série de 146 cas et note que « *l'anorexie chez l'homme [est] un état plus hétérogène et qu'il [est] difficile de comparer le déroulement et l'issue de la maladie dans les deux sexes* » (Dally, 1969).

A partir des années 70, l'approche psychanalytique de l'anorexie commence à se développer, et les psychanalystes se rejoignent sur la question de la défaillance des relations mère-enfant. Hilde Bruch, une des spécialistes des troubles des conduites alimentaires, psychiatre et psychanalyste, publie en 1973 « *Les yeux et le ventre* », un ouvrage dans lequel elle propose une première interprétation des origines de la maladie. Elle explique l'origine du trouble par les perturbations de l'apprentissage de la fonction alimentaire. L'enfant est ainsi privé d'une partie de son identité et n'est pas réellement séparé de sa mère. La dépendance au regard d'autrui et ce manque d'autonomie l'empêchent de faire face aux transformations contemporaines de l'adolescence. H. Bruch considère que l'anorexie résulte de « *la perception délirante du corps (trouble de l'image du corps), [de] la confusion des sensations corporelles et [d'] un sentiment exagéré d'inefficacité* » (Bruch, 1975). En 1978, elle écrit un nouvel ouvrage dans lequel elle affine sa première interprétation en considérant que la maladie est « *l'expression d'une idée de soi défectueuse, [de] la crainte d'un vide intérieur, [de] la peur d'avoir quelque chose de mauvais en soi, et qu'il faut dissimuler en toute circonstance* ». Elle poursuit l'idée que W. Gull puis J.-M. Charcot avaient évoquée sur le rôle de la mère dans le déclenchement de la maladie. Par rapport aux cas de sexe masculin, elle souligne que la littérature anglophone de l'époque « *accorde peu d'attention aux anorexiques masculins [...] Quand de tels cas sont évoqués, c'est toujours sous*

forme d'appendices ou de notes ». Elle décrit quelques cas de sexe masculin, dont six qui présenteraient un tableau typique, et deux cas chez qui elle retrouve un trouble de la personnalité du registre névrotique ou psychotique sous-jacent au trouble alimentaire.

Le peu d'attention accordée au syndrome masculin est confirmé aussi par Mara Selvini, auteur de référence sur l'anorexie mentale, qui, en 1970, affirme dans « *une note* » l'inexistence chez l'homme d'un tableau d'anorexie mentale typique : « *les cas de sous-alimentation que j'ai observés chez les hommes étaient des cas de pseudo-anorexie. L'un était celui d'un moine qui avait des hallucinations paranoïdes : il pensait pouvoir en jeûnant obtenir la rédemption des membres de son ordre. Un autre était dominé par des pensées hypocondriaques de type schizophrénique, axées sur le système digestif. Le troisième était plus proche de la véritable anorexie, notamment à cause de la présence de signes atypiques [...]* » (Selvini, 1970, Bruch, 1975).

En 1972, Beumont retrouve 23 articles sur l'anorexie masculine dans la littérature médicale de 1930 à 1972. Il ajoute aux 25 observations cliniques retrouvées, six cas qu'il avait personnellement diagnostiqués.

En 1984, Vandereycken et Van den Broucke retrouvent 107 cas d'anorexie masculine rapportés dans la littérature médicale entre 1970 et 1980.

A partir des années soixante-dix, l'approche psychologique de l'anorexie mentale est privilégiée. Aujourd'hui, l'anorexie est avant tout une maladie « *mentale* » même si d'autres facteurs sont considérés comme déterminants dans le déclenchement de maladie. A partir des années 1980, l'existence du syndrome chez l'homme est affirmée par plusieurs auteurs et les classifications actuelles semblent ne pas exclure la possibilité de poser ce diagnostic chez les sujets de sexe masculin.

I.1.b Premières descriptions de la boulimie

Le tableau clinique de la boulimie ne commence à intéresser le monde médical qu'à partir des années 1960-1970, sans doute parce qu'il est apparu moins spectaculaire que celui de l'anorexie (Godart, 2004). Le syndrome boulimique, rapporté dans des observations cliniques dès le début du siècle, notamment par Janet, n'a été clairement défini qu'en 1979, par Russell (Russell,

1979). Auparavant, la majorité des auteurs le considéraient seulement comme un épiphénomène de l'anorexie mentale. Jusqu'au XVIIIe siècle, la boulimie est considérée comme un dysfonctionnement de l'appareil digestif. Avant le XIXe siècle, elle est très peu mentionnée dans la littérature. Cependant, Stein en 1988 mentionne les plus anciennes références anglaises retrouvées dans le dictionnaire médical de Quincy (1726) et dans le « *Physical Dictionary* » de Blankaart (1708). Ces deux ouvrages définissent le syndrome par un appétit excessif, voire extraordinaire, qu'ils mettent en lien avec un désordre purement gastrique (Stein, Laasko, 1988). Dans le « *dictionnaire médical* » de James, en 1743, on retrouve le terme « *boulimus* ». Il fait une description détaillée des symptômes et propose des diagnostics différentiels, des hypothèses étiologiques et des principes thérapeutiques. En ce qui concerne l'étiologie, il se réfère au médecin grec Galien qui décrivait « *une grande faim* » caractérisée par des prises d'aliments à intervalles très courts, qu'il mettait en lien avec une pathologie digestive (Stein, Laasko, 1988).

Au XIXe siècle, certains auteurs considèrent la boulimie comme une forme gastrique de désordre nerveux. Dans le « *dictionnaire d'Edinburgh* » en 1807, la boulimie est définie comme une affection chronique caractérisée par des évanouissements et/ou des vomissements suivant immédiatement l'absorption d'une énorme quantité de nourriture. Le « *New Dictionary of Medical Science* » donne déjà la définition suivante du terme « *boulimie* » : « *de bœuf et de faim* » (faim de bœuf/ appétit féroce). W. Gull et Lasègue mentionnent des épisodes d'appétit vorace chez leurs patientes anorexiques. Lasègue inclut ces « *faux appétits exigeants* » dans le cadre de l'hystérie. Dès 1895, S. Freud classe les « *accès de fringale* » parmi les symptômes de la névrose d'angoisse.

En 1903, P. Janet décrit le syndrome anorexie mentale-boulimie-vomissements à partir de plusieurs cas cliniques, dont celui d'un jeune homme de 17 ans. Il l'interprète comme un symptôme névrotique. Le jeune manifestait non seulement des accès boulimiques avec vomissements suivant immédiatement ces accès, mais également un état dépressif majeur selon les critères du DSM III, qualifié par Janet de « *neurasthénie* » (Guillemot, 1997).

L. Binswanger (1943) met en évidence les liens entre la boulimie et l'anorexie, mais aussi entre la boulimie et la dépression. Dans les années 50, la boulimie est plutôt reconnue comme un symptôme particulier inclus dans certaines formes d'obésité.

En 1979, Russell fait de la boulimie une entité à part entière, distincte de l'obésité et de l'anorexie mentale. Elle a été introduite dans le DSM III en 1980 en tant que nouvelle maladie mentale, avec une précision : les accès de boulimie doivent être répétés, sans fréquence définie.

Devant l'existence de formes associées, on continue aujourd'hui de s'interroger sur la parenté entre boulimie et anorexie. L'une comme l'autre renvoie aux processus associés aux mouvements évolutifs de l'adolescence.

I.2 Evolution des critères diagnostiques

Les critères diagnostiques des troubles des conduites alimentaires ont connu des variations au cours du temps.

En ce qui concerne l'anorexie, Russell propose en 1970 trois critères de base : perte de poids, psychopathologie spécifique et trouble endocrinien, qui se manifeste par l'aménorrhée chez les filles et par une perte du désir sexuel et l'impuissance chez l'homme. Il élargit ainsi les critères diagnostiques aux sujets de sexe masculin (Russell, 1970).

En 1972, Feighner et l'école de Saint-Louis rendent définitivement possible le diagnostic de l'anorexie chez l'homme, par leur proposition d'une nouvelle classification de l'ensemble de la nosographie psychiatrique. Leurs critères seront d'ailleurs repris par la DSM-III. Feighner est le premier à détailler de façon précise les critères diagnostiques de l'anorexie mentale. L'aménorrhée fait partie des manifestations secondaires, sans être un critère diagnostique obligatoire (Feighner, 1978).

A. <i>Age de début avant 25 ans</i>
B. <i>Anorexie avec perte de poids concomitante d'au moins 25 % du poids d'origine</i>
C. <i>Attitudes distordues implacables vis-à-vis de la nourriture, des aliments ou du poids, qui l'emportent sur la faim, les remontrances et les menaces :</i> <i>1. Négation de la maladie et méconnaissance des besoins nutritionnels</i> <i>2. Satisfaction apparente de la perte de poids avec manifestation évidente que le refus de nourriture est une complaisance agréable</i>

3. <i>Désir d'une image du corps d'une minceur extrême avec évidence manifeste qu'il est gratifiant pour la malade d'atteindre ou de maintenir cet état</i> 4. <i>Accumulation, manipulation inhabituelle des aliments</i>
D. <i>Absence de maladies médicales connues susceptibles de rendre compte de l'anorexie et de la perte de poids</i>
E. <i>Aucun autre trouble psychiatrique connu avec référence particulière aux troubles affectifs primaires, à la schizophrénie, à la névrose obsessionnelle ou phobique (on admet que le refus de nourriture à lui seul est insuffisant pour justifier le diagnostic de maladie phobique ou obsessionnelle)</i>
F. <i>Au moins deux des manifestations suivantes : aménorrhée, lanugo, bradycardie (pouls au repos à 60 par minute ou moins en permanence), périodes d'hyperactivité, épisodes de boulimie, vomissements (éventuellement auto-induits).</i>

Tableau 1 : Anorexie – critères diagnostiques de Feighner

La classification internationale des maladies, dixième version (CIM-10), propose deux catégories diagnostiques spécifiques du nourrisson et de l'enfant et huit autres catégories diagnostiques de troubles des conduites alimentaires : anorexie mentale, anorexie mentale atypique, boulimie, boulimie atypique, hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques, vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques, autres troubles de l'alimentation et trouble de l'alimentation sans précision. Selon l'étude de Nicholls réalisée en 2000, la CIM-10 présente la plus faible fidélité inter-observateur pour les troubles alimentaires (Nicholls, 2000).

Comme dans la classification de Russel, un trouble endocrinien est décrit pour l'anorexie chez les femmes comme chez les hommes, incluant chez ces derniers la perte d'intérêt sexuel et l'impuissance. On retrouve dans les critères une forme d'anorexie à début pré-pubertaire qui se manifeste globalement par un arrêt de la croissance et l'absence d'apparition des caractères sexuels secondaires, avec en plus, chez les garçons, l'absence de développement des organes génitaux (Russell, 1970).

<i>D. Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent prise 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.</i>

Tableau 2 : Anorexie – changement des critères diagnostiques (Russell)

Dans le cadre du DSM, les critères diagnostiques ont évolué depuis le DSM-III (1983) jusqu'au DSM-V (2013). Le DSM-III-R inclut pour l'anorexie le critère de l'aménorrhée chez les femmes post-pubères, sans aucune description d'un trouble endocrinien chez les hommes. Ce critère va être exclu ultérieurement, avec l'apparition de la dernière classification en 2013.

Classification	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994) DSM-IV-TR (2000)	DSM-V (2013)
Nombre des critères	5	3	4	3
Caractéristiques de l'évolution	<i>1ère définition à ne pas être une définition d'auteur</i>	<i>Suppression du diagnostic différentiel</i> <i>Ajout <u>aménorrhée</u></i>	<i>Introduction du mot <u>déni</u></i>	<i>Retrait <u>aménorrhée</u></i>
Peur de prendre du poids persistant, malgré amaigrissement et/ou perte de poids volontaire	Oui	Oui	Oui	Oui
Perturbation de l'image du corps	Oui	Oui	Oui	Oui
Quantification de la perte de poids	>25 % du poids initial	Poids de 15 % inférieur à la normale	Poids de 15 % inférieur à la normale	Poids de 15 % inférieur à la normale
Sous-types d'anorexie restrictif et purgatif (épisode actuel)	Non	Non	Oui	Oui

Critère d'exclusion/diagnostic différentiel	Oui (physique)	Non	Non	Non
Déni de la gravité	Non	Non	Oui	Oui
Désordre endocrinien dont l'aménorrhée	Non	Oui	Oui	Non
Comportements compensatoires de type purgatif	Non	Non	Oui	Oui
Activité physique excessive	Non	Non	Non	-
Age d'apparition	Classés dans les troubles de la 1ère et 2ème enfance ou de l'adolescence	Non	Non	Non

Tableau 3 : Anorexie – évolution des critères diagnostiques selon DSM

L'un des objectifs de la dernière révision des critères était de diminuer la prévalence des diagnostics de trouble des conduites alimentaires non spécifié. Pour l'anorexie mentale, le critère de l'aménorrhée a été supprimé (critère qui ne pouvait s'appliquer ni au garçon, ni aux jeunes filles prépubères ou qui prennent un moyen de contraception), et l'accent est plutôt mis sur les manifestations comportementales que sur les symptômes cognitifs. Plus particulièrement, le critère explicite de poids a été supprimé (Ornstein, 2013).

En utilisant le DSM-IV, plus de 50% des enfants présentant des troubles alimentaires ont été diagnostiqués avec un trouble des conduites alimentaires non spécifié ou n'ont reçu aucun diagnostic (Nicolls, 2000, Madden, 2009, Peebles, 2010). Des études sur des populations d'adolescents ont montré une réduction du nombre de cas de troubles des conduites alimentaires non spécifiés (de 62,3 % à 32,6 %) ainsi que l'amélioration de la spécificité diagnostique. Les taux de diagnostic d'anorexie mentale ont augmenté en utilisant les critères de DSM-V proposés (de 29,3 % jusqu'à 40 %). Les patients présentant uniquement les critères proposés par le DSM-V pour l'anorexie mentale avaient un poids significativement supérieur à ceux qui correspondaient

aux critères des deux versions (IV et V). Cliniquement, aucune signification majeure n'a pu être attribuée à cette différence de poids (Nicely, 2014).

L'anorexie mentale atypique a également émergé comme un diagnostic fréquent. Le DSM-V inclut l'anorexie mentale atypique dans la catégorie « *Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié* ». Suite à la suppression du chapitre du DSM-IV-R « *Troubles habituellement initialement diagnostiqués durant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence* », le pica et le mérycisme font actuellement partie du chapitre « *Troubles des conduites et de l'ingestion d'aliments* » (DSM-V). La catégorie « *Troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance* » a été renommée « *Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments* » et les critères en ont été significativement élargis (Katzman, 2014).

Le seul changement en ce qui concerne la boulimie est la diminution du nombre minimum requis d'accès hyperphagiques et de comportements compensatoires inappropriés (une fréquence d'une fois par semaine au lieu de deux fois par semaine). La seule différence entre l'hyperphagie boulimique et les accès hyperphagiques réside également dans la fréquence d'accès hyperphagiques (une fois par semaine pendant les 3 derniers mois, au lieu d'au moins deux fois par semaine pendant 6 mois) (Ornstein, 2013).

Les critères diagnostiques des classifications internationales ne permettent pas toujours de prendre en compte la spécificité et diversité des troubles des conduites alimentaires de l'enfant. Les études utilisant ces critères peuvent sous-estimer la prévalence de ces troubles, et elles s'intéressent le plus souvent à l'anorexie et/ou la boulimie.

Dans les versions plus récentes des classifications internationales on retrouve une extension des catégories de troubles des conduites alimentaires de l'adulte aux enfants prépubères. Les études menées par Dahl montrent un lien entre la petite et grande enfance, avec 70 % des enfants qui présentent des difficultés alimentaires lors de la première année, continuent ainsi à avoir des problèmes d'alimentation à l'école primaire (Dahl, 1994).

II.3 Données épidémiologiques

Un certain nombre d'éléments rendent difficile l'étude de l'épidémiologie des troubles des conduites alimentaires, ce qui limite en particulier notre compréhension de la prévalence de ces troubles dans le sexe masculin. Les études de prévalence donnent peu d'informations descriptives concernant le profil comportemental et cognitif des troubles des conduites alimentaires.

Un de ces éléments est représenté par les classifications nosographiques, dont le DSM, et la catégorie très peu discriminante des troubles des conduites alimentaires non spécifiés, à laquelle la majorité des cas cliniques pourraient correspondre (Mitchison, 2015). Aux États-Unis, une étude en population générale a montré que 83% des hommes (par rapport à 71% des femmes) pourraient être diagnostiqués avec un trouble des conduites alimentaires non spécifié (Le Grange, 2012). Les changements récents de la classification officielle vont vraisemblablement améliorer, sinon résoudre, ce problème (Allen, 2013, Keel, 2011).

Une autre difficulté pourrait résider dans la faible prévalence des troubles des conduites alimentaires qui répondent aux critères diagnostiques officiels, même chez les femmes. La nécessité de grands échantillons semble impérative. Cependant, les troubles des conduites alimentaires ont souvent été exclus des enquêtes nationales de santé mentale, ou leur prise en compte limitée à l'anorexie mentale et/ou à la boulimie (Bijl, 1998, Isomaa, 2009, Roberts, 2006, 2007). Étant donné que d'autres troubles, y compris l'hyperphagie boulimique, comprennent une majorité de cas masculins (Mond, 2013), leur non-inclusion dans les études effectuées sur de larges échantillons peut rendre problématique l'étude de la prévalence masculine des troubles alimentaires.

Une revue des études sur la prévalence des troubles des conduites alimentaires chez l'homme qui correspondent aux critères de DSM-V a récemment été menée par Raevuori et collègues (Raevuori, 2014). En ce qui concerne les principales catégories diagnostiques, l'hyperphagie boulimique est le trouble le plus répandu chez l'homme adulte, avec des estimations de sa prévalence vie-entière de 0,78% (Taylor, 2007), 1,55% (Alegria, 2007, Nicado, 2007) et 2 % (Hudson, 2007). Les estimations de la prévalence vie-entière pour la boulimie et l'anorexie sont plus faibles et plus variables (entre 0,13 % et 1,34 % pour la boulimie et entre 0,00 % et 0,53 % pour l'anorexie) (Bijl, 1998, 2002, Oakley, 2006, Nicholls, 2009, Mitchison, 2013).

La majorité des études ont montré que la prévalence vie-entière ou la prévalence dans l'année des troubles répondant aux critères diagnostiques officiels pour l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique chez les adolescentes est faible (Wittchen, 1998, Fichter, 2005, Rojo, 2003, Sancho, 2007). Une étude récente qui a aussi inclus les syndromes partiels a rapporté des taux de prévalence de 0,2 % pour la boulimie et de 0,4 % pour l'hyperphagie boulimique chez les garçons âgés de 11 à 18 ans (Field, 2014). Dans une étude sur un échantillon de 1383 d'adolescents, la prévalence des troubles des conduites alimentaires chez les sujets masculins était de 1,2% à 14 ans, 2,6% à 17 ans et de 2,9% à 20 ans (Allen, 2013). La proportion plus élevée de cas chez les adultes par rapport aux adolescents, peut être révélatrice d'une apparition plus tardive des troubles dans le sexe masculin, comparativement aux femmes où la prévalence atteint un pic avant l'âge de 25 ans (Hoek, 2006).

L'apparition de l'anorexie mentale se situe typiquement entre la moitié et la fin de l'adolescence (14-18 ans), alors que le début de la boulimie semble se situer entre la fin de l'adolescence et la vie adulte (American Psychiatric Association, 2000). En ce qui concerne la différence d'âge du début des troubles selon le sexe, Sharp et collègues ont montré que les hommes tendent à développer des troubles alimentaires environ un an plus tard que les femmes (18,6 ans), mais ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs (Sharp, 1994). Andersen (1999) a retrouvé un âge moyen de début des troubles à 19,3 ans chez les hommes, comme chez les femmes. Olivardia et collègues (1995) ont signalé un âge d'apparition beaucoup plus précoce chez l'homme (14,7 ans). Une étude récente chez des hommes hospitalisés pour anorexie mentale, retrouve un âge d'apparition du trouble plus tardif que chez les femmes (Gueguen, 2012). Cependant, d'autres données épidémiologiques suggèrent qu'il n'y a pas de différence d'âge d'apparition entre les deux sexes (Woodside, 2001), y compris pour les cas de début précoce (< 14 ans) (Madden, 2009, Darcy, 2012).

Diverses études soulignent une nette différence dans l'âge de demande de soins. Carlat et collègues (1997) ont constaté que les hommes souffrant d'anorexie mentale se présentent en consultation beaucoup plus tôt que les femmes, alors que les hommes atteints de boulimie se présentent plus tardivement que les femmes. Globalement, pour le garçon comme pour la fille, l'âge de demande de soins se situe en moyenne entre deux et trois ans après le début de la maladie et la durée du traitement semble être la même pour les deux sexes.

Plus récemment, des études ont suggéré que les hommes représentent 10 à 20% des cas d'anorexie mentale et de boulimie et jusqu'à 40% des cas d'hyperphagie boulimique (Muisse, 2003). Les études cliniques (Andersen, 1992) et les études épidémiologiques (Rastam, 1989)

retrouvent un sexe-ratio d'environ 1/10. Cependant, ce rapport entre les sexes peut avoir été sous-estimé, car des données récentes montrent un sexe-ratio de 1/3 pour l'anorexie mentale et la boulimie (Hoek 2003, Hudson 2007, Braun, 1999). Ces résultats sont difficiles à valider en raison des biais diagnostiques. Les critères diagnostiques visent globalement les problèmes de poids, les préoccupations corporelles et les méthodes de contrôle du poids retrouvées plutôt chez les femmes (minceur, régime) que chez les hommes (faible masse grasse, musculature, force, exercice).

En outre, des études ne retrouvent des troubles du comportement alimentaire que chez les femmes et les hommes homosexuels (Anderson, 1999), malgré l'existence d'une insatisfaction corporelle généralisée chez les hommes jeunes, indépendamment de l'orientation sexuelle (Morgan et Arcelus, 2009).

I.3.a *Anorexie*

Au niveau de l'incidence, le chiffre moyen de 0,20/100 000 habitants est habituellement retenu. La plupart des études sont d'origine anglo-saxonne. En Angleterre, Williams et King rapportent une incidence annuelle de l'anorexie mentale masculine entre 1972 et 1981 de 0,18/100 000 habitants (1,14/100 000 habitants pour l'anorexie mentale féminine pendant la même période). Ils retrouvent un pic d'incidence en 1978, dont 30 premières hospitalisations, mais les cas d'anorexie mentale chez les hommes restent rares et d'après les auteurs, leur incidence n'augmente pas forcément dans le temps (Williams, King, 1987). En réponse à leur étude, au Danemark, l'étude de Nielsen trouve un taux similaire de 0,17/100 000 habitants (1,9/100 000 habitants pour les femmes) entre 1973 et 1987. Cet auteur a retrouvé une incidence maximale dans la tranche d'âge des 10-14 ans et un nombre de 66 réadmissions dans la période de 15 ans étudiée, avec des comorbidités psychiatriques de type psychose (59%), trouble de l'usage de l'alcool (4,5%), trouble psychopathique (21%) (Nielsen, 1990).

Les études de Williams, King et Nielsen n'ont pris en compte que les cas qui ont nécessité une hospitalisation en psychiatrie. Des taux d'incidence dix fois plus élevés ont été retrouvés dans des études qui ont élargi les critères d'inclusion. En Suède, Lindblad trouve un taux de 1,92/100 000 habitants en utilisant le registre national des hospitalisations (en psychiatrie et en médecine) entre 1987 et 1992 (Lindblad, 2006). Dans la ville de Rochester dans le Minnesota, Lucas rapporte une incidence annuelle de 1,8/100 000 habitants (14,6/100 000 habitants pour les

femmes) entre 1934 et 1984. Son étude inclut tous les types de prises en charge (ambulatoire et hospitalière). (Lucas, 1991).

Selon la revue de littérature de Hoek, l'incidence varie entre 8 cas pour 100 000 personnes par an dans la population qui consulte en médecine générale, 270 cas pour 100 000 personnes chez les jeunes filles de 15 à 19 ans et 15,7 cas pour 100 000 personnes chez les jeunes garçons de 10 à 24 ans dans une population finlandaise de jumeaux.

Les études concernant la prévalence sont beaucoup moins nombreuses. L'incidence et la prévalence de l'anorexie mentale varient en fonction des critères de définition utilisés et des populations étudiées. En 1989, en Suède, Rastam estime la prévalence de l'anorexie mentale chez le garçon à 0,09 % dans un échantillon de 4290 adolescents scolarisés, âgés de 15 ans (Rastam, 1989). Dans la même période, l'étude américaine de Whitaker ne retrouve aucun cas d'anorexie mentale masculine dans une population de 5596 adolescents scolarisés, âgés de 13 à 18 ans (Whitaker, 1990). En 2001, l'étude sur la population générale adulte de Woodside a retrouvé dans un échantillon représentatif de la population canadienne (N=9 953) un pourcentage de 1 % de la forme complète ou partielle d'anorexie masculine selon le DSM IV (respectivement 0,16 et 0,76) (Woodside, 2001). Kjelsas, en 2004, retrouve une prévalence chez le garçon de 0,2 % dans une population de 1960 adolescents scolarisés âgés de 14 à 15 ans dans la ville de Trondheim en Norvège, en utilisant aussi les critères diagnostiques du DSM IV (Kjelsas, 2004).

Dans la population générale, les études retrouvent un sexe-ratio d'environ 1 garçon pour 4 filles : 1/7 (Rastam, 1989), 1/4,2 (Woodside, 2001) pour la forme complète d'anorexie mentale et 1/3,5 (Kjelsas, 2004). Chez les patients hospitalisés, les études estiment le sexe-ratio à 1 garçon pour 6 à 10 filles. La majorité des auteurs rapportent une proportion proche de 1/10 (Crisp, 1983, Carlat, 1987, Olivardia, 1995, Striegel-Moore, 1999). Jeammet retrouve dans la population hospitalisée puis suivie au moins quatre ans dans l'unité de psychiatrie de l'HIUP entre 1968 et 1982, un sexe-ratio d'un garçon pour 17 filles (Jeammet, 1991). Albert rapporte parmi 71 adolescents anorexiques traités sur une période de 10 ans, 1 garçon pour 8 filles (Albert, 1984). Strober rapporte en 2006 un sexe-ratio de 1/6 dans la population de 13 à 17 ans hospitalisée dans son service à cette période (Strober, 2006).

Il reste difficile d'établir si l'anorexie mentale est plus fréquente actuellement qu'à d'autres périodes et si son incidence augmente ou non. Des auteurs ont noté que l'incidence de l'anorexie serait en augmentation chez les femmes ces dernières 20-25 années, mais pas forcément chez les sujets masculins, où la prévalence reste toujours faible. Crisp explique cette dernière par

la précocité de la puberté chez la fille, ce qui favoriserait la survenue de l'anorexie. Pour Bruch, l'explication serait liée à l'hormone sexuelle masculine, qui protégerait le garçon de l'apparition de l'anorexie ; il serait plus facile pour le sujet masculin de s'affirmer et se détacher de ses objets primaires d'affection à la puberté. Margo soutient l'hypothèse que la différence de prévalence entre les deux sexes pourrait s'expliquer par une moindre vulnérabilité des hommes aussi bien au niveau biologique (génétique, hormonal), qu'au niveau du développement émotionnel et de l'impact des facteurs sociaux.

Bien qu'accepter les soins psychiatriques reste difficile chez les hommes comme chez les femmes atteintes de troubles mentaux, la demande d'aide spécialisée peut être particulièrement problématique chez les hommes à cause de la stigmatisation et d'une méconnaissance de ces troubles et de leur prise en charge.

I.3.b *Boulimie*

En ce qui concerne la boulimie, les estimations de la prévalence vie-entière dans le sexe masculin vont de 0,1 % jusqu'à 1,6 % (Allen, 2013, Hudson, 2007, Kjelsas, 2004, Woodside, 2001). Les hommes représenteraient jusqu'à un tiers de tous les cas de boulimie dans la population générale (Hudson, 2007, Hay, 2015). L'une des revues de la littérature les plus complètes sur la boulimie chez les enfants et les adolescents est celle de Steiner et Lock ; elle recense peu de données concernant les garçons, ce qui ne permet pas d'affirmer qu'ils ne soient pas touchés par cette pathologie (Steiner, Lock, 1998). Il semblerait qu'au contraire, les sujets de sexe masculin représentent 10% à 15% de tous les cas de boulimie (Carlat, 1997), et 0,2% des adolescents répondent à tous les critères de boulimie nerveuse (Flament, 1995, Hsu, 1996). De plus, en incluant un syndrome partiel, Woodside a trouvé un sexe-ratio de 2,9 : 1 (Woodside, 2001).

I.3.c *Accès hyperphagiques*

En ce qui concerne les accès hyperphagiques sans comportements boulimiques compensatoires, les estimations de la prévalence vie-entière dans le sexe masculin varient de 0,3 % à 2% (Allen, 2013, Hudson, 2007, Kjelsas, 2004, Smink, 2014). Les accès hyperphagiques ne sont pas seulement considérés comme le trouble des conduites alimentaires le plus fréquent,

mais aussi celui pour lequel les différences entre les deux sexes sont les plus faibles en termes de prévalence (Hay, 2015, Hudson, 2007). Par exemple, dans une récente enquête auprès de 6000 adultes en Australie du Sud, il a été constaté que ce trouble était 8 fois plus fréquent que la boulimie et 12 fois plus fréquent que l'anorexie. De plus, alors que les hommes représentaient respectivement 17% et 31% des cas d'anorexie et de boulimie, 43% des cas d'accès hyperphagiques leur étaient imputés (Hay, 2015).

Les quelques données de prévalence sur l'hyperphagie boulimique chez les adolescents proviennent de Johnson et al., qui ont examiné les différences de genre en utilisant la version pour adolescents du « *Questionnaire d'alimentation et de poids* ». Dans un premier temps, dans leur échantillon de 106 adolescents (12-18 ans), aucun sujet n'avait reçu de diagnostic d'« *hyperphagie boulimique* », mais des formes sous-cliniques avaient été observées chez 46,5 % des garçons et 86,1% des filles. En conséquence, même si le trouble a pu être considéré comme rare dans ce groupe d'âge, des formes sous-cliniques existent certainement (Johnson, 2001).

I.3.d *Trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments*

Traditionnellement considérée comme un trouble de l'alimentation de la première ou la deuxième enfance, cette catégorie est maintenant incluse avec l'anorexie, la boulimie et les accès hyperphagiques dans les troubles des conduites alimentaires. Ce trouble implique la restriction de l'apport alimentaire pour des raisons autres que la perte de poids. La prévalence semble être plus homogène.

Parmi les enfants et les adolescents qui sont en demande des soins pour un trouble de l'alimentation, environ 14% sont diagnostiqués avec ce trouble et, par rapport aux autres troubles des conduites alimentaires, les garçons représentent un plus grand pourcentage (21-29%) (Fisher, 2014, Nicely, 2014). Cependant, les hommes semblent toujours sous-représentés dans les échantillons étudiés. La littérature reste pauvre en ce qui concerne ce sujet, bien qu'une étude récente ait rapporté que 9,2 % des patients adultes qui se sont présentés en demande d'un traitement pour des troubles des conduites alimentaires répondaient aux critères de cette catégorie diagnostique, et tous ces patients étaient des femmes (Nakai, 2016). La poursuite de ces recherches serait intéressante pour mieux comprendre la prévalence et le sexe-ratio de ce trouble.

II. PRESENTATION DES CAS CLINIQUES

Depuis 2006, cinq patients de sexe masculin ont été hospitalisés pour des troubles des conduites alimentaires à l'Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents de Caen (UCHA).

Le premier cas retrouvé est celui d'un jeune de 13 ans, hospitalisé en 2009 pour trouble des conduites alimentaires de type anorexie.

II.1 Dylan

Cet adolescent est l'aîné d'une fratrie de deux. Il était scolarisé en 5ème. Il vivait avec ses parents et sa sœur de trois ans sa cadette dans un logement de fonction du tribunal où son père travaillait comme agent technique. Sa mère était reconnue comme travailleur handicapé à la suite de plusieurs hernies discales lombaires, et elle était en cours de titularisation dans la région comme contrôleur principal de l'INSEE (après une formation qui l'avait tenue éloignée du domicile pendant la semaine). L'appartement dans lequel ils vivaient semblait être sinistre et en mauvais état, la chambre de sa sœur en particulier paraissait quasi-inhabitable. Les deux enfants dormaient donc dans la même chambre depuis environ 5 ans.

En ce qui concerne les antécédents médico-chirurgicaux, le patient est né à 36 semaines d'aménorrhée, avec un poids à la naissance de 2790 g et une taille de 42 cm. A l'âge de cinq mois, on note une hospitalisation pour cure de hernie inguinale droite et à l'âge d'un an, une hospitalisation pour crise convulsive hyperthermique.

Sur le plan psychiatrique, le patient a bénéficié d'un premier suivi pédopsychiatrique au CMPP lors qu'il était en primaire. A l'âge de 12 ans, il a été hospitalisé dans le service de pédiatrie de CHU de Caen pour douleurs abdominales survenues lors d'un trajet de retour des vacances, deux mois après l'apparition de la restriction et de la sélectivité alimentaire. Le bilan somatique s'est avéré normal. Cependant, devant le tableau associant anxiété majeure, trouble des conduites alimentaires et perte d'élan vital, une prise en charge pédopsychiatrique semblait nécessaire. Un suivi pédiatrique a été alors mis en place à la Maison des Adolescents de Caen.

Dans les antécédents familiaux, on note les cures de hernies discales lombaires avec un traitement par morphine en continuité chez la mère, et deux épisodes de pneumopathie chez la sœur.

Le patient rattachait son comportement alimentaire à un voyage en train effectué en 2006, au cours duquel il avait éprouvé un fort sentiment de dégoût face à l'odeur de la nourriture d'autres passagers. L'odeur aurait été tellement intolérable, qu'elle l'aurait contraint à terminer le trajet dans les toilettes. Il n'y a pas eu de modification de ses habitudes alimentaires jusqu'en 2008 où, lors d'un autre voyage en train, il se serait remémoré l'épisode antérieur. C'est à ce moment que le trouble aurait débuté.

A l'entrée, le patient se présente calme et adapté. Sur le plan somatique, son IMC était à 13,29, pour un poids de 40,7 kg et une taille de 175 cm. Dans l'unité, le jeune exprime rapidement son angoisse et demande à rentrer chez lui en promettant de reprendre une alimentation correcte. L'anamnèse avait révélé un désinvestissement progressif tant sur les plans scolaire et sportif, que sur le plan affectif. Le patient décrivait un appauvrissement de sa vie sociale dans les 6 derniers mois, avec des journées vides, entièrement passées à déambuler dans l'appartement familial. Dans la famille, on percevait une indifférenciation complète avec des espaces d'intimité quasi-inexistants. La présentation du jeune était infantile, et aucune élaboration n'était possible, en dehors des somatisations douloureuses.

Les difficultés alimentaires touchaient à la fois les solides et les liquides, avec une sensation de désagréable plénitude comme source d'angoisse. L'eau était perçue comme intolérable, au même titre que tout autre type d'alimentation. Le patient ne présentait pas de tri alimentaire, n'était pas investi dans la préparation des repas, et ne semblait pas intéressé par son poids. Les difficultés alimentaires se sont aggravées malgré l'instauration d'un traitement à visée anxiolytique. Lors de l'hospitalisation, une perte de poids de 5 kg, associée à une hyponatrémie, ont fait suspecter une complication somatique et un transfert dans le service de pédiatrie a été nécessaire.

L'examen clinique à l'entrée en pédiatrie révèle un IMC à 11,6 et une altération de l'état général avec des signes de déshydratation et un ralentissement psychomoteur. Le jeune se plaignait de douleurs thoraciques rétrosternales décrites comme anciennes et de douleurs abdominales diffuses. Dans un premier temps, le patient a été perfusé pour réhydratation, et une exploration organique a été débutée. Le bilan biologique montrait une normalisation de l'ionogramme et l'examen neurologique et l'IRM étaient normales. Devant les douleurs

épigastriques persistantes, une fibroscopie a été effectuée. L'examen a diagnostiqué une œsophagite. Un traitement adapté a été mis en place avec un examen de contrôle prévu.

La réintégration de l'unité a été difficile pour le patient, qui exprimait un mal-être et une angoisse importante dans le service de pédopsychiatrie. Un traitement antidépresseur par Sertraline a été instauré. Le jeune a recommencé à s'alimenter partiellement, mais son état psychique ne s'améliorait pas pour autant. Le trouble des conduites alimentaires a connu peu d'évolution, et au vu d'une nouvelle dégradation de son état somatique, un deuxième transfert dans le service de pédiatrie a été décidé. Les examens complémentaires ont diagnostiqué une infection gastrique à *Helicobacter pylori*. Le patient a bénéficié d'un traitement médicamenteux adapté et de la pose d'une sonde naso-gastrique. La prise en charge s'est poursuivie dans le service de pédiatrie, avec des entretiens pédopsychiatriques réguliers. Néanmoins, l'investissement de la prise en charge pédopsychiatrique par le jeune a été faible.

En 2010, on retrouve les cas de deux adolescents âgés de 14 ans.

Le premier patient a été hospitalisé pour trouble anxieux et trouble des conduites alimentaires restrictif de type anorexie.

II.2 Lucas

Cet adolescent est l'aîné d'une fratrie de deux, sa sœur a trois ans de moins que lui. Sa mère venait d'une famille nombreuse d'origine éthiopienne, elle s'occupait d'un site internet. Son père est originaire du nord de la France, il était ingénieur. Le jeune était scolarisé en 3ème, demi-pensionnaire, avec de bons résultats scolaires et une bonne intégration au Collège. Il avait arrêté de jouer du piano en début de l'année 2010, en raison d'une trop grande exigence du professeur selon lui, et faisait du solfège et des films d'animations.

En ce qui concerne les antécédents médico-chirurgicaux, le patient est né par césarienne pour souffrance fœtale aiguë en raison d'une circulaire du cordon ombilical. Il pesait 3500g à la naissance. Le développement psychomoteur est sans particularité.

Le jeune avait un suivi psychologique et pédiatrique à la Maison des Adolescents de Caen depuis juin 2009.

Dans les antécédents familiaux, on note une intervention chirurgicale en décembre 2009 chez la mère (hystérectomie). Sur le plan psychiatrique, on ne retrouve pas d'antécédents familiaux particuliers.

Des attaques de panique sont décrites par les parents depuis l'âge de 6-7 ans avec une peur de vomir et des angoisses lors des séparations, surtout la nuit lorsqu'il devait dormir chez des amis.

Le trouble semble avoir débuté en juin 2009, après une attaque de panique avec peur de vomir et de devenir malade. Sa sœur avait eu une gastro-entérite quelques jours auparavant. Le trouble se caractérisait par une restriction alimentaire sans sélection, sans dysmorphophobie et sans intention de maigrir. Il réclamait des repas, puis s'arrêtait de manger par peur de vomir. Son poids avait baissé de 35 kg en juin à 32 kg en décembre. Il a pu reprendre environ 2 kg à la suite. Sa perte de poids a entraîné une stagnation de la taille à 155 cm. La présentation était enfantine.

Le patient présentait aussi des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes fréquents, améliorés par un traitement à visée anxiolytique.

Dans l'unité, le jeune se présente calme, respectueux envers l'équipe soignante, et s'adapte facilement au cadre du service. La séparation avec sa famille ne lui pose pas de difficultés majeures. Il semblait interagir surtout avec les adolescents plus jeunes. Sur le plan des conduites alimentaires, les quantités prises étaient variables, mais proches de la normale. Il a perdu 900 g pendant son hospitalisation. Son IMC était à 14.

Il décrivait des angoisses dans des contextes variés : lors des séparations de sa mère, quand l'eau montait dans les toilettes, angoisses et peur de vomir ou d'être malade, angoisses et peur de noir, des insectes. Les nombreux éléments phobiques retrouvés lors des entretiens individuels et familiaux ont orienté le diagnostic vers un trouble anxieux avec des éléments phobiques entraînant une restriction alimentaire. La prise en charge s'est poursuivie en ambulatoire et le traitement n'a pas été modifié.

Dans la même année, un deuxième adolescent a été hospitalisé pour trouble des conduites alimentaires avec idées suicidaires d'apparition récente.

II.3 Grégoire

Cet adolescent est enfant unique. Il avait peu de contact avec un demi-frère et une demi-sœur de précédentes unions respectives de son père et de sa mère. Ses parents ont divorcé en 2000. Son père était peu présent à la maison, il avait exercé différentes professions, parmi lesquelles gérant dans un complexe restaurant-boîte de nuit, et a connu plusieurs années d'inactivité. Il est décédé brutalement en 2008 d'un arrêt cardiaque. Le seul témoin a été son fils, âgé de 12 ans à l'époque, qui avait aussi alerté les secours. Sa mère était éducatrice spécialisée. Après le divorce, la mère avait la garde en semaine, et le père les weekends. La relation avec la mère était fusionnelle. Le beau-père avait beaucoup soutenu le jeune lors du décès de son père, car lui-même avait perdu son père d'un accident, à peu près au même âge.

Sur le plan scolaire, le jeune était scolarisé en 4ème. Il avait redoublé son CM1 à la demande de sa mère, qui ne le trouvait pas assez mûr. Il était décrit comme un bon élève, avec un fort investissement scolaire lors de la dernière année. Sur le plan social, il semblait avoir des contacts restreints : peu d'amis à l'école, et en dehors, il passait du temps plutôt avec les filles. Il était investi dans beaucoup d'activités sportives en club (arts martiaux à un niveau élevé) et individuelles (vélo). Les activités sportives sont devenues contre-indiquées lorsqu'il s'est mis à perdre beaucoup de poids.

En ce qui concerne les antécédents médico-chirurgicaux, on retrouve une intolérance transitoire au lait de vache pendant l'enfance et une éruption cutanée sous Céfixime.

Sur le plan psychiatrique, le patient avait présenté des insomnies jusqu'à l'âge de 5 ans et demi et reçu un traitement par Théralène. On retrouve des troubles obsessionnels compulsifs depuis l'âge de 6-7 ans, avec arithmomanie. Le début du trouble des conduites alimentaires de type anorexie datait de 2008, dans les suites du décès de son père. En 2010, il avait consulté plusieurs fois aux urgences pédiatriques pour troubles du comportement hétéro-agressifs. Le suivi pédopsychiatrique avait été débuté en 2009, avec un suivi pédiatrique et par le médecin traitant.

Dans les antécédents familiaux on retrouve une cardiopathie chez le père, décédé d'un arrêt cardiaque en 2008.

Le déséquilibre alimentaire est décrit depuis l'enfance, avec un régime peu diversifié. En 2007, Grégoire a connu une période de surpoids, ce qui a pu générer des moqueries de la part de ses camarades de classe. A la suite du décès du père, s'est installée une restriction alimentaire tant quantitative que qualitative, en lien avec des obsessions à type de comptage des calories. Le jeune été devenu hyper-investi dans le sport, à but de déperdition calorique. On retrouve une dysmorphophobie, des troubles du comportement avec des exigences caractérielles concernant la préparation de ses repas à la maison, et des crises clastiques avec passages à l'acte hétéro-agressifs à l'école. Lors du suivi pédopsychiatrique, les entretiens étaient de plus en plus difficiles à supporter par le patient, qui devait être accompagné constamment par sa mère. Des symptômes d'allure psychotique étaient constatés aussi. Le trouble des conduites alimentaires avait commencé à s'aggraver trois semaines avant l'hospitalisation, avec une perte de poids de 8 kg et l'apparition d'idées suicidaires, lors d'un voyage chez un oncle. Le jeune aurait voulu se rapprocher de son oncle, mais sans réussite.

L'hospitalisation a permis la disparition des idées suicidaires avec, dans un premier temps, une amélioration du trouble des conduites alimentaires. Le temps initial d'observation n'a pas trouvé d'élément psychotique franc. Le contact, au début réticent, s'est amélioré. Le jeune présentait une tristesse de l'humeur, mais sans élément en faveur d'un syndrome dépressif caractérisé. Des difficultés d'endormissement étaient objectivées. Par la suite, le jeune a commencé à manifester davantage de comportement de maîtrise, avec intolérance à la frustration et refus des permissions. Ses traits obsessionnels avaient des répercussions sur sa conduite alimentaire. L'adolescent s'est dénutri, jusqu'à présenter dans le service une bradycardie transitoire, sans nécessité de transfert en milieu somatique spécialisé.

Les entretiens lui ont permis de verbaliser autour du sentiment de culpabilité vis-à-vis du décès de son père, et d'apaiser sa souffrance et ses symptômes obsessionnels. Des ateliers d'expression des émotions lui ont été proposés, mais le jeune n'a pas souhaité y participer. Des visites médiatisées ont permis de diminuer les tensions familiales et le jeune a fini par accepter les permissions.

Sur le plan médical, le suivi pédiatrique s'est poursuivi lors de l'hospitalisation, associé à une prise en charge nutritionnelle. Dans le contexte de trouble des conduites alimentaires et de douleurs rétro-œsophagiennes récurrentes, une fibroscopie œsophagienne a été effectuée. Elle a

pu diagnostiquer un reflux gastro-œsophagien secondaire à la dénutrition, sans qu'il en soit la cause. Un traitement par IPP a été débuté.

Le traitement d'entrée a été arrêté en raison d'une cytolyse hépatique, d'une amélioration du sommeil, et d'un virage hypomaniaque à l'augmentation du traitement antidépresseur.

L'évolution favorable a permis une sortie au domicile avec proposition d'un hôpital de jour et la poursuite de la prise en charge pédopsychiatrique ambulatoire.

En 2011, un autre jeune de 14 ans a été hospitalisé dans l'unité, pour « trouble anxieux avec somatisations atypiques ».

II.4 Keith

Ce jeune vivait à la campagne avec ses parents et son frère de deux ans son aîné, dans un logement minuscule. Son frère venait de partir en internat préparer un Bac Pro. Sa mère était infirmière de nuit et son père aide-soignant. Il était scolarisé en 4ème dans son collège de secteur avec des résultats moyens. Il jouait de la clarinette. Les grands-parents maternels et la grand-mère paternelle étaient décédés. Son père a été placé en foyer à l'âge de 17 ans du fait de l'alcoolisme de sa mère et n'a jamais connu son père.

En ce qui concerne les antécédents médico-chirurgicaux, on retrouve : une fausse route à quelques jours de vie ; une cure chirurgicale de hernie inguinale à un mois, reprise à 7 ans ; un reflux gastro-œsophagien ; une constipation à l'âge de 4-5 ans ; des polypes des cordes vocales.

Sur le plan psychiatrique, un suivi pédopsychiatrique a été mis en place à l'âge de 3 ans devant un retard de parole. A l'occasion d'une hospitalisation en mars 2010 pour agitation, un suivi pédopsychiatrique a été repris avec une prise en charge psychologique individuelle associée, par la psychologue qui suivait son père.

Dans les antécédents familiaux on note des vertiges de Ménière avec un suivi psychologique chez le père, et un traitement pour hypertension artérielle chez la mère.

Le patient situait le début des troubles en septembre 2009, soit à sa rentrée en 5ème, avec un tableau initialement « *somatique* ». Il vomissait et refusait de s'alimenter. Les troubles étaient initialement épisodiques, à raison d'un accès toutes les trois semaines environ ; peu à peu, les intervalles se sont réduits jusqu'à arriver à une rythmicité très régulière d'un jour sur deux à partir d'octobre 2010. Les bilans somatiques concernant les vomissements n'ont pas retrouvé d'anomalie organique. Une fatigue chronique s'est associée au trouble, et un jour sur deux l'adolescent présentait un refus alimentaire total. Les jours « *avec* », le jeune pouvait s'exprimer normalement, manger « *trop* » d'après lui, et même se relever la nuit pour manger, en prévision du jeûne de lendemain. Les jours « *sans* », il décrivait des troubles du sommeil avec réveil précoce, des céphalées et des nausées.

Dans le service, il est d'abord très proche des soignants, les sollicitant constamment et attirant beaucoup leur attention. La séparation avec ses parents a été très difficile, malgré les visites, les appels téléphoniques et les permissions rapidement accordées. L'alternance de jours « *sans* » et « *avec* » et observée dans le service, avec des moments de mutisme ou de prostration, contrastant avec des temps d'hyperactivité fébrile et d'hyperphagie. Keith a rapidement montré une familiarité excessive avec l'adulte et un manque d'empathie envers les autres adolescents, encore plus marquée dans le cadre de la classe organisée dans le service, espace qu'il a très peu investi, refusant de travailler.

Les jours « *sans* », le jeune n'arrivait pas à parler ni à avaler sa salive, qu'il gardait dans la bouche. Le discours restait lisse, dénué d'affects, très opératoire. Le jeune semblait avoir peu d'accès à ses affects ou à ceux des autres. Les entretiens individuels et familiaux ont mis en avance son besoin de contrôle et de maîtrise, et le peu d'intérêt pour la relation aux pairs ou les relations amoureuses. Il pouvait aborder en entretien sa peur de la solitude, sa « *peur de grandir* ». Un manque de projection dans l'avenir était évident. Il ne s'imaginait pas de quitter plus tard la maison. Il envisageait avec angoisse un voyage « *initiatique* » en moto, de France en Israël, en compagnie de son père qui voulait revoir les lieux qu'il avait visités jeune. La confrontation avec l'autorité des soignants était difficile et il pouvait être souvent dans la plainte et la demande de voir ses parents. Le travail s'est centré sur l'imaginaire du jeune et ses capacités à comprendre ses propres émotions et celles des autres.

Devant l'absence d'amélioration de la symptomatologie après un mois d'hospitalisation, une séparation complète de la famille a été décidée. Après quelques jours d'isolement familial, les prises alimentaires et le sommeil se sont rétablis. A ce moment, Keith pouvait se montrer difficile, parfois même méprisant ou insultant envers les soignants et les autres adolescents.

L'amélioration s'est maintenue à l'ouverture du cadre, et le jeune a pu réintégrer le collège sans difficulté particulière. Sur le plan somatique, il avait repris 6 kg lors de son hospitalisation. La sortie a pu être organisée avec une reprise du suivi pédopsychiatrique et la poursuite de la thérapie familiale mise en place lors de l'hospitalisation.

En 2014, le patient a été brièvement réhospitalisé dans l'unité, pour un nouvel accès d'aphagie-mutisme-vomissements. Lors cette hospitalisation, il était scolarisé en seconde et était à l'internat en semaine. Il rentrait les weekends chez ses parents. Depuis la rentrée de janvier 2014, les absences étaient plus fréquentes et l'adaptation à l'internat semblait difficile. Le patient était toujours pris en charge en hôpital de jour dans le service, en thérapie familiale et individuelle. A l'entrée dans l'Unité, il se montrait très démonstratif, avec des crachats et des haut-le-cœur. Il refusait de retourner à l'internat. L'hospitalisation n'a duré qu'une nuit, dans le but d'une réintégration du lycée dès le lendemain.

Un des derniers cas retrouvés est celui d'un jeune garçon de 13 ans, hospitalisé pour une hypersélectivité alimentaire ancienne et persistante, prise en charge dans laquelle j'ai eu l'occasion de m'impliquer lors de mon stage à l'Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents de Caen.

II.5 Arnaud

Cet adolescent est le cadet d'une fratrie de deux. Il était scolarisé en 5ème et il faisait du basket de haut niveau en club, à une fréquence de 6 h/semaine. Il était décrit par ses parents comme un jeune sportif et actif, un « *bon élève* » à l'école, sans notion d'absentéisme. Les résultats scolaires se sont avérés moyens, et ses difficultés alimentaires lui posaient de plus en plus de problèmes dans ses activités sportives et quotidiennes. Sa sœur aînée était en Bac Pro ASSP. Leur mère était aide à domicile ; d'origine algérienne, elle est la dernière d'une fratrie de huit. Leur père se décrivait comme un « *autodidacte* » et un « *survivant* ». Il était à l'époque en reclassement professionnel ; il avait travaillé comme chauffeur, mais envisageait une formation en Bac Pro Communications Multimédia. Il avait toujours été impliqué dans plusieurs associations et activités politiques. Son parcours de vie semble avoir été très difficile, il avait été placé tout petit en famille d'accueil en raison de maltraitances graves (dont il gardait des séquelles physiques) et par la suite adopté après être devenu pupille de l'Etat.

Dans les antécédents du père, on retrouve des troubles cardiovasculaires dont deux infarctus du myocarde, et dans les antécédents de la mère la notion d'une dépression et d'un trouble de l'usage de l'alcool, résolu depuis quelques années. Les grands-parents d'Arnaud sont décédés.

Le jeune a eu un premier suivi psychologique en 2007, à l'âge de 5 ans. Le suivi a été arrêté faute d'amélioration, mais a été repris deux ans plus tard pour une période de deux ans (2009-2011), et de nouveau en 2015. Depuis 2015, il rencontrait toutes les semaines un psychologue. Le suivi pédopsychiatrique était plus récent, il n'avait rencontré que trois fois la pédopsychiatre, qui l'avait rapidement adressé en hospitalisation.

Dans les antécédents médico-chirurgicaux, on retrouve la notion d'une frénectomie en 2005, à l'âge de 3 ans, dans un contexte de malformation congénitale du frein de la langue.

En ce qui concerne le début des troubles, les parents décrivaient des difficultés alimentaires depuis la petite enfance. Aucun élément particulier n'a été retrouvé par rapport à la grossesse et l'accouchement. Arnaud avait été nourri au biberon, qu'il prenait bien, mais les difficultés alimentaires ont commencé vers l'âge de 4-5 mois, lorsque sa mère a essayé d'épaissir les biberons : il avait des haut-le-cœur, vomissait parfois. Le passage à la cuiller vers 5 mois a été difficile parce que l'enfant repoussait la cuiller ou détournait la tête, et les morceaux ont été introduits tardivement vers 4-5 ans, en raison de la difficulté à les faire accepter. Le jeune garçon a été nourri pendant longtemps au seul lait chocolaté, auquel se sont ajoutés des biscuits fourrés au chocolat, qu'il avait goûtés avec une amie de sa mère lorsqu'il avait 5 ans. Il en mangeait plusieurs par jour, avec du lait chocolaté à chaque repas. Il avait récemment commencé à manger du sel, qu'il subtilisait et cachait à côté de son lit. Il semblait prendre du plaisir à aider son père à préparer les repas (« *il épluchait les oignons* » à 4 ans), mais ne goûtait jamais les plats.

A l'âge de 13 ans, son alimentation consistait en deux bols de lait chocolaté le matin, deux bols le midi avec 2-3 biscuits et environ 10 biscuits le soir. Au goûter, il pouvait prendre un bol de lait ou un verre de jus de fruits. Les biscuits étaient toujours de la même marque et la mère en avait toujours dans son sac. La demande d'hospitalisation venait en grande partie de la famille elle-même, car les parents étaient inquiets par rapport au retentissement des difficultés alimentaires sur le quotidien et la vie sociale de leur fils. Dans la collectivité, il semblait gêné par son alimentation. Il ne pouvait plus manger le midi à la cantine, d'où il avait déjà été exclu pendant quelques semaines, ou participer aux sorties ou aux activités de loisir avec ses camarades. Les

entraînements sportifs avaient été espacés également car les entraîneurs s'inquiétaient pour la santé du jeune.

Sur le plan somatique, l'examen clinique était sans particularité. L'IMC était à 16,7 pour une taille de 159 cm et un poids de 42,3 kg. Il ne présentait pas de douleurs abdominales, ni de troubles du transit ou de vomissements. Il ne décrivait pas de plainte particulière, pas de troubles du sommeil. Le bilan biologique avait seulement mis en évidence une carence en vitamine D (22,7 ng/ml) pour laquelle un traitement par Uvédose a été institué, et un bilan lipidique légèrement perturbé avec un cholestérol total à 5,75 mmol/l et les HDL à 1,49 mmol/l (taux élevé de cholestérol connu aussi chez le père). Il n'y avait pas d'indication à d'autres examens somatiques complémentaires à l'entrée, mais le suivi pédiatrique s'est poursuivi lors de l'hospitalisation et après la sortie.

Dans le service, le patient se montre dès le début discret et réservé, mais avec un contact adapté et un comportement calme. La séparation et le cadre initial de l'hospitalisation sont bien tolérés. Le jeune a pu s'intégrer sans difficulté dans le groupe d'adolescents et participer aisément aux activités collectives, notamment le sport. Il accepte facilement nos propositions et le cadre dans le service, sans jamais se montrer contrarié ou en colère. Il exprime très peu d'émotions, qu'il s'agisse de joie ou de tristesse. La séparation initiale n'a pas posé de problème au jeune garçon, cependant les difficultés de la famille à se déplacer de façon régulière ont retardé et espacé les visites de ses parents, comparativement à d'autres adolescents. Par la suite, au cours de l'hospitalisation, l'adolescent a pu verbaliser un sentiment de déception et même de légère colère autour de la rareté des visites de ses parents et de l'échec de leurs tentatives pour diversifier son alimentation.

L'oralité a été abordée au travers d'une prise en charge orthophonique et en psychomotricité, mais aussi par un accompagnement lors des repas dans l'Unité, en lien avec le suivi pédiatrique et nutritionnel. Le bilan orthophonique a pu mettre en évidence un « *trouble de l'oralité avec sélectivité et néophobie alimentaire* ». La mastication était acquise pour les bonbons, et les textures lisses étaient avalées plus facilement que les morceaux (compotes lisses, jus de fruits, yaourts, crèmes dessert). Progressivement, il a pu verbaliser ses sensations lorsqu'il mangeait (« *les haricots verts sont trop salés* », « *les pâtes pas assez* », « *c'est juteux* », « *j'aime le goût mais c'est trop épais* »).

Le bilan psychomoteur a mis en évidence, au niveau de la motricité globale, un tonus important en lien avec une difficulté de régulation des émotions. Lors du bilan, il s'est montré

compliant et attentif, sans poser beaucoup de questions. Au niveau du schéma corporel, il était en difficulté pour situer et nommer quelques parties de son corps, comme les pommettes, les paupières et les tempes. Par rapport à l'image du corps, lors de l'épreuve de représentation de soi, la réalisation du bonhomme était sommaire, sans vêtements, sans lien entre les jambes et le ventre. Son aspect malingre et ses mouvements peu harmonieux contrastent avec l'image d'un jeune très sportif, renvoyée par ses parents et lui-même.

La passation du WISC IV a révélé un QI homogène, à 81. L'indice de compréhension verbale était dans la norme et la vitesse de traitement s'en rapprochait. L'analyse des différents subtests a montré de bonnes capacités d'apprentissage et d'adaptation, mais des capacités mnésiques (mémoire à court terme) et de concentration moyennes, avec une certaine rigidité intellectuelle et une relative lenteur des processus mentaux.

Sur le plan familial, une thérapie familiale a pu être mise en place et poursuivie à la sortie, ainsi que les prises en charge orthophonique et pédopsychiatrique ambulatoires.

II.6 Samuel

Cet adolescent, âgé de 13 ans et 5 mois au moment de son hospitalisation dans le service de pédiatrie (2014), était pris en charge à la Maison des Adolescents de Caen pour un trouble des conduites alimentaires de type anorexie.

Son hospitalisation en 2014 a duré environ un mois. Son poids d'entrée était de 33,9 kg, avec un IMC à 15, et il avait été nécessaire de poser une sonde nasogastrique dès le passage par les urgences pédiatriques. L'hospitalisation avait été motivée par une aphagie quasi-totale, avec une perte de poids et une dénutrition importantes.

Ce jeune habitait avec ses deux parents, il est le dernier d'une fratrie de trois. Il était scolarisé en 4ème, décrit comme un bon élève. Il pratiquait le basket, à une fréquence de 4 entraînements par semaine, mais était dispensé à la suite des problèmes alimentaires.

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux personnels, on retrouve une chirurgie de la verge et un asthme. Il est né par césarienne à 38 semaines d'aménorrhée, avec un poids de 3020g à la naissance et une taille de 50 cm.

Dans le service de pédiatrie, il se présente relativement triste en début d'hospitalisation, inquiet par rapport à une prise de poids. Le tableau d'anorexie avait débuté en juin 2013, avec une perte de 11 kg en 9 mois, associée à une restriction alimentaire avec initialement tri, puis aphagie, et une dysmorphophobie centrée sur le ventre. Il n'y avait pas d'épisode de boulimie ou la notion de vomissements. Les parents avaient constaté une tristesse de l'humeur avec des menaces suicidaires. Les idées noires n'étaient pas scénarisées. Son trouble alimentaire avait commencé par un régime, soutenu par les parents, car le jeune se trouvait « *gros* » et voulait « *perdre son ventre* ». Il a pu bénéficier lors de l'hospitalisation d'entretiens psychologiques et de séances de psychomotricité, lors desquelles il est décrit comme un jeune garçon étonnamment grave, sérieux, tout en retenue, mais très agréable, poli, conforme. Son dessin du bonhomme montrait un personnage isolé dans un coin de la feuille.

Sur le plan somatique, la prise de poids a permis l'arrêt de la sonde nasogastrique. Le bilan biologique a mis en évidence un bilan thyroïdien normal, un bilan pubertaire prépubère avec une FSH et une LH à 0,1 UI/l, un taux de testostérone prépubère à 0,29 ng/ml. L'âge osseux était un peu retardé. Le stade pubertaire avait été coté à A1-2 P1-2 S1 avec des organes génitaux externes prépubères.

Les prise en charge pédopsychiatrique et somatique ont été poursuivies à la sortie. Devant le retard statural et pubertaire, un traitement d'induction pubertaire à raison de 50 mg d'Androstardyl en injection intramusculaire toutes les quatre semaines a été introduit. Une bonne progression des organes génitaux externes a été remarquée sous traitement, mais la progression staturale est restée faible. Un traitement par hormone de croissance a été alors associé. Dans les antécédents familiaux, les tailles parentales semblaient moyennes, avec une puberté et une croissance tardive chez les deux parents.

II.7 Thomas

Cet adolescent a été hospitalisé en 2015 dans le service de pédiatrie de CHU de Caen pour trouble des conduites alimentaires de type anorexie restrictive nécessitant la mise en place d'une sonde nasogastrique, associé à une hyperactivité sportive.

Dans les antécédents médico-chirurgicaux personnels, on retrouve une hospitalisation pour coqueluche à l'âge de 3 ans et une allergie aux pollens et graminées.

Sur le plan pédopsychiatrique, le patient avait déjà été suivi entre 6 et 8 ans et entre 8 et 10 ans par un psychologue, pour troubles obsessionnels compulsifs.

Depuis l'âge de 4 ans, il aurait présenté régulièrement un tri alimentaire avec une suppression progressive des aliments « *plaisir* » sans perte de poids. En juin 2015, à la suite d'une déception sportive en athlétisme, il avait décidé de diminuer ses portions alimentaires afin de majorer ses performances sportives. Il aurait diminué ses activités statiques avec un arrêt de la lecture et une augmentation de ses activités sportives, atteignant 5 h de sport par jour au domicile (course, abdo, pompes). Les activités sportives à l'extérieur comprenaient 3 h d'athlétisme et 4 h d'EPS au collège par semaine. La perte de poids a été progressive, 3 kg les trois premiers mois, puis 3 kg le dernier mois et 1,5 kg les 15 jours précédant l'hospitalisation. L'IMC à l'entrée était à 15,3 kg/m² pour un poids de 35,3 kg et une taille de 152 cm. Sur le plan somatique, une supplémentation a été débutée pour compenser la carence en vitamines et devant la perte de poids rapide. Une perfusion et une sonde nasogastrique ont été mises en place au cours de l'hospitalisation.

Sur le plan psychologique, le jeune décrivait une tristesse de l'humeur avec des pleurs nocturnes et des troubles du sommeil avec réveils nocturnes. Il a pu bénéficier pendant l'hospitalisation d'entretiens psychologiques et familiaux et de séances de psychomotricité, qu'il lui a été proposé de poursuivre après sa sortie.

II.8 Gauthier

Cet adolescent de 16 ans a été hospitalisé l'année dernière à l'Unité d'Hospitalisation pour Adultes du Centre Esquirol de Caen pour une anorexie mentale d'apparition relativement récente, aggravée au décours d'un séjour d'études et d'immersion aux Etats Unis. Cette hospitalisation avait été précédée d'un séjour dans le service de nutrition, en raison d'une dénutrition sévère avec nécessité d'instauration d'une nutrition entérale. Il n'y avait pas d'antécédent médico-chirurgical personnel notable, ni de traitement médicamenteux. Le jeune était scolarisé en 1ère S et vivait au domicile parental.

Gauthier avait commencé un régime sélectif et restrictif au printemps dernier, avant son départ aux Etats-Unis. Il était alors en seconde générale, décrit comme un très bon élève, et ce

voyage avait été décidé pour lui permettre d'acquérir un bon niveau en anglais et de préparer la suite de ses études.

Le poids le plus bas enregistré était de 42,8 kg pour 171 cm, soit un IMC à 14,64. Il avait perdu 7 kg en trois mois. Il ne décrivait pas de conduites de purge, ni de compulsions alimentaires. Il ne présentait pas d'altération franche de la perception de l'image corporelle, admettant qu'il était trop maigre, mais qu'il avait pu auparavant ne pas se rendre compte de sa maigreur. Il décrivait une diminution importante de la sensation de faim. En plus de l'hyper investissement scolaire, il existait une activité physique très intense : le jeune pratiquait rugby, hockey sur gazon et course à pied (6 km deux à trois fois par semaine). Il faisait aussi de la gymnastique dans sa chambre.

En ce qui concerne les facteurs de risque, on retrouve chez ce patient la notion d'un surnom de « *bouboule* » qu'il aurait reçu au collège, quand il présentait un relatif surpoids. Sur le plan familial, toute la famille était très investie dans les études ou les activités professionnelles : le père était chef d'entreprise, la mère professeure de vente dans un lycée professionnel, la sœur et le frère aînés ont fait des études d'ingénieur. Les parents ont rapporté une vie professionnelle très chargée, avec une émergence de conflits au sein du couple et un risque de divorce quelques années auparavant. Une prise en charge familiale a pu être proposée, sans adhésion totale de la part des parents.

III. DISCUSSION

Notre réflexion a comme point de départ l'étude des cas de garçons hospitalisés, et suit les différents points d'interrogation des plusieurs auteurs dans la littérature : les tableaux cliniques des garçons permettent-ils de conclure à des syndromes similaires chez les deux sexes, ou bien évoquent-ils un trouble différent, ou simplement des symptômes qu'on peut retrouver dans différentes catégories diagnostiques officielles ?

Nombre d'auteurs considèrent qu'il existe une anorexie mentale masculine, similaire à celle des filles. Pour soutenir cette idée, Gila note que « *les garçons anorexiques semblent similaires à leurs homologues féminins en termes de caractéristiques cliniques, de comorbidité psychiatrique et de morbidité psychosociale* » (Gila, 2005).

III.1 Recherche des données en lien avec les résultats dans la littérature

III.1.a Données démographiques, socio-culturelles et familiaux

Les données démographiques, socio-culturelles et familiales sont controversées et peu significatives. Les études anglo-saxonnes de Sharp, Crisp et Strober décrivent chez les patients anorexiques une accessibilité plus facile aux soins hospitaliers, en lien avec l'appartenance aux catégories socioprofessionnelles considérées comme favorisées (Sharp 1994, Strober, 2006). Cette appartenance fait l'objet de controverses. Lindblad en Suède, a observé chez les sujets hospitalisés à la même époque (1980-1990) des situations socio-économiques et familiales plus précaires (Lindblad, 2006). Il existe peut-être une plus grande diversité sociale chez les garçons.

Le statut professionnel des mères ne semble pas significativement différent, mais le statut professionnel des pères des jeunes filles anorexiques semble plus élevé que celui des garçons anorexiques (Albert, 1984). Les travaux de Mickalide montrent une discordance entre le statut socio-économique et la perception d'un poids excessif (Mickalide, 1990). Thompson (1996) et Andersen (1990) rapportent une fréquence élevée de l'anorexie chez les sujets masculins qui ont

des professions ou des activités corrélées à une exigence de minceur et/ou une dimension esthétique prédominante : les danseurs, les mannequins, les lutteurs, les marathoniens, les jockeys, les nageurs. Ces activités sont également repérées comme des facteurs de risque chez les femmes.

En ce qui concerne l'appartenance ethnique des sujets anorexiques masculins, peu d'études rapportent des données : Olivardia retrouve 76 % de sujets blancs parmi une population d'hommes de moins de 25 ans présentant des troubles des conduites alimentaires, sans que ces troubles soient précisés, et Strober retrouve 93,9 % de sujets blancs parmi 14 sujets anorexiques américains (Olivardia, 1995, Strober, 2006). Carlat confirme une nette majorité de sujets caucasiens (131 patients sur les 135 inclus dans son étude) (Carlat, 1997).

Sur le plan familial, Albert décrit les familles des garçons anorexiques comme des familles qui semblent souvent « *fonctionner sur un mode matriarcal, avec une relation d'interdépendance entre la mère et le fils anorexique* » (Albert, 1984). Cette dépendance est reflétée par la place qu'occupe le patient dans la famille et ses difficultés à établir des relations avec ses pairs. D'après certains auteurs, il ne semble pas y avoir de différence au niveau de la place dans la fratrie. Sharp, Crisp et Burns retrouvent des familles nombreuses (trois enfants par fratrie en moyenne) au contraire d'Albert et Orgiazzi qui rapportent des familles peu nombreuses, où le sujet anorexique est le plus fréquemment l'aîné ou le seul garçon de la famille, ce qui pourrait entraîner des particularités de la relation mère-enfant (Andersen, 1990, Sharp, 1994, Albert, 1984, Orgiazzi, 2002).

Bruch rajoute que ces mères façonnent le développement de leur fils selon leurs propres conceptions au détriment de la personnalité propre de l'enfant, qui aurait des difficultés d'adaptation et peinerait à vivre des situations où il doit faire preuve d'indépendance (Bruch, 1978). Streenivasan décrit « *des familles marquées par des difficultés conjugales avec de la part du patient une hostilité ouverte (et réciproque) envers le père et une dépendance excessive vis-à-vis de la mère* » (Streenivasan, 1978).

En ce qui concerne l'enfance, Chambry décrit une continuité entre les troubles précoces du développement, avec de graves perturbations des toutes premières relations dans un contexte de pathologie familiale, et les troubles alimentaires qui débutent aux alentours de l'adolescence (Chambry, 2004). D'autres auteurs décrivent un enfant méticuleux et consciencieux (Sharp, 1994), sans problème de discipline (Strober, 2006) ou difficulté apparente.

III.1.b Facteurs pré-morbides et facteurs déclenchants

Concernant les facteurs pré-morbides et les facteurs de risque, les différentes études ne trouvent pas chez le garçon autant d'antécédents de maltraitance sexuelle que l'on peut en retrouver chez les filles (Kinzl, 1997, Woodside, 2000).

La majorité des études rapportent une certaine fréquence chez le garçon d'une obésité pré-morbide (poids supérieur à 115 % du poids idéal attendu pour l'âge et la taille), contrastant avec la silhouette athlétique liée à un surinvestissement physique plus marqué que chez la fille. Andersen souligne que malgré des plaintes de surcharge pondérale pré-morbide dans les deux sexes, ce critère n'est vraiment objectivé que chez les hommes (Andersen, 2000).

Une surcharge pondérale pré-morbide est considérée comme spécifique du sexe masculin, et même un facteur de risque pour développer la pathologie (Carlat, 1997, Sharp, 1994, Margo, 1987, Andersen, 2000). Carlat retrouve un poids pré-morbide moyen à 114 % du poids idéal dans un échantillon de 24 patients dont 8 d'entre eux étaient considérés comme obèses avant le début de la maladie (Carlat, 1997). Fichter confirme ces résultats dans son étude qui retrouve une obésité pré-morbide dans 18 % des cas (Fichter, 1987). Sharp retrouve des antécédents de surcharge pondérale dès l'enfance chez 5 de ses 24 patients (Sharp, 1994). Margo note que les hommes dans son étude présentent avant le début des troubles 25 % de plus que le poids observé dans la population générale du même âge (Margo, 1987). Cependant, Crisp et Burns ne retrouvent pas de différence significative entre les deux sexes à cet égard (Andersen, 1990).

Des nombreux auteurs constatent l'investissement sportif des hommes, souvent impliqués dans une pratique de haut niveau. La pratique intensive du sport comme facteur pré-morbide serait moins fréquente chez les filles anorexiques (Muisse, 2003, Braun, 1999).

Les principaux facteurs déclenchants décrits sont des expériences de séparation (décès d'un proche, déménagement, départ d'un membre de la famille, changements imprévisibles dans le cours de la scolarité ou la vie professionnelle, séjour à l'étranger), ainsi que des périodes de moqueries de l'entourage sur le poids (Sharp, 1994, Margo, 1987). On retrouve le même type d'événements précipitants chez la fille.

III.1.c Antécédents familiaux

Les principaux antécédents familiaux retrouvés sont l'alcoolisme paternel (Sharp, 1994), la dépression maternelle et d'autres troubles thymiques, ainsi que l'obésité familiale ou des troubles alimentaires. Carlat observe que 37 % des patients ont un ou deux des parents qui présente une surcharge pondérale et des troubles alimentaires sont retrouvés dans la fratrie chez 10 % des sujets (Carlat, 1997). Ses résultats sont confirmés par Crisp et Burns qui retrouvent une obésité chez 27 % des mères et 19 % des pères, et 5 cas d'anorexie mentale chez des parents (4 mères et 1 père). Chambry considère que la pathologie psychiatrique familiale serait plus marquée chez les hommes que chez les femmes (Chambry, 2004). Sharp confirme la présence d'une pathologie psychiatrique familiale, mais qu'il trouve, au contraire, moins présente que chez les femmes (Sharp, 1994). Carlat semble trouver une fréquence plus élevée d'antécédents familiaux chez les sujets boulimiques que chez les anorexiques, et Albert, à partir de son échantillon de neuf sujets anorexiques, récuse une pathologie familiale manifeste (Albert, 1984). Une étude suisse réalisée entre 2001 et 2011 sur 37 patients anorexiques hommes a trouvé un héritage familial de maladies psychiques assez chargé, dont la plus fréquente était la schizophrénie, suivie par les troubles de la personnalité ou l'alcoolisme. De plus, des troubles des conduites alimentaires ont été aussi identifiés chez un membre de la famille proche.

III.1.d Début des troubles

Le début des troubles est souvent décrit comme insidieux. Les principales raisons décrites sont les moqueries liées au surpoids, la motivation à améliorer les performances sportives ou éviter les complications médicales liées à une surcharge pondérale, ou des motifs liés à l'orientation sexuelle (Andersen, 1990). Progressivement, avec l'évolution des troubles, la motivation initiale fait place à l'objectif « *d'obtenir une maîtrise sur un corps idéal* » (Schmidt, 1984).

Concernant l'âge de survenue, l'anorexie est typiquement considérée comme une pathologie de l'adolescence, avec un âge moyen de début des troubles autour de 17 ans. Vandereycken et Van den Broucke rapportent en 1984, dans leur revue de la littérature de 107 cas d'anorexie masculine, un âge moyen de début d'environ 15 ans et demi (Vandereycken, 1984). Les études comparatives plus récentes retrouvent un début des troubles entre 16,5 ans et 18,6 ans.

Andersen et Mickalide concluent à un âge de début quasi-identique chez le garçon et chez la fille, avec un petit groupe à début pré-pubertaire, la majorité à début typique pendant l'adolescence, et plus rarement un début tardif après 20 ans (Andersen, Mickalide, 1983). Chez le garçon, on ne retrouve pas plusieurs pics d'incidence comme chez les filles. Chez une population d'enfants pré-pubères anorexiques, la proportion de garçons est plus importante et atteint 35 % (Halfon, 1989).

Par rapport au délai entre le début des troubles et la demande de soins, Chambry rapporte que les garçons, comme les filles, sont pris en charge environ trois ans et demi après le début de la symptomatologie (Chambry, 2002). Sharp retrouve un délai de 1,6 an entre le début des troubles et la première consultation parmi les 24 jeunes hommes de son étude, par opposition au délai de 2,3 ans chez les jeunes femmes (Sharp, 1994). Carlat rejoint les autres auteurs, en estimant ce délai à 2,1 ans chez l'homme (Carlat, 1997).

III.1.e Caractéristiques cliniques

En ce qui concerne le tableau clinique, pour Hilde Bruch, il y a plusieurs points communs entre les anorexies masculines et féminines : le tableau n'est pas uniforme, il y a une progression de l'amaigrissement difficile à stopper, des défenses importantes, et un déni ; l'anorexie survient chez des sujets présentant un conformisme, avec réussite de façade, traduisant des « *tentatives désespérées pour devenir quelqu'un et affirmer le sens de leur identité* » ; le corps est utilisé comme moyen d'expression du mal-être. Son étude sur plusieurs garçons anorexiques relève les points suivants : une décision initiale de perdre du poids, en lien avec une insatisfaction concernant l'image du corps, la sensation « *d'être trop gros* », et un début des troubles dans un contexte de changement d'environnement social (déménagement, nouvelle école, vacances..) ; une hyperactivité et une recherche de réussite ; un fonctionnement familial apparemment stable, reposant sur un « *modèle d'interaction où un adulte censeur, naturellement la mère, impose au développement de l'enfant sa propre conception des besoins et des désirs, méconnaissant le fil conducteur de la personnalité de l'enfant* ».

En 1989, Steiger décrit la conduite anorexique masculine comme l'association « *d'une restriction alimentaire, d'une hyperactivité physique et plus au moins fréquemment, selon les études, de vomissements et d'abus de laxatifs. Ces garçons anorexiques ressentent une peur panique de perdre le contrôle de leur poids, le plus souvent associé à une distorsion de l'image de leur corps* » (Steiger, 1989). Les aspects comportementaux semblent similaires chez la fille et

le garçon, même si les formes anorexiques restrictives pures sont plus rares chez le garçon (Chambry, 2004). Les hommes anorexiques présenteraient plus fréquemment des formes mixtes associant anorexie et crises boulimiques, mais les résultats des études comparatives concernant la fréquence des épisodes boulimiques divergent en fonction de la méthode d'évaluation (Crisp, 1983, Scott, 1986). Les vomissements provoqués seraient d'après quelques études plus fréquentes chez le garçon, au contraire de l'utilisation des laxatifs (Morgan, 1975, Sharp, 1994, Hsu, 1980, Burns, 1983). Quelques différences au niveau du poids ont été remarquées : les hommes ont un poids plus élevé au moment de l'installation des troubles et des poids plus bas à certains moments de l'évolution de la maladie, en particulier au début de la prise en charge (Chambry, 2002). Cette différence de poids pré-morbide et de pourcentage de masse grasse chez les garçons, fait que la perte de poids peut représenter une perte plus importante de masse musculaire et osseuse, donc un facteur de gravité important en ce qui concerne l'amaigrissement.

L'hyperinvestissement intellectuel semble être moins présent alors que *l'hyperactivité physique* est au contraire, plus fréquente (Margo, 1987). L'hyperactivité physique est associée à la peur de grossir, au dégoût de toute forme de matière grasse, et à l'image idéale de sveltesse liée à la pratique sportive. Au contraire des femmes, les hommes se plaignent peu du nombre de kilos qu'ils pèsent ou de la taille des vêtements qu'ils portent. La plainte pondérale porte surtout sur la graisse et non sur le poids global (Andersen, 1990). Une hyperactivité physique plus fréquente pourrait s'accompagner d'un moindre recours à des stratégies compensatoires telles que les vomissements provoqués ou l'abus de laxatifs.

Des différences ont également été relevées pour le score global et détaillé à l'EDI (Eating Disorders Inventory). Gila note que les garçons, anorexiques ou non, ont des scores plus faibles que les filles anorexiques, et que les garçons anorexiques obtiennent un score global plus élevé que ceux qui ne le sont pas/que les autres garçons. Parmi toutes les échelles de l'EDI, la plus significative semble l'échelle d'insatisfaction corporelle, dont les scores statistiquement plus élevés. La recherche de la minceur ne semble pas aussi marquée chez les garçons que chez les filles (Gila, 2005). L'échelle de perfectionnisme et de peur de grandir/la maturité ne différencient pas de façon significative les garçons anorexiques de ceux qui ne le sont pas, et Mathias Ro conclut dans son article que « *les traits psychologiques pertinents chez les garçons sont de quelque manière différents des traits pertinents chez les filles, même si beaucoup de traits cliniques sont similaires* » (Rio, 2006). Andersen retrouve des scores élevés aux échelles verbales et de performance du QI chez les patients, hommes et femmes, présentant une anorexie mentale au moment de l'étude ou dans le passé.

La sexualité semble pauvre au niveau de l'expérience et des représentations mentales. Elle est rarement évoquée par les patients de sexe masculin, qui décrivent peu de contact avec le sexe opposé et une vie fantasmatique pauvre avec une grande anxiété à l'égard des activités sexuelles (Herzog, 1990). Cette baisse ou inactivité sexuelle est expliquée par certains auteurs par une baisse de la testostérone due à l'amaigrissement, ce qui pourrait correspondre à l'aménorrhée des patientes anorexiques (Mickalide, 1990). Comme chez les filles, cette diminution n'est pas liée uniquement à la dénutrition ; des facteurs psychologiques semblent y jouer aussi un rôle, car le taux de testostérone peut rester bas même à la reprise de poids. En plus de taux bas de testostérone plasmatique, Buvat retrouve aussi chez les hommes anorexiques un taux d'œstradiol plasmatique en dessous de la normale et une réponse aux tests de stimulation aux gonadotrophines abaissée. Les anomalies au niveau central comportent un taux de gonadotrophine abaissé et une réponse à la LHRH quasi nulle. Il conclut alors que le profil hormonal de l'anorexie masculine, à la phase d'état, serait celui d'un hypogonadisme hypogonadotrope, profil similaire à celui retrouvé chez la femme anorexique (Buvat, 1981). Au contraire, l'étude d'Andersen suggère l'hypothèse d'un taux de testostérone bas préexistant aux manifestations alimentaires (Andersen, 1990).

La fréquence de l'homosexualité semble importante pour certains auteurs qui notent chez ces patients un manque « *d'auto-affirmation de leur masculinité* » ou d'identification à d'autres hommes, moins d'expériences sexuelles avant le début des troubles et pas de relation affective au moment de l'évaluation (Hassan, 1977). Selon les thèses psychanalytiques, il s'agirait d'une homosexualité inconsciente, d'une identification à la mère liée à un échec du processus de séparation-individuation dans la petite enfance. Chambry suggère que les garçons chercheraient à perpétuer la bisexualité infantile alors que les filles viseraient l'éradication du sexuel, quel qu'il soit (Chambry, 2004). Dans son étude, Woodside trouve un taux élevé d'homosexualité dans l'échantillon masculin, comparé à l'échantillon féminin (Woodside, 1990). Fichter et Daser soulignent que dans leur échantillon, beaucoup d'hommes auraient eu enfant une préférence pour les jeux mettant en scène un rôle féminin, et 20 % auraient préféré être une fille (Fichter, Daser, 1987).

L'étude de Thompson contredit l'hypothèse d'une homosexualité qui précéderait l'installation des troubles et Crisp et Burns contestent les résultats en faveur d'un problème d'identité sexuelle durable et plus important chez les hommes que chez les femmes (Thompson, 1996, Crisp et Burns, 1990). Herzog propose l'hypothèse que les hommes homosexuels anorexiques recherchent plus facilement de l'aide, ce qui biaiserait les études (Herzog, 1990). Dans la population homosexuelle, le taux d'insatisfaction tant vis-à-vis du corps que de l'identité

sexuelle serait plus élevé (Chambry, 2004). La question de la sexualité et de l'identité sexuelle semble d'une importance significative et comparable chez les garçons et chez les filles.

Bien que les statistiques ne soient pas toujours disponibles et dépendent également des définitions, les données sur la sexualité dans la population générale indiquent une prévalence de 1 à 6% d'homosexualité chez les hommes sans troubles des conduites alimentaires (Seldman, Rieder, 1994) et une prévalence de 2% d'homosexualité chez les femmes souffrant de troubles alimentaires (Woodside, 1990) ; ces deux chiffres sont inférieurs aux prévalences rapportées dans la plupart des études chez les hommes ayant des troubles alimentaires, ce qui tend à démontrer l'association homosexualité masculine-troubles du comportement alimentaire.

III.1.f *Complications somatiques*

Les complications somatiques décrites chez les filles (anémie, hypotension, ostéoporose) sont aussi retrouvées chez les garçons.

Siegel a étudié les complications somatiques liées à l'anorexie mentale chez 10 garçons, d'un âge moyen de 16 ans et ayant bénéficié d'une hospitalisation dans un service de pédiatrie. Ils présentaient un amaigrissement important avec un IMC moyen à 13,5. Il a trouvé des complications somatiques notamment sur le plan cardiaque. Au contraire des filles qui présentent une bradycardie et hypotension artérielle, 40 garçons étaient tachycardes, parmi eux un sujet a présenté un arrêt cardio-pulmonaire et deux une insuffisance cardiaque congestive. 70 % des sujets présentaient à l'examen de tomodensitométrie une atrophie cérébrale. Chez les filles, une atrophie cérébrale a été retrouvée dans 40 % des cas. L'atrophie corticale semble partiellement réversible après la reprise de poids. Une anémie modérée a été notée chez sept patients. Le faible nombre de sujets de son échantillon ne permet pas de conclure quant à la fréquence apparemment élevée des complications somatiques (Siegel, 1995).

Olivardia retrouve des complications somatiques comme l'ostéoporose, l'anémie et la bradycardie chez plus de 70 % des patients anorexiques. L'ostéopénie et l'ostéoporose seraient même plus marquées dans le sexe masculin que dans le sexe féminin (Olivardia, 1995). Le déficit de masse osseuse serait lié à la perte de poids et à la baisse du taux plasmatique de testostérone. Des hypothèses neurobiologiques ont été avancées pour expliquer les différences entre les deux

sexes, y compris des hypothèses basées sur des différences dans le métabolisme de la sérotonine (Andersen, 1990 ; Goodwin, 1987).

III.1.g Comorbidités psychiatriques

La majorité des études ne confirment pas l'hypothèse d'un lien entre l'anorexie mentale masculine et les troubles psychotiques (Chambry, 2004). Bruch évoque à l'origine de l'anorexie un trouble de l'image du corps secondaire à des perturbations de la perception intéroceptive et envisage l'anorexie comme une forme particulière de schizophrénie. Pour Selvini-Palazzoli, l'anorexie est une forme de « *psychose mono-symptomatique* » qualifiée de « *paranoïa interpersonnelle* ». Pour Brusset, l'anorexie ne renvoie pas à une organisation stable de la personnalité ou une structure définie, et comme Jeammet, il place l'anorexie dans une dimension addictologique en lien avec des failles narcissiques.

Woodside et Garner écartent dans leur étude le diagnostic initial de trouble des conduites alimentaires : pour 35 % des patients, le diagnostic principal est requalifié en trouble affectif (5,5%), trouble conversif (5,5%), trouble phobique (3,7%), trouble de personnalité (1,8%) et schizophrénie (3%). La prévalence de la schizophrénie dans une population de patients présentant des troubles alimentaires reste inférieure à 10 %. Ce diagnostic est souvent posé après celui de trouble des conduites alimentaires, ce qui peut expliquer que l'anorexie mentale soit considérée comme un mode d'entrée dans la schizophrénie. Crisp et Burns soulignent que dans leur étude comparative ils n'ont pas trouvé d'élément en faveur d'une psychopathologie plus sévère pour expliquer qu'un homme développe une anorexie (Crisp, Burns, 1990).

On retrouve plus fréquemment des études en faveur d'un lien entre l'anorexie et les troubles de l'humeur, les troubles obsessionnels et la consommation des toxiques. L'étude de Striegel-Moore et collègues sur les dossiers des vétérans américains hospitalisés en 1996 (466 590 hommes) trouve des comorbidités psychiatriques similaires, comme les troubles thymiques, la consommation de toxiques, et aussi la schizophrénie. Néanmoins, ce n'est pas une étude représentative de la population générale. L'association avec la consommation d'alcool en particulier, qui n'est pas habituellement décrite chez les femmes anorexiques, est retrouvée par Striegel-Moore et Woodside (Striegel-Moore, 1999, Woodside, 1990). Les conduites addictives seraient plus importantes chez les hommes présentant un trouble des conduites alimentaires de type boulimie.

Kearney-Cooke et collègues soulignent l'association entre l'anorexie mentale chez les garçons et les traits de personnalité dépendante, évitante et passive-agressive. Il compare les traits de personnalité d'une population de 16 hommes anorexiques bénéficiant de soins, à ceux de 112 étudiants sans trouble particulier. Il distingue alors des traits de personnalité « *histrionique, narcissique et antisociaux* » chez les sujets anorexiques (Andersen, 1990). En utilisant le profil de tempérament et de caractère développé par Cloninger (1993), Abbate-Daga compare la personnalité de 79 hommes toxicomanes dépendants à l'héroïne à celle de 21 hommes anorexiques dénutris, sans notion d'abus de substances. Son étude trouve des traits communs tels qu'une tendance à l'anxiété, une baisse de l'estime de soi, et une faible intégration sociale, que l'auteur considère comme facteurs de risque de développer l'un des deux troubles. Les anorexiques, comme les toxicomanes, présentent d'après l'auteur un haut niveau d'évitement du danger (faible capacité d'adaptation face au stress) et un faible niveau de coopération (tendance à l'intolérance) et de détermination (sentiment d'inefficacité et d'insatisfaction). Ce qui les distingue est plutôt le score de dépendance à la gratification qui serait plus faible chez les anorexiques. Ceci plaide en faveur d'une tendance à l'évitement et d'une crainte des relations socio-affectives chez les anorexiques (Abbate-Daga, 2007). Woodside considère ces traits comme des facteurs de vulnérabilité pour les troubles alimentaires (Woodside, 2004). Rousset (2004) rapporte chez les jeunes filles anorexiques les mêmes résultats au TCI (Temperamental and Character Inventory).

III.1.h Pronostic

En ce qui concerne le pronostic, Crisp et Burns concluent sur un pronostic favorable dans 44 % des cas, intermédiaire dans 26 % des cas, et péjoratif dans 30 % des cas. L'évolution et le pronostic semblent similaires chez les garçons et les filles (Crisp, Burns, 1983). Gila note toutefois un contraste entre hommes et femmes par rapport à l'évolution : plus les garçons sont âgés, moins ils sont préoccupés par leur poids ; « *alors que l'augmentation pubertaire de la masse corporelle est dans une large mesure désirable chez les garçons, elle peut être perçue comme une menace par les filles* » (Gila, 2005). Les facteurs de mauvais pronostic retrouvés sont : l'âge élevé au début de la prise en charge, l'absence d'activité sexuelle antérieure à la maladie, les relations familiales marquées par le non-dit, l'impossibilité d'exprimer ses affects, le retrait social, la durée de la maladie (Burns, Crisp, 1983, Koupernik, 1964, Selvini, 1978). L'obésité pré-morbide représente également un facteur de mauvais pronostic car elle serait associée à une restriction alimentaire plus importante, des conduites de purges, une hyperactivité physique, et une perte de

poids plus rapide. Les capacités à réaménager des investissements extrafamiliaux et la réponse à une thérapie familiale représentent des facteurs de meilleur pronostic (Hall, 1985, Jeammet, 1984).

III.1.i *Boulimie chez le garçon*

Malgré la distinction diagnostique faite par Russell en 1979, on retrouve peu d'éléments de particularité en ce qui concerne la boulimie masculine. Cependant, les données disponibles suggèrent que l'homme boulimique, comme l'homme anorexique, peut être caractérisé par des présentations cliniques nuancées.

En ce qui concerne les accès hyperphagiques, le contenu de ces accès peut différer d'un sexe à l'autre. Alors que les femmes seront plus susceptibles de consommer des aliments sucrés, les hommes auraient des préférences pour le salé (Wansink, 2003). Des différences peuvent également exister dans la quantité de nourriture consommée lors des accès hyperphagiques (Fornier, 2015). On trouve quelques indices du fait que les hommes sont susceptibles de déclarer de façon objective avoir consommé des grandes quantités de nourriture, mais moins susceptibles de déclarer avoir perdu le contrôle de leur alimentation ou d'avouer avoir vécu ces épisodes avec un sentiment de détresse important (Lewinsohn, 2002, Striegel-Moore, 2009). Les hommes sont également moins susceptibles de signaler des inquiétudes au sujet de leur comportement alimentaire (Lavender, 2010). Encore une fois, les critères de diagnostic actuels, y compris la définition officielle des accès hyperphagiques, reposent en grande partie sur les études des jeunes femmes ayant reçu un traitement spécialisé (Mond, 2013). En ce qui concerne les comportements compensatoires, les hommes boulimiques sont moins susceptibles d'adopter des comportements compensatoires typiques tels que l'abus de laxatifs ou la purge et semblent adopter plutôt des comportements compensatoires tels qu'une restriction alimentaire importante ou une activité physique intense (Striegel-Moore, 2009, Lavender, 2010). Étant donné que les définitions des termes « *restriction alimentaire extrême* » et « *exercice physique excessif* » sont moins concrètes que celles concernant les comportements de purge, cela peut encore constituer un obstacle à la détection de la boulimie dans le sexe masculin (Mond, 2006, 2013).

L'émergence récente de « *cheat meals* » et de « *cheat days* » chez les hommes qui ont des objectifs d'image corporelle axés sur la musculature, semble avoir une certaine ressemblance clinique avec les accès hyperphagiques observés dans la boulimie (Murray, 2016, Pila, 2017).

Alors que la présence d'une symptomatologie boulimique a été notée chez une minorité significative d'hommes qui pratiquent le culturisme en compétition (Goldfield, 2006), des tendances de « *cheat meals* » semblent émerger chez les hommes dans la population générale (Pila, 2017). Cette pratique est caractérisée par des périodes prolongées de restriction alimentaire, dans lesquelles un régime diététique hypocalorique / hyper-protéiné est entrepris dans le but d'augmenter leur masse musculaire, qui alternent avec des « *cheat meals* » planifiés, comprenant des grands volumes d'aliments hypercaloriques « *interdits* » (Murray, 2016, Pila, 2017). Ces épisodes sont typiquement rares et sont suivis par des comportements compensatoires comme une activité physique excessive et une restriction alimentaire (Connan, 1998). Il y a peu d'études sur l'aspect psychosocial, affectif, et l'importance clinique de ces épisodes, qui sont clairement différents des accès boulimiques retrouvés dans la boulimie nerveuse, caractérisés par une perte de contrôle et une détresse importante, avec un sentiment de honte et de culpabilité.

L'étude de Carlat sur 62 patients boulimiques a montré que les sujets masculins ressemblent à leurs homologues féminins, présentant les mêmes problèmes médicaux tels que l'érosion de l'émail dentaire, l'inflammation de la parotide, une œsophagite et des désordres électrolytiques. Dans la même étude, l'âge moyen d'apparition des troubles était d'environ 19 ans et demi, indiquant un début à l'adolescence, avec un âge d'apparition plus tardif chez les hommes comparativement aux femmes. Un retard significatif entre l'apparition des troubles et l'âge du premier traitement (26,9 ans) a été remarqué chez les sujets masculins. Cela a été attribué à la réticence des hommes à exposer leurs difficultés alimentaires ; en général, les hommes inclus dans cette étude exprimaient un sentiment de honte par rapport au fait de présenter un trouble traditionnellement considéré comme féminin (Carlat, 1997).

On retrouve une prévalence plus élevée d'obésité pré-morbide chez les hommes que chez les femmes boulimiques et leur poids au moment du diagnostic semble aussi plus important. 60% des sujets ont déclaré être en surpoids avant le début des troubles. Carlat et Camargo ont constaté que les sujets masculins ont également tendance à moins s'inquiéter de leur comportement de purge et moins se préoccuper de contrôler strictement leur poids (Carlat, Camargo, 1991).

Dans son étude, Carlat a retrouvé des taux élevés des comorbidités psychiatriques dans les deux sexes : épisodes dépressifs majeurs (54%), toxicomanie (61 % avec 46 % alcool et 20 % cocaïne), troubles anxieux (20%) et troubles de la personnalité (31%). Les taux de toxicomanie étaient en fait plus élevés chez les hommes que chez les femmes boulimiques, ce qu'on retrouve aussi dans la population générale (Carlat, 1997). Bramon-Bosch ont comparé 30 patients et 30 patientes avec anorexie et boulimie, et ont trouvé une comorbidité psychiatrique chez 66,7 % des

sujets masculins, contre seulement 13 % des femmes (Bramon-Bosch, 2000). D'autres études ont confirmé des taux similaires de comorbidités psychiatriques (Woodside, 2001, Striegel-Moore, 1991).

Par rapport à la population générale, une grande partie des patients dans l'étude de Carlat ont été identifiés comme homosexuels ou bisexuels. Les auteurs ont suggéré que l'orientation homosexuelle ou bisexuelle peut être un facteur de risque pour les troubles de l'alimentation, et en particulier la boulimie. De même, l'étude de comparaison par Bramon a révélé que l'homosexualité était augmentée de façon similaire dans les deux sexes ; cependant, d'autres études plus petites ont récusé cette association (Olivardia, 1995).

III.2 Particularités des patients de notre échantillon

Notre étude est centrée sur la prise en charge hospitalière, incluant huit cas cliniques de jeunes garçons hospitalisés pour des troubles des conduites alimentaires, entre 2006 et 2017. L'étude n'est pas exhaustive. Cependant, en ce qui concerne les patients hospitalisés à l'Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents, on a inclus tous les jeunes garçons pris en charge pendant la période étudiée, soit cinq patients. Nous avons ajouté à notre étude deux patients qui avaient été hospitalisés dans le service de pédiatrie, et un patient de 16 ans hospitalisé dans un service de psychiatrie pour adultes. Sur les huit hospitalisations, cinq étaient des premières hospitalisations pour des problèmes alimentaires, deux avaient été précédées (dans l'année précédente) par des hospitalisations dans le service de pédiatrie pour d'autres motifs telles que l'anxiété, des douleurs abdominales, des troubles du comportement avec agitation ; un patient avait été hospitalisé pour dénutrition sévère dans le service de gastro-entérologie, avant son transfert en milieu psychiatrique.

Nous remarquons parmi nos cas cliniques, un âge moyen au moment des hospitalisations d'environ 14 ans, avec un seul patient hospitalisé pour la première fois après 15 ans. Les patients sont jeunes par rapport aux cas retrouvés dans la littérature, où le groupe à début pré-pubertaire reste moins représenté, en comparaison avec le groupe à début typique à l'adolescence. Chez deux patients, nous situons le début des troubles dans l'enfance, avec une continuité des difficultés alimentaires jusqu'à l'âge prépubère et pubère. Cependant, l'apparition à un jeune âge ne

représente pas forcément un critère de gravité chez nos patients, pour qui le délai entre le début des troubles et la demande de soins peut varier de quelques mois à quelques années.

En ce qui concerne l'appartenance ethnique, il s'agit de sujets blancs, tous les patients étant d'origine française. Parmi les parents, on retrouve deux mères originaires de l'étranger, dont une d'origine éthiopienne et une d'origine algérienne. Les deux faisaient partie des familles et des fratries nombreuses. Les milieux socioculturels ne semblent pas particulièrement favorisés. Chez deux pères, on retrouve une enfance et adolescence difficiles, avec notion de maltraitance et de placement. La plupart des jeunes habitaient avec leurs parents. Les familles sont peu nombreuses, avec des fratries qui varient entre deux et trois enfants. Un seul patient était enfant unique. Un seul jeune avait subi le décès de son père par un arrêt cardiaque, qu'il avait témoigné, et les parents d'un autre patient étaient séparés depuis la petite enfance du jeune. Chez un adolescent, on remarque des tensions familiales importantes au sein d'une famille harmonieuse en apparence, et avec un investissement intellectuel et professionnel important. La relation avec la mère peut être considérée comme fusionnelle dans la plupart des cas, mais la séparation est souvent paradoxalement bien vécue en début d'hospitalisation.

A l'instar de la plupart des études, nous ne retrouvons pas de traumatismes majeurs parmi les facteurs pré-morbides et/ou de risque chez nos patients. Les principaux facteurs déclenchants décrits sont des expériences de séparation (décès d'un parent, départ seul à l'étranger ou en voyage, maladie d'un proche), des déceptions en ce qui concerne la performance sportive ou sur le plan affectif, ainsi que des périodes de moqueries des camarades de collège sur un relatif surpoids. Des raisons liées à une éventuelle orientation sexuelle sont moins évidentes chez nos patients.

En ce qui concerne l'existence d'une obésité pré-morbide, fréquemment soulignée chez le garçon dans la plupart des études, nous n'avons pas pu objectiver les poids des patients avant le début des troubles. Les IMC au moment de l'hospitalisation varient entre 13 et 16, avec deux patients qui n'avaient jamais connu de perte de poids en lien avec les perturbations des conduites alimentaires. Chez les patients qui ont perdu du poids de façon brutale avant l'hospitalisation, le nombre des kilos perdus varie entre 3 et 11 kg dans les 2 à 9 mois précédents.

Comme de nombreux auteurs le constatent aussi, l'hyperinvestissement intellectuel est moins fréquent, alors que l'hyperactivité physique semble très marquée. L'investissement sportif représente potentiellement une stratégie pour augmenter la musculature et est particulièrement important chez plusieurs de nos patients. Il correspond à la pratique d'un sport en collectivité / en

club avec des entraînements réguliers (basket de haut niveau, rugby, hockey sur gazon, course à pieds, athlétisme) ou individuellement (gymnastique, pompes).

En ce qui concerne les antécédents, deux patients ne présentaient aucun antécédent psychiatrique personnel ou familial, ni de prise en charge antérieure. Les autres jeunes avaient des prises en charge pédopsychiatriques en cours, ou avaient connu des prises en charge dans l'enfance. Parmi ces derniers, nous avons retrouvé des antécédents de troubles obsessionnels compulsifs chez deux patients. Un seul patient avait présenté un trouble du développement dans l'enfance, marqué par un retard de parole, pour lequel il avait bénéficié d'un suivi pédopsychiatrique. Le patient qui présentait une hyper sélectivité alimentaire remontant à la petite enfance, avait été pris en charge sur le plan psychologique dès l'âge de 5 ans, avec quelques interruptions de suivi. Parmi ses antécédents médico-chirurgicaux, on retrouve une frénectomie à l'âge de 3 ans, sans pouvoir confirmer un lien avec son trouble de l'oralité.

Dans les antécédents familiaux, au contraire des données de la littérature, on ne retrouve pas de pathologies lourdes ou de troubles des conduites alimentaires. On note principalement des antécédents médicaux tels que des troubles cardiovasculaires, dont un antécédent de cardiopathie et de mort subite chez un père, et un antécédent d'hypertension artérielle traitée chez une des mères. Les autres antécédents somatiques familiaux incluent des hernies discales, des pneumopathies, un vertige de Ménière. Sur le plan psychiatrique, on retrouve un seul antécédent de dépression et un trouble de l'usage de l'alcool résolu chez une mère.

Sur le plan clinique, tous les patients présentent des conduites alimentaires de restriction, mais chaque cas nous interpelle par l'originalité du tableau clinique, qui regroupe des symptômes et stratégies alimentaires différents. Un seul cas correspondrait au tableau typique d'anorexie restrictive pure, avec l'association amaigrissement, anorexie et stagnation staturo-pubertaire. L'alimentation est souvent décrite comme déséquilibrée, peu diversifiée, avec une période de restriction quantitative et qualitative qui entraîne une perte de poids plus au moins importante. Le tri alimentaire ou la sélectivité ne sont pas toujours présents. L'investissement dans la préparation des repas ou la recherche d'un amaigrissement ou d'une perte de poids ne sont pas fréquents, donc les stratégies de contrôle de poids restent pauvres ou absentes (pas de notion de vomissements, potomanie, usage de diurétiques ou de laxatifs). Dans les quelques cas où on les retrouve, elles sont motivées par des phobies alimentaires dans des contextes anxieux : trouble anxieux, attaques de panique ou trouble obsessionnel compulsif, avec retentissement sur le comportement, la préparation des repas, le comptage des calories. Un seul patient a pu décrire un désir de « perdre son ventre », en se plaignant d'être « gros ». On ne retrouve pas de façon systématique la notion

de dysmorphophobie, sauf potentiellement chez cet adolescent, où elle semble centrée sur le ventre.

Les tableaux cliniques associent souvent une restriction alimentaire et une hyperactivité physique, sans autres comportements compensatoires tels que les vomissements ou l'abus de laxatifs, ou des accès hyperphagiques. Le début des troubles peut être motivé par une insatisfaction concernant l'image du corps, mais elle est plutôt centrée sur le désir de perdre de la graisse, plus que du poids. Il n'y a pas de dysmorphophobie franche parmi nos patients. Au contraire des filles, nous remarquons des patients qui sont moins dans le déni de leur amaigrissement, et qui ne cherchent pas à contrôler leur poids. Ces observations sont comparables à celles de la littérature.

La sexualité est très peu abordée, et semble très pauvre chez ces patients. Quelques adolescents peuvent faire part de leur préférence pour un entourage plutôt féminin ou composé d'enfants moins âgés qu'eux. D'autres semblent s'isoler complètement des jeunes de leur âge, et rechercher la présence de l'adulte.

En ce qui concerne les critères de gravité sur le plan somatique, un seul patient a nécessité, avant d'être transféré dans un service psychiatrique, un passage par le service de gastro-entérologie et nutrition pour instauration d'une nutrition entérale (paramètres hémodynamiques limites avec une bradycardie à 48). Les deux patients hospitalisés dans le service de pédiatrie ont tous les deux bénéficié de la pose d'une sonde nasogastrique. Parmi les patients hospitalisés à l'UCHA, un seul a nécessité un transfert en pédiatrie avec instauration d'une nutrition entérale, devant une perte de poids inquiétante et une aggravation sur le plan somatique. Cet adolescent est le seul chez qui une affection gastrique s'est avérée être à l'origine des perturbations des conduites alimentaires. Nous n'avons pas retrouvé de retentissement somatique ou staturo-pondéral chez le patient présentant une hyper sélectivité alimentaire depuis la petite enfance. Consécutivement à l'amaigrissement, un retard statural ou staturo-pubertaire a été retrouvé seulement chez deux patients, dont un qui présenterait un tableau d'anorexie restrictive pure.

L'évolution des patients a été favorable dans la plupart des cas, avec un seul patient qui a dû être réhospitalisé pour une durée de 24 heures, dans un contexte de refus scolaire. La prise en charge hospitalière a été multidisciplinaire, impliquant un travail psychologique et en psychomotricité, et une prise en charge pédiatrique et nutritionnelle associées à la prise en charge pédopsychiatrique. Une thérapie familiale a été proposée dans la majorité des cas, sans toujours une adhésion de la part des familles.

Les tableaux cliniques sont assez atypiques, présentant des difficultés alimentaires variées, ce qui va dans le sens d'une plus grande hétérogénéité des troubles chez le garçon. A noter une étiologie organique retrouvée, qui rappelle la vigilance à observer vis-à-vis de possibles diagnostics différentiels des troubles du comportement alimentaire.

Au total, pour petit qu'il soit, notre échantillon reflète certaines données de la littérature :

- Début des troubles à l'adolescence. L'apparition du trouble des conduites alimentaires coïncide en général avec cette période du développement, « deuxième processus de séparation-individuation ». Les troubles précoces, que nous retrouvons chez l'un de nos patients, correspondent également à un moment clé du processus d'individuation (le sevrage) ;
- Présence de facteurs de risque connus ;
- Particularités symptomatiques décrites pour l'anorexie masculine : surinvestissement sportif et recherche d'une musculature avantageuse ; objectifs de maigreur et dysmorphophobie peu marqués, aspects obsessionnels souvent retrouvés ;
- Hétérogénéité des tableaux cliniques présentés ;

Mais s'oppose sur d'autres plans :

- Relative absence d'antécédents ou comorbidités psychiatriques, hormis la dépression et l'anxiété ;
- Peu d'obésité pré-morbide documentée ;
- Absence d'anorexie-boulimie, peu de stratégies de contrôle du poids ;
- Absence de trouble de l'identité ou de l'orientation sexuelle ;
- Absence de gravité des tableaux somatiques, réponse favorable à la prise en charge et relativement courte durée des hospitalisations.

La caractéristique la plus saillante des troubles alimentaires masculins dans la littérature semble être la diversité des tableaux cliniques, que nous retrouvons au niveau de notre échantillon. Elle permet difficilement de parler de « *syndrome anorexique* » chez le garçon, mais seulement de symptômes.

De surcroît aucune des histoires cliniques de notre échantillon n'évoque vraiment l'anorexie mentale dite de la jeune fille, telle que nous la connaissons. Pour le patient qui s'en rapproche le plus, l'évolution rapidement favorable reste cependant à confirmer. C'est ainsi que dans la littérature, la question reste posée, mais non tranchée, de la parenté entre certains troubles

alimentaires du garçon et anorexie mentale féminine typique, avec les conséquences thérapeutiques que cela implique.

Conclusion

Les descriptions dans le sexe masculin, d'une symptomatologie similaire à l'anorexie, sont contemporaines des premières descriptions du syndrome même, et les premiers auteurs ayant décrit l'anorexie ont inclus dans leurs études des sujets masculins.

La fréquence des troubles des conduites alimentaires chez le sujet de sexe masculin a été estimée à environ 5 à 15% pour l'anorexie et la boulimie, et à 40% pour les accès hyperphagiques. Le sexe-ratio des troubles alimentaires semble évoluer de 4/1 pendant l'adolescence et jusqu'à 10/1 à l'âge adulte, en faveur du sexe féminin. Une prévalence des troubles des conduites alimentaires d'environ 2,2% a été trouvée chez le garçon à l'adolescence.

Dans la littérature, les auteurs sont partagés entre ceux qui soutiennent une similarité des tableaux des troubles des conduites alimentaires dans les deux sexes, et d'autres qui soulignent la rareté des cas masculins, à cause de leurs manifestations atypiques. Les éléments de particularité, retrouvés dans le peu d'études sur des échantillons de sexe masculin, comportent : une obésité pré-morbide, un hyperinvestissement physique, une orientation sexuelle vers l'homosexualité ou la bisexualité, des comorbidités psychiatriques importantes, ou un retentissement somatique très marqué.

L'objectif de notre travail a été de décrire et rechercher les caractéristiques du tableau et de l'histoire clinique des patients de notre échantillon, avec l'hypothèse que les syndromes décrits chez les filles ne se retrouvent pas à l'identique chez le garçon. Malgré le nombre restreint de patients, nous pouvons conclure que les cas cliniques se distinguent l'un de l'autre, mais aussi de ceux retrouvées dans le sexe féminin. Notre conclusion rejoint celles d'autres études en faveur des tableaux atypiques et hétérogènes chez le garçon, mais sans confirmer un retentissement somatique ou une gravité plus marquée des troubles des conduites alimentaires chez le garçon. Des études plus exhaustives seraient nécessaires pour vérifier nos interrogations.

Bibliographie

Abbate-Daga, G., Amianto, F., Rogna, L. (2007), Do anorectic men share personality traits with opiate dependent men ? A case-control study, *Addictive Behaviors*, 32, 170-174.

Albert, E., Mouren, M.C., Dugas, M. (1984), La famille dans l'anorexie mentale masculine, *Neuropsych. Enf. Ado.*, 32(5-6), 309-313.

Alegria, M., Woo, M., Cao, Z., Torres, M., Meng, X-I, Striegel-Moore, R. (2007), Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States, *Int. J. Eat. Disord.*, 40(S3) : S15-21.

Allen, K.L., Byrne, S.M., Oddy, W.H., Crosby, R.D. (2013), DSM-IV-TR and DSM-V eating disorders in adolescents : prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents, *J. Abnorm. Psychol.*, 122(3) : 720-32.

Allen, K.L., Byrne, S.M., Oddy, W.H., Crosby, R.D. (2013), How much difference does DSM-V make ? A longitudinal evaluation of DSM-IV and DSM-V eating disorders in a population-based cohort of adolescents, *J. Eat. Disord.*, 1 Suppl 1 : 064.

Alliez, J., Godaccioni, J.L., Gomila, J. (1954, décembre), Anorexies mentales masculines, *Annales médicopsychologiques*, 112^e année, T. II.

Andersen, A.E. (1990), *Males with eating disorders*, Brunner/Mazel, Philadelphia.

Andersen, A.E. (1992), Analysis of treatment experience and outcome from the Johns Hopkins Eating Disorders Program 1975-1990, In : Halmi, K.A. (Ed) *Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Washington, DC : American Psychiatric Press.

Andersen, A.E. (1999), Gender related aspects of eating disorders : a guide to practice, *Journal of Gender Specific Medicine*, 2 (1) 47-54.

- Andersen, A.E., Watson, T., Schlaechte, J. (2000, juin), Osteoporosis and osteopenia in men with eating disorders, *The Lancet*, Vol. 355.
- Andrews, G., Henderson, S., Hall, W (2001), Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation : overview of the Australian National Mental Health Survey, *Br. J. Psychiatry*, 178(2) : 145-53.
- Aubert, P., Peigne, F. (1964), Deux observations d'anorexie mentale masculine, *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 12, 9.
- Beumont, P.J.V., Beardwood, C.J., Russell, G.F.M. (1972), The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects, *Psychological Medicine*, 2, 216-231.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., Van Zessen, G. (1998), Prevalence of psychiatric disorder in the general population : results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 33(12) : 587-95.
- Binswanger, L. (1944), Der Fall Ellen West. Schweiz, *Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 54 : 69-119.
- Blankaart, S. (1708), *The physical dictionary*, London : S. Crouch and J. Sprint.
- Bramon-Bosch, E., Troop, N.A., Treasure, J.L. (2000), Eating disorders in males : A comparison with female patients, *Eur. Eating Disorders*, 8 : 321-8.
- Braun, D., Sunday, S.R., Huang, A., Halmi, K.A. (1999), More males seek treatment for eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 25 (4) 415–424.
- Breuer, J., Freud, S. (1956), *Etudes sur l'hystérie*, Traduit de l'allemand par Anne Berman, Paris : Presses Universitaires de France.
- Bruch, H. (1975), *Les yeux et le ventre*, Payot, Paris.
- Bruch, H. (1978), *Les yeux et le ventre : l'obese, l'anorexique*, Payot, Paris.

- Buvat, J., Buvat-Herbaut, M., Racadot, A. (1981), Profil hormonal de l'anorexie mentale à la phase d'état. Corrélations avec certains facteurs somatiques, *Annales d'Endocrinologie*, 42, 131-146.
- Carlat, D.J., Camargo, C.A. (1991), Review of bulimia nervosa in males, *Am. J. Psychiatry*, 148 : 831-43.
- Carlat DJ, Camargo, C.A., Herzog, D.B. (1997), Eating disorders in males : a report on 135 patients, *American Journal of Psychiatry*, 154 (8), 1127–1132.
- Chambry, J., Corcos, M., Guilbaud, O. (2002), L'anorexie mentale masculine : réalités et perspectives, *Ann. Med. Interne*, 153, 1561-1567.
- Chambry, J. (2004, novembre), L'anorexie mentale masculine existe-t-elle ?, *Abstract Psychiatrie*, 2.
- Chambry, J., Agman, G. (2006), L'anorexie mentale masculine à l'adolescence, *Psychiatrie de l'enfant*, XLIX, 2, 477-511.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R. (1993, décembre), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 50.
- Cobb, S. (1943), *Borderlands of psychiatry*, Cambridge, MA : Harvard Univ. Press.
- Connan, F. (1998), Machismo nervosa : An ominous variant of bulimia nervosa ?, *European Eating Disorders Review*, 6, 154-159.
- Crisp, A.H. (1962), A case of anorexia nervosa in the male, *Postgrad. Med. J.*, 38 : 350-353.
- Crisp, A.H., Burns, T. (1983), The clinical presentation of anorexia nervosa in males, *Int. J. Eating Disorders* : Vol 2.
- Crisp, A.H., Burns, T. (1990), Primary anorexia nervosa in the male and female : A comparison of clinical features and prognosis, in Andersen, A.E. (1990), *Males with eating disorders*, New York, Brunner/Mazel, 77-79.

- Dahl, M., Rydell, A.M., Sundelin, C. (1994), Children with early refusal to eat : follow up during primary school, *Acta. Paediatr. Scand.*, 83(1) : 54-58.
- Dally, P. (1969), *Anorexia nervosa*, Grune and Stratton, New York.
- Darcy, A.M., Doyle, A.C., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P., Le Grange, D. (2012), The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa : How does it compare to adolescent females ?, *Int. J. Eat. Disord.*, 45(1) : 110-4.
- Darmon, M. (2003), Devenir anorexique, une approche sociologique, *La découverte*, Paris.
- Decourt, J. (1964), Sur l'anorexie mentale de l'adolescence dans le sexe masculin, *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 12, 9.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | DSM Library.
- Falstein, E.I. (1956), Anorexia Nervosa in the Male, *Amer. J. Orthopsychiatr.*, 26 : 751-772.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G., Munoz, R. (1972), Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Arch. Gen. Psychiat.*, 26, 57-63.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B. (1978), Les critères diagnostiques de l'école de Saint-Louis, *L'Encéphale*, IV, 323-339.
- Fichter, M.M., Daser, C. (1987), Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males, *Psychological Medicine*, 17, 409-418.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N., Georgopoulou, E., Xepapadakis, F., Fthenakis, E.W. (2005), Time trends in eating disturbances in young Greek migrants, *Int. J. Eat. Disord.*, 38(4) : 310-22.
- Field, A., Sonnevile, K., Crosby, R., Swanson, S., Eddy, K., Camargo Jr, C. (2014), Prospective Associations of Concerns About Physique and the Development of Obesity, Binge Drinking, and Drug Use Among Adolescent Boys and Young Adult Men, *JAMA Pediatrics*, 168(1) : 34-9.

- Flament, M., Ledoux, S., Jeammet, P. (1995), A population study of bulimia nervosa and subclinical eating disorder in adolescence, In : Steinhausen, H.C. (ed.) *Eating Disorders in Adolescence : Anorexia and Bulimia Nervosa*, New York : De Gruyter, 21-6.
- Fornier, K.J., Holland, L.A., Joiner, T.E., Keel, P.K. (2015), Determining empirical thresholds for « definitely large » amounts of food for defining binge episodes, *Eating Disorders : Journal of Treatment & Prevention*, 23, 15-30.
- Gila, A., Castro, J., Cesena, J. (2005), Anorexia nervosa in male adolescents : body image, eating attitudes and psychological traits, *Journal of Adolescent Health*, 36, 221-226.
- Godart, N., Perdereau, F., Jeammet, P. (2004), Epidemiology : bulimia nervosa during adolescence, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 17 : 366-369.
- Le Grange, D., Swanson, S.A., Crow, S.J., Merikangas, K.R. (2012), Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population, *Int. J. Eat. Disord.*, 45(5) : 711-8.
- Gueguen, J., Godart, N., Chambry, J., Brun-Eberentz, A., Foulon, C., Divac, P.S.M. (2012), Severe anorexia nervosa in men : comparison with severe AN in women and analysis of mortality, *Int. J. Eat. Disord.*, 45(4) : 537-45.
- Guillemot, A., Laxenaire, M. (1997), *Anorexie mentale et boulimie. Le Poids de la culture. Masson.*
- Gull, Sir WILLIAM W. (1874), Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), *Trans. Clin. Soc.*, London, 7, 22-28.
- Haguenau, M., Koupernik, C. (1964), Anorexie mentale masculine : A propos de deux observations personnelles, *Revue de la littérature, Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 12, 9.
- Hall, A., Delahunt, J.W., Ellis, P.M. (1985), Anorexia nervosa in the male : Clinical features and follow-up of nine patients, *Journal of Psychiatric Research*, 19, 315-321.
- Halfon, O. (1989), L'anorexie mentale prépubère ; à propos d'une observation clinique, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 37, 4.

- Hassan, M.K., Tibbets, R.W. (1977), Primary anorexia (weight phobia) in males, *Medical Journal*, 53, 146-151.
- Herzog, D.B., Bradburn, I.S., Newman, K. (1990), Sexuality in males with eating disorders, In Andersen, A.E. (1990), *Males with eating disorders*, New York, Brunner/Mazel, 40-53.
- Hoek, H., Van Hoeken, D. (2003), Review of prevalence and incidence of eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 34 (4) 383–386.
- Hoek, H.W. (2006), Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders, *Curr. Opin. Psychiatry*, 19(4) : 389-94.
- Hsu, L.K. (1980), Outcome of anorexia nervosa, Review of littérature (1954 to 1978), *Arch. Gen. Psychiatry*, 141, 989-990.
- Hsu, L.K. (1996), Epidemiology of the eating disorders, *Psychiatr. Clin. North Am.*, 19 : 681-700.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope Jr, H.G., Kessler, R.C. (2007), The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Biol. Psychiatry*, 61(3) : 348-58.
- Isomaa, A.L., Isomaa, R., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R. (2010), Obesity and eating disturbances are common in 15-year-old adolescents : A two-step interview study, *Nord. J. Psychiatry*, 64(2) : 123-9.
- Isomaa, R., Isomaa, A.L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., Bjorkqvist, K. (2009), The prevalence, incidence and development of eating disorder in Finnish adolescents – a two - step 3-year follow-up study, *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 17(13) : 199-207.
- James, R. (1743), *A medicinal dictionary*, London : T. Osborne.
- Jeammet, P. (1984), L'anorexie mentale, *Encyclopedie medico-chirurgicale*, 37350 A10-2.
- Jeammet, P., Brechon, G., Payan, C. (1991), Le devenir de l'anorexie mentale : Une étude prospective de 129 patients évaluées au moins 4 ans après leur première admission, *Psychiatrie de l'Enfant*, XXXIV, 2, p381-442.

- Johnson, W.G., Kirk, A.A., Reed, A.E. (2001), Adolescent version of the questionnaire of eating and weight patterns : Reliability and gender differences, *Int. J. Eating Disorders*, 29 : 94-6.
- Katzman, D.K., Stevens, K., Norris, M. (2014, octobre), Redefining feeding and eating disorders : What is avoidant/restrictive food intake disorder ?, *Paediatrics & Child Health*, 19, 8: 445-46.
- Keel, P.K., Brown, T.A., Holm-Denoma, J., Bodell, L.P. (2011), Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-V diagnostic criteria for eating disorders : reduction of eating disorder not otherwise specified and validity, *Int. J. Eat. Disord.*, 44(6) : 553-60.
- Kidd, C.B., Wood, J.F. (1966), Some observations on anorexia nervosa, *Postgrad. Med. J.*, 42, 443-448.
- Kinzl, J. F., Mangweth, B., Traweger, C.M., Biebl, W (1997), Eating-Disordered behavior in males : The impact of adverse childhood experiences, *International Journal of Eating Disorders*, 22, 131-138.
- Kjelsas, E., Byornstrom, C., Gotestam, K.G. (2004), Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years), *Eating Behaviors*, 5, 13-25.
- Lavender, J.M., De Young, K.P., Anderson, D.W. (2010), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) : Norms for undergraduate men, *Eating Behaviors*, 11, 119-121.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Moerk, K.C., Striegel-Moore, R.H. (2002), Gender differences in eating disorder symptoms in young adults, *International Journal of Eating Disorders*, 32, 426-440.
- Lindblad, F., Lindberg, L., Hjern, A. (2006), Anorexia nervosa in young men : A cohort study, *Int. J. Eating Disorders*, 39 : 8, 662-666.
- Madden, S., Morris, A., Zurynski, Y.A., Kohn, M., Elliot, E.J. (2009, avril), Burden of Eating Disorders in 5-13-Year-Old Children in Australia, *The Medical Journal of Australia*, 190, 8 : 410-14.

- Margo, J.L. (1987), Anorexia in the Male, a comparison with female patients, *Br. J. of Psychiatry*, 151, 80-83.
- Mickalide, A.D., Socio-cultural factors influencing weight among males, In Andersen, A.E. (1990), *Males with eating disorders*, Brunner/Mazel, Philadelphia, p30-39.
- Mitchison, D., Hay, P., Mond, J., Slewa-Younan, S. (2013), Self-reported history of anorexia nervosa and current quality of life : findings from a community-based study, *Qual. Life Res.*, 22(2) : 273-81.
- Mond, J., Mitchison, D., Hay, P (2013), Eating disordered behavior in men : Prevalence, impairment in quality of life, and implications for prevention and health promotion. In : Cohn, L., Lemberg, R., editors. *Current findings on males with eating disorders*, New York : Routledge/Taylor & Francis Group.
- Mond, J. (2013), Classification of bulimic-type eating disorders : From DSM-IV to DSM-V, *Journal of Eating Disorders*, 1, 33.
- Morgan, H.G., Russell, G.F.M. (1975), Value of family background and clinical features as predictor of long-term outcome in anorexia nervosa : Four year follow-up study of 41 patients, *Psychological Medicine*, 5, 335-371.
- Morgan, J.F., Arcelus, J. (2009), Body image in gay and straight men : a qualitative study, *European Eating Disorders Review*, 17 (6) 435–443.
- Morton, R. (1689), *Phthisiologia – or a treatise of consumptions*, Londres : Prices Arms PRESS.
- Muise, A., Stein, D., Arbess, G. (2003), Eating disorders in adolescent boys : a review of the adolescent and adult literature, *Journal of Adolescent Health*, 33 (6) 427–435.
- Murray, S.B., Griffiths, S., Hazery, L., Shen, T., Wooldridge, T., Mond, J. (2016), Go big or go home : A thematic content analysis of pro-muscularity websites, *Body Image*, 16, 17-20.
- Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., Teramukai, S., Wonderlich, S.A. (2016), Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of adult patients, *European Eating Disorder Review*, 24, 528-530.

- Nemiah, J.C. (1950), Anorexia nervosa : A clinical study, *Medecine*, 29, 225-268.
- Nicado, E.G., Hong, S., Takeuchi, D.T. (2007), Prevalence and correlates of eating disorders among Asian Americans : Results from the national Latino and Asian American study, *Int. J. Eat. Disord.*, 40(S3) : S22-6.
- Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C.S., Ornstein, R.M. (2014), Prevalence and Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Cohort of Young Patients in Day Treatment for Eating Disorders, *Journal of Eating Disorders*, 2, no 1 : 2.
- Nicholls, D., Chater, R., Lask, B. (2000, novembre), Children into DSM Don't Go : A Comparison of Classification Systems for Eating Disorders in Childhood and Early Adolescence, *The International Journal of Eating Disorders*, 28, 3 : 317-24.
- Nicholls, D., Viner, R.M. (2009), Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort, *J. Am. Acad. Chil Adolesc. Psychiatry*, 48(8) : 791-9.
- Nielsen (1990), The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987, *Acta. Psychiatr. Scand.*, 81, p507-514.
- Oakley Browne, M.A., Wells, J.E., Scott, K.M., Mcgee, M.A. (2006), Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro : The New Zealand Mental Health Survey, *Aust. N. Z. Psychiatry*, 40(10) : 865-74.
- Olivardia, R., Pope, H.G., Mangweth, B., Hudson, J.I. (1995, septembre), Eating disorders in college men, *American Journal of Psychiatry*, 152 (9) 1279–1285.
- Orgiazzi, I., Chappaz, M. (2002), Anorexies féminines et masculines : Comparaison, *Cahiers de Psychologie Clinique*, 18.
- Ornstein, R.M., Rosen, S.D., Mammel, A.K., Callahan, S.T., Forman, S., Fisher, M., Rome, E., Walsh, B.T. (2013, aout), Distribution of Eating Disorders in Children and Adolescents Using the Proposed DSM-5 Criteria for Feeding and Eating Disorders, *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 53, 2 : 303-5.

- Peebles, R., Hardy, K.K., Wilson, J.L, Lock, J.D. (2010, mai), Are Diagnostic Criteria for Eating Disorders Markers of Medical Severity ?, *Pediatrics*, 125, no 5.
- Pila, E., Mond, J.M., Griffiths, S., Mitchison, D., Murray, S.B. (2017), A thematic content analysis of CheatMeal images on social media : Characterizing an emerging trend, *International Journal of Eating Disorders*, 50, 698-706.
- Quincy, J. (1726), *Lexicon Physio-Medicum : Or, a new medicinal dictionary*, London : J. Osborn and T. Longman.
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W. (2014), A review of eating disorders in males, *Curr. Opin. Psychiatry*, 27(6) : 426-30.
- Rastam, M., Gillberg, C., Garton, M. (1989), Anorexia nervosa in a Swedish urban region : a population-based study, *British Journal of Psychiatry*, 155 (5) 642–646.
- Rio, M. (2006), Un cas d’anorexie masculine, *L’Information Psychiatrique*, Vol. 82.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R., Xing, Y. (2006), Prevalence of youth-reported DSM-IV psychiatric disorders among African, European, and Mexican American adolescents, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45(11) : 1329-37.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R., Xing, Y. (2007), Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area, *J. Psychiatr. Res.*, 41(11) : 959-67.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., Garcia, A., Dominguez, A., Rodrigo, G. (2003), Epidemiology and risk factors of eating disorders : A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years, *Int. J. Eat. Disord.*, 34(3) : 281-91.
- Rousset, I., Kipman, A., Ades, P., Gorwood, P. (2004), Personnalité, tempérament et anorexie mentale, *Ann. Med-Psychol.*, 162, 180-188.
- Russell, G.F.M. (1970), Anorexia nervosa : Its identity as an illness and its treatment, *Modern trends in psychological medicine* (Vol.2), London : Butterwoods, 131-164.

- Russell, G.F.M. (1979), Bulimia nervosa : an ominous variant of anorexia nervosa, *Psychol. Med. JID*, 9(3) : 429-48.
- Sancho, C., Arija, M.V., Asorey, O., Canals, J. (2007), Epidemiology of eating disorders : a two year follow up in an early adolescent school population, *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 16(8) : 495-504.
- Scott, D.W. (1986), Anorexia nervosa in the male : a review of clinical, epidemiological and biological findings, *International Journal of eating Disorders*, Vol. 5, 799-819.
- Selvini, M.P. (1964), *The meaning of the body for anorexia nervosa patients. Psychotherapeutic implications*, 6eme Congres International de Psychothérapie, Londres.
- Selvini, M.P. (1970), *Anorexia nervosa, The World Biennial of psychiatry and Psychotherapy*, Vol. 1, ed. Basic Books, New York.
- Selvini, M.P. (1978), *Paradoxe et contre-paradoxe*, Paris, ESF.
- Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., Blackwood, D.H.R., Shapiro, C.M. (1994), Clinical presentation of anorexia nervosa in males : 24 new cases, *International Journal of Eating Disorders*, 15 (2) 125–134.
- Siegel, J.H., Hardoff, D., Golden, N.H. (1995), Medical Complications in Male Adolescents with Anorexia Nervosa, *Journal of Adolescent Health*, 16, 448-453.
- Silverman, J.A., *Anorexia nervosa in the male : Early historic cases*, p3-8.
- Smink, F.R.E., Van Hoeken, D., Oldenhinkel, A.J., Hoek, H.W. (2014), Prevalence and severity of DSM-V eating disorders in a community cohort of adolescents, *International Journal of Eating Disorders*, 47, 610-619.
- Schmit, G., Rouam, F. (1984), L'anorexie mentale chez l'adolescent de sexe masculin ; Observations et réflexions théoriques, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32(5-6), 245-257.
- Steiger, H. (1989), Anorexia nervosa and bulimia in males : Lessons from a low-risk population, *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 419-424.

- Stein, D., Laasko, M.A. (1988), Bulimia : A historical perspective, *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 7, 2 : 201-210.
- Steiner, H., Lock, J. (1998), Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents : A review of the past 10 years, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37 : 352-59.
- Streenivasan, V. (1978), Anorexia in boys, *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23, 159-162.
- Striegel-Moore, R.H., Garvin, V., Dohm, F.A. (1999), Psychiatric comorbidity of Eating Disorders in Men : A national study of hospitalized veterans, *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 25, Issue 4, p405-414.
- Striegel-Moore, R.H., Rossello, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G.T., Kraemer, H.C. (2009), Gender differences in the prevalence of eating disorder symptoms, *International Journal of Eating Disorders*, 42, 471-474.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C (2006), Are there Gender Differences in Core Symptoms, Temperament, and Short-Term Prospective Outcome in Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 39, 7, p570-575.
- Taylor, J.Y., Caldwell, C.H., Baser, R.E., Faison, N., Jackson, J.S. (2007), Prevalence of eating disorders among Blacks in the National Survey of American Life, *Int. J. Eat. Disord.*, 40(S3) : S10-4.
- Tolstrup, K. (1965), *Die Karakteristika der jugern Falle von Anorexia Nervosa*. *Anorexia Nervosa*, Meyer, Thieme Verlag, Stuttgart, cité par Bruch, H.
- Ushakov, G.K., (1971), *Anorexia nervosa in Modern Perspectives in Adolescent Psychiatry*, Howels, Oliver and Boyds, Edinburgh, cite par Bruch H.
- Vandereycken, W., Van Den Broucke, S. (1984), Anorexia nervosa in males, *Acta Psychiatr. Scand.*, 70 : 447-454.
- Wansink, B., Cheney, M.M., Chan, N. (2003), Exploring confort food preferences across age and gender, *Physiology & Behavior*, 79, 739-747.

- Whitaker (1990), Uncommon troubles in young people, *Arch. Gen. Psychiatry*, 47, p487-496.
- Wittchen, H-U, Nelson, C.B., Lachner, G. (1998), Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults, *Psychol. Med.*, 28(01) : 109-26.
- Williams, King (1987), The epidemic of anorexia nervosa : another medical myth ?, *Lancet*, 24, p205-207.
- Woodside, D.B., Garner, D.M., Rockert, W., Garfinkel, P.E. (1990), Eating disorders in males : Insights from a clinical and psychometric comparison with female patients, In Andersen, A.E. (ed.), *Males with Eating Disorders*, New York, Brunner/Mazel, 11-115.
- Woodside, D.B., Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A., Goldbloom, D. (2001, avril), Comparisons of Men with full or partial eating disorders, Men without eating disorders, and Women with eating disorders in the community, *Am. J. Psychiatr.*, 158(4) : 570-4.
- Woodside, D.B., Bulik, C.M., Thornton, L. (2004), Personality in men with eating disorders, *J. Psychosomatic research*, 57, 273-278.
- Woodside, D.B., Garner, D.M., Eating disorders in males : insight from a clinical and psychometric comparison with female patients, In Andersen, A.E. (1990), *Males with eating disorders*, Brunner/Mazel, Philadelphia, 100-115.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

TITRE DE LA THESE :

Trouble des conduites alimentaires chez le garçon à l'adolescence : symptôme ou syndrome ? A partir de 8 cas cliniques

RESUME :

Introduction : Les troubles des conduites alimentaires représentent la troisième maladie chronique la plus fréquente chez les adolescentes. L'existence d'une forme masculine de la maladie intéresse de plus en plus les cliniciens. De nombreux auteurs considèrent qu'il existe une anorexie mentale masculine, similaire à la forme féminine, mais il existe peu d'études qui détaillent les particularités cliniques de ces troubles chez le garçon. Méthode : Notre travail consiste à rechercher et décrire les caractéristiques du tableau et de l'histoire clinique des patients de notre échantillon, avec l'hypothèse que les syndromes décrits chez les filles ne se retrouvent pas à l'identique chez le garçon. Nous avons inclus dans notre étude rétrospective 8 cas de jeunes garçons hospitalisés entre 2006 et 2017 en service de pédopsychiatrie ou de pédiatrie pour troubles des conduites alimentaires. Résultats : Les tableaux cliniques apparaissent plus hétérogènes que pour les filles. L'âge moyen d'hospitalisation est inférieur à celui retrouvé dans la littérature, avec, souvent, un début prépubère des troubles. Dans l'un des cas, nous remarquons une continuité des difficultés alimentaires de la petite enfance jusqu'à l'adolescence. Au total, les tableaux ne se signalent pas par la gravité de la symptomatologie ou le retentissement somatique, mais plus par l'hétérogénéité des symptômes. Conclusion : Nous avons trouvé des tableaux cliniques atypiques, sans pouvoir affirmer qu'ils correspondent tous aux critères officiels des troubles des conduites alimentaires tels qu'ils sont décrits chez les filles. Des études plus exhaustives seraient nécessaires pour vérifier nos interrogations.

MOTS CLES :

Trouble des conduites alimentaires - chez le garçon, adolescence, anorexie, boulimie