

Une histoire comme tant d'autres

Pour mieux aborder le sujet, aussi riche que complexe, des troubles du comportement alimentaire* (TCA), nous avons d'abord choisi de vous raconter l'histoire de deux patientes. Vous y trouverez de nombreuses ressemblances avec vos patients, votre fille ou vous-même, si vous souffrez de TCA. Wendy et Claudine sont en effet représentatives de ces personnes malades, puis guéries, à qui nous voudrions donner la parole.

TÉMOIGNAGE

Wendy a souffert d'anorexie-boulimie pendant douze ans

Elle est désormais une jeune femme épanouie de 27 ans, cheveux blonds bien coiffés, visage radieux et physique bien tonique. Dans le métier qu'elle exerce, elle se doit d'être énergique, simple et bien soignée à la fois, avec une féminité bien présente, surtout quand elle sourit ! Wendy est gendarme et elle sait que chacun vit avec en lui-même une « bonne mère généreuse » et un « petit gendarme intérieur qui sait dire "stop" ». Elle l'a appris en traversant une pathologie où tout était en désordre et dans laquelle les crises de croissance rimaient avec les crises de « croissants », tous ceux auxquels elle ne savait pas dire stop ! Il lui fallait alors « purger sa peine » et vomir ! Puis, enfin, elle a senti et compris qu'on peut vivre harmonieusement avec un médiateur, une part généreuse, « cadrée et cadrante » !

Son parcours ? À 15 ans, en fin de classe de 3^e, elle décide de maigrir un peu, après une semaine au ski où elle a un peu trop mangé, comme chaque année. Mais cette fois, sa mère a souligné cette gourmandise et les formes généreuses de sa fille, jeune femme en devenir... Elle prend même une photo d'elle mangeant à pleine bouche une tartine de pâte au chocolat-noisette, photo qu'elle montrera plusieurs fois en famille avec les commentaires associés... Pour Wendy, cette photo est « un choc ». Elle

* Pour les noms suivis d'un astérisque, se reporter au glossaire, p. 302.

décide de lutter contre le chocolat, les gaufres, les formes et elle-même. Fini la gourmandise! C'en est trop! Dorénavant, «on» mangera léger! Dès lors, quand sa grand-mère lui ressert des quenelles (et personne ne dit «non» aux quenelles de grand-mère!), elle va les vomir. En quelques mois, Wendy, qui vit dans une famille «bien stable», avec un père directeur de banque, une mère secrétaire et une sœur avec laquelle elle s'entend bien, plonge dans l'anorexie-boulimie... Avec tout ce que cela va induire de souffrance, de mensonges, de silences! Bien plus tard, elle finira par se soigner... Elle trouvera un «psy», un médecin et une diététicienne qui sauront chacun l'aider à se sentir mieux, à retrouver le plaisir de manger, y compris une gaufre au chocolat, et à apprécier la convivialité car tout le monde «ne fait pas un plat pour une gaufre au chocolat!». Elle aura appris à rejeter dans le passé les propos inadaptés de sa mère et à oser lui dire ce qu'elle ressent quand sa maladresse devient gênante. Elle aura trouvé un métier qui lui apporte du cadre, du confort avec un ordre clair et une sorte de famille où chacun a une place bien définie.

TÉMOIGNAGE

Claudine, devenue obèse à 32 ans, a changé de vie

Claudine a 40 ans. Ancienne commerciale dans le médical, elle s'est récemment reconvertie en thérapeute. Elle mesure 1,65 mètre et... a dû peser tous les poids possibles depuis l'âge de 12 ans! Elle a grandi dans une famille «à risque» où toutes les femmes sont devenues rondes voire obèses en vieillissant, où les hommes étaient de «gros mangeurs» et de «bons buveurs», mais tout cela semblait «normal» parce que dans leurs métiers, boire et manger avec les clients était crucial. C'est comme ça qu'on signe les affaires! Dès sa petite enfance, elle se souvient qu'elle mangeait en attendant ses parents, et que sa grand-mère maternelle lui disait, quand elle ne savait pas quoi faire, «mange ta main, et garde l'autre pour demain» avant de lui tendre un «petit quelque chose» à grignoter pour patienter. C'était mieux que de manger sa main, au fond! À 12 ans, elle se gardait seule le soir après les cours et c'est alors que commencèrent les compulsions* : en attendant, je mange, je mange et je calme mes angoisses de solitude, de transformation pubère. Cela devint tellement habituel qu'elle y pensait avant même la fin des cours et se jetait sur les «petits quelque chose» en arrivant à la maison.

Devant l'ascendance de son poids et la normalisation familiale («C'est normal que tu grossisses à ton âge et puis tu sais, dans la famille, c'est

ainsi...»), elle décide un jour de faire un régime : son poids «dépasse sa taille» (66 kg pour 1,65 m) alors qu'au fond d'elle-même elle s'était promis que cela n'arriverait pas! Les magazines féminins qu'elle a lus à l'occasion, les sachets de régime trouvés sur les étagères des placards (tiens, sa mère se nourrit ainsi les midis...) vont la convaincre qu'elle peut changer la «donne familiale»! Son père dit toujours «quand on veut, on peut», alors elle va en faire la preuve! À 17 ans, elle sombre dans l'anorexie* (perte de presque 20 kg en 6 mois) puis lutte et devient «anorexique-boulimique» à 19 ans. Avec le début des études, l'éloignement de la famille et une nouvelle forme de solitude, le mal-être évolue et la maladie aussi. Boulimique à 24 ans, elle maintient difficilement son poids autour de 56 kg. Elle consulte des diététiciennes, des sites Internet, un «psy» parce qu'on le lui a conseillé, et d'autres praticiens... mais rien n'y fait. Au contraire, plus elle tente de changer sa façon de manger, de penser et plus elle éprouve le besoin d'étouffer le «tout» ou le «vide». Les choses s'apaisent quand elle trouve une nouvelle identité avec le début de sa carrière professionnelle. Elle stoppe tout soin et se sent mieux... temporairement car les vomissements disparaissent, certes, mais elle devient compulsive insidieusement. À 28 ans, elle en est là... Elle a beaucoup trop à faire dans son travail de commerciale et il lui est bien difficile de lutter, lors des congrès et conférences, contre la tentation de toutes ces bonnes choses qui «trônent» sur les buffets. C'est normal, cela fait partie des affaires! Et un matin, elle réalise : la voilà obèse! Le verdict qu'elle tentait d'éviter tombe lors d'une visite médicale obligatoire dans le cadre professionnel. Au fond, c'est un soulagement, elle le savait mais elle ne voulait pas le sentir. La doctoresse, femme délicate, lui suggère de se faire aider car son poids ainsi que son rythme de vie peuvent nuire à sa santé : le *burn-out* guette... Claudine entame donc un parcours de soin, mais elle sait qu'une psychothérapie serait longue. Or elle veut mincir, séduire et avoir un enfant. À 32 ans, il est temps! Finalement, une solution s'offre à elle; d'autres l'ont fait et à 38 ans elle se décide : sleeve-gastrectomie. Son poids chute un temps mais de nouveaux accès compulsifs émergent, son estomac est certes réduit mais «sa tête» a toujours faim et réclame sans cesse «quelque chose» pour se calmer. Elle développe une forme de TCA atypique, alternant des aspects compulsifs, des grignotages nocturnes, des journées de jeûne... Alors, elle se renseigne auprès d'associations pour voir comment les autres s'en sortent. Elle y est accueillie, conseillée et on lui propose de mettre en place un réel suivi, adapté à son parcours, avec une prise en charge plurielle de son trouble et d'elle-

même. Elle se sent enfin comprise et entame un parcours thérapeutique. Pour l'aider, elle aura ses soignants et cette croyance que « quand on veut, on peut », de même qu'une petite voix en elle qui dit : « J'aborderai ma quarantaine autrement ! Je commence à vivre et à manger suffisamment bien pour vivre bien. » Claudine changera alors de métier et deviendra thérapeute pour se nourrir de belles relations plutôt que de petits fours sur les buffets...

Des maladies fréquentes

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des maladies fréquentes chez les jeunes filles et jeunes femmes en France (voir tableau 1 p. 11). Mais ils n'épargnent personne, ni les jeunes enfants, ni les personnes d'âge mûr, ni même les populations des pays pauvres. On peut tomber dans l'anorexie mentale* (rarement heureusement) à 6 ans ou dans la compulsions alimentaires à 50 ans. Certains scientifiques pensent même qu'une partie des cas d'obésité infantile est liée à des TCA de type compulsif.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'anorexie mentale n'est pas le TCA le plus fréquent (voir tableau 1). Enfin, les TCA touchent une fille sur douze environ au collège et au lycée.

Quelques données générales

- En France, 100 000 personnes sont touchées par l'anorexie, 200 000 par la boulimie*, 300 000 par la compulsions et 400 000 par des TCA atypiques.
- Au collège et au lycée, il y a dans chaque classe au moins une fille atteinte de TCA avéré.
- Les TCA sont plus fréquents chez la population féminine et chez les jeunes.

L'anorexie : plus connue mais moins présente

L'anorexie mentale, le plus connu des TCA, ne représente que 10 à 15 % des TCA, la boulimie 20 % et la compulsions 30 %. Mais il existe aussi de nombreux cas de TCA « atypiques », par exemple des jeunes

filles qui restreignent fortement leur alimentation et se font parfois vomir ou bien des personnes en surpoids qui suivent des régimes déraisonnables, voire dangereux, sans qu'on puisse parler d'anorexie mentale. Certaines femmes disent faire une fois par semaine une crise alimentaire (une tablette de chocolat et une demi-baguette par exemple) sans qu'on puisse parler de compulsions alimentaires.

Le cas le plus troublant est celui de ces jeunes filles ou jeunes femmes qui pratiquent de façon intensive un sport d'endurance et qui adoptent au fil du temps un comportement alimentaire de plus en plus « déviant », afin de contrôler leur poids et d'optimiser leurs performances. Certaines statistiques relèvent près de 15 % de TCA chez ces sportives de demi-fond (voir chapitre 3), soit deux fois plus que dans la population générale.

Tableau 1 : Fréquence des TCA en France et dans les pays riches

TCA	Fréquence (femmes)	Fréquence (hommes)
Anorexie mentale	1 %	0,1 %
Boulimie	2-3 %	0,1 %
Compulsion	3-5 %	1 %
Orthorexie mentale*	0,5 %	0,2 %
Comportements restrictifs	2 %	0,2 %
Autres TCA (atypiques)	5-6 %	1 %

Fréquence dans la population des 15 à 35 ans. Ces fréquences diminuent avant et après ces âges. Données extrapolées d'enquêtes régionales dans les pays occidentaux (2008-2012).

Partout dans le monde

À l'heure actuelle, on trouve des TCA parmi toutes les populations du monde, même dans les pays pauvres. Des publications scientifiques font régulièrement état de cas d'anorexie mentale et de TCA dans des pays comme la Chine, la Thaïlande, le Japon, la Tanzanie, l'Afrique du Sud, le Mexique, le Brésil, la Polynésie ou Hawaï... Les TCA touchent également toutes les familles ethniques, y compris les populations migrantes d'origine hispanique ou asiatique ou bien métissées (les

Antillais en France). En revanche, on constate une moindre fréquence des TCA dans les populations noires partout dans le monde (y compris aux États-unis).

Surtout les femmes

Dans plus de 70 % des cas, les TCA touchent les personnes de sexe féminin. Pour l'anorexie et la boulimie (voir définitions chapitre 3, pp. 67 et suivantes), on trouve 95 % de femmes.

Tableau 2 : Pourcentage de femmes et âge au début du TCA

TCA	Femmes (%)	Âge
Anorexie mentale	93-95 %	13-25 ans
Boulimie (avec vomissements)	95-98 %	15-28 ans
Compulsion	65-75 %	10-40 ans
Orthorexie mentale	75-85 %	20-45 ans
Comportements restrictifs	70-85 %	15-50 ans
Autres TCA (atypiques)	65-70 %	?

Pourquoi le sexe féminin est-il davantage concerné? En partie à cause des hormones* sexuelles. Leur rôle est avéré : avant la puberté, par exemple, un garçon pour deux filles souffre de compulsion ou d'anorexie. Ils seront seulement un pour quatre en cas de compulsion et même un pour neuf en cas d'anorexie. Rien n'indique pourtant, dans les études génétiques, que les TCA soient directement et clairement liés au chromosome sexuel (X ou Y).

En revanche, il est clair que les TCA sont en partie liés aux hormones féminines (œstrogènes, progestérone) :

- Le comportement alimentaire des animaux femelles (rates, souris, chiennes) change selon la période sexuelle considérée : œstrus, grossesse, allaitement. C'est aussi le cas de la femme chez qui on observe des différences de préférences alimentaires en première ou deuxième partie de cycle.

- Le comportement alimentaire des femmes se modifie pendant la grossesse : ce sont les fameuses « envies », les « fringales » des femmes enceintes, mais aussi les vomissements et les troubles digestifs du début de la grossesse.
- Un traitement hormonal comme la pilule modifie le comportement alimentaire.
- Le comportement alimentaire des femmes se modifie à la ménopause ou après une ovariectomie totale (castration).

D'autres causes sont avancées : les TCA pourraient être aussi en rapport avec les changements de silhouette à l'adolescence. Entre 12 et 18 ans, la silhouette de la petite fille qui devient une femme change beaucoup plus que celle du garçon. À 10-11 ans, leur silhouette sont les mêmes... mais plus du tout à 18 ans! Dans ce laps de temps, la jeune fille a doublé sa masse grasse et le tissu adipeux s'est localisé prioritairement au niveau du ventre, des cuisses et des fesses. Ceci se fait alors même que la jeune fille mange moins qu'avant.

Certaines peuvent ainsi penser qu'il y a là une forme d'injustice, surtout si elles ne sont pas prêtes à grandir, et si les réflexions qu'elles reçoivent sur leurs formes, mêmes flatteuses, les choquent. Et lorsque ces réflexions, même anodines, sont désobligeantes (« Tu devrais faire attention avec les desserts, tu as vu tes fesses! »), que de dégâts elles peuvent causer chez une fille mal dans sa peau!

Plutôt des jeunes

Dans 80 % des cas, le TCA se déclare entre 15 et 35 ans, et la moitié d'entre eux dans la deuxième partie de l'adolescence, entre 14 et 18 ans. Pour l'anorexie, par exemple, 85 % des cas débutent entre 14 et 24 ans.

La boulimie commence en moyenne un peu plus tard, entre 16 et 20 ans. La compulsion a un spectre de début plus large, de l'enfance (6-8 ans) à l'âge mûr (45-55 ans).

L'adolescence peut favoriser l'émergence des TCA par le besoin de défis et de transgressions, besoin qui est souvent une caractéristique de cette période de la vie. L'adolescence est l'âge des extrêmes, où on se met en danger en transgressant les règles qu'on a suivies depuis

l'enfance. Les garçons (et de plus en plus les filles) expérimentent alors le haschich et les soirées arrosées : le «binge drinking» est, au fond, une forme de TCA où l'on cherche une «défonce» rapide. Les filles se lancent parfois dans des régimes drastiques pour perdre vite du poids. Celles qui sombrent dans le TCA cherchent en fait à se prouver quelque chose, sont en quête d'absolu, tout en étant très réceptives à ce que disent ou pensent les autres, notamment leurs pairs.

Les TCA : des maladies chroniques

Les TCA sont des maladies qui durent souvent plusieurs années. On n'en sort malheureusement pas aussi vite qu'on y est entré ! Selon la littérature scientifique spécialisée, forcément un peu pessimiste, rares sont les cas d'anorexie mentale, de boulimie et de compulsions qui guérissent en moins de deux à trois ans. On estime qu'au moins la moitié des malades anorexiques et boulimiques souffrent de TCA pendant plus de cinq ans. Et il n'est pas rare de voir en consultation des malades dont l'anorexie a commencé quinze ans avant. Il ne faut pas s'affoler, le TCA peut guérir malgré tout !

Cette longue durée d'évolution s'explique en partie par le fait que le TCA est une addiction* comportementale. Il occupe de nombreuses heures chaque jour : manger, ne pas manger, trouver des moyens de manger ou de ne pas manger, de criser ou de ne pas criser et faire de l'activité physique... Or, il n'est ni facile, ni rapide de quitter une addiction !

Les TCA, contrairement à une idée répandue, sont des maladies à rechute : il n'est pas rare de voir des personnes malades rechuter deux ou trois fois avant d'entrer dans une phase de guérison. Car il faut du temps, au-delà des modifications de poids et de comportement, pour que la personne soit en phase avec elle-même, libre, satisfaite et paisible. Il lui faudra repousser cette «béquille addictive» pour se sentir pleine et vivante.

Des maladies souvent graves

Oui, les TCA sont des maladies au sens propre du terme. Ils entraînent des complications somatiques et psychiques qui altèrent la

qualité de vie et augmentent le risque de morbidité et de mortalité. Les TCA figurent dans le manuel de diagnostic des psychiatres américains (DSM V, 2015). Certains spécialistes citent l'anorexie mentale comme la maladie mentale de l'adolescence qui tue le plus.

La plus fréquente des complications des TCA est la dénutrition*, qui frappe environ 70 à 80 % des malades souffrant d'anorexie mentale. La dénutrition touche également 10 à 15 % des malades obèses dans les trois ans qui suivent une chirurgie de l'obésité (chirurgie bariatrique) et sans doute la moitié des malades souffrant de boulimie. Chez ces derniers, bien des troubles sont en rapport avec la dénutrition : fatigue, défaillance musculaire, malaises, sécheresse de la peau et des muqueuses, ongles cassants, lésions gingivales, chutes dentaires, troubles du sommeil...

L'anorexie et la boulimie sont responsables d'une mortalité de 3 à 6 % après dix ans d'évolution. Il ne s'agit donc ni d'un caprice ni d'une crise d'adolescence, mais de vraies maladies qui se soignent ! L'anorexie mentale est la première cause d'ostéoporose* chez les femmes de moins de 50 ans. Des fractures graves, telles qu'on peut en observer chez des femmes de plus de 85 ans, se voient de façon non exceptionnelle chez des malades de 35 à 45 ans : fracture du col du fémur (os principal de la hanche), tassement vertébral lombaire, fracture du poignet... Les statistiques font état d'un risque de fracture « spontanée » multiplié par trois, après dix ans d'évolution de l'anorexie mentale.

La boulimie expose à des pertes dentaires, des tentatives de suicide et un état anxio-dépressif majeur. Du fait des vomissements, on observe aussi chez ces patients une perte de minéraux, notamment de potassium, avec des risques de troubles secondaires très sérieux, en particulier cardiaques (graves dans 2 % des cas) !

La compulsions expose à l'obésité et double la fréquence de toutes les complications liées à cette dernière (hypertension artérielle, diabète, excès de lipides* dans le sang, etc.). On sait que, chez la femme de plus de 50 ans, l'obésité conduit au diabète ou à l'hypertension artérielle dans 10 % des cas, et de 15 à 20 % si l'obésité est associée à la compulsions. Celle-ci induit par ailleurs des troubles digestifs marqués, comme le reflux acide vers la bouche, et aussi des malaises, des maux de tête,

des douleurs musculaires ou osseuses, des troubles du sommeil et des ronflements intempestifs, voire de l'apnée du sommeil*.

Les TCA sont parmi les premières causes de diminution de la fertilité chez la femme et l'homme. Il semble bien qu'au moins un quart des femmes qui consultent pour une stérilité « sans cause » aient un TCA.

Les TCA sont des maladies chroniques souvent graves, responsables de complications à la fois somatiques (ostéoporose, atteintes dentaires, maux, etc.) et psychiques (anxiété, dépression, TOC*, troubles du sommeil, etc.). Globalement, la mortalité est de l'ordre de 2 à 3 %. C'est pourquoi il est crucial de se soigner !

Les mécanismes en cause

Pour faire simple, disons que « les TCA sont des maladies chroniques dont le déclencheur est nutritionnel, mais dont les causes ne sont en rien nutritionnelles ». Il s'agit de maladies à composantes psycho-comportementales et à retentissement sensoriel et émotionnel fort.

Les TCA ne sont en fait, au début, ni des maladies mentales ni des maladies somatiques. C'est bien là le problème, car, de ce fait, les thérapeutes se trouvent souvent démunis face à ces troubles : qui doit s'en occuper ? le psychiatre ? Mais il y a des troubles somatiques, la dénutrition ! Le gastro-entérologue ? Mais comment traiter l'anxiété, les troubles du sommeil...

Pour bien comprendre ce qui arrive (à vous-même, à votre enfant, à votre amie ou conjoint), il faut rappeler quelques points importants :

- Le point de départ des TCA est très souvent un régime pour maigrir. C'est le déclencheur (le bouton « marche ») dans plus de 70 % des cas. Parfois, la perte de poids est induite par autre chose que la volonté de maigrir. Pour autant, faire régime et maigrir ne suffisent pas à déclencher un TCA.
- Souvent, un contexte spécifique a facilité le déclenchement : un mal-être, un manque de confiance en soi, un événement perturbateur.
- Il n'y a pas de TCA installé sans un mal-être marqué.

- Le TCA évolue pour son propre compte, même si la « cause » n'est plus d'actualité.
- Un TCA s'apparente à une addiction, où la dépendance ne se fait pas à un produit chimique (alcool, héroïne, tabac, etc.), mais à un comportement.
- Le cerveau tire un « bénéfice », à la fois sensoriel et cognitif, à déclencher puis à poursuivre le TCA.
- Ce qui pilote clairement tous les TCA, c'est la peur. Le plus souvent, mais pas tout le temps, c'est une peur intense de grossir, de devenir obèse, de ne pas s'arrêter de grossir.

Le déficit calorique qui précède la plupart des TCA est le plus souvent lié à un régime décidé pour reprendre le contrôle de sa vie et de ses émotions (voir l'histoire de Wendy ou de Claudine). C'est au cours de cet amaigrissement que va se passer quelque chose d'inhabituel : une gratification sensorielle, émotionnelle et cognitive qui va être plus forte que les désagréments du régime. En d'autres termes, le mal-être qui était la source du TCA diminue, et ce assez vite, sous l'effet du régime. La personne ressent moins sa souffrance et tire du régime une double satisfaction. D'une part, elle ressent un vif plaisir émotionnel : elle se sent comme « dopée » par le régime, plus légère, plus forte et plus heureuse, en partie du fait de la sécrétion d'endorphine* par son cerveau. D'autre part, elle tire de l'amaigrissement une satisfaction liée à l'admiration que lui portent les autres (pairs, sœur, mère ou père) et ceci renforce sa volonté.

Tout le monde n'éprouve pas les mêmes sensations lors d'un régime. La plupart des jeunes filles ou des femmes arrêtent du fait d'un désagrément : elles se sentent mal, fatiguées, ont des vertiges... pas celles qui vont souffrir d'anorexie ou de boulimie. En ceci, les TCA ressemblent à l'alcoolisme : seuls les buveurs excessifs qui ressentent une ivresse intense et positive (qui réduit leur angoisse ou leur déprime) sans en avoir les désagréments (nausées, mal de tête) peuvent devenir alcooliques ! Une trop grande résistance physique et psychologique et une trop grande volonté à « tenir » le régime, et voici le TCA qui s'installe ! Ce n'est ni par faiblesse ni par manque de volonté, mais par excès « d'adaptabilité » à la restriction et à la souffrance !

- Les TCA sont des maladies atypiques, ni psychiatriques ni somatiques. Il n'existe pas un seul facteur déclenchant, mais des facteurs de prédisposition, de susceptibilité.
- C'est la restriction calorique qui déclenche le TCA : anorexie, boulimie, compulsions, dans 70 à 75 % des cas.
- Avant le régime ou la perte de poids, parfois invisible (non exprimé), il y avait un mal-être. C'est ce mal-être que le TCA va gommer, poussant ainsi le futur malade à poursuivre ses restrictions, le contrôle.

Les caractéristiques communes

Les TCA sont des maladies chroniques. On en guérit très souvent, mais pas en trois mois. Il faut du temps pour ne plus rechuter et vivre sa vie, libre d'être soi-même, sans résidus addictifs. Une jeune femme qui a souffert d'anorexie ou de compulsions peut n'en guérir qu'au bout de dix ans.

Les TCA sont des maladies à rechute. Cela fait partie de l'évolution naturelle et du chemin de guérison. Il est bien rare qu'on puisse éviter deux ou trois rechutes. Il est donc essentiel d'apprendre à faire avec les hauts et les bas et les retours en arrière, sans déprimer ni culpabiliser. Il est plus aidant de se dire au contraire que c'est une « chance », un avantage : on apprend, à travers la rechute, à gravir une étape de plus vers la connaissance de soi et la guérison. Une rechute, ce n'est la faute de personne !

Les TCA sont très souvent associés à un mal-être, à une anxiété et à un état dépressif. Ceux-ci ne sont pas toujours identifiés par le malade. Ils étaient là parfois avant le TCA (15 à 30 % des cas). Souvent, les malades disent qu'ils (elles) étaient plutôt introverti(e)s (20 à 40 % des cas).

Mais il est des cas (15 %) où rien de bien évident ne vient « expliquer » le TCA, hormis le régime hypocalorique. Question de gène, de malchance... Il faut se rappeler qu'une étude historique réalisée par Ancel Keys et ses collègues (voir p. 39) et des études expérimentales chez les rongeurs ont prouvé qu'un TCA pouvait débiter sans aucun mal-être préalable mesurable.

Dans 10 à 15 % des cas de TCA avec crises quasi quotidiennes (boulimie ou compulsions), on trouve un traumatisme dans le passé, de nature physique (violences corporelles) ou psychique (harcèlement). Nous verrons qu'il est essentiel de bien prendre en charge (ni trop, ni trop peu) ce traumatisme, pour aider le malade sans lui nuire.

Puisque le déclencheur du TCA est en règle générale le régime, l'approche nutritionnelle est toujours nécessaire, même si elle n'est jamais suffisante.

- Les TCA sont des maladies chroniques à rechute dont on finit le plus souvent par guérir.
- Les rechutes sont la règle et non pas l'exception. Ce n'est la faute de personne. Il faut s'en servir.
- Guérir prend du temps : qui veut voyager loin ménage sa monture.
- La guérison passe par une prise en charge nutritionnelle et psychologique au minimum.

Des maladies changeantes dans le temps

Les TCA changent au fil du temps : on dit que leur phénotype* évolue. Telle personne, compulsive à 13 ans suite à un mal-être, peut souffrir à 17 ans d'anorexie mentale, puis à 20 ans de boulimie. Une partie de l'explication est physiologique : les crises alimentaires appellent la restriction alimentaire volontaire qui, elle-même, appelle les crises de boulimie ou de compulsions.

Les TCA ne sont pas affaire de poids, mais de pensée autour du poids. On peut avoir un TCA et peser 40 kg ou 140 kg. Et on peut peser 40 kg ou 140 kg sans avoir de TCA (cancer, obésité génétique). En revanche, une conséquence fréquente des TCA est une modification durable du poids.

Les TCA sont des maladies chroniques changeantes. Leur forme peut se modifier avec le temps : anorexie un jour, boulimie le lendemain... Elles sont polymorphes et labiles.

Wendy était une petite fille sage. Elle n'a jamais fait d'histoire. À 15 ans, elle décide de maigrir, après une semaine au ski pendant laquelle elle a mangé à chaque goûter une «bonne gaufre tartinée de pâte au chocolat-noisette». Elle a toujours été gourmande, selon sa mère. En fait, on verra que cette gourmandise était pour elle une façon de lutter contre son mal-être. Il s'agissait de compulsions alimentaires sans gravité : une plaque de chocolat entière, le paquet d'amandes grillées devant la télé... Cette année-là, on lui avait fait des réflexions sur sa gourmandise, rien de bien méchant : «Tu ne devrais pas manger autant, on prend vite du poids à ton âge.» Était-ce plus que d'habitude? Ou bien s'en souvient-elle particulièrement car durant cette année de 3^e quelques filles de sa classe se sont mises au régime? Elle ne sait plus exactement. Pour Wendy, ce fut aussi l'année de la photo «choc»! Elle décide de supprimer les «cochonneries» (selon une expression de sa mère). Fini le chocolat, les gaufres, le sucre et les frites. Fini la gourmandise! Maintenant on fait un régime, on mange léger, on fait du sport (elle n'a jamais vraiment aimé les heures d'EPS) et on mincit... Wendy perd vite 5 kg. Elle prend brusquement conscience que «c'était de sa faute» si elle grossissait. C'était à cause de tout ce sucre et ce gras qu'elle mangeait. Soudain, elle se sent grosse. Dès lors, quand on la sert, elle refuse d'un geste les trop grandes quantités. Chez sa grand-mère, à qui elle ne peut rien refuser, elle se laisse servir ses quatre quenelles bien grasses, elle les mange... puis, discrètement, elle va se faire vomir... Des compulsions, elle dérive vers l'anorexie-boulimie.

Des maladies de notre temps et de notre civilisation

Des symptômes qui évoquent l'anorexie mentale ont été décrits par Avicenne, médecin et philosophe perse du x^e siècle, ou dans la littérature religieuse du xii^e au xv^e siècle (notamment par sainte Catherine de Sienne), dans la littérature scientifique et médicale arabe dès le xvi^e siècle, ou par le médecin Richard Morton en 1694. On devine l'anorexie chez des saintes qui y trouvèrent l'extase (rôle de l'endorphine cérébrale du jeûne?), chez de jeunes femmes en Angleterre aux xiii^e et xix^e siècles, et, bien sûr, chez Élisabeth de Wittelsbach, dite Sissi, impératrice d'Autriche-Hongrie. On décrit aussi des cas d'hyperphagie

compulsive dans la littérature médiévale et médicale. Rabelais en fait clairement état.

En fait, ce n'est que dans la deuxième partie du xx^e siècle que la fréquence des TCA explose dans tous les pays.

Il y a sans doute plusieurs raisons à cela :

- **Des messages médiatiques «schizophrènes»** : nos sociétés véhiculent actuellement des messages aussi troublants qu'opposés vis-à-vis de l'alimentation. On nous inquiète avec l'épidémie d'obésité, on nous fait craindre une conspiration de l'industrie agro-alimentaire, on nous angoisse avec le risque potentiel de maladies plus ou moins graves liées à l'alimentation (vache folle, grippe aviaire, pesticides agraires ou alimentaires, maladies cardio-vasculaires et cancers, etc.) et, dans le même temps, on nous noie sous des publicités alléchantes et des milliers d'aliments offerts à notre convoitise dans les supermarchés. Qui donc croire? Que penser? Tout ceci fait un peu peur. Des personnes plus sensibles, moins bien dans leur peau ou plus angoissées que d'autres sont davantage enclines à suspecter les aliments qu'on nous propose. Il y a une forme de pensée paradoxale déstabilisante : «Dieu que c'est bon... pour le palais» disent les publicités, et «attention, c'est mauvais... pour la santé», répondent les mêmes médias!
- **Des aliments à la portée de tous, tout le temps** : l'alimentation s'est «démocratisée», tout le monde peut manger à sa faim dans les pays développés. Les aliments sont partout : sur nos écrans de télé, dans d'immenses grandes surfaces alimentaires, à tous les coins de rue, proposés à bon marché (fast-food) et avec x % de remise si on en consomme plus («trois paquets pour le prix de deux»). Au point que certains pourraient penser que la seule liberté du mangeur est celle de refuser de manger.
- **L'écologie** : un discours écologique, qui n'est pas sans fondement, nous incite à manger moins, à ne plus consommer de viande, de poisson, de produits laitiers ni d'œufs, pour la planète, pour les animaux. On nous incite à faire attention à notre santé, à consommer des compléments alimentaires «sains et issus des plantes», à faire de la course à pied : «Manger sain, vivre sain». On ne mange plus pour survivre, dorénavant on mangerait plutôt pour vivre vieux et... pour maigrir!

- **La sécurité** : un besoin sécuritaire à tout prix nous a envahis; tout doit être sous contrôle. On regarde avec soupçon les étiquettes, inquiets de «tous ces additifs qu'ils nous mettent». D'où vient ce poulet en barquette? Que sais-je de la fabrication de ces lasagnes? On va de scandales alimentaires en maladies de l'alimentation. Quelques personnes qui manquent de confiance en elles se mettent à croire dur comme fer à ces assertions. Curieusement, l'alimentation n'a jamais été aussi sûre dans toute notre histoire et nous n'en avons jamais eu aussi peur! La pensée «manger fait grossir» n'a pas trente ans. Les premières études épidémiologiques* entre cholestérol alimentaire et risque d'infarctus du myocarde ont paru dans les années 1950.
- **Tout en contrôle** : nous vivons dans un monde où nous croyons que nous pouvons, par la seule force de la volonté et de nos comportements, éviter de grossir et échapper aux maladies cardio-vasculaires et au cancer. Tout doit être fait dans ce but ultime : atteindre le grand âge en bonne santé, en contrôlant notre alimentation, notre silhouette et notre poids. Comme si nous pouvions décider de notre poids, de notre silhouette, de notre jeunesse et de nos «calories*», en niant toute contrainte physiologique. Telle malade souffrant de compulsions voudrait peser 55 kg, alors qu'elle n'a jamais pesé moins de 75 kg les vingt dernières années. Telle autre souffrant d'anorexie voudrait perdre 6 kg, alors qu'elle ne les a jamais pris! Beaucoup de malades veulent peser un certain poids, alors qu'une bonne partie de notre poids est «innée» et que nous n'y pouvons rien. Les scientifiques nous ont amenés à croire que chacun pouvait avoir le poids et l'alimentation qu'il décidait. C'est faux! Très peu de personnes peuvent le faire et suivre un régime draconien sans basculer dans des crises alimentaires. Si la boulimie suit bien souvent l'anorexie, et la compulsions le régime, ce n'est pas un hasard.
- **Riches et moins dépendants des autres** : nous sommes un peu plus riches, un peu plus indépendants et égocentriques que nos ancêtres. Nous avons moins besoin des autres. Au point que certains pensent que nous pouvons avoir notre propre alimentation et manger quand et comme nous le voulons... Ces pensées et compor-

tements individualistes ne sont-ils pas déraisonnables? Depuis des milliers d'années, ce sont le groupe et les autres, d'une part, et nos besoins énergétiques et protéiques, d'autre part, qui ont fondé notre alimentation et cadré nos repas et nos activités.

Tableau 3 : Manger hier et manger aujourd'hui

	Manger hier	Manger aujourd'hui
Pensée	Manger pour vivre	Manger pour maigrir
Stratégie	Trouver de la nourriture	Compter son argent
Action	Marcher, courir pour cueillir ou chasser	Prendre sa voiture
Technique	Apprendre à cueillir ou chasser	Caddie du supermarché
Identification	Végétaux et animaux reconnaissables	Alimentation en barquette
Disponibilité	Végétaux et animaux peu accessibles	Aliments disponibles tout le temps
Stockage	Stockage compliqué et limité	Stockage facile partout et pour tout
Conservation	Conservation limitée	Conservation aisée
Sécurité	Faible	Très élevée
Pensée de sécurité	Plutôt haute (il faut manger)	Méfiance vis-à-vis des produits alimentaires
Acte de manger	Se nourrir selon sa faim	Se nourrir selon ses envies
Nombre d'aliments	Aliments rares et peu nombreux	Aliments riches et innombrables
Limites	Aliments du terroir et de la saison	Alimentation mondialisée et intemporalisée
Repas	En groupe	Souvent seul
Temps du repas	Respecté	Non respecté (pause déjeuner)
Friandises	Rares et chères (y compris le sucre)	Faciles à se procurer et bon marché