



HAL
open science

Anorexie mentale masculine : revue de la littérature

Miléna Morel-Portelette

► **To cite this version:**

Miléna Morel-Portelette. Anorexie mentale masculine : revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02558684

HAL Id: dumas-02558684

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02558684>

Submitted on 29 Apr 2020

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°3022

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 mars 2020

Par Miléna MOREL-PORTELETTE

Née le 13 mai 1990 à Aubagne (13)

**ANOREXIE MENTALE MASCULINE :
REVUE DE LA LITTERATURE**

Sous la direction de : Madame le Docteur Anne-Raïssa GAIFFAS

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD
Madame le Professeur Nathalie GODART
Monsieur le Professeur Cédric GALERA
Monsieur le Professeur Pascal BARAT
Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ

Président
Rapporteur
Examineur
Examineur
Examineur

REMERCIEMENTS

A Paul, merci pour ton soutien inconditionnel tout au long de ces années, pour ton amour, pour ta patience, pour tes encouragements. Ce chemin parcouru a pu se réaliser grâce à ta présence auprès de moi, et il en sera de même pour les années à venir.

A mon fils, Léon. Tu nous apportes tant d'amour et de tendresse. Te voir grandir chaque jour est un véritable bonheur.

A ma mère, je te remercie pour ta présence, ton soutien, tes encouragements et ton amour, et pour les valeurs que tu m'as transmises, qui m'ont permis d'en arriver là.

A mon père, tu as toujours su m'épauler et m'aider dans mes choix, me rassurer dans les moments de doute. Merci pour tout l'amour que tu me témoignes.

A Françoise, merci pour ton écoute attentive, ta bienveillance sans faille, et ton cœur en or.

A mes sœurs, Mélissa et Mïa, mes amours, merci d'avoir toujours été près de moi. Sans vous dans ma vie rien n'aurait été possible, votre soutien et votre amour me sont essentiels chaque jour.

A Betty, ma sœur de cœur.

A Sébastien, mon beau-frère en or.

A mes neveux et nièces qui ont agrandi notre famille et nous apportent tant de joie : Ysia, Baptiste, Loïne, Simon, Noah, Calie.

A Gilles et à Annie, à Pierre, Li Siyuan, Marie, Sébastien, Luc, Margarita, à Alyssia. A toute ma formidable belle-famille, qui m'a si bien accueillie et que j'affectionne tant.

A Stéphane, merci de m'avoir si souvent encouragée et soutenue.

A ceux qui nous ont quittés : à mes grands-parents, qui je l'espère auraient été fiers de moi. A Gérard.

A mes oncles et tantes adorés : Roselyne, Blandine, Eliane. A Gérard et à Pascal, qui m'ont inspirée pour suivre cette voie. A mes cousins, qui sont pour moi des frères et sœurs : Loïc, Cyril, Mamadou, Ghislaine, JB, Silvère, Daniel, à leurs moitiés et à mes petits cousins. Je vous remercie pour tous ces moments passés ensemble et il y en aura bien d'autres à partager, merci pour votre présence et pour votre soutien de toujours.

A Marie-France et Annie, je suis si heureuse de vous avoir rencontrées, et de pouvoir partager ces moments avec vous à la Réunion, comme en famille.

A mes amis de toujours : Anaïs, Marine, Esther, Christophe, Andréa, Momo, Tania, Cécilia, Lucie.

A tous mes amis rencontrés durant ces années de fac : à Oriane, avec qui j'ai tant partagé depuis la P1, dans les meilleurs moments comme dans les moins bons. A William. A Femie, Stéphane, Céline, Thibaut, Alisée, Marine, Tim, Sima, Ali, Alex. A Hélène. A Maé. A Nawele. A Cyrine. A Lucie, Pablo, Robin, Justine. Aux Nurses.

Aux superbes rencontres réunionnaises : à Fanny et Anthony, mes bordelais préférés. A Eugénie, Nico, Tessa, Adrien, Salim, Coline, Flora, Laurent, Noémie, Noé, Laura. A mes cousins réunionnais. A Coline, nous nous sommes manquées à Marseille mais heureusement je t'ai rencontrée à la Réunion.

A ces beaux moments passés grâce à vous à Bordeaux : à Séverine, Olivier, Anaëlle, Sarah, Pierre, Louise.

A tous mes co-internes rencontrés au fil des semestres.

Aux médecins qui m'ont accompagnée et m'ont confirmé que mon choix pour la psychiatrie était le bon, et dont certains sont devenus bien plus que des « chefs ». Aux Docteurs : Tessa Szczeciniarz, Jean-Christophe Edy, Alberto Teles, Aurélie Felipe, François Gosse, Anne Gaïffas, Nicolas Deltort, Mélanie Dodré, Jean-Philippe Rénéric, Clarissa Dubost, Natalia Piat, Camille Vancauwenberghe, Claire Charazas, Sophie Maréchal, Jean-Baptiste Valiente-Moro, Charles Letessier, Constance Sarran, Gaël Leroy, Mirabel Le Gallo, Claire Maurel-Jego, François Charrier, Clémence Chazard.

Aux formidables équipes qui m'ont elles aussi beaucoup appris : Cardamome, Garderose, SUHEA, BSM3, UPSILON, CMPEA de Lormont, Corail, CMPEA du Tampon.

*A la mémoire de Tonton Alain,
Que j'ai tant admiré,
Et qui m'as toujours inspirée et donné l'envie de voir plus loin*

A NOTRE RAPPORTEUR

Madame le Professeur Nathalie GODART

Professeure des universités,

Praticienne hospitalière,

Fondation Santé des Etudiants de France, Paris.

C'est un grand honneur que vous m'avez fait en acceptant d'être rapporteur de cette thèse. Pour le temps que vous y avez accordé, et pour les précieux conseils que vous m'avez donnés, je vous adresse mes plus sincères remerciements. Veuillez recevoir l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Madame le Docteur Anne-Raïssa GAIFFAS

Praticienne hospitalière,

Psychiatre,

Etablissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise.

Je tiens à vous remercier très sincèrement pour votre accompagnement tout au long de ce travail, pour votre écoute attentive, vos encouragements et vos conseils avisés. Ce fût un très grand plaisir de passer deux mois d'internat à vos côtés au SUHEA, où j'ai eu la chance de bénéficier de vos connaissances et de votre bienveillance. Je vous fais part ainsi de toute ma gratitude et de mon profond respect.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD,

Professeur des universités,

Praticien hospitalier,

Psychiatre,

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je souhaite vous adresser mes sincères remerciements, pour votre enseignement tout au long de mon internat, notamment lors des stages au sein de votre pôle, ainsi que pour vos encouragements dans mon parcours vers la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Je vous prie de bien vouloir recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de tout mon respect.

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Professeur des universités,

Praticien hospitalier,

Psychiatre,

Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

C'est un honneur que vous ayez accepté de juger mon travail. Je vous remercie pour les enseignements de qualité dont vous nous faites bénéficier. J'ai pu apprécier vos qualités tant pédagogiques qu'humaines. Veuillez ainsi recevoir l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Pascal BARAT

Professeur des universités,
Praticien hospitalier,
Pédiatre,
Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury. Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous avez accordé à ce travail. Je vous prie de trouver ici la marque de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ

Maître de conférences des universités,
Praticien hospitalier,
Psychiatre,
Pôle de santé mentale, CHU de la Réunion.

Je t'adresse mes sincères remerciements pour ton soutien, ainsi que pour ton grand investissement auprès des internes de l'océan indien. Je te remercie également pour la confiance que tu m'accordes, et je me réjouis de pouvoir travailler avec toi à l'avenir. Je te prie de bien vouloir recevoir ici l'expression de mon profond respect et de mon entière gratitude.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	9
II. METHODES.....	10
III. ANOREXIE MENTALE : GENERALITES	11
III.1. Définition	11
III.2. Critères diagnostiques	11
III.2.1. Selon le DSM-5.....	11
III.2.1. Selon la CIM-10.....	12
III.3. Historique	13
III.4. Epidémiologie	15
III.5. Sémiologie	18
III.6. Retentissement somatique.....	19
III.7. Diagnostics différentiels	20
III.8 Etiopathogénie.....	21
III.9. Evolution et pronostic.....	25
III.10. Prise en charge.....	27
III.10.1. Aspect nutritionnel de la prise en charge.....	28
III.10.2. Psychothérapies.....	28
III.10.3. Place des psychotropes	29
IV. ANOREXIE MENTALE MASCULINE.....	30
IV.1. Evolutions des descriptions au cours de l’histoire	30
IV.2. Epidémiologie	31
IV.2.1. Prévalence	32
IV.2.2. Incidence.....	33
IV.2.3. Sex-ratio.....	34
IV.2.4 Age de début des troubles	35
IV.2.5. Groupes de population les plus touchés	36
IV.3. Aspects cliniques de l’anorexie mentale masculine.....	37
IV.3.1. Préoccupations corporelles et autour du poids.....	37
IV.3.2. Stratégies de contrôle du poids.....	39
IV.4. Anorexie mentale masculine et sexualité	43

IV.4.1. Impact sur la sexualité	43
IV.4.2. Orientation sexuelle	44
IV.4.3. Dysphorie de genre	46
IV.5. Facteurs de risque	47
IV.6. Comorbidités psychiatriques.....	52
IV.6.1. Troubles de la personnalité	52
IV.6.2. Troubles de l’humeur	54
IV.6.3. Suicidalité.....	56
IV.6.4. Troubles anxieux.....	57
IV.6.5. Troubles de l’usage de substance.....	61
IV.7. Pronostic.....	62
IV.8. Evaluation des prises en charge	65
IV.8.1. Efficacité des prises en charge en population masculine.....	65
IV.8.2. Point de vue des cliniciens et des patients.....	67
V. DISCUSSION	71
V.1. Synthèse des recherches	71
V.2. Limites	74
V.3. Perspectives de prévention, de dépistage et de prise en charge dans l’anorexie mentale masculine.....	75
VI. CONCLUSION	78
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	80
VIII. ANNEXES.....	89

I. INTRODUCTION

L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaire touchant principalement les jeunes filles à l'adolescence. Le sex-ratio classiquement évoqué est d'environ 1 homme pour 9 femmes. La littérature, riche sur le sujet, est ainsi essentiellement tournée vers la population féminine.

Le premier cas d'anorexie mentale chez un jeune homme a été décrit dès 1694 par le physicien Richard Morton. A travers les siècles suivants, plusieurs hypothèses ont émergé au sujet des formes masculines d'anorexie mentale, tandis que l'idée selon laquelle les troubles des conduites alimentaires sont des troubles typiquement féminins n'a cessé de se renforcer, limitant considérablement les recherches en population masculine.

Ainsi, l'anorexie mentale touchant la population masculine reste encore méconnue, par la population générale mais aussi par les professionnels de santé, et est bien moins documentée en comparaison aux formes féminines. Ce trouble n'est individualisé chez les sujets masculins que depuis une vingtaine d'années environ, alors que son incidence serait en augmentation, et qu'il peut mettre en jeu le pronostic vital comme chez les femmes.

Pour une majorité d'auteurs, l'anorexie mentale chez le garçon est semblable à la forme féminine, mais certains aspects singuliers chez le garçon sont fréquemment cités dans la littérature : un âge de début des troubles plus précoce, un pronostic potentiellement plus sombre, un trouble psychotique associé, ou encore une homosexualité fréquente.

Cette revue de la littérature a ainsi pour objet d'apporter des éléments de réponse à la problématique suivante :

L'anorexie mentale chez les sujets masculins présente-t-elle les mêmes caractéristiques que celles décrites chez les sujets féminins ?

Dans une première partie, nous ferons un rappel des données actuelles concernant l'anorexie mentale : les critères diagnostiques, les données épidémiologiques, l'historique, l'étiopathogénie, l'évolution, le pronostic et la prise en charge.

La seconde partie s'intéressera à la forme masculine de l'anorexie mentale, de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Elle permettra notamment une analyse des caractéristiques classiquement associées à la maladie chez le garçon, et une comparaison avec la population féminine d'un point de vue : de l'épidémiologie, de la symptomatologie, du pronostic, des

facteurs de risque, des comorbidités psychiatriques et de la prise en charge. Quelques vignettes cliniques au fil de la revue viendront éclairer nos propos. Un chapitre sera consacré à la sexualité dans son ensemble des sujets masculins souffrant d'anorexie mentale (impact de la pathologie sur la sexualité, liens avec l'orientation sexuelle et la dysphorie de genre). Cette partie a également pour objectif une actualisation des données disponibles.

Enfin, dans la dernière partie, nous discuterons des résultats observés, des limites de notre revue et des connaissances acquises à ce jour sur le sujet, puis de l'intérêt de réaliser des adaptations en ce qui concerne le dépistage, le diagnostic, la prévention et la prise en charge de ces sujets.

II. METHODES

Il s'agit ici d'une revue non exhaustive de la littérature, internationale. Nos recherches ont été effectuées à partir des bases de données PubMed principalement, et Google Scholar. Les mots-clés suivants ont été recherchés : « male anorexia », « male eating disorders », « anorexia nervosa », « anorexia men », « eating disorders adolescents », « anorexia adolescents ». Nous avons inclus dans cette revue des articles publiés en anglais et en français (et un en italien), en tentant de privilégier les plus récents. Des articles ont été cherchés à partir des références bibliographiques de certaines études. Quelques ouvrages de référence et des articles extraits de sites internet des institutions en recherche et en santé nous ont permis de compléter notre travail. Dans certains chapitres, devant le manque d'informations concernant spécifiquement l'anorexie mentale masculine, il a été exposé certaines données concernant l'ensemble troubles des conduites alimentaires.

En annexe sont regroupés les outils de dépistage et de diagnostic des troubles des conduites alimentaires, utilisés au travers des études citées dans cette revue.

III. ANOREXIE MENTALE : GENERALITES

III.1. Définition

L'anorexie mentale, ou *Anorexia Nervosa*, est un trouble des conduites alimentaires qui se caractérise par une privation alimentaire stricte et volontaire, visant à contrôler son poids, pouvant durer de quelques mois à plusieurs années, et entraînant des complications somatiques et psychiques graves, voire la mort.(1) Cela empêche le maintien d'un poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille de l'individu concerné (2). Les causes médicales organiques ainsi que les autres troubles psychiatriques pouvant entraîner une anorexie doivent être éliminés.

III.2. Critères diagnostiques

III.2.1. Critères diagnostiques selon le DSM-5 (3)

Les trois critères suivants doivent être remplis :

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas.

B. Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Le DSM-5 distingue deux types d'anorexie mentale :

- *Type restrictif* : Pendant les trois derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (crises de glotonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (laxatifs, diurétiques ou lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique.

- *Type accès hyperphagiques/purgatifs* : Pendant les trois derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de glotonnerie et/ou a recouru à des comportements purgatifs.

En rémission partielle : Après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale, le critère A (poids corporel bas) n'est plus rempli depuis une période prolongée mais le critère B (peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement interférant avec la prise de poids) ou le critère C (altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps) est toujours présent.

En rémission complète : Alors que tous les critères de l'anorexie mentale ont été précédemment remplis, aucun n'est plus rempli depuis une période prolongée.

Seuil de sévérité (Indice de masse corporelle (IMC) chez les adultes, percentile de l'IMC pour les enfants et les adolescents) :

- Léger : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moyen : $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave : $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Extrême : $IMC \leq 15 \text{ kg/m}^2$

Le degré de sévérité peut être majoré afin de refléter les symptômes cliniques, le degré d'incapacité fonctionnelle et la nécessité de la prise en charge.

Définition de l'anorexie mentale atypique : Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis mais, malgré une perte de poids significative, le poids de l'individu est dans la normale ou au-dessus.

III.2.2. Critères diagnostiques selon la CIM-10 (4):

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

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

B.- La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes

: des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.

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

D.- Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), et 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.

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

III.3. Historique

De multiples descriptions depuis l'Antiquité correspondraient à ce qu'on nomme aujourd'hui anorexie mentale (comme les descriptions d'Avicenne au XI^{ème} siècle)(5).

L'exemple le plus connu dans l'histoire de l'anorexie mentale est celui de Sainte-Catherine de Sienne, au XIV^{ème} siècle, décrite par Raimbaut et Eliacheff : elle ne s'alimentait que très peu, infligeant des souffrances à son corps, avec une hyperactivité physique associée, dans un désir d'ascèse et de négation du corps (6)

Un tableau anorexique est décrit par Nathaniel Johnston en 1669, cité par Silverman en 1986. Pour autant, c'est Richard Morton qui est considéré comme le premier auteur à avoir publié la description clinique typique de l'anorexie mentale, ayant décrit une forme de dépérissement physique d'origine nerveuse en 1689 (« la consommation nerveuse » ou « phtisie nerveuse ») (5) chez deux patients, une jeune femme et un jeune homme.

La description de l'anorexie mentale dans le sens que nous lui connaissons aujourd'hui a été amenée par deux auteurs à la même période, Lasègue en 1873 et Gull en 1874 : ils ont

décrit des cas chez des jeunes filles et des jeunes femmes, présentant un refus de s'alimenter, entraînant un amaigrissement et une aménorrhée.

À la suite des travaux de Huchard en 1883, le terme d' « anorexie mentale » s'est imposé en France et celui d' « anorexia nervosa » dans les pays anglo-saxons.

Pendant longtemps, la maladie a été rattachée à l'hystérie. Lasègue se réfère d'abord à l'hystérie et à la dépression pour qualifier la pathologie, usant du terme d' « anorexie hystérique de la jeune fille ». Pierre Janet, psychologue et médecin français, à travers des conférences au début du XXème siècle, a permis un changement de point de vue sur l'anorexie, en mettant à distance l'aspect « hystérique » de la pathologie (5).

Au XXème siècle, plusieurs modèles théoriques se sont succédé : théories phénoménologiques, théories endocriniennes et neurologiques, théorie psychanalytique, modèle de l'addiction.

Dans les années 1940, des psychanalystes freudiens élaborent la théorie décrivant l'anorexie mentale comme une névrose féminine, où la nourriture est associée à l'imprégnation, et l'obésité à la grossesse. L'aménorrhée serait alors une conséquence des fantasmes liés à la grossesse et la constipation symboliserait l'enfant dans le ventre (7).

En 1972, Feighner propose des critères diagnostiques pour l'anorexie mentale (8), qui apparaissent de nos jours obsolètes. En 1980, le DSM-III fait apparaître les critères diagnostiques de l'anorexie mentale. Ceux-ci évolueront ensuite jusqu'au DSM-5 (paru en 2013 aux Etats-Unis), où il est important de noter que le critère de l'aménorrhée disparaît, n'excluant ainsi plus les sujets masculins.

De nouvelles approches sont approfondies par Selvini-Palazzoli (1963) et Bruch (1975 et 1979), conduisant à la « notion d'une mise à l'écart du corps après des relations d'objets précoces perturbées, principalement en référence à la relation à la mère » (5).

Le modèle de l'addiction apparaît lui aussi au XXème siècle, défendu par Jeammet et Corcos au début des années 2000 : l'anorexie mentale serait alors une « addiction comportementale », d'autant plus que la comorbidité avec des conduites addictives est importante (consommation de substances psychoactives estimée entre 12 et 18% chez les patients souffrant d'anorexie mentale) (5).

Le modèle cognitif et le modèle systémique apportent eux aussi des avancées importantes dans la compréhension de la psychopathologie de l'anorexie.

Les recherches sur la pathologie ces dernières décennies ont permis de grandes avancées, tant pour comprendre les mécanismes de l'anorexie mentale que sur le plan thérapeutique, même si les causes des désordres des conduites alimentaires restent encore à explorer (9).

Nous comprenons ainsi que ces théories défendues à travers les siècles conduisent à de multiples modèles étiopathogéniques.

III.4. Epidémiologie

Hoek & al. en 2006 (10) dans leur revue épidémiologique sur les troubles des conduites alimentaires (études réalisées entre 1931 et 1995), ont retrouvé pour l'anorexie mentale :

- Une prévalence variant de 0 à 0,9%, avec un taux de prévalence moyen de 0,29% chez les adolescentes et les jeunes femmes
- une incidence d'environ 8 pour 100000 habitants par an.

Ils ont retrouvé également une augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale, depuis les années 70 jusqu'aux années 90, notamment chez les sujets féminins entre 15 et 24 ans. Cependant la question de l'évolution de l'incidence vers une augmentation ces dernières décennies reste à considérer avec prudence.

D'autres études ont retrouvé des chiffres plus élevés, comme l'étude de Keski-Rahkonen & al. de 2007 (11), qui a porté sur 2881 femmes, issues de cohortes de jumeaux en Finlande nées entre 1975 et 1979. La prévalence vie entière retrouvée était de 2,2% et l'incidence chez les femmes âgées de 15 à 19 ans était de 270 pour 100000 personnes par an.

Il est suggéré par certains auteurs, notamment Nagl & al. (2016) que les critères diagnostics introduits par le DSM-5 amèneraient à une augmentation de ces chiffres (12).

Les données épidémiologiques en France sont manquantes.

En 2013, Godart & al. (13) ont réalisé en France une enquête épidémiologique sur l'anorexie mentale, incluant 39542 adolescents âgés de 17 ans (19658 filles et 19884 garçons), dans le cadre de l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel à la préparation à la défense (ESCAPAD), au travers d'un auto-questionnaire. Ils ont retrouvé une prévalence pour l'anorexie mentale de 0,5% parmi les filles (n = 105), et une prévalence très faible chez les garçons (n=6). La prévalence de l'anorexie mentale infraclinique se révélait elle beaucoup

plus élevée chez les filles (jusqu'à 6 fois supérieure en considérant les critères A, B et C du DSM-IV, et un IMC moins sévère pour le critère A = 18,5kg/m²).

C'est une pathologie considérée comme spécifique à l'adolescence (14), bien qu'elle puisse toucher également les enfants et les adultes. Le sex-ratio le plus souvent rapporté est d'environ 1 garçon pour 9 filles. Nous verrons dans la suite de notre travail que ces chiffres sont controversés, avec une possible sous-estimation de la prévalence et l'incidence chez le garçon.

Dans les formes à début précoce, il est évoqué que les garçons seraient plus représentés que chez les adolescents et les adultes. Dans les conduites restrictives alimentaires précoces, l'étude de Pinhas & al. (15) retrouve un sex-ratio de 1 garçon pour 6 filles, et l'étude de Madden & al. (16) retrouve pour tous types de trouble des conduites alimentaires à début précoce confondus un sex-ratio de 1 garçon pour 4 filles.

On note deux pics de fréquence à 14 et 18 ans, périodes où la dépendance familiale serait la plus forte (14). Ces dernières années auraient montré une tendance à l'apparition du trouble plus précoce, dès 11-12 ans (9), bien qu'il faille rappeler que les formes à début plus tardif, après 20 ans, existent également.

Dans la revue de Steinhausen (2002) (17), il a été observé qu'un nombre important de patientes développaient par ailleurs des comorbidités psychiatriques, comme le montre le tableau suivant.

TABLEAU 1. Devenir dans l’anorexie mentale, d’après 119 séries de patientes (nombre de cas = 5590) (Steinhausen, 2002 (17))

Taux de survenue (%)				
Variable	Taille du groupe	Moyenne	Déviati on standard	Intervalle
Mortalité	5334	5,0	5,7	0-22
Guérison	4575	46,9	19,7	0-92
Amélioration	4472	33,5	17,8	0-75
Chronicité	4927	20,8	12,8	0-79
<i>Normalisation des symptômes :</i>				
Poids	2245	59,6	15,3	15-92
Menstruations	2719	57,0	17,2	25-96
Conduite alimentaire	1980	46,8	19,6	0-97
Trouble de l’humeur	1972	24,1	16,3	2-67
Trouble anxieux	1478	25,5	14,9	4-61
Trouble obsessionnel compulsif	992	12,0	6,4	0-23
Schizophrénie	1097	4,6	5,7	1-28
<i>Trouble de la personnalité</i>				
Non spécifié ou borderline	1115	17,4	16,8	0-69
Histrionique	308	16,6	19,9	0-53
Obsessionnelle-compulsive	202	31,4	25,1	0-76
Trouble de l’usage de substance	627	14,6	10,4	2-38

Les auteurs retrouvent notamment : des troubles de l’humeur associés à l’anorexie mentale dans 24,1% des cas, un trouble anxieux dans 25,5 % des cas, et un trouble de la personnalité de type obsessionnel dans 31,4 % des cas.

Certaines catégories de la population où sont valorisées la minceur et la recherche d’un corps idéal sont considérées comme plus à risque de développer une anorexie mentale : sportifs, danseurs, mannequins... Ces milieux méritent une prévention particulière face au risque de développer des troubles des conduites alimentaires.

III.5. Sémiologie (2) (9) (18) (19) (20)

La triade symptomatique classique évoquée par Lasègue en 1873 est : Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée.

L'anorexie mentale survient le plus souvent à l'adolescence, où la puberté entraîne des modifications corporelles. Le mode d'entrée dans la maladie le plus fréquent se fait sous la forme d'un régime restrictif.

Le patient adopte différents types de stratégie de contrôle du poids :

- Restrictions des aliments : qualitative et quantitative, avec évitement des aliments gras et sucrés, hypercaloriques, tri dans l'assiette, évitement des repas en famille, cachette et stockage de nourriture
- Vomissements provoqués, prise de laxatifs
- Hyperactivité physique (pratique excessive de sport, maintien d'une posture rigide, contractions isotoniques, station debout excessive), exposition au froid
- Parfois potomanie, mérycisme, conduites de dissimulation

D'autres troubles du comportement et rituels peuvent être observés : pesées pluriquotidiennes, lenteur des repas, horaires stricts des repas...

Les préoccupations autour du poids et de l'alimentation sont constantes, les rituels et ruminations s'accroissant avec la gravité de la dénutrition. Chez des personnes exposées à des privations alimentaires, lors d'un contexte de guerre ou de famine par exemple, on voit apparaître ces modifications psychiques et comportementales : pensées obsédantes autour de l'alimentation et ritualisation des comportements, auxquelles sont associés irritabilité, troubles de l'humeur et de la concentration.

L'estime de soi est altérée, dépendante de l'image du corps. Selon JK. Thompson (1990), cette image se constitue de trois composantes : perceptuelle, subjective et comportementale.

- La composante perceptive : correspond à la précision avec laquelle un individu perçoit la taille de son corps et de ses différentes parties. Chez les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires, cette perception est erronée.

- La composante subjective : les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires pensent qu'elles ne sont pas attirantes, et que les autres sont perpétuellement en train de les juger sur leur apparence. Elles considèrent que les individus en surpoids ne

méritent pas d'être appréciés, et font le lien entre la réussite sociale et professionnelle et l'apparence physique. Les individus ne souffrant pas de trouble des conduites alimentaires prennent eux en compte d'autres paramètres comme une bonne santé, et les capacités intellectuelles et relationnelles. Cette composante est le prisme de l'estime de soi de ces patients.

- La composante comportementale : conduites d'évitement d'exposition du corps et de mise en valeur de soi, ou à l'inverse dans certains cas, conduites visant à l'exhiber (comme par exemple sur les sites populaires « pro-ana »)

Fréquemment on retrouve dans le quotidien un hyperinvestissement scolaire (bien qu'il ne soit pas constant), un évitement progressif des contacts sociaux (conduisant à une dépendance parentale), et un désintérêt pour la sexualité (souvent en conséquence de la dénutrition).

La maladie entraîne des distorsions cognitives importantes : les sujets en état de maigreur extrême peuvent être persuadés qu'ils sont trop gros, ils peuvent aussi avoir des croyances erronées concernant les aliments et le fonctionnement digestif. Des anomalies cognitives ont été identifiées chez des patients souffrant d'anorexie, dans le domaine de la mémoire, de l'attention et de la concentration (principalement une atteinte de la flexibilité cognitive). Elles s'associent à des anomalies de la structure cérébrale.

III.6. Retentissement somatique (2,18)

Les caractéristiques les plus fréquemment observées à l'examen clinique sont les suivantes :

- Amyotrophie, altération des phanères, hypertrichose, lanugo, cyanose des extrémités

- Œdèmes

- Troubles digestifs (brûlures œsophagiennes), avec érosions dentaires

Les examens paracliniques réalisés peuvent mettre en évidence :

- Ostéoporose

- Troubles hydroélectrolytiques

- Insuffisance rénale fonctionnelle

- Hypoglycémie, avec malaises et pertes de connaissance

- Anémie carencielle
- Thrombopénie, leucopénie et lymphopénie (perturbant le système immunitaire)
- Atteintes cardiovasculaires avec des troubles du rythme (cause majeure de surmortalité), hypotension

Durant une longue période de la maladie, les résultats biologiques obtenus sont souvent normaux, ce qui peut amener à la conclusion trompeuse d'une bonne tolérance des troubles, et à minimiser la sévérité de la maladie.

Chez les filles, l'aménorrhée (primaire ou secondaire) est liée à un panhypopituitarisme d'origine hypothalamique, conduisant à une infertilité.

Les formes prépubères (9-12 ans) d'anorexie mentale peuvent conduire à un retard staturo-pondéral et à de nombreuses carences. Ce retentissement sur la croissance peut se révéler irréversible. La stagnation du poids pendant cette période de croissance constitue un élément essentiel de la maladie, au même titre que la perte de poids chez les patients plus âgés (bien qu'une perte de poids peut survenir également, de manière rapide et dramatique). L'hyperactivité physique et la restriction alimentaire sont plus fréquentes que les conduites de purge dans cette classe d'âge. En plus du retard de croissance, cela peut entraîner chez les jeunes filles des perturbations gynécologiques (syndrome des ovaires polykystiques, infertilité) et une ostéoporose. La prise en charge précoce de ces jeunes patients représente un enjeu très important, le risque de survenue de complications létales étant plus élevé qu'en population générale.

III.7. Diagnostics différentiels (18) (2)

L'anorexie « mentale » se distingue d'une anorexie « simple » (perte d'appétit), dans le sens où elle est primaire. Le symptôme anorexie, secondaire, peut lui se retrouver dans un grand nombre de pathologies, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques, ou à la suite des effets secondaires de certains médicaments.

Les principaux diagnostics différentiels à éliminer sont les suivants :

- Episodes dépressifs caractérisés
- Trouble obsessionnel compulsif

- Phobies alimentaires, autres troubles des conduites alimentaires ou de l'ingestion d'aliments
- Tumeurs cérébrales
- Affection digestive, comme la maladie de Crohn
- Pathologie inflammatoire ou endocrinienne (maladie d'Addison, panhypopituitarisme)
- Hémopathies (comme la leucémie)
- Diabète insulino-dépendant
- Hyperthyroïdie

III.8. Etiopathogénie

On considère l'origine des troubles des conduites alimentaires comme multifactorielle (21).

- Facteurs prédisposants individuels : vulnérabilité liée à des facteurs génétiques et/ou à des anomalies biologiques préexistantes, facteurs psychologiques prédisposants (développement psychique perturbé, traits de personnalité prémorbides, antécédents de dépression ou d'anxiété, stress majeurs ...).

- Facteurs prédisposants familiaux : le risque de développer un trouble des conduites alimentaires est plus important en cas d'antécédent de trouble des conduites alimentaires chez des apparentés au premier degré (héritabilité estimée à 70% pour l'anorexie mentale) ; on retrouve également des conflits familiaux importants.

- Facteurs prédisposants culturels : pression culturelle pour la minceur dans les sociétés occidentales et valorisation de celle-ci.

Dans l'anorexie mentale, les facteurs individuels de type psychologiques semblent être majeurs dans son développement. A l'adolescence, la puberté entraîne des modifications physiques, psychiques, biologiques et sociales. C'est la période conduisant à l'autonomie et à la sexualisation. L'amaigrissement permettrait de régresser à un stade développemental antérieur, évitant la puberté, permettant de reprendre le contrôle sur soi, et de maîtriser ses relations aux autres.

Des traumatismes semblent en lien avec l'apparition de l'anorexie mentale chez certains sujets, comme par exemple autour de la naissance, ou dans des cas de prématurité

importante, où ont pu être observées des séparations précoces, ou à l'inverse une surprotection.

Dans les traits de personnalité on peut retrouver : perfectionnisme, pseudo-maturité, rigidité ou obsessionnalité. Ces traits sont liés à un hyperfonctionnement de l'activité sérotoninergique (anomalie retrouvée dans les troubles des conduites alimentaires).

Par ailleurs, dans la famille, les traits de perfectionnisme et d'obsessionnalité sont fréquemment retrouvés chez les apparentés des sujets souffrant d'anorexie mentale (ce qui est aussi en faveur de l'hypothèse génétique).

Dans la revue de Gorwood & al. de 2016 (22) ont été présentés les modèles étiopathogéniques actuellement admis.

Cet article présente les récentes découvertes qui proviennent de la physiologie, de la génétique, de l'épigénétique et de l'imagerie cérébrale, et qui permettent de considérer l'anorexie mentale comme une anomalie des circuits de la récompense, ou comme une tentative de préservation de « l'homéostasie mentale ». Il aborde également la question des facteurs de vulnérabilité prémorbides.

Il expose sept modèles :

Modèle 1 : L'anorexie mentale est une anomalie des circuits de la récompense : preuves physiologiques, génétiques, épigénétiques et de l'imagerie cérébrale.

Des neuroptides opioïdes ont été identifiés et caractérisés comme étant impliqués dans la régulation des fonctions vitales : chez 80% des sujets souffrant d'anorexie mentale, l'activité des endorphines est stimulée. Cela causerait une addiction aussi importante que des opiacés exogènes.

Des études utilisant l'imagerie cérébrale ont mis en évidence une altération des régions cérébrales impliquées dans le circuit de la récompense, chez des patients souffrant d'anorexie mentale, et même chez des individus guéris, au niveau du striatum ventral notamment.

Des gènes de vulnérabilité ont été identifiés par certaines études dans l'anorexie mentale, entraînant des dysfonctions dans la transmission dopaminergique : le signal transmis pendant la prise alimentaire dans l'anorexie mentale pourrait être anxiogène au lieu d'être un signal hédonique. Par ailleurs des taux significativement plus importants de méthylation (régulation épigénétique) ont été retrouvés concernant certains de ces gènes.

L'exercice physique pratiqué en excès dans l'anorexie mentale serait lui aussi en faveur d'une anomalie du circuit de la récompense : plusieurs gènes seraient impliqués dans ce processus, certains pourraient entraîner des variations dans la capacité et la tolérance à l'exercice.

Ces dérégulations de la balance entre les entrées (alimentation, faim) et les sorties (exercice physique) favoriseraient la dépendance à la famine.

Modèle 2 : L'anorexie mentale est une résistance spécifique à la ghréline.

La ghréline est une hormone orexigène, surtout libérée dans l'estomac. Certaines études se sont intéressées aux effets de la ghréline dans l'anorexie mentale, d'autres ont recherché de possibles peptides antagonistes à la ghréline. La régulation de la ghréline est différente entre les différents sous-types d'anorexie (type restrictif, type accès hyperphagiques/purgatifs).

Les recherches concernant une possible résistance à la ghréline dans l'anorexie mentale ne sont pour l'heure pas concluantes, et nécessitent d'autres explorations.

Modèle 3 : L'anorexie mentale est une stimulation chronique du circuit de la récompense par des neuropeptides orexigènes de l'aire latérale hypothalamique.

Les neuropeptides orexigènes sont régulés à la hausse dans l'anorexie mentale, ce qui apparaît comme une adaptation de l'organisme pour favoriser la prise alimentaire. L'hypothèse de ce modèle est que cette activité augmentée des neuropeptides orexigènes renforcerait l'anxiété induite par la dopamine et ainsi une aversion à l'ingestion alimentaire (au lieu d'une résistance aux signaux orexigènes).

Modèle 4 : Le microbiote intestinal est un facteur central de l'anorexie mentale.

Deux hypothèses sont proposées :

La première est que des modifications préexistantes du microbiote intestinal favoriseraient la restriction alimentaire des patients, et la constipation chronique pourrait faciliter ces changements.

La seconde hypothèse est que le microbiote intestinal pourrait déterminer pour chaque patient le type de malnutrition protéino-énergétique (marasme VS kwashiorkor). Dans ce cas, la manipulation du microbiote durant l'anorexie mentale (avec les antibiotiques par exemple) pourrait améliorer le problème de malnutrition pendant la prise en charge nutritionnelle.

Modèle 5 : L'anorexie mentale est un trouble dysimmunitaire de la signalisation par les neuropeptides.

Il s'agit d'une approche physiopathologique de l'anorexie mentale qui se veut plus intégrative, faisant l'hypothèse d'un scénario en plusieurs étapes : la vulnérabilité au stress, les changements du microbiote intestinal, la réponse du système immunitaire qui réagit aux protéines bactériennes en augmentant la production d'immunoglobulines, perturbant le signal des neuropeptides et conduisant à l'altération de la prise alimentaire, à l'anxiété, à un inconfort intestinal, et enfin à une malnutrition globale avec un déficit en certains nutriments. Cela renforce la barrière intestinale, et le dysfonctionnement immunitaire, aussi bien que les troubles comportementaux.

Modèle 6 : L'anorexie mentale prend racine dans les bases de l'alimentation durant la période prémorbide de l'enfance.

Des facteurs de vulnérabilité déterminent dès l'enfance des comportements alimentaires de base :

- Le développement de préférences dans la nourriture
- Les caractéristiques héréditaires du développement du goût
- Les influences socio-culturelles et les habitudes alimentaires parentales, le comportement parental dans l'alimentation de l'enfant
- L'existence de troubles alimentaires chez les parents (notamment chez la mère)
- Un surpoids ou une obésité pré-morbide
- La néophobie alimentaire, les « caprices alimentaires », et le diagnostic ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorders in children and adolescents)

Modèle 7 : L'anorexie mentale est une tentative de préservation de l'homéostasie mentale.

Ce modèle fait l'hypothèse que le concept d'homéostasie biologique peut être transposé au domaine mental, et qu'il existe pour chaque individu un état d'équilibre appelé « eudémonie ». Quelque événement venant bouleverser les aires émotionnelle, corporelle ou interpersonnelle d'un individu va conduire à une « allostasie mentale », douloureuse pour le sujet, qui va lutter contre cela aux moyens de processus adaptatifs afin de retrouver l'état d'équilibre initial. Les sujets souffrant d'anorexie peuvent découvrir les effets positifs de la restriction alimentaire, permettant temporairement un retour à l'eudémonie.

Les modèles proposés dans cet article pour expliquer les causes de l'anorexie mentale méritent d'être explorés dans de futures études, incluant des échantillons de patients plus grands, et utilisant des techniques plus avancées. Il est souligné également qu'un modèle intégratif de l'anorexie mentale, étudiant ces différents aspects ensemble et non de manière singulière, permettra une meilleure compréhension de ce trouble complexe.

De nombreuses hypothèses étiopathogéniques sont ainsi proposées, chacune présentant un intérêt, mais elles ne suffisent pas pour l'heure à comprendre tous les mécanismes qui sous-tendent l'anorexie mentale.

III.9. Evolution et pronostic

Dans la majorité des cas, l'évolution de la maladie se fera sur plusieurs années (2), avec une fluctuation de la symptomatologie. L'anorexie mentale est une maladie chronique, qui dure rarement moins de quatre années, et récidivante. Des périodes de rechutes, de stagnation et d'autres étapes nécessaires à l'élaboration de la problématique sous-jacente marquent l'évolution de la maladie.

L'évolution de l'anorexie mentale en l'absence de toute prise en charge se fait fréquemment vers une chronicisation du trouble, même si des rémissions spontanées peuvent être observées (18).

Avec une prise en charge adaptée, environ 50% des patients présentent une évolution favorable du trouble. Si l'on considère les symptômes dans leur ensemble, ce taux chuterait à environ 30%. Le passage à la chronicité de la maladie concerne alors environ 30% des cas au-delà de 5 ans du début des troubles. Les rechutes sont fréquentes, et la symptomatologie peut évoluer vers d'autres formes, comme par exemple s'associer à une boulimie.

La littérature mettrait en évidence une évolution des formes restrictives pures vers des formes mixtes ou vers la boulimie, dans environ 50% des cas (23).

L'anorexie mentale est une des pathologies psychiatriques présentant le plus fort taux de mortalité (24) (25), la mortalité cumulée étant estimée à 0,56 % par an. 5 à 10% des adolescentes souffrant d'anorexie mentale décèdent des complications somatiques de la maladie ou par suicide (pour environ un tiers).

Le pronostic en début de prise en charge reste difficile à déterminer, ce qui motive un accompagnement le plus précoce possible et le développement de la prévention des troubles des conduites alimentaires.

En 2002, Steinhausen a réalisé une revue de la littérature (17), portant sur 119 études de suivi : la mortalité moyenne atteignait 5%. Le devenir des patientes semblait différent selon l'âge de début de la pathologie : les formes prépubères avaient un pronostic plus péjoratif, mais cependant l'évolution des patientes adolescentes les plus jeunes semblait plus favorable.

Roux & al., (26) qui ont réalisé une revue sur l'épidémiologie dans l'anorexie mentale retrouvent les résultats suivants concernant la mortalité :

- Etude suédoise de Papadopoulos & al. (2009), 6009 sujets souffrant d'anorexie mentale (comme diagnostic primaire ou secondaire) hospitalisés entre 1973 et 2003, âge moyen de 19,4 ans +/- 6,3 ans : mortalité supérieure chez ces sujets de 6,2 fois (IC 5,5-7,0) par rapport à la population générale, avec un maximum de mortalité suivant la première année après l'hospitalisation

- Méta-analyse en 2011 (Arcelus & al.) de 25 études publiées entre 1966 et 2010 (nombre de sujets : 12189) : SMR (*Standardized Mortality Rate*) de 5,86 %, avec un suivi moyen de 14,2 ans

- Etude française d'Huas & al. (2011), sur 601 sujets âgés de 26,4 ans en moyenne (SD = 6,4), hospitalisés une dizaine d'années plus tôt : SMR de 10,6 (IC95% : 7,6-14,4)

Les proportions des différentes causes de décès varient selon les études :

- Causes principales pour Nielsen & al. (2001) : suicide et causes inconnues, avant décès dus à l'anorexie mentale

- Causes principales pour Sullivan & al. (1995) : décès dus à la maladie pour 54% des cas, suicides pour 27% des cas, autres causes 19% des cas

- Causes principales pour Papadopoulos & al. (2009) : suicides, anorexie mentale et cancers.

Les auteurs soulignent dans cette revue le peu d'études disponibles, et que d'autres études épidémiologiques devront être menées pour obtenir des données plus précises.

Les facteurs de mauvais pronostic identifiés sont (2) : un retard à la prise en charge, des relations familiales difficiles, un indice de masse corporel inférieur à 13 en début de prise

en charge, l'association à un trouble de la personnalité ou à une dépression, et un nombre élevé et une longue durée des hospitalisations (27).

Roux & al. (26) retrouvent d'après Arcelus & al. (2011) qu'un âge plus jeune et une durée plus longue de la première hospitalisation entraîneraient une moindre mortalité, tandis qu'un âge plus avancé entraînerait une mortalité plus importante.

Il est cependant intéressant de noter que d'après une revue de Keel & al. (28) portant sur des études publiées entre 2004 et 2009, les taux de mortalité dans l'anorexie mentale seraient en baisse. Les auteurs retrouvent un taux de mortalité cumulé de 2,8%.

Ces données rappellent l'issue parfois dramatique pour les sujets souffrant d'anorexie mentale, avec une surmortalité certaine par rapport à la population générale.

III.10. Prise en charge (2,18), (4)

La mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire doit être la plus rapide possible, le but étant tout d'abord de limiter les complications liées à la maladie, qu'elles soient médicales, psychiatriques ou psychosociales.

Pour que la prise en charge du sujet souffrant d'anorexie mentale soit efficace, il est primordial d'établir une alliance thérapeutique de qualité, d'autant plus face à un déni massif des troubles.

L'évaluation du degré de sévérité de la pathologie doit être globale (sur les plans physique, nutritionnel et psychiatrique), et doit rechercher les signes de gravité justifiant une hospitalisation :

- Critères anamnestiques : perte de poids > 20 % en 3 mois, malaises, vomissements incoercibles, échec de la renutrition ambulatoire, restriction extrême
- Cliniques : idéations obsédantes, incapacité à contrôler les comportements compensatoires, nécessité d'une assistance nutritionnelle (sonde naso-gastrique), amyotrophie, déshydratation, hypothermie, hypotension artérielle ou bradycardie
- Paracliniques : anomalies à l'ECG, hypoglycémie, ASAT ou ALAT > 10N, troubles hydroélectriques ou métaboliques sévères, insuffisance rénale, leucopénie ou neutropénie
- Risque suicidaire
- Comorbidités si sévères (dépression, abus de substances...)

- Motivation, coopération : échec de la prise en charge ambulatoire, ou patient peu coopérant aux soins ambulatoires

- Critères environnementaux et sociaux : non disponibilité de l'entourage, stress environnemental (isolement social sévère), pas de prise en charge ambulatoire possible (manque de structures...)

La prise en charge ambulatoire reste à privilégier, l'hospitalisation étant source de déscolarisation, de désocialisation et d'éloignement avec la famille.

Le traitement de l'anorexie mentale comporte trois axes principaux : l'aspect nutritionnel de la prise en charge, les psychothérapies et les traitements psychotropes.

La nutrition est la première étape indispensable de la prise en charge thérapeutique. En effet elle permet l'amélioration des performances cognitives du patient et présente déjà des vertus curatives.

III.10.1. Aspect nutritionnel de la prise en charge

La renutrition doit être progressive, il faut en éviter les complications, notamment le Syndrome de Renutrition Inapproprié (SRI), entraînant des troubles hydroélectrolytiques, avec un risque de troubles du rythme cardiaque.

Il faut parfois recourir à une assistance nutritive, par la pose d'une sonde nasogastrique pour une nutrition entérale discontinue ou continue. Les objectifs de poids doivent être déterminés dès le début de la prise en charge, et doivent être présentés et discutés avec le patient. Il s'agit ensuite de réaliser une rééducation nutritionnelle et diététique, pour une alimentation équilibrée. Cette étape doit permettre de retrouver le caractère hédonique et sociable de l'alimentation.

III.10.2. Psychothérapies

Le choix du type de psychothérapie à mettre en place va dépendre de l'évolution psychologique du patient, de son désir, mais aussi de son âge et de sa motivation.

Pourront être envisagées :

- Les thérapies familiales : il est indispensable de prendre en compte les familles des patients dans leur prise en charge. Ce sont les seules formes de thérapie à avoir démontré leur efficacité dans la prise en charge de l'anorexie mentale (recommandation de grade B de la Haute Autorité de Santé).

- Les thérapies cognitivo-comportementales : elles visent à corriger les pensées erronées autour de l'alimentation, à aménager les rituels alimentaires et à améliorer l'estime de soi.

- Les thérapies d'inspiration psychanalytique
- Les approches à médiation corporelle
- La psychothérapie de soutien
- Les entretiens motivationnels

III.10.3. Place des psychotropes

Aucun traitement médicamenteux n'a fait ses preuves dans le traitement de l'anorexie mentale à ce jour, les recherches se poursuivent.

Cependant, les comorbidités étant fréquentes, leur intérêt peut se discuter (troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles obsessionnels compulsifs...). Il faut tenir compte des effets indésirables des psychotropes prescrits (notamment ceux susceptibles d'entraîner un allongement du QT), et les employer de manière prudente. Ces médicaments sont plutôt utilisés si les comorbidités dominent le tableau clinique, si elles ne sont pas améliorées par la reprise pondérale ou si elles sont secondaires à celle-ci.

Ces thérapeutiques médicamenteuses ne peuvent être prescrites de manière isolée, elles doivent toujours être intégrées dans une prise en charge globale.

A la suite de l'hospitalisation (si elle a lieu) et de la renutrition initiale, le suivi devra être prolongé, pour prévenir et dépister la rechute, mais aussi pour surveiller l'apparition de troubles secondaires à la reprise pondérale (trouble dépressif, trouble anxieux).

Les différents soignants qui interviennent doivent pouvoir échanger entre eux pour articuler la prise en charge, afin d'éviter les incohérences. Un étayage non médical peut aussi s'avérer bénéfique, comme les associations de malades, de familles de malades, ou les groupes de soutien.

IV. ANOREXIE MENTALE MASCULINE

IV.1. Evolution des descriptions au cours de l'histoire

En 1689, Morton, un physicien londonien, est le premier à rapporter un cas d'anorexie mentale chez un jeune homme, fils d'un de ses amis pasteur. Il décrit cette pathologie comme une « consommation nerveuse » causée par « de la tristesse et des préoccupations anxieuses » (29). Il s'agit d'un garçon de 16 ans, qui progressivement eut un manque total d'appétit, causé par le fait qu'il étudiait beaucoup, et par les « passions de son esprit », conduisant à une atrophie généralisée, et qui en l'espace de deux ans ont entraîné sa mort. Aucun autre symptôme de type fièvre, ou toux n'avait été identifié. Aucun traitement que Morton avait pu lui administrer n'avait pu mener à des bénéfices.

En 1764, Whytt publia un cas chez un garçon de 14 ans, qu'il décrivit comme une « atrophie nerveuse ». Il rapporta les conséquences somatiques qu'entraîna sa perte d'appétit : bradycardie, froideur de la peau, troubles digestifs. Il précisa qu'on n'avait encore jamais observé un rythme cardiaque aussi bas « à l'état naturel ».

Willan rapporte en 1790 le cas d'un de ses patients, un jeune garçon londonien, studieux et à « l'esprit devenu mélancolique », qui eut des « symptômes d'indigestion » et débuta une abstinence alimentaire. Il jeûna durant 78 jours, buvant des litres d'eau chaque jour. Rapidement, le garçon s'isola complètement socialement, il ne mangea plus d'aliment solide, et le craving des premiers jours pour la nourriture le quitta complètement. Parallèlement, il continua à se plonger dans ses études. Il perdit peu à peu ses forces, il devint très émacié, toute son apparence lui donnant l'air d'un squelette. Il commença ensuite à avoir des accès de boulimie. Il ne survit pas à sa maladie.

Ce n'est qu'en 1873 que Sir William Gull (7) introduit le terme d'« Anorexia Nervosa », une maladie « touchant surtout les jeunes femmes entre 15 et 23 ans, et caractérisée par une émaciation extrême ». Il ne fait pas mention de cas masculin. Le traitement d'approche consistait alors en une séparation de la jeune femme de sa famille, la patiente étant vue comme « un vampire suçant le sang des personnes en bonne santé autour d'elle ». Cette condition était alors considérée comme entièrement liée à l'hystérie, diagnostic alors inhérent aux femmes.

Parallèlement, Lasègue décrit l'anorexie mentale en 1873 par la triade « anorexie, aménorrhée, amaigrissement », excluant de fait les cas masculins.

Par la suite, l'*anorexia nervosa* fut de plus en plus considérée comme un problème psychiatrique lié à un dysfonctionnement intra-familial, ce qui permit de concevoir des formes masculines d'anorexie.

Cependant, Simmonds en 1914 rattache l'anorexie à un trouble endocrinien de la glande pituitaire, avec l'aménorrhée comme symptôme clé (30). De nouveau, la possibilité que l'anorexie puisse toucher les hommes est écartée. Mais les traitements hormonaux administrés ne donnèrent pas de résultats bénéfiques.

En 1931, des médecins britanniques ont attribué les cas masculins à « un père autoritaire, et une mère faible » et comme étant homosexuels. (30)

Une nouvelle approche psychanalytique dans les années 1940 a décrit l'*anorexia nervosa* comme une névrose sexuelle féminine, où la nourriture est associée à l'imprégnation et l'obésité à la grossesse (31). Les fantasmes de la grossesse seraient la cause directe de l'aménorrhée, et la constipation symboliserait l'enfant dans l'abdomen.

Bruch en 1960 a défendu de nouvelles théories sur l'anorexie, trouvant des caractéristiques similaires chez des cas féminins et masculins, incluant une dysfonction endocrine, considérant la baisse du taux de testostérone urinaire comme comparable à l'aménorrhée. (32)

L'évolution des recherches à travers l'histoire sur l'anorexie mentale masculine et la multiplicité des théories proposées montrent la complexité de ce trouble.

IV.2. Épidémiologie

L'étude des données épidémiologiques concernant l'anorexie mentale est rendue difficile du fait qu'il s'agisse d'une pathologie rare (bien que son caractère rare soit remis en cause). (26) Les données concernant les sujets masculins sont d'autant plus limitées, et comme le soulignent Roux & al. (26) dans leur revue sur l'épidémiologie de l'anorexie mentale (2013), la diversité importante des outils diagnostics utilisés est telle qu'il existe peu d'études présentant des conclusions relativement fiables.

IV.2.1. Prévalence

Hudson & al. (33) ont étudié la prévalence des troubles des conduites alimentaires et des comorbidités associées, sur une cohorte aux Etats-Unis de 9282 adultes âgés de 18 ans et plus (2007), au travers d'une enquête représentative nationale. La prévalence vie entière de l'anorexie mentale chez l'homme retrouvée était de 0,3%, avec une différence significative par rapport aux femmes (0,9%) .

L'étude américaine de Swanson de 2011 (34) portant sur une cohorte d'adolescents de 13 à 18 ans (n = 10123), au travers du CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*, de l'Organisation Mondiale de la Santé), retrouve une prévalence vie entière de 0,3% d'anorexie mentale chez les sujets masculins. Ce chiffre est semblable (0,2%, (IC 95% : 0,1-0,4)) dans une étude suisse de 2016, portant sur des résidents suisses âgés de 15 à 60 ans (n = 10038) (35).

Une étude taiwanaise de 2018 (36) retrouve elle une prévalence à un an estimée à 1 pour 100000 habitants (IC 95% : 0,62-1,39) pour l'anorexie mentale chez les sujets masculins (sujets inclus dans l'étude : âgés de 11 à 34 ans, ayant reçu un diagnostic de trouble des conduites alimentaires, reçus en ambulatoire ou en hospitalisation entre 2001 et 2012).

Dans l'étude australienne d'Allen & al. de 2013 (37), portant sur une cohorte de 1383 sujets adolescents, dont 49% masculins (n = 680), au moyen d'auto-questionnaires remplis aux âges de 14, 17 et 20 ans, aucun cas d'anorexie mentale n'a été recensé. Dans celle de Preti & al. de 2009 (38), réalisée à partir de données de six pays européens, incluant des sujets âgés d'au moins de 18 ans non hospitalisés (n = 4139, âge moyen de 47,1 ans (IC 95% : 46,2-48,0)), aucun cas d'anorexie mentale masculine répondant aux critères diagnostiques utilisés n'a été recensé.

Le tableau suivant est extrait de l'étude de Swanson & al. (34). Il présente les taux de prévalence vie entière et à 12 mois, pour les différents types de troubles des conduites alimentaires, parmi plus de 10000 adolescents. Ils retrouvent dans l'anorexie mentale une prévalence vie entière de 0,3% pour les deux sexes.

TABLEAU 2 : Prévalences par sexe vie entière et à 12 mois, et ratios de prévalence à 12 mois/ vie entière des sous-types de troubles des conduites alimentaires, parmi 10123 adolescents (Swanson & al., 2011 (34))

% (SE)

Prévalence ou ratio	AN	BN	BED	SAN	SBED
<i>Prévalence vie entière</i>					
Total	0,3 (0,06)	0,9 (0,16)	1,6 (0,22)	0,8 (0,09)	2,5 (0,26)
Sujets masculins	0,3 (0,09)	0,5 (0,19)	0,8 (0,19)	0,1 (0,04)	2,6 (0,41)
Sujets féminins	0,3 (0,10)	1,3 (0,22)	2,3 (0,40)	1,5 (0,20)	2,3 (0,36)
<i>Prévalence à 12 mois</i>					
Total	0,2 (0,05)	0,6 (0,15)	0,9 (0,16)	NA	1,1 (0,12)
Sujets masculins	0,2 (0,08)	0,3 (0,22)	0,4 (0,09)	NA	1,0 (0,17)
Sujets féminins	0,1 (0,06)	0,9 (0,17)	1,4 (0,33)	NA	1,2 (0,22)
<i>Ratio prévalence à 12 mois sur vie entière</i>					
Total	57,9 (11,32)	72,0 (8,50)	56,0 (5,81)	NA	44,5 (3,64)
Sujets masculins	69,9 (15,54)	73,7 (19,89)	43,3 (9,86)	NA	38,0 (5,40)
Sujets féminins	46,7 (12,05)	71,3 (8,04)	60,9 (6,85)	NA	52,4 (6,41)

Abréviations : AN = anorexie mentale ; BN = boulimie ; BED = hyperphagie boulimique ; SAN = anorexie mentale infraclinique ; SBED = hyperphagie boulimique infraclinique

IV.2.2. Incidence

Selon la revue de Hoek (2006) (10), l'incidence de l'anorexie mentale chez l'homme serait inférieure à 1 pour 100000 personnes par an.

Dans une étude en population générale de Raevuori & al. chez une cohorte de jumeaux finlandais hommes (nés entre 1975 et 1979), publiée en 2009 (39), l'incidence de l'anorexie mentale est estimée à 15,7 pour 100000 personnes par an (IC 95% : 6,6-37,8) aux âges de 10 à 25 ans.

Des études plus récentes retrouvent les résultats suivants :

Holland & al. (40) (2015) ont analysé les taux d'admission à l'hôpital pour anorexie mentale en Angleterre dans une population âgée de 10 à 44 ans, période par période. Ils ont retrouvé un taux de 0,5 pour 100000 habitants chez les hommes (IC 95% : 0,4-0,6) sur la

période 2007-2011, contre 6,9 pour 100000 habitants pour les femmes (IC 95% : 6,7-7,1). Ils ont noté par ailleurs une augmentation importante de ces taux au début des années 2000. Les auteurs évoquent plusieurs causes susceptibles d'influencer cette augmentation, notamment : des services plus développés pour ces soins, moins de stigmatisation autour des maladies mentales, et un abaissement du seuil clinique pour une admission hospitalière.

L'étude suédoise de Javaras & al. (41) (2015), a recherché l'incidence de l'anorexie mentale et des autres troubles des conduites alimentaires parmi des individus suédois nés entre 1979 et 2001, en explorant les données des registres de soins de Suède. Ils ont retrouvé un pic d'incidence en 2009 allant jusqu'à 12,8 cas pour 100000 habitants d'anorexie mentale en population masculine (IC 95% : 5,6-20,1) (catégorie d'âge : 12 à 13 ans). Les résultats suggèrent une augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale pour les deux sexes, à partir de 2000 jusqu'en 2009.

L'étude taïwanaise de Tsai (36) (2018), au travers des données de l'Institut National de Recherches en Santé de Taïwan, ont identifié les sujets âgés de 11 à 34 ans pris en charge en ambulatoire ou en hospitalisation, et ayant reçu un diagnostic de trouble des conduites alimentaires, entre 2001 et 2012. Ils ont retrouvé une incidence pour l'anorexie mentale en population masculine de 0,54 pour 100000 habitants (IC 95% : 0,26-0,82)

Chambry et Agman (42) (2006) suggèrent dans leur revue que l'incidence chez les sujets masculins serait en augmentation ces dernières décennies, comme chez les sujets féminins. Ce constat est remis en cause par Roux & al. (26), qui rappellent que plusieurs biais peuvent être en cause : le biais de mémorisation, une meilleure reconnaissance du trouble par les médecins, et le fait que la pathologie ait été très médiatisée, ce qui a pu favoriser une meilleure conscience du trouble chez les patients. Par ailleurs les critères diagnostiques ont évolué au fil des décennies, ce qui a certainement eu des conséquences sur la mesure de l'incidence. De plus l'incidence varie selon les pays, du fait de l'influence des cultures, et de l'organisation des systèmes de soins.

IV.2.3. Sex-ratio

Communément à plusieurs ouvrages et articles, le sex-ratio retenu est de 1 cas masculin pour 9 cas féminins. Ce résultat a été remis en cause, notamment par l'étude de Woodside & al., publiée en 2001 (43), qui retrouvait un sex-ratio de 1 garçon pour 2 filles pour

les formes partielles ou totales d'anorexie mentale, et de 1 pour 4,2 pour les seules formes complètes.

Kjelsas & al. (44) (2004), parmi 1960 adolescent âgés de 14 à 15 ans, ont retrouvé un sex-ratio de 1 garçon pour 3,5 filles, au travers du *Survey for Eating Disorders* (SEDs). Comme nous l'observons dans le tableau 2 extrait de l'étude de Swanson & al. (34), dont la population incluse est celle de la *National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement* (NCA-S) (échantillon d'adolescents aux Etats-Unis âgés de 13 à 18 ans), les auteurs retrouvent un sex-ratio de 1 garçon pour 1 fille dans l'anorexie mentale. Pour les autres types de troubles des conduites alimentaires, le sex-ratio garçons/filles est lui aussi élevé, tandis que pour les formes partielles d'anorexie, ce ratio est beaucoup plus faible.

Ces différences de sex-ratio observées par rapport à de précédentes études pourraient être attribuables : aux méthodes utilisées par chacune des études, à une réelle augmentation de l'anorexie mentale en population masculine ces dernières décennies (ainsi que des autres troubles des conduites alimentaires), ou encore au fait que la pathologie soit progressivement mieux diagnostiquée dans cette population (44) (34).

Ces résultats sont bien entendus à considérer avec précaution, ces chiffres nécessitant encore d'être précisés à l'avenir.

IV.2.4. Age de début des troubles

Selon Chambry et Agman (42) (2015), la distribution des âges de début de l'anorexie mentale serait sensiblement la même chez les garçons et chez les filles, soit une majorité pendant l'adolescence, entre 12 et 19 ans.

Il est fréquemment rapporté que les formes à début prépubère seraient plus fréquentes chez le garçon (2). Une étude comparative entre garçons et filles de 2015 en Suède (45) n'a elle pas mis en évidence de différence significative d'âge de présentation de la maladie entre les sexes : en moyenne 14,9 ans chez les garçons, contre 15,2 ans chez les filles. D'autres études vont dans le même sens que cette dernière, voire même trouvent un âge de début plus tardif chez les sujets masculins (46) (47).

Il ne peut donc pas être conclu pour l'heure à un âge d'apparition des troubles différent entre les deux sexes.

IV.2.5. Groupes de population les plus touchés

Les athlètes masculins seraient plus concernés par le risque de développer un trouble des conduites alimentaires (48), dans les sports où l'esthétique peut être un critère de jugement, et influencer les résultats, et ceux où avoir une faible masse grasseuse peut représenter un avantage. Ces sports incluent : la gymnastique, le patinage artistique, la natation, la danse ou encore le body-building.

Les sports qui nécessitent d'atteindre un certain poids pour les compétitions sont aussi concernés : la lutte, l'aviron, les arts martiaux dont le judo, et les courses de chevaux. D'ailleurs, les hommes jockeys seraient plus touchés que les femmes jockeys par le risque de développer des troubles des conduites alimentaires (les femmes étant plus naturellement plus petites et plus minces).

Il n'a pas été retrouvé d'étude mettant en lien les athlètes masculins avec le risque spécifique de développer spécifiquement une anorexie mentale (le nombre de cas étant bien souvent insuffisant).

Concernant un lien possiblement significatif entre la population homosexuelle et l'anorexie mentale masculine, nous y reviendrons dans la partie « IV.4. Anorexie mentale masculine et sexualité ».

Au sujet de la population masculine, Chambry et Agman (42) suggèrent chez les garçons anorexique une plus grande diversité sociale. Cependant nos recherches n'ont pas permis de retrouver des données en ce sens.

Les données épidémiologiques concernant l'anorexie mentale en population masculine sont à ce jour limitées. Néanmoins, nous observons un certain nombre d'études venant remettre en cause la fréquence de ce trouble chez les sujets masculins, avec un sex-ratio hommes/femmes qui apparaît probablement sous-estimé. Les populations à risque seraient sensiblement les mêmes que celles décrites en population féminine (dans des milieux sportifs, et des domaines où l'esthétique a son importance). Il n'y pas de données disponibles permettant de conclure qu'un milieu socio-économique en particulier est plus touché qu'un autre.

IV.3. Aspects cliniques de l'anorexie mentale chez le garçon

IV.3.1. Préoccupations corporelles et autour du poids

Comme indiqué dans la partie « généralités », les préoccupations concernant le poids et l'alimentation sont envahissantes. Plusieurs études ont recherché le degré et la nature des préoccupations corporelles chez les garçons comparés aux filles.

Darcy & al. (2011) (49) ont mené aux Etats-Unis une étude sur l'*Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), appliqué à des adolescents filles (n = 48) et garçons (n = 48) souffrant d'anorexie mentale. L'EDE-Q est un auto-questionnaire standardisé, qui permet d'évaluer la fréquence et la sévérité de comportements clés (hyperphagie et conduite de purge) et des symptômes cognitifs (peur de prendre du poids), sur la période des 28 jours précédents. Il comporte 4 sous-échelles : la restriction alimentaire, les préoccupations alimentaires, les préoccupations corporelles, et les préoccupations autour du poids.

Les sujets inclus étaient des adolescents qui avaient en moyenne 15 ans et demi, avec 48 garçons et 48 filles. Les objectifs de cette étude étaient :

- 1) Evaluer l'utilité de l'EDE-Q appliqué aux garçons, et sa fiabilité, et comparer les scores parmi les adolescents filles et garçons.
- 2) Fournir des données préliminaires normatives sur l'EDE-Q appliqué aux garçons souffrant d'anorexie mentale.
- 3) La validation des items de l'EDE-Q parmi les adolescents filles et garçons souffrant de troubles des conduites alimentaires, comme moyen d'explorer l'expression de l'anorexie mentale chez les garçons adolescents.

Les résultats ont retrouvé chez les adolescent garçons souffrant d'anorexie mentale des scores significativement plus bas que chez les filles pour les préoccupations corporelles et pour les préoccupations autour du poids. Concernant les items suivants, les scores chez les garçons étaient également significativement plus bas : désir d'un estomac vide, manger en secret, avoir un ventre plat, et désir de perte de poids. Le score global de l'EDE-Q apparaissait significativement plus bas chez les garçons que chez les filles.

Il est à noter que les auteurs concluent que l'EDE-Q apparaît acceptable dans son utilisation chez les garçons adolescents, mais que certains items ne semblent pas pertinents pour les garçons, et ne devraient pas être inclus dans leur entretien (notamment comme le

désir d'un estomac vide). Ils pointent également les notations observées chez les filles, qui diffèrent de celles des garçons, pour des présentations cliniques pourtant similaires.

Shu & al. (2015) (50) se sont intéressés à la présentation clinique des garçons adolescents de 8 à 17 ans, souffrant de troubles des conduites alimentaires, et qui faisaient partis du HOPE project, en Australie, qui est un registre de cohorte clinique prospective pour les troubles des conduites alimentaire chez l'enfant. 53 sujets masculins ont été inclus, contre 704 sujets féminins, la plupart des sujets ayant pour diagnostic l'anorexie mentale (garçons : n = 18 ; filles : n = 268), l'anorexie mentale atypique (garçons : n = 11 ; filles : n = 168) ou UFED (*Unspecified Feeding or Eating Disorder*) (garçons : n = 21 ; filles : n = 153) . Ils ont comparé également les préoccupations corporelles et les préoccupations autour du poids et ont retrouvé sensiblement les mêmes résultats que la précédente décrite, avec des résultats significativement plus bas chez les garçons pour ces deux sous-échelles par rapport aux filles.

Pour leur part, Strober & al. (51) ont étudié les caractéristiques cliniques de l'anorexie mentale chez des garçons comparés à des filles, âgés de 13 à 17 ans (85 filles et 14 garçons) (2006). A leur admission dans le service hospitalier, les résultats de l'EDE-Q n'ont retrouvé de différence significative que pour les préoccupations autour du poids, significativement plus importantes chez les filles. Par ailleurs, les habitudes alimentaires et les comportements vis-à-vis du poids ou du corps étaient indépendants du genre. A un an de suivi, les filles avaient des scores significativement plus élevés que ceux des garçons concernant les préoccupations autour du poids, les préoccupations corporelles et les préoccupations alimentaires.

Ces résultats, comme le précisent la plupart des auteurs de ces différentes études, interrogent sur la pertinence des items de l'EDE-Q appliqués aux sujets masculins : en effet, ceux-ci seraient possiblement moins soucieux à propos de leur poids et de la recherche de minceur, que les sujets féminins, et ils seraient plutôt attachés à atteindre une silhouette masculine idéale, à savoir des épaules larges, des hanches et une taille étroites (52) (53). L'objectif principal de la perte poids serait d'obtenir une musculature visible plutôt que la recherche d'une maigreur (54).

IV.3.2. Stratégies de contrôle du poids

Les données disponibles plus récentes concernant les stratégies de contrôle du poids adoptées par les garçons semblent aller dans le sens de comportements relativement similaires entre les sujets masculins et les sujets féminins.

Cependant, au cours des décennies, diverses études ont évoqué la possibilité de différences dans ces stratégies entre les genres.

En 1994, Sharp & al. (47) ont observé 24 cas d'anorexie mentale masculine pour en faire une description clinique, comparés à 25 cas féminins. Ils notèrent une fréquence supérieure chez les sujets masculins (âge moyen de 20 ans) aux accès hyperphagiques et à l'hyperactivité physique comparés aux sujets féminins. L'abus de laxatifs était lui plus fréquemment observé chez les femmes.

Dans leur étude publiée en 2006, Crisp & al. (55) ont exploré les similarités et les différences dans l'anorexie mentale entre les genres, d'après 176 sujets féminins et 62 sujets masculins, reçus au *St-Georges Hospital* à Londres entre 1960 et 1995. Ils ont seulement noté une tendance à un abus de laxatifs chez les femmes, tandis qu'il n'y avait pas de différence dans le recours aux vomissements provoqués ou aux épisodes boulimiques, ni dans la pratique excessive d'activités physiques.

En 2014, Raevuori & al. (56) ont réalisé une revue concernant les troubles des conduites alimentaires chez les hommes. Les conduites les plus fréquemment rapportées étaient la restriction et l'exercice physique, tandis qu'une minorité recourait aux accès hyperphagiques et aux vomissements provoqués. Il n'a pas été observé de différences entre les genres à propos des accès hyperphagiques, des vomissements provoqués, de l'utilisation de laxatifs, de diurétiques ou de pilules amincissantes.

Murray & al. (57) (2014) ont cherché à comparer la pratique compulsive de l'exercice physique entre les genres chez des patients souffrant d'anorexie mentale. Ils ont inclus 27 hommes âgés en moyenne de 24,3 ans et 24 femmes âgées en moyenne de 28,2 ans. Les scores de l'EDE-Q n'ont pas révélé de différence significative entre les genres. La pratique compulsive de l'exercice physique a été évaluée au moyen du CET (*Compulsive Exercise Test*), qui est un questionnaire comprenant 24 items, évaluant les sous-échelles suivantes : évitement et comportements régis par des règles, contrôle du poids par l'exercice, amélioration de l'humeur, manque de plaisir à l'exercice et rigidité de l'exercice. Les résultats

ont montré que les hommes présentaient significativement plus de caractéristiques cognitives et émotionnelles dans la pratique compulsive de l'exercice physique que les femmes. Les sous-échelles concernées par ces scores significativement plus importants étaient : l'amélioration de l'humeur, l'évitement et les comportements régis par des règles, et la rigidité de l'exercice. Selon les auteurs, ces résultats suggèrent que la régulation émotionnelle tient un rôle majeur chez les hommes dans le maintien d'une pratique compulsive de l'exercice physique. La stigmatisation envers les hommes dans cette pathologie pourrait être un facteur les empêchant de recourir à d'autres moyens dans la régulation de leurs émotions, comme la recherche de soutien de l'entourage, contrairement aux femmes.

Coelho & al. (2015) (58) ont recherché les différences entre les genres dans la présentation clinique et les données biologiques des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires en population pédiatrique (âge moyen des sujets masculins d'environ 15 ans). Les auteurs n'ont pas observé de différence significative entre les garçons et les filles pour les comportements suivants : accès hyperphagiques, vomissements provoqués, utilisation de laxatifs ou de diurétiques. Par ailleurs aucune différence n'a non plus été démontrée dans la pratique de l'exercice physique entre les genres.

L'étude de Shu & al. (50) de 2015 (sujets âgés de 8 à 17 ans, garçons : n = 53 ; filles : n = 704), montre une plus faible tendance chez les garçons à recourir aux vomissements provoqués que les filles, même en contrôlant pour l'âge. En ce qui concerne l'hyperactivité physique, et l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques : l'étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre filles et garçons. A noter que ces résultats concernent l'ensemble des troubles des conduites alimentaires.

Gueguen & al. (46) (2012) qui ont comparé les traits cliniques de l'anorexie mentale chez des sujets masculins et féminins âgés en moyenne de 26 ans, ne retrouvent pas de différence significative entre les genres pour les items suivants : accès hyperphagiques, vomissements provoqués, utilisation de laxatifs, de diurétiques ou de pilules amincissantes, la consommation d'eau en grande quantité et la présence de ruminations.

Mancini & al. (59) (2018) se sont intéressés à 54 études pour leur revue sur les troubles des conduites alimentaires chez l'homme, publiées entre 2007 et 2017. Ils ont observé que pour les sujets masculins (tous troubles des conduites alimentaires confondus), le recours aux vomissements provoqués, à l'utilisation de laxatifs et de diurétiques étaient moindres chez

ces derniers comparés aux sujets féminins (25% vs 50%). Les hommes privilégieraient comme comportements compensatoires l'exercice physique en alternance avec le jeûne.

Le cas clinique suivant s'intéresse à un adolescent de 14 ans, hospitalisé pour anorexie mentale restrictive pure. Chez ce patient, l'hyperactivité physique a été un comportement prédominant dans la recherche de contrôle du poids.

M., 14 ans, est hospitalisé à temps complet en service de pédopsychiatrie.

Il souffre d'anorexie mentale restrictive. Son IMC à l'entrée est de 13,86kg/m².

M. est fils unique. Ses parents, qui font partis de la classe moyenne et travaillent tous les deux, se sont séparés un an et demi plus tôt (seul événement marquant dans la période pré-pubère), et il vit désormais en alternance 1 semaine sur 2 entre le domicile de son père et celui de sa mère.

M. a toujours été un garçon discret, assez bien intégré avec ses pairs, et plutôt bon élève. Il a eu une rééducation orthophonique durant deux années à l'école primaire. Il pratique le basket-ball depuis plusieurs années, sport dans lequel il est très investi.

Sa mère a souffert d'obésité morbide, pour laquelle elle avait bénéficié d'une chirurgie bariatrique.

On retrouve dans les antécédents familiaux :

- *Un épisode dépressif caractérisé chez un apparenté au premier degré.*
- *Trouble bipolaire chez un apparenté au troisième degré.*

Depuis l'été près de deux ans auparavant, M. avait commencé à développer des préoccupations corporelles importantes, centrées sur son ventre. Il refusait déjà alors d'exposer son corps. Depuis environ 6 mois avant son admission, M. présentait une restriction alimentaire progressive, avec suppression des féculents initialement. Aucune conduite de purge associée n'a été notée. Il y avait un surinvestissement dans les activités sportives : M., malgré sa tendance à s'isoler, accordait une grande importance à ne pas manquer ses entraînements et ses matchs de basket-ball. Son implication dans le sport prenait de plus en plus de place, il y montrait une rigueur excessive, s'entraînant également à la maison.

Dans ce contexte, un suivi pédopsychiatrique a été débuté. Devant l'aggravation du trouble, avec la suppression de quasiment toute alimentation, (perte de 8kg en 4 mois), M. a été adressé aux urgences pédiatriques en Mars 2017, puis hospitalisé trois semaines devant

les conséquences de sa dénutrition. Il a été ensuite transféré pour la suite de sa prise en charge en unité de pédopsychiatrie.

Dans les premiers temps de son hospitalisation, M. était envahi de nombreuses pensées anorexiques, avec une peur de grossir au premier plan. Un traitement médicamenteux par OLANZAPINE à 5mg par jour a été instauré.

Face à la poursuite de la perte de poids dans le service, une nutrition entérale exclusive par sonde nasogastrique a été mise en place.

L'hospitalisation a également mis en évidence une anxiété de séparation manifeste, associée à une phobie sociale et une peur excessive concernant sa santé et les examens médicaux. Un traitement anxiolytique a alors été initié mais vite arrêté devant la sédation induite. Malgré une conscience de ses troubles très limitée, et une verbalisation difficile lors des entretiens, M. a pu se montrer compliant dans sa prise en charge.

Progressivement, l'alimentation par voie orale a été reprise jusqu'à être complète, permettant un retrait de la sonde.

Un séjour thérapeutique dans le cadre de l'hospitalisation a permis de confirmer l'amélioration clinique, travailler sur l'affirmation de soi, la socialisation et la diversification alimentaire.

Après trois mois d'hospitalisation, la sortie définitive fût organisée, avec un relais initial de sa prise en charge en unité d'hospitalisation de jour. Son IMC à la sortie était de 17,6kg/m².

Dans les mois suivant sa sortie de l'hôpital, M. a bénéficié d'un suivi ambulatoire, et l'évolution favorable des troubles s'est confirmée.

Ce tableau clinique illustre la place majeure que peut prendre l'hyperactivité physique chez un garçon adolescent souffrant d'anorexie mentale, comme stratégie de contrôle du poids. Le but initial de l'hyperactivité physique est une dépense maximale des calories. Il est à noter que cette stratégie peut être décrite différemment selon les patients : comme volontaire, involontaire ou mixte (60). Le caractère non contrôlé de ce comportement peut apparaître chez des patients à un stade avancé de la maladie. Nous comprenons alors que cette stratégie présente des formes multiples, et peut s'avérer difficile à évaluer, mais est pourtant indispensable à considérer dans la prise en charge de ces patients. Le CET s'avère être un outil très utile pour l'évaluation de ce symptôme.

A travers nos recherches, il faut noter le manque évident d'études qui s'intéressent plus précisément à la question des stratégies de contrôle du poids chez les sujets masculins. De plus, la plupart de ces recherches concernent des patients souffrant de tous types de troubles des conduites alimentaires confondus. Une conclusion valide semble alors difficile à faire émerger. Les études les plus récentes retrouvées ne suggèrent pas de différences majeures entre les genres dans les stratégies de contrôle du poids adoptées par les patients. L'hypothèse souvent évoquée selon laquelle les hommes auraient significativement plus recours à l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale que les femmes ne peut être affirmée.

IV.4. Anorexie mentale masculine et sexualité

IV.4.1. Impact sur la sexualité

Il est reconnu que chez les sujets souffrant d'anorexie mentale, la maladie a un impact négatif sur la vie affective et sexuelle, notamment du fait de la diminution de la libido. On retrouve parmi les deux genres un dérèglement hormonal marqué. Chez les sujets masculins, la baisse du taux de testostérone serait l'équivalent de l'aménorrhée chez les sujets féminins. Ainsi, la sexualité chez les cas masculins serait en général très pauvre : ils rapporteraient moins d'expériences sexuelles, moins de relations sentimentales, et peu de contact avec le sexe opposé (42) (46).

Une étude suisse menée par Brukhin & al. (61) en 2012 s'est penchée sur 37 sujets masculins âgés de 18 à 35 ans, souffrant d'anorexie mentale. Les troubles endocrino-sexuels chez les hommes apparaissaient moins évidents que chez les femmes, mais étaient bien présents et potentiellement plus graves : disparition ou diminution de la libido, de la pollution nocturne, de l'éjaculation, de la puissance sexuelle, mais également diminution de la taille du scrotum, des testicules et de la sténose du méat. Selon les auteurs, le degré de gravité de ces troubles est représentatif du stade de la maladie.

IV.4.2. Orientation sexuelle

L'orientation sexuelle des sujets masculins est souvent sujette à discussion, évoquée comme un potentiel facteur de risque de la maladie. Des chiffres ont été proposés concernant la fréquence de l'homosexualité chez les hommes anorexiques : elle pourrait concerner de 25% à 58% des sujets (42). Ces résultats sont à considérer avec beaucoup de prudence, d'autant plus du fait de leur ancienneté.

Olivardia & al. (62), en 1995, se sont intéressés à 25 cas masculins souffrant de troubles des conduites alimentaires (dont 2 souffrants d'anorexie mentale, et 4 d'anorexie mentale associée à la boulimie). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative dans le taux d'hommes homosexuels et bisexuels, comparé au groupe contrôle (hommes sans troubles des conduites alimentaire).

En 2000, Bramon-Bosh & al. (63) ont retrouvé une fréquence significativement plus élevée d'homosexualité et de bisexualité, parmi les hommes souffrant de troubles des conduites alimentaires, comparée à celle dans le groupe de femmes.

Muise & al. (52) (2003) ont trouvé une forte corrélation entre homosexualité ou bisexualité et trouble des conduites alimentaires chez les hommes (mais principalement en ce qui concernait la boulimie). Ils précisent qu'en comparaison, la proportion d'homosexualité chez les femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires est de 1%, et en population masculine générale de 1 à 6%.

En 2007, Feldman et Meyer (64) ont publié une étude recherchant la prévalence de troubles des conduites alimentaires parmi les populations gays et bisexuelles, chez les hommes et chez les femmes, en les comparant à des groupes contrôles (avec un âge moyen de 32 ans). Ils ont retrouvé une différence significative entre hommes hétérosexuels et hommes gays ou bisexuels en ce qui concerne la prévalence vie entière de la boulimie, de la boulimie subclinique et de tout type de trouble des conduites alimentaires subclinique, avec une prévalence pour ces troubles plus importante dans le groupe d'hommes gays et bisexuels. Il n'a pas été observé de différence significative en ce qui concerne l'anorexie mentale entre les populations masculines, et aucune différence entre les populations féminines pour les différents troubles étudiés.

Plus récemment, différents auteurs ont étudié le lien entre l'orientation sexuelle et les troubles des conduites alimentaires dans leur ensemble (peu de résultats sont disponibles en ce qui concerne l'anorexie mentale de manière spécifique).

Austin & al. (65) (2013) ont recherché les symptômes des troubles des conduites alimentaires et l'obésité chez des lycéens américains (âge moyen = 15,9 ans), en étudiant leur lien avec leur orientation sexuelle et leur ethnie. Parmi les garçons, les gays et bisexuels représentaient environ 5% de la population masculine. Chez ceux-ci, la fréquence de conduite de purge et d'utilisation de pilules amaigrissantes était significativement plus importante que chez les garçons hétérosexuels (il en était de même pour les filles), et ce toutes ethnies confondues.

Une revue publiée en 2016 par Castellini & al. (66) s'est intéressée à la sexualité de patients souffrant de troubles des conduites alimentaires. Ils ont retrouvé de nombreuses études indiquant un plus grand risque de développer des troubles des conduites alimentaires chez les hommes homosexuels ou bisexuels. Certaines études ont montré que les populations gays et bisexuelles subiraient plus de stress, ce qui engendrerait plus facilement des comportements alimentaires pathologiques. Ils soulignent également que plusieurs études ont observé que les hommes gays et bisexuels développaient des préoccupations corporelles importantes par rapport aux hommes hétérosexuels, les conduisant à vouloir atteindre un idéal physique (corps mince, musclé et jeune) pour attirer un partenaire. D'autres études ont elles mené à l'observation d'une plus grande insatisfaction corporelle chez les hommes homosexuels que chez les hommes hétérosexuels. Il a été aussi suggéré que l'influence des médias serait plus forte chez les hommes gays. D'après les auteurs de cette revue, moins de preuves ont été mises en évidence chez les femmes autour d'un lien entre orientation sexuelle et troubles des conduites alimentaires.

Essayli & al. (67) (2019) se sont intéressés à la perception de l'orientation sexuelle des hommes et femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires par la population générale. Les résultats retrouvés indiquent que les hommes souffrant de troubles des conduites alimentaires sont plus susceptibles d'être identifiés comme gays ou bisexuels que les femmes. Cela pourrait mener à une réticence de leur part à rechercher des soins.

Enfin, Calzo & al. (68) (2018) ont étudié le lien entre orientation sexuelle et troubles des conduites alimentaires parmi une large cohorte d'adolescents au Royaume-Uni. A 14 ans, les garçons gays ou bisexuels rapportaient plus d'insatisfaction corporelle que leurs pairs

hétérosexuels, et présentaient 2,67 fois plus de chances que ces derniers de faire un régime pour perdre du poids. Tous les garçons gays et bisexuels rapportaient des dysfonctionnements plus importants dans leurs comportements alimentaires que les garçons hétérosexuels. A 16 ans, les garçons gays et bisexuels présentaient 12,5 fois plus de chances que leurs pairs hétérosexuels de développer des compulsions alimentaires.

A contrario avec les études précédentes présentées, Ming & al. (2014) (69) dont les recherches ont concerné des sujets masculins de Singapour, ont suggéré un profil type de l'homme souffrant de troubles des conduites alimentaires : « Le patient typique masculin est célibataire, hétérosexuel et a une histoire marquée par l'obésité ». Ils expriment notamment l'hypothèse selon laquelle les hommes hétérosexuels pourraient avoir plus de difficultés à demander des soins pour un trouble stéréotypé comme féminin, et que par ailleurs les hommes homosexuels, soumis à plus de facteurs de stress auraient plus facilement besoin de recourir aux soins.

IV.4.3. Dysphorie de genre

Vocks & al. (70) ont recherché quelles étaient les différences dans les troubles des conduites alimentaires chez les personnes présentant une dysphorie de genre comparées à des groupes contrôles des deux sexes sans troubles des conduites alimentaires et avec. Au moyen de différents questionnaires, ils ont retrouvé chez les sujets transsexuels homme vers femme, des résultats significativement plus importants pour : la restriction alimentaire, les préoccupations corporelles, les préoccupations autour de poids, la recherche de la minceur, la boulimie, l'insatisfaction corporelle et le contrôle du corps, comparés au groupe contrôle masculin, mais aussi pour certaines variables comparées au groupe contrôle féminin.

Bandini & al. (71) ont recherché le degré du malaise ressenti dans leur corps de sujets avec dysphorie de genre, comparé à celui de sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires, puis pour ces deux groupes comparés à un groupe contrôle : ils ont observé que pour les deux premiers groupes, le degré de malaise ressenti dans leur corps était sévère, et représentait la part la plus importante de leur détresse.

L'altération de la sexualité dans l'anorexie mentale est un trait retrouvé fréquemment chez les sujets des deux sexes, et contribue à l'isolement social et à la dégradation des relations interpersonnelles. Il pourrait être alors considéré que la reprise ou le maintien d'activités sexuelles dans l'anorexie mentale masculine soit un facteur de bon pronostic (2).

Nos recherches dans l'ensemble indiquent que l'homosexualité dans la population masculine représente un facteur de risque de développer des troubles des conduites alimentaires, mais les données sont encore peu nombreuses en ce qui concerne spécifiquement l'anorexie mentale et ne permettent pas de mesurer ce lien. Les sujets masculins homosexuels présentent des préoccupations corporelles importantes quand on compare avec les sujets hétérosexuels, et ont tendance à rechercher la minceur et une musculature développée.

La dysphorie de genre dans la population masculine souffrant d'anorexie mentale est régulièrement évoquée dans la littérature comme comorbidité ou facteur de risque de la maladie, mais finalement très peu documentée, et ne permettant pas d'émettre une conclusion en ce sens.

IV.5. Facteurs de risque

Des troubles psychiatriques pré-morbides ont été identifiés comme facteurs de risque du développement de troubles des conduites alimentaires dans différentes études en population masculine (72) (73) (74) : les plus fréquents sont les troubles anxieux et les troubles dépressifs. On retrouverait également des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles de la personnalité préexistants (52), et des antécédents d'abus de substances (73).

Une étude suédoise de 2015 (45), comparant les caractéristiques cliniques chez des adolescents filles et garçons, souffrant de trouble des conduites alimentaires (Anorexia Nervosa ou *OSFED (other specified feeding or eating disorder) atypical anorexia nervosa*) incluant 58 garçons et 606 filles, met en avant le possible lien entre un diagnostic de trouble déficit de l'attention et hyperactivité (TDA/H) et l'apparition d'un trouble des conduites alimentaires chez les sujets masculins. Le TDA/H touchait alors 6,9% des sujets masculins versus 1% chez les sujets féminins, avec une différence significative. Le TDA/H, lorsqu'il est présent, est un diagnostic primaire par rapport à l'apparition du trouble des conduites

alimentaires : il pourrait être à l'origine de certaines différences entre les genres (car touchant plus les garçons) dans la présentation des troubles des conduites alimentaires et influencer sur la réponse aux traitements.

Ziobrowski & al. (2018), qui eux ont mené une étude sur l'association entre TDA/H et troubles des conduites alimentaires (75), chez des patients âgés de 18 à 44 ans, n'ont pas observé de lien significatif entre la prévalence du TDA/H vie entière et l'anorexie mentale, tous genres confondus (contrairement à d'autres troubles des conduites alimentaires, comme la boulimie).

Ces résultats nous indiquent que des recherches à l'avenir étudiant le potentiel lien entre trouble des conduites alimentaires et TDA/H sont nécessaires.

Dans les formes masculines d'anorexie mentale, il est fréquemment décrit un surpoids ou une obésité pré-morbides. Par exemple dans l'étude de Vo & al. en 2016 (72) 42,4% des patients (garçons adolescents et hommes souffrant de trouble des conduites alimentaires) présentaient une histoire de surpoids ou d'obésité. Gueguen & al. (46) (2012), dans leur étude comparative entre sujets masculins et féminins souffrant d'anorexie mentale, trouvent une différence significative concernant un surpoids antérieur à la maladie (39% pour les hommes vs 13% pour les femmes).

Andersen (76) en 2002 évoque que le taux d'abus sexuels et de négligence subis dans l'enfance serait bien supérieur chez les hommes par rapport aux femmes souffrant d'anorexie mentale. Afifi & al. (77) (2017) ont étudié le lien entre troubles des conduites alimentaires et maltraitance dans l'enfance, chez des hommes et des femmes en population adulte. Pour l'anorexie mentale (comme pour les autres troubles des conduites alimentaires), un lien significatif a été retrouvé avec toutes formes de maltraitance dans l'enfance confondues. Pour tous les types de troubles des conduites alimentaires : chez les hommes, il s'agissait en particulier des antécédents d'abus sexuels et de négligence physique, tandis que chez les femmes, il s'agissait surtout des abus sexuels et des abus émotionnels. Ces résultats nécessitent des explorations approfondies, mais il convient de rechercher ces éléments dans l'histoire du sujet, ce d'autant plus que pour la population masculine, l'évocation de ces abus est plus difficile, du fait de la honte ressentie et de la stigmatisation qui les accompagnent (78).

Il est suggéré par des auteurs une fréquence plus marquée dans les antécédents familiaux de troubles de l'humeur, de dépendance alcoolique chez les parents et de troubles

des conduites alimentaires dans la fratrie de sujets masculins souffrant de troubles des conduites alimentaires (73) (42).

Le cas clinique suivant concerne un jeune garçon de 13 ans, S., hospitalisé à la suite d'une dénutrition sévère, dans le cadre d'une anorexie restrictive pure. Il a été noté chez les apparentés de ce patient plusieurs troubles d'ordre psychiatriques et addictologiques.

Dans les éléments biographiques de S., on note : une séparation parentale plusieurs années auparavant, le patient vivant chez sa mère, et voyant son père en visite environ une fois par semaine. Sa mère est remariée depuis 3 ans. S. a un frère de 16 ans, avec qui il entretient de bonnes relations. Les parents travaillent tous les deux dans des milieux sportifs.

L'histoire développementale de S. ne révèle aucun retard dans les acquisitions.

Dans les antécédents familiaux de S., on note :

- Episode dépressif caractérisé chez un apparenté au 1^{er} degré (avec suivi psychiatrique et traitement par antidépresseur).

- Un épisode de restriction alimentaire avec perte de poids (vers 16-17ans) n'ayant pas nécessité d'hospitalisation, chez un apparenté au 1^{er} degré

- Trouble de l'usage de l'alcool chez un apparenté au 1^{er} degré.

- Trouble de l'humeur chez un apparenté au 1^{er} degré avec deux tentatives de suicide, et un épisode psychotique sous THC.

- Episodes dépressifs caractérisés chez un apparenté au 2nd degré, avec plusieurs tentatives de suicide

- Trouble de l'usage au THC chez un apparenté au 2nd degré.

S. a fait son entrée en maternelle à l'âge de 2 ans : il s'est rapidement intégré avec ses pairs, et n'a montré aucun signe d'une anxiété de séparation. En 4^{ème} (classe dans laquelle est S. à son entrée à l'hôpital), son intégration est plus difficile, il y a beaucoup de conflits avec ses camarades, et il est victime de harcèlement scolaire. Ses résultats scolaires restent excellents.

Histoire de la maladie

Le début des préoccupations alimentaires avait débuté quelques mois plus tôt. Pendant l'été. S. témoignait alors d'un désir de devenir danseur professionnel. Sans modification initiale de son alimentation, les préoccupations autour de son poids sont apparues, et il a augmenté son temps consacré au sport, notamment en faisant du renforcement musculaire dans sa

chambre. Puis S. a commencé à compter les calories et à peser les aliments, les apports alimentaires sont devenus fluctuants. Il persistait par ailleurs une hyperactivité physique. Les symptômes s'aggravaient alors, S. commençait à prendre ses repas seuls, et avait ajouté la course à pieds à ses activités physiques. La restriction alimentaire qualitative et quantitative était alors de plus en plus stricte. S. se trouvait alors "trop gros", et procédait à de multiples vérifications corporelles centrées sur le ventre.

Devant ces symptômes, sa mère a pris rendez-vous avec une nutritionniste qu'il a rencontré deux fois et une psychologue, sans franche amélioration clinique. S. est passé en restriction alimentaire complète. Dans ce contexte, il est amené par sa mère aux urgences de l'hôpital des enfants puis il est hospitalisé.

A son entrée (environ 8 mois après le début des troubles), il était asthénique et il a été noté un épisode de bradycardie à 32 bpm la nuit. Sur le bilan biologique initial : un début d'insuffisance rénale fonctionnelle a été observé, avec cytolyse et lymphopénie.

La prise en charge initiale consistait en une alimentation per os avec des plateaux adaptés, mais devant la poursuite de la perte de poids une sonde naso-gastrique été posée.

Le poids maximum atteint par S. était de 45 kilos, et le poids minimum était à 34,8 kilos.

Evolution dans le service

Poids à l'entrée : 35,05 kilos, IMC : 14,78kg/m²

A son arrivée, S. avait une alimentation mixte : nutrition entérale associée à une alimentation per os. Devant les difficultés qu'il présentait pour terminer ses plateaux, il a été décidé le passage à une nutrition entérale exclusive. A l'entrée, la thymie est plutôt basse et Simon a tendance à s'isoler dans sa chambre. Il nécessite d'être stimulé pour être intégré au groupe.

Devant une bonne prise de poids avec la nutrition entérale, une réintroduction alimentaire per os est débutée environ un mois après son entrée. Cette réalimentation orale nécessite beaucoup de réassurance. Un travail autour du repas en présence de la famille est réalisé.

S. est en difficulté à chaque prise de poids. Il est à la fois envahi par les cognitions anorexiques (dysmorphophobie centrée sur le ventre) mais également très anxieux vis à vis de sa prise en charge, ayant peur qu'elle s'éternise et qu'il ne parvienne pas à aller mieux. S. se montre toutefois sensible à la réassurance. On constate que la thymie reste globalement basse avec beaucoup de pleurs sur la journée et une anxiété importante. C'est pourquoi un

traitement anxiolytique systématique par ATARAX est introduit. Devant la persistance d'un trouble majeur de l'image du corps, un traitement par ZYPREXA 2,5mg est débuté.

Après deux mois, devant la bonne reprise de l'alimentation per os et la poursuite de la prise de poids, il est décidé de l'ablation de la sonde naso-gastrique. Il persiste cependant quelques difficultés alimentaires, notamment une sélectivité sur certains aliments (gras et sucrés).

Au vu de la bonne évolution clinique, la sortie définitive est organisée, après 3 mois d'hospitalisation à temps plein. Un suivi diététique en hôpital de jour est indispensable pour consolider les acquis, et travailler les équivalences qui restent très anxiogènes. Poids de sortie : 40,35kg, IMC de sortie : 16,80kg/m²

Evolution après l'hospitalisation :

S. est suivi en hôpital de jour. Les préoccupations corporelles restent encore bien présentes. S. fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, qui conduit à une nouvelle hospitalisation de deux mois avec hospitalisation de jour dans les suites. S. décompensera par la suite une maladie auto-immune (la dermatopolymyosite) après cette deuxième hospitalisation, et perdra plus de 12 kilos. Il sera alors de nouveau hospitalisé, et fera une nouvelle intoxication médicamenteuse volontaire à cette annonce.

En plus des multiples antécédents psychiatriques familiaux retrouvés chez ce patient (dont un antécédent au premier degré de trouble des conduites alimentaires), nous notons plusieurs passages à l'acte suicidaires, chez cet adolescent âgé de seulement 13 ans, également retrouvés chez un apparenté au premier degré.

En 2001, Strober & al. (79) ont publié une étude portant sur la prévalence des troubles des conduites alimentaires chez les apparentés au 1^{er} degré des sujets masculins souffrant d'anorexie mentale. Les résultats observés ont montré une prévalence significativement plus importante de forme d'anorexie mentale complète (risque relatif de 20,3) ou partielle (risque relatif de 3,3), chez les apparentés de sexe féminin des sujets masculins souffrant d'anorexie mentale (il n'a pas été repéré de trouble des conduites alimentaires chez les apparentés de sexe masculin). Cela suggère que la maladie ne se transmet pas de manière préférentielle aux apparentés de même sexe.

Raeuori & al. (39) dans leur étude à propos de jumeaux finlandais souffrant d'anorexie mentale, suggèrent que chez les hommes, le développement d'une anorexie mentale requiert des prédispositions génétiques plus importantes et/ou plus de facteurs environnementaux négatifs que chez les femmes.

L'homosexualité, est considérée à ce jour comme facteur de risque des troubles des conduites alimentaires, même si elle reste toujours sujette à débat (42) comme il l'a été soulevé dans la partie « IV.4. Anorexie mentale masculine et sexualité ».

Les facteurs de risque d'anorexie mentale masculine restent encore largement à préciser. Sont évoqués principalement : les troubles psychiatriques prémorbides (notamment troubles anxieux et dépressifs) et un antécédent de surpoids ou d'obésité. D'autres possibles facteurs de risque sont à étudier : les antécédents familiaux de troubles psychiatriques, des prédispositions génétiques, les antécédents de psychotraumatismes dans l'enfance, l'homosexualité, et le TDA/H.

IV.6. Comorbidités psychiatriques

A travers l'histoire, plusieurs auteurs ont évoqué la possibilité d'un lien entre trouble psychotique et anorexie mentale (Bruch, Selvini-Palazolli). Ce lien ne semble cependant pas mis en évidence dans la plupart des études sur les troubles des conduites alimentaires en population masculine (80).

A un an du suivi de 14 garçons adolescents, âgés de 13 à 17 ans, Strober & al. (51) (2006) n'ont pas retrouvé de symptomatologie évocatrice d'un trouble psychotique chez ces patients souffrant de troubles des conduites alimentaires.

A contrario, en 2011, dans leur revue étudiant le lien entre troubles des conduites alimentaires et schizophrénie, Khalil & al. (81) estiment le risque de souffrir d'une schizophrénie comorbide chez l'homme avec un diagnostic de trouble des conduites alimentaires à 3,6 fois plus élevé que chez la femme, et plus particulièrement en ce qui concerne l'anorexie mentale.

Au travers ces résultats limités, il apparaît nécessaire que d'autres explorations soient menées à l'avenir sur ce sujet.

Nous allons maintenant nous intéresser plus en détails aux comorbidités psychiatriques les plus fréquemment retrouvées dans l'anorexie mentale masculine.

IV.6.1. Troubles de la personnalité

Dans l'anorexie mentale (données concernant les femmes pour l'essentiel), comme dans les autres troubles des conduites alimentaires, est retrouvée une forte prévalence de troubles de la personnalité comorbides. Ainsi, environ la moitié des patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires présenteraient également un trouble de la personnalité (2). De nombreuses recherches ont été menées pour étudier ce lien.

En population masculine, nous avons retrouvé les données suivantes :

Carlat & al. (73) (1997) ont effectué une étude sur 135 sujets masculins (âge moyen du début des troubles = 19,3 ans) présentant des troubles des conduites alimentaires aux Etats-Unis, dont 22% avaient un diagnostic d'anorexie mentale. Dans les comorbidités observées : les troubles de la personnalité comorbides étaient fréquemment observés, mais plus particulièrement chez les patients souffrant de boulimie. Les sept hommes souffrant d'anorexie mentale qui présentaient un trouble de la personnalité comorbide étaient répartis dans les trois clusters A, B et C du DSM.

Une étude en 1997 par Striegel-Moore & al. (82) a été menée chez des hommes vétérans souffrant de troubles des conduites alimentaires, et a retrouvé 16% de troubles de la personnalité comorbides (sans précision sur les types) chez ceux qui présentaient une anorexie mentale (contre 29% chez ceux présentant une boulimie).

Fassino & al. (83) (2001) se sont intéressés à des hommes italiens souffrant d'anorexie mentale, en cherchant à définir leur tempérament et leur caractère, à l'aide du TCI (= *Temperament and Character Inventory*). Les sujets, au nombre de 15, avaient un âge moyen de 22,5 ans.

Les traits communs retrouvés dans le groupe hommes anorexiques et le groupe femmes anorexiques étaient :

- Une forte persévérance (même sans récompense obtenue).
- Une faible capacité à l'auto-gestion et à l'acceptation de soi.

Les différences dans les traits de personnalité retrouvées étaient :

- Un caractère plus explosif et antisocial chez les hommes.
- Des conduites d'évitement et une faible prise d'initiatives chez les femmes.

Les auteurs soulignent que les similitudes observées étaient nettement plus importantes entre les deux groupes que leurs différences. Une forte persévérance associée à des traits d'une immaturité importante constituent une dyade particulière retrouvée dans les deux sexes. Les traits obsessionnels sont également communs aux deux sexes. La faible recherche de nouveauté, commune aux deux groupes pathologiques, peut être considérée selon les auteurs comme un bon indicateur de la prédisposition à développer une boulimie.

En ce qui concerne les caractères comparés entre hommes et femmes anorexiques : les hommes présentaient significativement moins de capacités de coopération que les femmes (c'est-à-dire une attitude envers les autres moins sociable et moins tolérante), ce qui entraînerait moins de dépendance que chez les femmes. Ceci conduirait donc les hommes à plus d'abus de substances, de traits antisocial et borderline, et de comorbidités psychiatriques.

Woodside & al. (84) en 2004 ont publié une étude sur la personnalité des hommes souffrant de troubles des conduites alimentaires. Les hommes étaient légèrement moins à risque de perfectionnisme, de conduites d'évitement, de dépendance à la récompense, et avaient moins de capacité de coopération que les femmes.

Il semble toutefois important de rappeler qu'en pratique, le diagnostic de troubles de la personnalité doit être évoqué avec prudence à l'adolescence, il peut se faire si les traits se présentent de manière prolongée (plus d'un an). L'anorexie mentale étant une pathologie qui touche majoritairement les adolescents, la comorbidité avec un trouble de la personnalité pour cette tranche d'âge apparaît difficile à affirmer. De plus, ces troubles de personnalité peuvent présenter des évolutions tout à fait diverses : ils peuvent se stabiliser, s'aggraver ou s'améliorer avec le temps.

IV.6.2. Troubles de l'humeur

Les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires sont fréquemment sujets à des symptômes dépressifs, la dénutrition les aggravant (2).

Godart & al. (2007) (85) ont réalisé une revue sur les études de comorbidités entre troubles des conduites alimentaires et troubles de l'humeur. Dans tous les types d'études menées, les épisodes dépressifs caractérisés apparaissaient significativement plus importants chez les sujets souffrant d'anorexie mentale que chez les sujets contrôles. Mais les auteurs soulignent que malgré le fait que la dénutrition soit connue pour engendrer une

symptomatologie dépressive, ce facteur est peu pris en compte par les différentes études. Ils retrouvent également une corrélation entre la sévérité des troubles des conduites alimentaires et la sévérité de la dépression.

Il est à noter que la plupart des études disponibles sur le sujet traitent de toutes les formes de trouble des conduites alimentaires, et ne distinguent parfois pas quelles comorbidités sont rattachées à quel trouble.

Carlat & al. (1997) (73) dans leur étude portant sur des sujets masculins souffrant de troubles des conduites alimentaires, ont retrouvé une forte comorbidité avec le trouble dépressif, qui atteignait 54% des sujets. Olivardia & al. (62) retrouvent des résultats similaires.

Ming & al. (2014) (69) ont retrouvé 31,9% de troubles dépressifs comorbides chez des sujets masculins (n = 72) souffrant de troubles des conduites alimentaires, dont la majorité avait reçu un diagnostic d'anorexie mentale. Le trouble dépressif caractérisé était alors le trouble comorbide le plus fréquemment retrouvé chez ces sujets (âge moyen du début des troubles : 17,4 ans).

Vo & al. (2017) (72), ont eux retrouvé 27,3 % de comorbidité avec un trouble dépressif (trouble psychiatrique comorbide le plus fréquent), chez des sujets masculins âgés de 11 à 25 ans, et souffrant de tous types de troubles des conduites alimentaires confondus.

Une étude rétrospective de 2017 incluant 609 sujets masculins souffrant d'anorexie mentale, hospitalisés en Suède entre 1973 et 2010, a été menée, et s'est intéressée à la mortalité et aux comorbidités psychiatriques (86) . L'âge moyen des sujets à leur première hospitalisation était de 18,2 ans, l'âge médian de 16 ans, et l'âge le plus fréquemment retrouvé était de 13 ans. Parmi eux, 13,5% ont reçu un diagnostic de trouble dépressif.

Ces résultats, bien que disparates et ne nous permettant pas à l'heure actuelle de déterminer avec suffisamment de précision le risque dans l'anorexie mentale masculine de la survenue d'un épisode dépressif, suggèrent néanmoins une prévalence de ce trouble plus élevée qu'en population générale. Ils rappellent donc la nécessité d'explorer les symptômes évocateurs d'un épisode dépressif, en tenant compte de leur possible amélioration après une renutrition efficace.

Ces données posent à juste titre la question de l'intérêt que l'on pourrait trouver à l'introduction d'un traitement par antidépresseur dans certains cas.

Les différentes études retrouvées lors de nos recherches font par ailleurs très peu mention du trouble bipolaire comme comorbidité dans l'anorexie mentale masculine.

IV.6.3. Suicidalité

Les décès par suicide chez les patientes souffrant d'anorexie mentale représenteraient environ un tiers des décès observés (25) (87) .

Selon Keel & al. (88) (2003), le risque de décès par suicide des femmes souffrant d'anorexie mentale est environ 50 fois plus élevé qu'en population générale (SMR = 56,9, IC 95% [15,3-145,7]).

Concernant les tentatives de suicides, leur nombre est accrue mais reste difficile à déterminer. Une étude de 2004 (89) a souligné la fréquence élevée de troubles comorbides dans la survenue de tentatives de suicide chez des patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale, boulimie, et EDNOS (*eating disorders not otherwise specified*)). Ces troubles comorbides incluaient notamment les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et les troubles de l'usage de substances.

Les références suivantes apportent quelques éléments sur le risque suicidaire dans l'anorexie mentale masculine.

Swanson & al. (34) (2011) ont étudié les troubles des conduites alimentaires et leurs corrélats dans une large cohorte d'adolescents (n = 10123) aux Etats-Unis. En ce qui concerne la suicidalité (qui regroupe idées suicidaires, projets de suicide et tentatives de suicide), elle a été retrouvée comme significativement associée à l'anorexie mentale (il en était de même pour les autres types de troubles des conduites alimentaires). Les formes subcliniques d'anorexie mentale étaient aussi associées significativement à la suicidalité, de manière comparable à celle chez les adolescents souffrant d'anorexie mentale. L'étude ne précise malheureusement pas s'il existait une différence dans la suicidalité entre filles et garçons.

Dans l'étude de Gueguen & al. (46) (2012), comparant 23 hommes à 601 femmes souffrant d'anorexie mentale (âge moyen au début des troubles : environ 26 ans), il a été retrouvé significativement moins de tentatives de suicide dans les antécédents des hommes par rapport aux femmes (4% chez les hommes contre 29% chez les femmes, p = 0,01).

A Singapour, Ming & al. (69) (2014) ont étudié 72 cas masculins présentant des troubles des conduites alimentaires, dont 36,1% présentant une anorexie mentale. Ils ont retrouvé des antécédents de tentatives de suicides ou d'automutilation chez 25% de ces patients.

Ainsi, ces études mettent en évidence un risque suicidaire non négligeable chez les hommes souffrant d'anorexie mentale. Les chiffres à l'avenir permettront de mieux préciser la suicidalité dans ce trouble. Le décès par suicide étant une priorité de santé publique en France, cela rappelle la nécessité d'y accorder une attention toute particulière afin de prévenir ce risque.

IV.6.4. Troubles anxieux

Une symptomatologie anxieuse est retrouvée chez la plupart des sujets souffrant d'anorexie mentale (2). L'anxiété ne concerne pas nécessairement uniquement une anxiété autour de l'alimentation, du poids ou de l'image du corps. Le trouble anxieux peut précéder tout comme il peut se développer avec l'apparition de l'anorexie.

La grande majorité des études de comorbidités psychiatriques avec des troubles des conduites alimentaires chez des sujets masculins retrouve une prévalence du trouble anxieux (fréquemment, un trouble anxieux généralisé) plus importante qu'en population générale (72) (43) (82) (62) (90).

L'étude suédoise de Kask & al. (86) (2017), qui porte sur 609 sujets masculins âgés de 10 à 40 ans, hospitalisés en Suède sur la période de 1970 à 2010, retrouve environ 20% de troubles anxieux chez les sujets masculins souffrant d'anorexie mentale.

Ces troubles peuvent prendre plusieurs formes : trouble anxieux généralisé, anxiété de séparation, trouble obsessionnel compulsif, trouble phobique social, et anxiété de performance. Il est à noter que nos recherches n'ont pas retrouvé d'étude évoquant un lien entre anorexie mentale masculine et syndrome de stress post-traumatique.

Le cas clinique suivant illustre la place majeure que peuvent prendre les manifestations anxieuses dans la symptomatologie globale d'un sujet.

Z., 13 ans, est hospitalisé 3 mois, devant une anorexie mentale restrictive.

Z. vit avec ses parents, et sa sœur de 10 ans. Il vient d'un milieu socio-économique aisé, son père est directeur d'un magasin et sa mère médecin-anesthésiste.

En CE2, il bénéficie d'un bilan psychomoteur pour « maladresse », qui montre un trouble d'acquisition des coordinations globales fines, et une dyspraxie visuomotrice avec dysgraphie.

Au niveau de sa scolarité : Z. est un très bon élève dès le début de sa scolarité, qui se montre perfectionniste. Il n'est pas repéré d'anxiété de séparation. Un bilan psychologique est réalisé vers l'âge de 8 ans, qui met en évidence un haut potentiel intellectuel dans le domaine verbal, avec une indication à sauter une classe, et à demander un avis pédopsychiatrique. Au collège, Z. a peu d'amis. Il est en 5^{ème} au moment de son hospitalisation, il est stigmatisé comme l'« intello » par ses pairs et subit quelques moqueries.

Dans les antécédents familiaux, on retrouve : une hyperphagie à l'adolescence (+ de 15ans) avec surpoids chez un apparenté du premier degré, et plusieurs suicides dans la famille côté paternel.

Histoire de la maladie :

Z. aurait refusé de manger de la viande dès un an environ avant son hospitalisation. Le début des troubles des conduites alimentaire s'est manifesté quelques mois après ce nouveau régime, de manière concomitante à un hyper-investissement scolaire et des activités de loisirs, une quête de perfectionnisme, avec une anxiété de performance manifeste. Z. a commencé progressivement à diminuer ses apports alimentaires, à être plus sélectif et à éviter certains aliments (gras et sucrés). Il mangeait également de plus en plus vite. Il rapportait une peur de grossir mais sans décrire de complexe particulier ni de préoccupations corporelles. Les préoccupations alimentaires étaient de plus en plus importantes avec comptage des calories.

Ses parents l'ont alors amené consulter son médecin traitant nutritionniste, qui l'a fait hospitaliser. Dans un premier temps, il a été hospitalisé en pédiatrie pour son trouble des conduites alimentaires associé à une symptomatologie dépressive et des idées suicidaires. Une sonde nasogastrique a été posée devant une aphasie totale les 3 premiers jours. Malgré cela, il a continué à perdre du poids. Un traitement par FLUOXETINE 15mg a été mis en place. Il a ensuite été transféré dans un service pour adolescents, avant d'arriver dans l'unité spécialisée pour les troubles des conduites alimentaires.

Poids à la pré-admission : 29 kg. Poids maximal atteint : 33.9kg. Poids minimal : 26.4kg (en pédiatrie).

A l'entrée dans le service, Z. présentait un faciès amimique, une anhédonie, un ralentissement psychomoteur avec des idées morbides sans intentionnalité suicidaire. Il

rapportait une intense culpabilité vis-à-vis de la symptomatologie anorexique. Devant ce tableau clinique, le traitement antidépresseur a été maintenu.

Une alimentation par la sonde nasogastrique exclusive a été conservée initialement, en augmentant progressivement les apports.

Il présentait une importante dysmorphophobie centrée sur le ventre et de nombreux comportements de vérifications corporelles. Une hyperactivité physique était présente, notamment passive avec des contractions isotoniques et des mises en tension musculaire. Une prise en charge en psychomotricité a été initiée pour travailler sur ces aspects. Un travail sur le repérage des symptômes anorexiques et de mise à distance de la maladie a été réalisé.

Un traitement par ZYPREXA a été introduit pour l'aider à lutter contre les cognitions anorexiques et diminuer son anxiété, augmenté progressivement ensuite devant une composante anxieuse majeure, mais ce traitement a dû être interrompu à la suite d'une mauvaise tolérance. Une anxiété de performance très importante a été repérée chez Z. notamment dans la prise en charge, avec un souci de bien faire et un sentiment d'échec lorsqu'il rencontrait des difficultés.

Progressivement, avec la renutrition, Z. s'est montré plus spontané, la thymie s'est améliorée. Une réintroduction alimentaire a pu débuter 3 semaines après son admission permettant une ablation de la sonde naso-gastrique après deux mois dans l'unité.

Z. était alors nettement moins envahi par les pensées anorexiques, ne faisait plus d'hyperactivité active et adoptait des postures adaptées. La prise de poids s'est poursuivie. Des repas thérapeutiques en présence des parents ont été organisés. Z. a ensuite participé à un séjour thérapeutique qui a confirmé la bonne évolution de la symptomatologie.

Il a pu quitter le service après trois mois d'hospitalisation.

Z. a été ensuite suivi en hôpital de jour une fois par semaine, et il n'a pas été noté de rechute des troubles. La FLUOXETINE a été poursuivie, puis arrêtée progressivement. Une thérapie familiale a été mise en place à l'extérieur, ainsi qu'un suivi individualisé pour Z. avec un pédopsychiatre. La bonne évolution des troubles s'est confirmée par la suite.

Dans ce cas clinique, nous repérons une anxiété majeure ancienne, prémorbide à l'apparition de l'anorexie mentale, et qui semble s'être aggravée avec les manifestations de celle-ci. L'anxiété, sous ses différentes formes, est très souvent retrouvée comme comorbidité dans l'anorexie mentale. Elle est ainsi une dimension indispensable à explorer et à considérer

dans la prise en charge du patient, mais la prévalence du trouble anxieux dans l'anorexie mentale reste à ce jour encore à préciser (91), et comme nous pouvons l'imaginer d'autant plus en population masculine.

Chez le patient présenté ci-après, un trouble obsessionnel compulsif était associé à l'anorexie mentale.

T. est un pré-adolescent de 10 ans ½, qui a été hospitalisé pour anorexie mentale restrictive pure. Il vit avec ses deux parents, issus de la classe moyenne, et sa sœur. Il pratique le tennis et le piano, et aime l'informatique.

Il n'a pas présenté de trouble particulier dans ses apprentissages et c'est un bon élève, en classe de CM2.

Dans les antécédents familiaux, on retrouve : un trouble des conduites alimentaires type boulimie chez un apparenté au 3^{ème} degré, un épisode dépressif caractérisé chez un apparenté au 3^{ème} degré, et un trouble bipolaire chez un apparenté au 3^{ème} degré.

Le poids minimum atteint de T. est de 28kilos, et le maximum de 35 kilos.

Histoire de la maladie :

Les parents de T. rapportent une tristesse de l'humeur inaugurale des troubles, avec isolement et irritabilité. En parallèle, T. réduisait progressivement ses apports alimentaires, ne voulait plus manger de viande, puis ne mangeait plus que des légumes vapeurs. Un suivi psychologique est initié, une précocité intellectuelle est par ailleurs mise en évidence. Après 3 mois d'évolution des troubles, T. est admis aux urgences, et hospitalisé devant une asthénie, un amaigrissement important, et une bradycardie. T. a alors commencé à verbaliser autour de ses préoccupations : difficultés à supporter les changements de son corps liés à l'adolescence, et émergence d'idées noires sans idée suicidaire. T. a rapporté une augmentation de son activité physique (course à pieds, marche incessante en récréation).

T. est hospitalisé en unité de pédopsychiatrie spécialisée. A son arrivée : il présente une tristesse majeure avec effondrements réguliers quand sont évoqués ses troubles, et une anxiété de séparation importante. Après des complications somatiques (ECG perturbé) et un passage en unité pédiatrique, une nutrition entérale est débutée, ainsi qu'un traitement anxiolytique. La reprise alimentaire orale reprend 1 mois après son entrée. Il est alors observé une tendance à la rigidité de la pensée, et des caractéristiques obsessionnelles se traduisant

par des comportements de vérification. L'impossibilité occasionnelle de contrôler ou vérifier les modalités de soins ont constitué des facteurs anxiogènes majeurs durant les premiers temps de l'hospitalisation. T. s'investit tout de même dans sa prise en charge, la thymie est progressivement améliorée, et il prend mieux conscience de ses troubles. T. parvient à exprimer autour de sa peur de grossir au-delà des objectifs définis, et de ses préoccupations corporelles envahissantes (ventre, cuisse).

Au décours de l'hospitalisation, une diminution en fréquence et en intensité des cognitions obsessionnelles est observée par l'ensemble de l'équipe soignante (exactitude, vérifications). T. parvient à critiquer et à mettre à distance ces pensées. L'hyperactivité diminue également. Après deux mois et une reprise pondérale satisfaisante, la sonde naso-gastrique est retirée. Les permissions au domicile s'avérant difficiles, il est décidé de l'introduction de ZYPREXA.

Il sort d'hospitalisation à temps complet après 3 mois, avec un suivi initial en hôpital de jour. L'évolution est positive pour T., qui peut reprendre sa scolarité normalement. Le suivi ambulatoire comporte : psychomotricité, psychothérapie et thérapie familiale.

Dans ce cas clinique, il n'est pas fait mention de troubles obsessionnels compulsifs pré-morbides à l'anorexie, ce qui laisse à penser qu'ils se sont surtout développés en parallèle de celle-ci. On note également un trouble anxieux généralisé. L'évolution au cours de la prise en charge montre une nette diminution du trouble obsessionnel compulsif, concomitante à l'amélioration des symptômes de l'anorexie.

IV.6.5. Troubles de l'usage de substance

Chez les femmes souffrant d'anorexie mentale, les troubles de l'usage de substances psychoactives sont fréquents comparés à la population générale, comme le montrent Herzog & al. dans leur étude prospective (92). Ils ont retrouvé 18% de femmes concernées parmi 136 femmes souffrant d'anorexie mentale.

Woodside & al. (43) (2001) ont comparé les caractéristiques d'hommes souffrant de troubles des conduites alimentaires, à des femmes souffrant des mêmes troubles (formes partielles et complètes d'anorexie mentale, et formes complètes et partielles de boulimie) et à des hommes indemnes de ces troubles. Les hommes présentant ces troubles souffraient

d'une dépendance alcoolique significativement plus élevée par rapport aux deux autres groupes.

L'étude des caractéristiques chez 135 patients hommes souffrant de troubles des conduites alimentaires de Carlat & al. (73) (1997) met en avant chez eux une fréquence élevée de consommation de substances, alcool et cocaïne en premier lieu, mais plus particulièrement chez les sujets présentant une boulimie.

Crisp & al. (55) (2006) qui ont comparé des hommes et des femmes souffrant d'anorexie mentale, ont eux retrouvé un taux significativement plus important chez les hommes d'abus d'alcool par rapport aux femmes.

Dans l'étude de Gueguen & al. (46) (2012), il n'y a pas eu de différence significative mise en évidence concernant les consommations d'alcool et de tabac entre hommes et femmes avec le diagnostic d'anorexie mentale.

Les comorbidités psychiatriques dans l'anorexie mentale masculine sont multiples, les plus fréquentes étant les troubles anxieux et les troubles dépressifs. Les données disponibles, restant limitées, ne permettent pas de conclure que les comorbidités psychiatriques sont plus fréquentes chez les hommes par rapport aux femmes. Leur recherche dans la symptomatologie des patients se doit d'être systématique, afin de les intégrer dans la prise en charge. Il est important de se rappeler que les cognitions dépressives, quand il n'y en a, peuvent être améliorées par la renutrition. Ses données montrent également l'importance de rechercher toute forme de suicidalité, afin de prévenir les passages à l'acte.

IV.7. Pronostic

Nous avons évoqué dans la partie « Généralités » les facteurs influençant le pronostic de l'anorexie mentale, et les chiffres actuellement retrouvés sur son évolution. Les données disponibles concernent essentiellement les sujets féminins.

En population masculine, nous avons retrouvé les données suivantes.

Au Danemark, Moller-Madsen & al. (93) (1996) ont étudié la mortalité de patients hommes (n= 63) et femmes (n=790) ayant reçu un diagnostic d'anorexie mentale, et hospitalisés en unité de soins psychiatriques. Le SMR (*Standardized Mortality Ratio*, taux

permettant d'étudier la mortalité dans une population donnée par rapport à la population générale) était significativement augmenté dans les deux groupes d'hommes et de femmes. Il était de 8,2 pour les hommes (IC 95% = 2,7-19,1) et de 9,2 pour les femmes (IC 95% = 6,7-12,3), et donc sans différence significative entre les deux groupes. Le SMR atteignait son maximum chez les sujets masculins admis en psychiatrie entre l'âge de 15 et de 19 ans. Par ailleurs les auteurs soulignent une tendance à décéder plus tôt chez les hommes.

Gueguen & al. (46) (2012), retrouvent un SMR = 8,08 (IC 95% = 1,62-23,62) parmi les hommes hospitalisés souffrant d'anorexie mentale et un SMR = 13,19 (IC 95% = 2,65-38,55) pour les hommes avec le sous-type anorexie restrictive pure. Les facteurs prédictifs associés significativement à la mortalité sont : un âge tardif à l'admission (supérieur ou égal à 27 ans), un IMC à l'admission inférieur à 15kg/m², et le sous-type anorexie restrictive pure.

Dans l'étude de mortalité chez des patients avec un diagnostic de troubles des conduites alimentaires de Hoang & al. (94) (2014), le SMR chez les hommes souffrant d'anorexie mentale retrouvé (hospitalisés ou non) est de 2,7 (IC 95% = 1,4-4,0).

Kask & al. (86) dans une étude publiée en 2017 ont analysé la mortalité et les comorbidités psychiatriques parmi 609 patients de sexe masculin hospitalisés pour anorexie mentale en Suède entre 1973 et 2010. Les patients qui ont été inclus étaient âgés de 10 à 40 ans, pour limiter le risque d'erreur de diagnostic. Le SMR retrouvé par les auteurs, toutes causes confondues de décès, est de 4,1 (IC 95% = 3,1-5,3). Le SMR chez les patients ayant une comorbidité psychiatrique est lui de 9,1 (IC 95% = 6,6-12,2), tandis que celui chez les patients ne souffrant pas d'une comorbidité psychiatrique est de 1,6 (IC 95% = 0,9-2,7), ainsi ce dernier groupe ne présente pas de différence significative par rapport à la population générale concernant la mortalité. L'excès de mortalité dans cette étude apparaît plus marqué en cas de trouble de l'usage d'alcool ou d'autres substances. Les auteurs rappellent qu'une étude similaire chez les femmes présentant une anorexie mentale retrouvaient une mortalité 9 fois augmentée chez les femmes qui présentaient une comorbidité psychiatrique, et 3 fois augmentée chez celles qui n'avaient pas de diagnostic de comorbidité. Cela suggère l'importance des comorbidités psychiatriques dans le pronostic chez les hommes souffrant d'anorexie mentale. Ils précisent par ailleurs que le SMR pour les causes non naturelles de décès retrouvé n'est pas significativement différent entre le groupe avec comorbidité psychiatrique et le groupe sans comorbidité psychiatrique. Comme Gueguen & al. (46), un

début des troubles tardif est repéré comme facteur prédictif de mortalité. Ils notent qu'un âge précoce de début des troubles serait aussi un facteur pronostic significatif de mortalité.

Le tableau suivant est extrait de l'article, et résume les SMRs retrouvés en fonction des comorbidités psychiatriques.

TABLEAU 3 : SMRs des comorbidités psychiatriques chez des patients masculins présentant une anorexie mentale, Kask & al., 2017 (86)

	Toutes causes			Causes naturelles		Causes non naturelles	
	n (%)	n Décès	SMR (IC 95%)	n Décès	SMR (IC 95%)	n Décès	SMR (IC 95%)
Total	609 (100)	59	4,1 (3,1-5,3)	35	3,9 (2,7-5,4)	24	4,5 (2,9-6,6)
Anorexie mentale/ TCA sans comorbidité psychiatrique	353 (58)	15	1,6 (0,9-2,7)	12	2,0 (1,0-3,5)	3	1,0 (0,2-2,8)
Toute comorbidité psychiatrique	256 (42)	44	9,1 (6,6-12,2)	23	8,0 (5,1-12,0)	21	10,7 (6,6-16,4)
Trouble bipolaire	16 (2,6)	3	6,3 (1,3-18,3)	3	8,8 (1,8-25,6)	0	0,01 (0-26,6)
Schizophrénie/trouble schizo-affectif	23 (3,8)	5	11,9 (3,9-27,8)	3	11,2 (2,3-32,8)	2	13,1 (1,6-47,2)
Autre trouble psychotique	35 (5,7)	5	16,0 (5,2-37,3)	4	25,8 (7,0-66,1)	1	6,3 (0,2-35,0)
Dépression	82 (13,5)	11	8,2 (4,1-14,6)	6	7,2 (2,6-15,6)	5	9,8 (3,2-22,9)
Trouble anxieux ou trouble somatoforme	117 (19,2)	23	9,7 (6,2-14,6)	11	7,6 (3,8-13,6)	12	13,1 (6,8-23,0)
Trouble de l'usage d'alcool	49 (8,0)	19	18,9 (11,4-29,5)	8	11,5 (5,0-22,7)	11	35,5 (17,7-63,5)
Autre trouble de l'usage de substance	39 (6,4)	10	28,4 (13,6-52,2)	6	33,3 (12,2-72,6)	4	23,1 (6,3-59,2)
Trouble de la personnalité	67 (11)	14	9,6 (5,3-16,2)	3	3,1 (0,6-9,2)	11	22,1 (11,0-39,6)
Autre trouble psychiatrique	88 (14,4)	16	8,7 (5,0-14,2)	10	8,4 (4,0-15,5)	6	9,4 (3,4-20,4)

SMR : Standardized mortality Ratio ; AN : anorexia nervosa ; CI : confidence interval

Enfin, dans une étude prospective, Quadflieg & al. (95) ont analysé la mortalité parmi des sujets masculins souffrant de troubles des conduites alimentaires, incluant 147 cas d'anorexie mentale. Ils ont retrouvé un SMR élevé dans ce dernier groupe, à 5,91 (IC 95% = 3,56-9,23). A l'inverse, le SMR dans le groupe de patients présentant une boulimie n'était lui pas élevé. L'analyse de survie suggérait une période plus courte dans l'anorexie mentale entre l'apparition des troubles et la survenue du décès par rapport aux autres troubles.

Ces résultats alertent sur la fréquence d'un pronostic défavorable dans l'anorexie mentale masculine, de même qu'en population féminine, sans que nous puissions pour l'heure conclure à un pronostic plus sombre pour les hommes que pour les femmes.

Certains facteurs sont évoqués comme entraînant potentiellement un pronostic plus défavorable : âge de début des troubles tardif, ou à l'inverse précoce, présence de comorbidités psychiatriques, et probablement les troubles de l'usage de substances (alcool ou autre substance psychoactive).

IV.8. Evaluation des prises en charge

Comme nous l'avons vu dans la partie : « Généralités », la prise en charge des patients souffrant d'anorexie mentale nécessite un abord multidisciplinaire, et passe par plusieurs étapes, la première d'entre elles étant la renutrition.

La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations de bonnes pratiques concernant l'anorexie mentale en juin 2010 (4). Concernant la prise en charge du trouble, les recommandations portent sur : la renutrition et sa surveillance, le traitement des complications somatiques, les différents types de psychothérapies disponibles (les thérapies familiales étant recommandées (grade B) pour les enfants et les adolescents). Les modalités de la prise en charge en hospitalisation de jour, en hospitalisation à temps plein et en ambulatoire y sont détaillées. La HAS rappelle qu'en cas de pronostic vital engagé à court terme, la priorité est à donner aux soins somatiques. Nous pouvons également nous référer aux recommandations de prise en charge de la NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) éditées en 2017 (96)

IV.8.1. Efficacité des prises en charge en population masculine

Concernant la population masculine, la question que soulèvent certains auteurs est celle de l'efficacité chez les sujets masculins de l'application des recommandations de prise en charge, qui ont été élaborées essentiellement face à une population féminine.

Ainsi, Weltzin & al. (97) (2012) ont réalisé une étude sur 111 sujets masculins souffrant de troubles des conduites alimentaires (25 adolescents et 86 adultes), dont l'âge d'apparition

des troubles était estimé à 16,9 ans en moyenne. 41 d'entre eux souffraient d'anorexie mentale de type restrictive (AN-R), et 23 d'entre eux d'une anorexie mentale avec accès hyperphagiques/purgatifs (AN-BP). Les patients étaient admis à l'hôpital, et différentes évaluations étaient réalisées à l'admission, et à la sortie. Le traitement avait pour objectifs principaux : des objectifs nutritionnels (normalisation du poids, normalisation de l'alimentation), travailler sur les pensées erronées concernant la nourriture, le poids et la forme du corps, au moyen d'une thérapie cognitivo-comportementale, et enfin identifier les obstacles à la disparition complète des troubles (comorbidités psychiatriques, hyperactivité physique, ou expériences traumatiques passées). A la fin de l'hospitalisation, les résultats retrouvés étaient positifs pour l'ensemble de l'échantillon, notamment avec un résultat significatif sur l'IMC (*Body Mass Index* (pre-post) : sujets avec le type AN-R, $M = -3.56$, $SD = 1.81$, $p < 0.001$; sujets avec le type AN-BP, $M = -2.63$, $SD = 1.97$, $p < 0.001$), ainsi que pour l'Eating Disorder Inventory-3, et pour l'EDE-Q global (tous sujets confondus : $M = 1.57$, $SD = 1.34$, $p < .01$). Les améliorations cliniques après traitement apparaissent importantes sur les conduites alimentaires et sur les cognitions erronées, ainsi que les symptômes de l'anxiété et de la dépression. Les auteurs soulignent les particularités suivantes observées chez les sujets masculins par rapport aux sujets féminins : un pourcentage élevé de comorbidités à l'admission, une susceptibilité à l'hyperactivité physique, l'importance de l'image du corps et de la sexualité masculine, et le développement de l'identité sexuée, qui constituent selon eux des facteurs primordiaux à prendre en compte dans l'évaluation et le traitement.

Sernec & al. (98) (2015) ont comparé l'efficacité d'un traitement proposé en hospitalisation sur des sujets masculins souffrant d'anorexie mentale ($N=35$) ou de boulimie ($N=35$). Les patients inclus étaient âgés de 17 ans ou plus, et présentaient une stabilité d'un point de vue somatique, avec un $IMC \geq 12\text{kg}/\text{m}^2$. Le traitement proposé en hospitalisation était constitué de 3 phases : symptomatique (éducation nutritionnelle, et thérapie cognitivo-comportementale), psychodynamique et psychosociale (psychothérapies individuelles ou en groupe mixte), et phase de réintégration. Une amélioration significative des symptômes des troubles des conduites alimentaires et de l'IMC a été retrouvée pour chaque groupe après traitement. Seule l'hyperactivité physique persistait dans le groupe de sujets avec anorexie mentale. Le taux de ré-hospitalisation à un an de la sortie était faible pour les deux groupes (3,84% pour l'anorexie mentale et 3,7% pour la boulimie). Les auteurs évoquent que le fait de

réaliser des groupes thérapeutiques mixtes ne leur a pas semblé être un obstacle, mais a plutôt été bénéfique.

En Allemagne, Voderholzer & al. (99) (2019) ont comparé le devenir après traitement en clinique de 116 sujets masculins à 116 sujets féminins souffrant d'anorexie mentale (âge à l'admission des sujets : environ 29 ans), admis entre 2001 et 2014. Le traitement, qui a pu subir quelques changements au cours des années (de la même manière pour les hommes que pour les femmes), consistait essentiellement en des psychothérapies individuelles ou en groupe, basées sur le modèle des thérapies cognitivo-comportementales. L'objectif de reprise de poids pour chaque patient était de 700 grammes par semaine. Pour évaluer la symptomatologie, le SIAB-S a été utilisé (Structured Inventory for Anorexic and Bulimic Syndromes-Self Rating Version). Il n'a pas été retrouvé de différence significative dans la réponse au traitement proposé entre les genres, exception faite concernant l'IMC (augmentation significativement plus importante chez les femmes à la fin du traitement, $F=4,49$ $p = 0,035$).

Limbers & al. (100) (2018) ont réalisé une revue de la littérature sur les troubles des conduites alimentaires chez les sujets masculins, adolescents et jeunes adultes. Ils repèrent les deux facteurs principaux suivants retrouvés dans les études, sur lesquels une attention particulière doit être portée durant la prise en charge : la comorbidité avec un abus de substance, et le rôle des sports de compétition.

Ces études s'accordent sur le fait que dans l'ensemble, les programmes thérapeutiques dans l'anorexie mentale appliqués aux sujets masculins semblent efficaces. Comme évoqué par Ming & al. (69), il apparaît que les programmes thérapeutiques devraient être plus *sensibles* au genre que *spécifiques*.

IV.8.2. Point de vue des cliniciens et des patients

Nous allons nous intéresser à deux études, qui ont recherché parmi les thérapeutes quelles particularités ils avaient pu observer dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires chez des patients masculins.

Dearden & al. (101) (2013) ont mené en Australie une étude à la fois qualitative et quantitative, portant sur les problématiques liées à la prise en charge des patients hommes avec des troubles des conduites alimentaires. Ils ont analysé des données issues des organisations, des cliniciens et des patients. Les résultats ont conclu à la nécessité :

- D'une prise de conscience dans la société en général des troubles alimentaires qui touchent les hommes, pour faciliter la demande d'aide des patients notamment.
- D'une meilleure reconnaissance de ces troubles en population masculine par les thérapeutes.
- Que les services recevant des sujets masculins souffrant de troubles des conduites alimentaires soient plus adaptés à cette population, plus « *male-friendly* », et que des services ciblant plus la population masculine devraient être créés.

Kinnaird & al. (102) (2018) ont eux interrogé 10 cliniciens, recrutés au *South London and Maudsley NHS Foundation Trust National Eating Disorders Service*, ayant un minimum de 3 ans d'expérience dans le domaine. Ils ont obtenu les résultats suivants :

- Problématiques spécifiques aux hommes : ceux-ci auraient plus de difficultés que les femmes à parler de leurs émotions. Cela serait à mettre en lien avec la pression culturelle d'un idéal masculin. Les participants précisent toutefois que ceci n'est pas généralisable à l'ensemble des hommes, et que cela dépend du type de trouble. Ils ajoutent également que cette difficulté à exprimer les émotions est commune aux deux genres dans l'anorexie mentale.
- Approches thérapeutiques : la majorité des cliniciens ne rapportait pas de différence majeure dans leur manière de traiter les patients, quel que soit le genre. Il y avait un consensus selon lequel les besoins des hommes pouvaient être satisfaits en étant flexible pour adapter les thérapeutiques habituelles. Cela impliquait notamment : mettre l'accent sur le travail d'éducation autour de la stigmatisation des troubles des conduites alimentaires, et un travail accentué sur l'identification et l'expression des émotions. Afin d'assurer l'efficacité des thérapeutiques, il apparaissait nécessaire pour les cliniciens de défier les idéaux masculins, entourant l'émotion, la vulnérabilité et la quête de performance.
- Créer un environnement accueillant : les cliniciens ont rapporté qu'il était important que les patients se sentent accueillis dans un lieu sensible à la présence masculine. Une clé pour parvenir à l'efficacité du traitement serait de combattre la stigmatisation autour des troubles des conduites alimentaires, pour ne pas renforcer l'image qu'en ont les sujets masculins, qui perçoivent ces troubles comme « anti-masculins ». Cela passe par l'utilisation de supports thérapeutiques adaptés aux deux genres, ou encore

par l'accrochage de posters sur les troubles des conduites alimentaires masculins en salle d'attente. Certains cliniciens estimaient qu'il pouvait être bénéfiques de mettre en place des groupes thérapeutiques exclusivement masculins, notamment pour aborder leurs problématiques spécifiques, tandis que d'autres y étaient peu favorables, estimant que cela pourrait nuire à la volonté de créer un espace propice à l'expression des émotions, qui est une clé du traitement et de la guérison.

Les auteurs concluent que les sujets masculins ont probablement des besoins thérapeutiques spécifiques, et qu'une importance particulière est à donner à l'environnement thérapeutique. Ils expriment également la nécessité de développer des recommandations claires, notamment pour les cliniciens qui manquent d'expérience face à cette population masculine. Il est à noter que cette étude s'intéresse à la vision générale des cliniciens sur l'ensemble des troubles des conduites alimentaires, et ne précise pas leur point de vue pour chaque type de trouble.

Une étude qualitative menée par Thapliyal & al. (103) (2017) s'est intéressée au point de vue d'hommes souffrant de troubles des conduites alimentaires concernant leur prise en charge. Six livres autobiographiques ont été analysés. Les principaux facteurs positifs contribuant à l'efficacité des thérapies proposées selon les sujets étaient : une équipe de soins concernée, l'expertise des thérapeutes dans le traitement des troubles des conduites alimentaires chez les hommes, et une approche collaborative du traitement. Les facteurs négatifs influençant leur prise en charge décrits par les auteurs des bibliographies étaient : l'indifférence des équipes, les propres préjugés des auteurs sur les troubles, le sentiment que la priorité était donnée à un gain financier par les thérapeutes dont ils recevaient les traitements, les thérapeutes perçus comme non compétents ou avec une attitude de jugement, et le temps limité des séances thérapeutiques.

Ces résultats, par ailleurs très peu nombreux, suggèrent une efficacité des thérapeutiques classiquement proposées dans l'anorexie mentale, en population masculine. Les différents auteurs rappellent que des ajustements sont nécessaires face à ses patients, notamment les sujets masculins reçus doivent se sentir bien accueillis et à l'aise dans l'environnement qui les prend en charge, afin de combattre la stigmatisation autour des troubles des conduites alimentaires, encore trop souvent considérés comme des troubles typiquement féminins. Cela devrait permettre de favoriser l'efficacité des thérapeutiques. Nous notons que ces quelques études s'intéressent essentiellement à la prise en charge de patients qui passent par une hospitalisation à temps plein.

V. DISCUSSION

L'essentiel de la littérature sur l'anorexie mentale se porte naturellement sur le sexe féminin, puisque les troubles des conduites alimentaires les concernent en premier lieu. Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale ont évolué ces dernières décennies, depuis les critères de Feighner dans les années 1970 jusqu'à la CIM 10 et au DSM-5 publié en 2013. Le principal changement du DSM-5 par rapport au DSM-IV est la disparition du critère « D. aménorrhée » pour le diagnostic d'anorexie mentale : celui-ci excluait de fait les sujets masculins, les filles prépubères, les femmes sous contraception orale et les femmes ménopausées. Ceci représente une avancée importante dans la reconnaissance de l'anorexie mentale en population masculine. Ces critères font l'objet de nombreuses discussions, en considérant les nombreuses formes que peut prendre le trouble : les formes mineures, les formes typiques et les formes associées à d'autres troubles des conduites alimentaires (4).

Dans notre société, la population associe les troubles des conduites alimentaires à des sujets féminins, peu de personnes conçoivent que ces troubles touchent de manière non négligeable la population masculine. Ceci peut accroître la stigmatisation autour de ces troubles, et entraîner un retard au diagnostic et à la prise en charge.

Même si nous constatons à travers nos recherches que les études s'intéressant spécifiquement à l'anorexie mentale masculine sont encore peu nombreuses, c'est tout de même ce trouble parmi tous les types de troubles des conduites alimentaires qui resterait le plus étudié dans cette population, comme en population féminine (42).

V.1. Synthèse des recherches

Les données épidémiologiques soulignent en particulier le point suivant : l'incidence de l'anorexie mentale masculine apparaît sous-évaluée, et le sex-ratio de 1 homme pour 9 femmes rapporté par beaucoup d'auteurs est probablement obsolète. Les résultats d'études plus récentes retrouvés, évoquant un sex-ratio de 1 homme pour 3 femmes voire 1 homme pour 1 femme (43) (44) (34), interpellent. Plusieurs facteurs pourraient entrer en jeu dans ces données qui sont en contradiction avec les chiffres plus anciens proposés : la variation des méthodes utilisées entre chaque étude, ainsi que la variation des populations étudiées, un accès aux soins progressivement facilité, et la meilleure reconnaissance des troubles des

conduites alimentaires en population masculine qui conduirait plus facilement à une demande de soins de la part de cette population. Il est évoqué aussi une tendance à l'augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale en population masculine comme en population féminine ces deux à trois dernières décennies, et une tendance à la stabilisation sur les dernières années. Ces dernières données sont à considérer avec prudence : l'anorexie mentale est de nos jours mieux connue par l'ensemble des professionnels de santé, et le public a également des informations par le biais de la médiatisation importante autour de ce trouble, à travers les journaux, et les reportages télévisés qui se sont multipliés. En France, les études épidémiologiques concernant l'anorexie mentale sont manquantes (104). En définitive, plus d'études sont nécessaires à l'avenir pour mieux préciser l'épidémiologie de l'anorexie mentale en général, et donc également en population masculine.

Les populations les plus à risque semblent similaires pour les deux sexes : les mannequins, les danseurs, et les sportifs, notamment dans les sports exigeant des critères de poids et ceux où le physique est mis en avant. En population homosexuelle, le développement de l'anorexie mentale chez les garçons et les hommes semble favorisé, mais les études disponibles ont principalement établi le lien entre tous les troubles des conduites alimentaires confondus et homosexualité et non spécifiquement avec l'anorexie mentale. Un lien entre anorexie mentale masculine et dysphorie de genre ne peut être affirmé.

Concernant l'expression symptomatologique de la maladie : nos recherches n'ont pas mis en évidence de différence majeure dans la présentation de la maladie entre les genres, mais les données retrouvées sont très limitées. Chez les adolescentes et les femmes, les préoccupations corporelles et autour du poids auraient tendance à être plus marquées. Chez les garçons adolescents et les hommes : les préoccupations corporelles concerneraient en particulier leur musculature. Au sujet de l'hyperactivité physique : elle n'apparaît pas significativement plus marquée chez les hommes. L'hyperactivité physique chez les hommes est par contre bien décrite dans la dysmorphie musculaire (classée dans le DSM-5, dans les dysmorphophobies corporelles), appelée aussi anorexie inverse, Complexe d'Adonis (4), ou encore bigorexie, qui a été décrite par Pope & al. en 1993 (105). La dysmorphie musculaire touche principalement les bodybuilders, qui ont toujours l'impression d'être trop maigres ou pas assez musclés, recherchant à atteindre un idéal, et qui pratiquent alors l'exercice physique à l'excès dans cet objectif. Enfin, concernant le recours aux vomissements provoqués, la potomanie ou à l'usage de produits visant à contrôler le poids : il n'y a pas de différence notable

mise en évidence entre les genres. Ces éléments auraient tendance à conforter l'hypothèse selon laquelle l'anorexie mentale est un seul et même trouble touchant les deux sexes, avec des spécificités pour chaque genre dont il faut tenir compte, mais force est de constater que les données sont encore trop peu nombreuses pour l'affirmer. Pour Chambry & Agman (42), il y a bien un intérêt à différencier les situations cliniques des garçons de celles des filles. Ils soulignent que malgré des comportements similaires, les fonctionnements psychiques qui sous-tendent la pathologie sont différents entre les uns et les autres. Comme le suggèrent les auteurs, des études cliniques de cas seraient pertinentes à l'avenir, pour évaluer ces différences de fonctionnement psychique entre les genres.

Certains facteurs de risque du développement de l'anorexie mentale en population masculine ont été identifiés : surpoids ou obésité pré-morbides (considérés comme facteur de risque particulièrement chez les hommes), trouble anxieux, trouble dépressif, et sont suggérés les antécédents familiaux de troubles psychiatriques ou addictologiques. Concernant les antécédents de maltraitance et de négligence dans l'enfance, la prédisposition génétique, le TDA/H et les troubles psychotiques : les données actuelles ne permettent pas pour le moment de les repérer comme facteurs de risque à part entière, et mériteront des explorations complémentaires.

La présence de comorbidités psychiatriques associées à l'anorexie mentale est fréquente chez les hommes, de même qu'en population féminine. Bien que suggérée par certains auteurs, l'hypothèse que les comorbidités psychiatriques soient plus présentes chez les hommes que chez les femmes ne peut être confirmée. Les troubles comorbides les plus décrits sont en premier lieu les troubles anxieux (que l'on retrouve notamment dans les 4 cas cliniques décrits), puis en second les troubles dépressifs. Il est fréquemment décrit qu'un trouble de l'usage de substances est particulièrement présent chez les hommes souffrant d'anorexie mentale par rapport aux femmes, mais ceci ne peut non plus être affirmé. L'abus de substance serait plus fréquent dans la boulimie et dans l'anorexie mentale avec conduite de purge (2). Le risque de tentative de suicide et de décès par suicide est bien présent chez les hommes, de même que chez les femmes, les chiffres entourant ce risque restant à préciser. Les comorbidités psychiatriques à l'anorexie mentale sont ainsi à rechercher de manière systématique, car leur expression symptomatologique peut être forte, et elles sont donc indispensables à considérer dans la prise en charge globale des sujets.

Nos recherches pour ce chapitre n'ont pas retrouvé d'études évaluant spécifiquement l'efficacité de chaque étape de la prise en charge d'un patient masculin souffrant d'anorexie mentale, mais plutôt des études recherchant l'efficacité globale en population masculine des thérapies classiques, qui sont recommandées et validées en population féminine. Ces recommandations apparaissent dans l'ensemble aussi efficaces quand elles sont appliquées aux sujets masculins, et ceci reste encore largement à étudier.

V.2. Limites

Tout d'abord, il s'agit ici d'une revue non exhaustive de la littérature, comportant un certain nombre de biais, son niveau de preuve est donc faible.

Les données disponibles dans la littérature sur le sujet « Anorexie mentale masculine » restent encore peu nombreuses. Beaucoup d'études s'intéressent à l'ensemble des troubles des conduites alimentaires, nos recherches ont donc dû inclure un certain nombre de ces études-là, mais qui parfois rapportaient des résultats non spécifiques à l'anorexie mentale, et limitaient l'interprétation des résultats.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu concentrer nos recherches uniquement sur une tranche d'âge définie, toujours du fait du nombre limité de données sur le sujet, et nous avons ainsi inclus des études portant sur la population pédiatrique, sur les jeunes adultes (en tentant de privilégier ces deux dernières populations), mais aussi sur la population adulte. Les échantillons des études incluses sont fréquemment de faible taille, donc non représentatifs de la population générale. De plus, beaucoup d'études sont menées sur des sujets pris en charge en hospitalisation à temps complet, et peu se sont intéressées aux sujets pris en charge en ambulatoire, ou à la suite d'une hospitalisation. Cela augmente de manière non négligeable le biais de sélection.

De plus, la sous-estimation potentielle du trouble chez les hommes pourrait biaiser certains résultats.

Une autre limite à évoquer est celle des outils méthodologiques utilisés, qui varient d'une étude à l'autre, pouvant entraîner un biais de mesure, et donc limitant leur comparaison.

Il est peu mentionné à travers les études cliniques les conséquences psychosociales du trouble, qui pourtant peuvent être majeures et conduire à l'aggravation du trouble et au

développement de comorbidités psychiatriques, et qui devraient être prises en compte pour évaluer la sévérité de la maladie.

Enfin, les études concernant l'évolution de l'anorexie mentale après une prise en charge sont très limitées. La mortalité a bien été explorée, mais les études laissent peu de place au devenir des sujets dans leur environnement habituel, à moyen ou long terme, ainsi qu'à leur devenir vis-à-vis des soins.

V.3. Perspectives de prévention, de dépistage et de prise en charge dans l'anorexie mentale masculine

La question de la prévention des troubles des conduites alimentaires en population générale est discutable selon la HAS (4). Selon les types d'interventions, la plupart auraient peu d'impact sur l'incidence de ces maladies, voire pourrait renforcer ces troubles. Cette prévention passe essentiellement par une éducation à la santé (connaître les bases d'une alimentation équilibrée, les dangers d'une restriction alimentaire et de l'obésité, savoir être critique face aux diktats de la minceur véhiculés par la société). Le & al. (106) (2017) ont réalisé une méta-analyse évaluant l'efficacité des outils de prévention des troubles des conduites alimentaires. Ils ont retrouvé une efficacité des programmes de prévention sélective basés sur la dissonance cognitive (théorie selon laquelle les comportements d'un sujet peuvent être en désaccord avec ses valeurs et ses croyances, entraînant un inconfort psychologique) chez des sujets féminins en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte, réduisant les facteurs de risque et les symptômes des troubles des conduites alimentaires. L'éducation aux médias et les thérapies cognitivo-comportementales aurait elles aussi une efficacité dans la prévention sélective. En prévention universelle, l'éducation aux médias a montré une efficacité en population féminine comme en population masculine. Les auteurs soulignent que de grandes avancées ont été faites ces dernières décennies en termes de prévention des troubles des conduites alimentaires, mais que les interventions nécessitent encore d'être étudiées et améliorées. Brown et Keel (107) (2015) ont démontré l'efficacité de thérapies basées sur la dissonance cognitive chez des hommes adultes gays dans la réduction des facteurs de risque de troubles des conduites alimentaires, via le programme *The PRIDE Body Project*. Les programmes de prévention doivent être développés afin d'agir efficacement en population féminine comme en population masculine.

Des outils de dépistage des troubles des conduites alimentaires ont été validés en population féminine, comme le SCOFF (*Sick, Control, One stone, Fat, Food*, pouvant être utilisé par tout intervenant), l'*Eating Attitude Test* (EAT). Cependant en population masculine, ces outils nécessitent d'être affinés.

Certains auteurs estiment que l'EDE-Q, outil d'évaluation des symptômes des troubles des conduites alimentaires, est moins fiable chez les hommes comparés aux femmes (49) (108) (109). Une première version de l'*Eating Disorder Assessment for Men* (EDAM) a été développée, ciblant les spécificités des hommes, autour de l'insatisfaction corporelle, des troubles des conduites alimentaires, et de la dysmorphie musculaire. Stanford & al. (110) (2012) ont comparé l'efficacité de l'EDI-3 et de l'EDAM pour repérer des troubles des conduites alimentaires dans les deux genres. Les deux outils ont montré leur efficacité dans le repérage de ces troubles. Le développement d'un outil de dépistage qui montre sa validité et sa fiabilité dans les troubles des conduites alimentaires chez les hommes apparaît nécessaire.

La prise en charge des sujets masculins souffrant d'anorexie mentale apparaît efficace quand sont appliquées les recommandations validées chez les sujets féminins, mais des efforts pour adapter leur prise en charge sont nécessaires. Il s'agit notamment de créer un environnement accueillant, « *male-friendly* », afin qu'ils trouvent au mieux leur place dans les soins, et de développer la formation des professionnels de santé face à l'accueil d'un sujet masculin souffrant de troubles des conduites alimentaires. La question de créer des groupes thérapeutiques spécifiques aux garçons ou aux hommes se pose. Cela pourrait avoir un intérêt car ceux-ci pourraient se sentir plus libres de s'exprimer que dans un groupe mixte, et cela leur permettrait d'aborder des problématiques qui leurs sont spécifiques, comme le sujet de la sexualité. Il n'y pas de consensus à ce sujet parmi les professionnels, certains estimant que pour que ces patients se sentent pleinement intégrés dans le lieu de soins, les groupes thérapeutiques mixtes doivent être favorisés.

Les preuves de l'efficacité des thérapeutiques suivantes proposées dans l'anorexie mentale se sont multipliées, selon Brockmeyer & al. (111) (2018) : thérapies familiales, avec des connaissances plus affinées sur le rôle des approches basées sur la famille chez l'adolescent, comme le *Family-Based Treatment* (FBT) ; thérapies individuelles, dont les thérapies cognitivo-comportementales, la *Focal Psychodynamic Psychotherapy* (FCT, dérivée d'une thérapie psychodynamique approfondie), la technique *Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatments for Adults* (MANTRA), développée spécifiquement pour l'anorexie

mentale et visant les aspects émotionnels, cognitifs, relationnels et biologiques de l'anorexie mentale, le *Specialist Supportive Clinical Management* (SSCM) associant l'aide à la compréhension et à la diminution des symptômes à une psychothérapie de soutien ; les interventions autour de la nutrition ; et les interventions pour la prévention de la rechute. D'autres thérapeutiques prometteuses sont en cours de développement et d'évaluation : remédiation cognitive, thérapies d'exposition, techniques de neuromodulation invasives et non invasives, et traitements médicamenteux. Nous pouvons ainsi espérer que ces avancées améliorent significativement le devenir de l'ensemble des sujets souffrant d'anorexie mentale.

VI. CONCLUSION

L'anorexie mentale est un trouble mieux reconnu et identifié dans la population masculine de nos jours par les professionnels de santé. Malgré une multitude d'études concernant cette maladie chez les femmes, il semble que ces dernières années et décennies aient conduit à une prise de conscience de la part des cliniciens et des chercheurs de la part non négligeable de sujets masculins concernés par les troubles des conduites alimentaires.

Du fait du faible nombre de données spécifiques et de l'utilisation de méthodologies trop hétérogènes, nos recherches ne permettent pas de conclure à une forme d'anorexie mentale en population masculine tout à fait similaire ni différente à la forme décrite en population féminine. Au terme de cette revue, il apparaîtrait alors pertinent de réaliser une revue systématique sur le sujet pour une analyse plus précise.

Quelques particularités spécifiques aux sujets masculins dans le développement de la maladie sont évoquées : un surpoids ou une obésité pré-morbides plus fréquents, l'homosexualité comme potentiel facteur de risque, et des préoccupations corporelles de nature différente, tournées plutôt vers la musculature. D'autres liens évoqués sont encore à étudier : une hyperactivité physique plus marquée, des comorbidités psychiatriques plus fréquentes, un possible lien avec le TDA/H et les troubles psychotiques, et les antécédents de négligence ou de maltraitance dans l'enfance.

Les axes de prévention de l'anorexie mentale à l'avenir devront combattre la stigmatisation importante autour des troubles des conduites alimentaires, considérés comme typiquement féminins, ce qui permettrait aux adolescents comme aux hommes de faciliter leur demande de soins.

La prise en charge de ces sujets, notamment en hospitalisation nécessite des ajustements : ils doivent pouvoir se sentir à l'aise dans un milieu de soins où sont reçues majoritairement des femmes, ce qui favorisera l'alliance thérapeutique qui est un élément fondamental dans la réussite des soins. Les thérapeutiques proposées doivent tenir compte des spécificités propres au genre masculin, au-delà des spécificités du genre dans la maladie.

Le développement d'outils fiables de dépistage et de diagnostic des troubles des conduites alimentaires adaptés aux sujets masculins apparaît également comme indispensable.

Les recherches actuelles et futures permettront d'apporter de plus grandes précisions sur l'anorexie mentale masculine, et nous pouvons espérer une amélioration sensible du devenir et du pronostic de ces patients, le taux de mortalité dans l'anorexie mentale restant encore à ce jour trop élevé, quel que soit le genre.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Inserm - La science pour la santé [En ligne]. (Consulté le 30/11/2018). Anorexie mentale, [Page Web] Disponible: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>.
2. Lamas, Shankland, Nicolas & Guelfi. Anorexie mentale. Dans: Les troubles du comportement alimentaire . Elsevier Masson. 2012. p. 24-6. (Médecine et Psychothérapie).
3. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Dans: . Ed. française. 2015.
4. HAS. (Consulté le 18/11/2019). Anorexie mentale : prise en charge, [Document]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf. 2010.
5. Lamas, Shankland, Nicolas, Guelfi. Historique : les troubles des conduites alimentaires au fil des siècles. Dans: Les troubles du comportement alimentaire . Elsevier Masson. 2012. p. 3-10. (Médecine et Psychothérapie).
6. Varescon I. Les troubles des conduites alimentaires. Dans: Les addictions comportementales : Aspects cliniques et psychopathologiques . Primento. 2009. (PSY-Emotion, Intervention, Santé).
7. Zhang C. (Consulté le 7/01/2019). What can we learn from the history of male anorexia nervosa? Journal of Eating Disorders, [Article de revue]. Disponible: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-014-0036-9>.
8. Alvin P. Anorexies et boulimies à l'adolescence. DOIN. 2013. 256 p. (Conduites).
9. Foulon C. Clinique des troubles du comportement alimentaire. Dans: Manuel de psychiatrie, 2ème édition . Elsevier Masson. 2012. p. 484-90.
10. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders: Current Opinion in Psychiatry. juill 2006;19(4):389-94.
11. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. Am J Psychiatry. 2007;164(8):1259-65.
12. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. European Child & Adolescent Psychiatry. août 2016;25(8):903-18.

13. Godart NT, Legleye S, Huas C, Coté SM, Choquet M, Falissard B, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in a French community-based sample of 39,542 adolescents. *Open Journal of Epidemiology*. 2013;03(02):53-61.
14. Vidailhet, Jeammet, Collège National des Universitaires de Psychiatrie. Anorexie mentale et conduites boulimiques de l'adolescent(e). Dans: *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* . In Press Editions. 2003. p. 173-83. (La Collection Psy).
15. Pinhas L. Incidence and Age-Specific Presentation of Restrictive Eating Disorders in Children: A Canadian Paediatric Surveillance Program Study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1 oct 2011;165(10):895-9.
16. Madden S, Morris A, Zurynski YA, Kohn M, Elliot EJ. Burden of eating disorders in 5–13-year-old children in Australia. *Medical Journal of Australia*. avr 2009;190(8):410-4.
17. Steinhausen H-C. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*. août 2002;159(8):1284-93.
18. CNUP, AESP & CUNEA. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et chez l'adulte. Dans: *Référentiel de psychiatrie et d'addictologie* . Presses universitaires François Rabelais. 2016. p. 367-86.
19. Chabrol H. L'anorexie mentale de l'adolescente. *Développements*. 14 oct 2013;n° 14(1):29-38.
20. Godart N, Lamas C, Nicolas I, Corcos M. Anorexie mentale à l'adolescence. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. mars 2010;23(1):30-50.
21. Godart N, Duclos J, Perdereau F. Etiopathogénie des troubles des conduites alimentaires. Dans: *Manuel de psychiatrie, 2ème édition*. 2012. p. 490-7.
22. Gorwood P, Blanchet-Collet C, Chartrel N, Duclos J, Dechelotte P, Hanachi M, et al. New Insights in Anorexia Nervosa. *Frontiers in Neuroscience*. 29 juin 2016;10(256):1-10.
23. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ, Delinsky SS, Franko DL, Herzog DB. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*. mars 2002;31(2):191-201.
24. Lamas, Shankland, Nicolas, Guelfi. Mortalité et suicide. Dans: *Les troubles du comportement alimentaire* . Elsevier Masson. 2012. p. 66-8. (Médecine et Psychothérapie).
25. Harris C, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*. juill 1998;173(1):11-53.
26. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encéphale*. avr 2013;39(2):85-93.

27. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*. 2005;37(S1):52-9.
28. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2010;43(3):195-204.
29. Silverman J. Anorexia nervosa in males : early historic cases. Dans: *Males with eating disorders* . Arnold E. Andersen. p. 3-8.
30. Langdon-Brown W. *Anorexia nervosa : a discussion*. Londond : The C. W. Daniel Company; 1931.
31. Waller J. Anorexia nervosa : a psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*. 1940;2(1):3-16.
32. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. mars 1962;187-94.
33. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. févr 2007;61(3):348-58.
34. Swanson SA. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*. 1 juill 2011;68(7):714.
35. Mohler-Kuo M, Schnyder U, Dermota P, Wei W, Milos G. The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychological Medicine*. oct 2016;46(13):2749-58.
36. Tsai M, Gan S, Lee C, Liang Y, Lee L, Lin S. National population-based data on the incidence, prevalence, and psychiatric comorbidity of eating disorders in Taiwanese adolescents and young adults. *International Journal of Eating Disorders*. nov 2018;51(11):1277-84.
37. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM–IV–TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(3):720-32.
38. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*. sept 2009;43(14):1125-32.
39. Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. Epidemiology of Anorexia Nervosa in Men: A Nationwide Study of Finnish Twins. Huicho L, rédacteur. *PLoS ONE*. 10 févr 2009;4(2):1-4.
40. Holland J, Hall N, Yeates DG, Goldacre M. Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968–2011) and England (1990–2011): database studies. *Journal of the Royal Society of Medicine*. févr 2016;109(2):59-66.

41. Javaras KN, Runfola CD, Thornton LM, Agerbo E, Birgegård A, Norring C, et al. Sex- and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete swedish 1979-2001 birth cohort: INCIDENCE OF EATING DISORDERS. *International Journal of Eating Disorders*. déc 2015;48(8):1070-81.
42. Chambry J, Agman G. L'anorexie mentale masculine à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant*. 2006;49(2):477-511.
43. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, et al. Comparisons of Men With Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women With Eating Disorders in the Community. *American Journal of Psychiatry*. avr 2001;158(4):570-4.
44. Kjelsås E, Bjørnstrøm C, Gøtestam KG. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating Behaviors*. janv 2004;5(1):13-25.
45. Welch E, Ghaderi A, Swenne I. (Consulté le 20/02/2019). A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry*, [Article de revue]. déc 2015;15(1). Disponible: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0419-8>
46. Gueguen J, Godart N, Chambry J, Brun-Eberentz A, Foulon C, Divac PhD SM, et al. Severe anorexia nervosa in men: Comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *International Journal of Eating Disorders*. mai 2012;45(4):537-45.
47. Sharp CW, Clark SA, Dunan JR, Blackwood DHR, Shapiro CM. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders*. mars 1994;15(2):125-34.
48. Joy E, Kussman A, Nattiv A. 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *British Journal of Sports Medicine*. févr 2016;50(3):154-62.
49. Darcy AM, Doyle AC, Lock J, Peebles R, Doyle P, Le Grange D. The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: How does it compare to adolescent females? *International Journal of Eating Disorders*. janv 2012;45(1):110-4.
50. Shu CY, Limburg K, Harris C, McCormack J, Hoiles KJ, Hamilton MJ, et al. (Consulté le 3/06/2019). Clinical presentation of eating disorders in young males at a tertiary setting. *Journal of Eating Disorders*, [Article de revue]. déc 2015;3(1). Disponible: <http://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-015-0075-x>
51. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Teplinsky C, DeAntonio M. Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*. nov 2006;39(7):570-5.

52. Muise AM, Stein DG, Arbess G. Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*. déc 2003;33(6):427-35.
53. Murray SB, Griffiths S, Mond JM. Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualising muscularity-oriented disordered eating. *British Journal of Psychiatry*. mai 2016;208(5):414-5.
54. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis Complex : how to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys*. Free Press. 2002. 304 p.
55. Crisp A, Collaborators. 1.5. Anorexia nervosa in males: similarities and differences to anorexia nervosa in females. *European Eating Disorders Review*. mai 2006;14(3):163-7.
56. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males: Current Opinion in Psychiatry. nov 2014;27(6):426-30.
57. Murray SB, Griffiths S, Rieger E, Touyz S. A comparison of compulsive exercise in male and female presentations of anorexia nervosa: what is the difference? *Advances in Eating Disorders*. 2 janv 2014;2(1):65-70.
58. Coelho JS, Lee T, Karnabi P, Burns A, Marshall S, Geller J, et al. (Consulté le 10/09/2019). Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. *Journal of Eating Disorders*, [Article de journal]. déc 2018;6(1). Disponible: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-018-0226-y>
59. Mancini G, Biolcati R, Pupi V, Andrei F, Grutta SL, Baido RL, et al. I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nei maschi: una panoramica sulle ricerche nel periodo 2007-2017. *Riv Psichiatr.* :177-91.
60. Rizk M, Kern L, Godart N, Melchior J-C. Anorexie mentale, activité physique et nutrition : quelles potentialisations ? *Nutrition Clinique et Métabolisme*. déc 2014;28(4):287-93.
61. Brukhin, Borella, Borella. Anorexie nerveuse atypique chez l'homme. Particularités des troubles endocrino-sexuels de la dysmorphomanie. *Revue médicale suisse*. 2012;8:645-7.
62. Olivardia, Pope, Mangweth et Hudson. Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152(9):1279-85.
63. Bramon-Bosch E, Troop NA, Treasure JL. Eating disorders in males: a comparison with female patients. *European Eating Disorders Review*. août 2000;8(4):321-8.
64. Feldman MB, Meyer IH. Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International Journal of Eating Disorders*. avr 2007;40(3):218-26.

65. Austin SB, Nelson LA, Birkett MA, Calzo JP, Everett B. Eating Disorder Symptoms and Obesity at the Intersections of Gender, Ethnicity, and Sexual Orientation in US High School Students. *American Journal of Public Health*. févr 2013;103(2):16-22.
66. Castellini G, Lelli L, Ricca V, Maggi M. (Consulté le 23/10/2019). Sexuality in eating disorders patients: etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, [Article de revue]. 1 janv 2016; 25(2). Disponible: <http://www.degruyter.com/view/j/hmbci.2016.25.issue-2/hmbci-2015-0055/hmbci-2015-0055.xml>
67. Essayli JH, Murakami JM, Latner JD. Perceived Sexual Orientation of Men and Women with Eating Disorders and Obesity. *Journal of Homosexuality*. 12 mai 2019;66(6):735-45.
68. Calzo JP, Austin SB, Micali N. Sexual orientation disparities in eating disorder symptoms among adolescent boys and girls in the UK. *European Child & Adolescent Psychiatry*. nov 2018;27(11):1483-90.
69. Ming TS, Shan PLM, Cen AKS, Lian LE, Kim EBS. Men do get it : Eating disorders in males from an asian perspective. *ASEAN journal of Psychiatry*. 2014;15(1):72-82.
70. Vocks S, Stahn C, Loenser K, Legenbauer T. Eating and Body Image Disturbances in Male-to-Female and Female-to-Male Transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*. juin 2009;38(3):364-77.
71. Bandini E, Fisher AD, Castellini G, Lo Sauro C, Lelli L, Meriggiola MC, et al. Gender Identity Disorder and Eating Disorders: Similarities and Differences in Terms of Body Uneasiness. *The Journal of Sexual Medicine*. avr 2013;10(4):1012-23.
72. Vo M, Lau J, Rubinstein M. Eating Disorders in Adolescent and Young Adult Males: Presenting Characteristics. *Journal of Adolescent Health*. oct 2016;59(4):397-400.
73. Carlat DJ. Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. *Am J Psychiatry*. 1997;154(8):1127-32.
74. Fairburn CG, Brownell KD. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. 2nd ed. New York : Guilford Press; 2002. 633 p.
75. Ziobrowski H, Brewerton TD, Duncan AE. Associations between ADHD and eating disorders in relation to comorbid psychiatric disorders in a nationally representative sample. *Psychiatry Research*. févr 2018;260:53-9.
76. Andersen AE. Eating disorders in males. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. 2002.
77. Afifi TO, Sareen J, Fortier J, Taillieu T, Turner S, Cheung K, et al. Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *International Journal of Eating Disorders*. nov 2017;50(11):1281-96.

78. Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D. Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*. oct 2012;20(5):346-55.
79. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Males with anorexia nervosa: A controlled study of eating disorders in first-degree relatives. *International Journal of Eating Disorders*. avr 2001;29(3):263-9.
80. Andersen AE. *Males with Eating Disorders*. Psychology Press; 1990. 264 p.
81. Khalil RB, Hachem D, Richa S. Eating disorders and schizophrenia in male patients: A review. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. sept 2011;16(3):150-6.
82. Striegel-Moore RH, Garvin V, Dohm F-A, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: A national study of hospitalized veterans. *International Journal of Eating Disorders*. mai 1999;25(4):399-404.
83. Fassino S, Abbate-Daga G, Leombruni P, Amianto F, Rovera G, Giacomo Rovera G. Temperament and Character in Italian Men with Anorexia Nervosa: A Controlled Study with the Temperament and Character Inventory: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. nov 2001;189(11):788-94.
84. Woodside DB, Bulik CM, Thornton L, Klump KL, Tozzi F, Fichter MM, et al. Personality in men with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. sept 2004;57(3):273-8.
85. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet Ph, et al. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*. janv 2007;97(1-3):37-49.
86. Kask J, Ramklint M, Kolia N, Panagiotakos D, Ekblom A, Ekselius L, et al. Anorexia nervosa in males: excess mortality and psychiatric co-morbidity in 609 Swedish in-patients. *Psychological Medicine*. juin 2017;47(8):1489-99.
87. Sullivan, Patrick f. Mortality in Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1073-4.
88. Keel PK, Dorner DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of Mortality in Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry*. 1 févr 2003;60(2):179-83.
89. Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General Hospital Psychiatry*. mars 2004;26(2):129-35.
90. Strober, Freeman & al. Are There Gender Differences in Core Symptoms, Temperament, and Short-Term Prospective Outcome in Anorexia Nervosa? *International Journal of Eating Disorders*. 2006;570-5.

91. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*. nov 2002;32(3):253-70.
92. Herzog DB, Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP. Drug abuse in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. juill 2006;39(5):364-8.
93. Møller-Madsen S, Nystrup J, Nielsen S. Mortality in anorexia nervosa in Denmark during the period 1970-1987. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. déc 1996;94(6):454-9.
94. Hoang U, Goldacre M, James A. Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: National record linkage study, England, 2001-2009: Mortality Following a Diagnosis of Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*. juill 2014;47(5):507-15.
95. Quadflieg N, Strobel C, Naab S, Voderholzer U, Fichter MM. Mortality in males treated for an eating disorder—A large prospective study. *International Journal of Eating Disorders*. déc 2019;52(12):1365-9.
96. NICE National Institute for Health and Care Excellence. (Consulté le 2/01/2020). Eating disorders : recognition and treatment, 2017, [Document]. 2017. Disponible: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-5803729964485>
97. Weltzin TE, Cornella-Carlson T, Fitzpatrick ME, Kennington B, Bean P, Jefferies C. Treatment Issues and Outcomes for Males With Eating Disorders. *Eating Disorders : The Journal of Treatment & Prevention*. oct 2012;20(5):444-59.
98. Sernec K, Mrevlje GV. Male anorexia and bulimia nervosa : disorder symptoms and impulsive behaviour during hospital treatment and one year follow-up period. *Psychiatria Danubina*. 2015;27(3):242-9.
99. Voderholzer U, Hessler JB, Naab S, Fichter M, Graetz A, Greetfeld M, et al. Are there differences between men and women in outcome of intensive inpatient treatment for anorexia nervosa? An analysis of routine data. *European Eating Disorders Review*. janv 2019;27(1):59-66.
100. Limbers CA, Cohen LA, Gray BA. Eating disorders in adolescent and young adult males: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. août 2018;Volume 9:111-6.
101. Dearden A, Mulgrew KE. Service Provision for Men with Eating Issues in Australia: An Analysis of Organisations', Practitioners', and Men's Experiences. *Australian Social Work*. déc 2013;66(4):590-606.
102. Kinnaird E, Norton C, Tchanturia K. (Consulté le 21/01/2020). Clinicians' views on treatment adaptations for men with eating disorders: a qualitative study. *BMJ Open*, août 2018 [Article de revue]. Disponible: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-021934>

103. Thapliyal P, Mitchison D, Hay P. Insights into the Experiences of Treatment for An Eating Disorder in Men: A Qualitative Study of Autobiographies. *Behavioral Sciences*. 16 juin 2017;7(4):1-17.
104. Chaulet S, Riquin É, Avarello G, Malka J, Duverger P. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. juin 2018;31(3):113-45.
105. Pope HG, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*. nov 1993;34(6):406-9.
106. Le LK-D, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. avr 2017;53:46-58.
107. Brown TA, Keel PK. A randomized controlled trial of a peer co-led dissonance-based eating disorder prevention program for gay men. *Behaviour Research and Therapy*. nov 2015;74:1-10.
108. Reas DL, Øverås M, Rø Ø. Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) Among High School and University Men. *Eating Disorders*. oct 2012;20(5):437-43.
109. Smith KE, Mason TB, Murray SB, Griffiths S, Leonard RC, Wetterneck CT, et al. Male clinical norms and sex differences on the Eating Disorder Inventory (EDI) and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): SMITH et al. *International Journal of Eating Disorders*. juill 2017;50(7):769-75.
110. Stanford SC, Lemberg R. A Clinical Comparison of Men and Women on the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) and the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). *Eating Disorders*. oct 2012;20(5):379-94.
111. Brockmeyer T, Friederich H-C, Schmidt U. Advances in the treatment of anorexia nervosa: a review of established and emerging interventions. *Psychological Medicine*. juin 2018;48(8):1228-56.

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1 : Eating Disorder Examination (EDE) et Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q)

L'EDE, développé par Cooper et Fairburn en 1987, est un entretien semi-structuré visant à l'évaluation de la psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. De multiples révisions du test ont été réalisées, la dernière version datant de 2014. Au travers de 62 items, et se concentrant sur les 28 jours précédents le test, les 4 sous-échelles suivantes sont évaluées :

- Restriction alimentaire
- Préoccupations alimentaires
- Préoccupations corporelles
- Préoccupations autour du poids

Chaque item est coté de 0 à 6, selon la fréquence des symptômes.

La version auto-questionnaire EDE-Q comporte 41 items, et conserve les 4 sous-échelles de l'EDE. L'EDE-A est un auto-questionnaire développé récemment, adressé aux adolescents garçons et filles âgés de 14 ans et plus. Il comporte 36 items, et concernent les symptômes retrouvés durant les 14 derniers jours qui précèdent le test.

ANNEXE 2 : Eating Disorder Inventory (EDI) et EDI-3

L'EDI est un auto-questionnaire qui évalue les comportements et les attitudes dans les conduites alimentaires. Il a été développé en 1991 par Garner. Il ne permet pas d'établir un diagnostic, évaluant les traits psychologiques des sujets, mais un score élevé indique la nécessité de rechercher un trouble des conduites alimentaires. L'EDI-3, sa dernière version, est destiné aux sujets de 13 à 53 ans, et comporte 91 items (dont 27 additionnels), organisés en 12 échelles primaires :

- Désir de minceur
- Boulimie
- Insatisfaction corporelle
- Estime de soi diminuée
- Aliénation personnelle
- Sentiment d'insécurité dans les relations interpersonnelles
- Aliénation interpersonnelle
- Défauts d'intéroception
- Dysrégulation émotionnelle
- Perfectionnisme

- Ascétisme
- Crainte de la maturité

Une version abrégée existe. Les items de la version originale ont été conservés dans l'EDI-2 et l'EDI-3, permettant la comparaison des données. Les items sont cotés sur l'échelle de Likert à 6 degrés, selon leur fréquence.

ANNEXE 3 : Eating Attitude Test (EAT) et EAT-26

L'EAT est un auto-questionnaire développé par Garner en 1979, créé initialement dans l'objectif de repérer les symptômes relatifs à l'anorexie. Il comporte 40 items.

L'EAT-26 a été développé par Garner en 1982, toujours sous la forme d'un auto-questionnaire comportant 26 items répartis en 3 sous-échelles :

- Régime alimentaire (comportements vis-à-vis de l'alimentation (tri, évitements de certains aliments...), évaluation du désir de minceur et de l'image corporelle)
- Boulimie et préoccupations alimentaires
- Contrôle oral (évaluation du degré de contrôle exercé sur sa propre alimentation et perception du regard négatif des autres sur sa minceur et son alimentation)

Ce test évalue le risque de développer un trouble des conduites alimentaires, et peut être utilisé à visée de dépistage. Les items sont cotés de 0 à 6 sur l'échelle de Likert. Le score total peut aller de 0 à 78, un score supérieur ou égal à 20 signale une préoccupation excessive pour le poids et un risque que la patiente contracte un trouble des conduites alimentaires, risque d'autant plus élevé qu'elle sera mince.

ANNEXE 4 : Questionnaire SCOFF (*Sick, Control, One stone, Fat, Food*)

Le questionnaire SCOFF est un outil de dépistage des sujets à risque ou atteints de troubles des conduites alimentaires, développé en 1999 par Morgan & al., et conçu pour une utilisation par des non professionnels de santé. La version française a été validée, le SCOFF-F. Il comporte 5 questions :

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3 mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Chaque réponse positive à ces questions est coté 1. Un score de 2 indique une possibilité d'anorexie mentale ou de boulimie.

ANNEXE 5 : Autres échelles relatives à l'évaluation des symptômes des troubles des conduites alimentaires

a) Survey for Eating Disorders (SEDs) version modifiée

Le SEDs est un auto-questionnaire destiné à évaluer les troubles des conduites alimentaires au travers de 28 items, en accord avec la classification du DSM-IV. Les items portent sur les difficultés et habitudes alimentaires, et inclut 5 questions portant sur le poids, la taille et des données démographiques.

b) Compulsive Exercise Test (CET)

Le CET est un auto-questionnaire développé par Taranis & al. (2011), créé afin de surmonter des difficultés dans la définition et la mesure de l'exercice des sujets souffrants de troubles des conduites alimentaires. Il cherche à identifier le degré de compulsion à l'exercice. Il comporte 24 items, classés parmi les sous-échelles suivantes :

1. Evitement et comportements régis par des règles
2. Contrôle du poids par l'exercice
3. Amélioration de l'humeur
4. Manque de plaisir à l'exercice
5. Rigidité à l'exercice

Ce test a démontré sa validité et sa fiabilité, hormis pour la sous-échelle « manque de plaisir à l'exercice ». Les items sont cotés de 0 à 6 sur l'échelle de Likert.

ANNEXE 6 : Structured Inventory for Anorexic and Bulimic Syndromes – Self Rating Version (SIAB-S)

Le SIAB-S est un auto-questionnaire développé par Fichter et Quadflieg (2000) évaluant la symptomatologie des troubles des conduites alimentaires. Il est dérivé du *Structured Interview for Anorexic and Bulimic for Expert Rating (SIAB-EX)*, qui est un entretien semi-structuré.

Le SIAB-S comporte 6 sous-échelles :

1. Symptômes de la boulimie
2. Idéal de minceur et image corporelle
3. Sexualité et poids du corps
4. Comportements de compensation
5. Crises de boulimie atypiques
6. Psychopathologie globale et intégration sociale

Les items sont cotés de 0 (absence de symptôme) à 4 (très sévère).

ANNEXE 7 : Drive for Muscularity Scale (DMS)

Le DMS est un auto-questionnaire développé par Mc Creary (2007), a pour objectif d'évaluer les préoccupations corporelles d'un sujet concernant sa musculature, et les comportements adoptés face à la pression de la société pour atteindre un idéal. Il comporte 15 items. Ce questionnaire est plus fréquemment utilisé chez les hommes.

ANNEXE 8 : Eating Disorders Assesment for Men (EDAM)

L'EDAM est un outil préliminaire d'évaluation des symptômes des troubles des conduites alimentaires spécifique aux sujets masculins. Il a été développé par Stanford et Lemberg (2012). L'objectif de sa création est d'avoir un outil fiable et valide en population masculine, orienté vers le repérage des problématiques spécifiques aux hommes liées à l'insatisfaction corporelle, aux symptômes de la boulimie et aux symptômes de la dysmorphie musculaire. Il comporte 50 items, et évalue 5 sous-échelles :

- Problématiques alimentaires
- Préoccupations autour du poids
- Problématiques liées à l'exercice
- Image corporelle et préoccupations autour de l'apparence
- Troubles des habitudes alimentaires

Les items sont cotés de 0 à 5 sur l'échelle de Likert.

Cet outil est encore en cours d'évaluation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4).

ANOREXIE MENTALE MASCULINE : REVUE DE LA LITTERATURE

Résumé :

L'anorexie mentale est essentiellement documentée en population féminine, plus touchée, tandis que les données en population masculine sont peu nombreuses. La question de l'anorexie mentale comme une entité à part chez les hommes est souvent posée. Cette revue de la littérature souhaite apporter des éléments de réponse à la problématique suivante : l'anorexie mentale, telle que décrite chez les sujets masculins présente-t-elle les mêmes caractéristiques que celles des sujets féminins ? Concernant la prévalence de l'anorexie mentale en population masculine, elle apparaît probablement sous-estimée. Cliniquement, les sujets masculins présenteraient moins de préoccupations corporelles et autour du poids, et seraient plus soucieux de leur musculature. L'hyperactivité physique ne serait pas plus marquée que chez les femmes. Les facteurs de risque évoqués sont : un surpoids ou une obésité prémorbides, un trouble anxieux et un trouble dépressif. L'homosexualité serait fréquente. Les comorbidités psychiatriques sont importantes, l'anxiété et la dépression au premier plan, de même que chez les femmes. Le risque suicidaire est présent, et le taux de mortalité est élevé. Les recommandations de prise en charge de l'anorexie mentale semblent efficaces chez les sujets masculins. Des adaptations sont nécessaires : ils doivent être reçus dans un lieu de soins accueillant, leurs plus grandes difficultés à exprimer leurs émotions doit être prise en compte, et l'intérêt de groupes thérapeutiques spécifiques est à discuter. Nos recherches ne mettent pas en évidence de différences majeures entre les genres, mais les études sur le sujet, limitées, sont à poursuivre. Des outils de dépistage et de diagnostic spécifiques à aux sujets masculins sont à développer, afin de faciliter leur accès aux soins. La lutte contre la stigmatisation des troubles des conduites alimentaires doit se poursuivre, et est primordiale pour la reconnaissance des sujets masculins souffrant d'anorexie mentale.

Mots clés : anorexie mentale masculine, revue anorexie mentale, anorexie mentale genres

Discipline : Psychiatrie

**UFR des science médicales, Université de Bordeaux,
146 rue Léo Saignat 33076 BORDEAUX CEDEX**