



# Les désordres alimentaires et l'hygiène buccodentaire

Par Josée Guérin B.Sc. Dt.P., nutritionniste et psychothérapeute

*Désordres alimentaires et troubles alimentaires* sont deux expressions qui correspondent à une définition générique englobant toute relation conflictuelle avec la nourriture. La nomenclature officielle, définie par le manuel de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV), décrit sous la rubrique « Troubles des conduites alimentaires » des entités spécifiques dont l'utilisation assure un bon diagnostic et une intervention appropriée. Les désordres alimentaires sont généralement considérés comme ayant une origine psychologique. Ils peuvent avoir des conséquences plus ou moins graves sur l'hygiène buccodentaire et pourraient nécessiter une intervention appropriée de la part des hygiénistes dentaires. Le défi majeur que celles-ci pourraient alors rencontrer serait d'avoir à aborder un sujet particulièrement tabou et parfois même honteux pour plusieurs personnes atteintes de ces désordres. Les personnes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie cherchent rarement à se faire traiter, puisqu'elles nient souvent leur condition. Ce sont généralement les membres de la famille et les amis qui constatent le désordre alimentaire et incitent la personne à se faire traiter. Sachant que l'alimentation joue un rôle-clé dans la santé dentaire, nous aborderons les conséquences d'un désordre alimentaire sur celle-ci. La compréhension des troubles alimentaires est donc nécessaire afin de mieux intervenir auprès de la clientèle concernée.

### Description et prévalence

Dans la nomenclature officielle du DSM-IV, les désordres alimentaires sont classés en termes de Troubles des Conduites Alimentaires, ou *TCA*. On décrit sous cette rubrique deux entités cliniques différentes : l'anorexie mentale et la boulimie. À celles-ci s'ajoute une troisième entité, présentée elle-même en termes de Trouble des Conduites Alimentaires Non Spécifié ou Trouble Alimentaire Non Spécifique, les *TANS*. On estime que 3 % des femmes seront affectées par un trouble de l'alimentation au cours de leur vie. De plus, on retrouve dans le DSM-IV les troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance, tel le pica, qui est diagnostiqué entre autres par l'absorption répétée de substances non comestibles pendant une période d'au moins un mois. Nous nous concentrerons dans cet article sur les *TCA* et les *TANS*. Après avoir brièvement présenté les *Tans*, nous aborderons plus en détail les *TCA*, soit l'anorexie mentale et la boulimie.

### Les TANS

Les *TANS* représentent un ensemble de rituels et de lubies alimentaires difficiles à diagnostiquer. Les personnes qui en souffrent développent toutes sortes de stratégies. Elles se font vomir une fois de temps en temps, recrachent leurs aliments; elles peuvent peser le poids de leur restitution,

abusent occasionnellement de laxatifs; elles se pèsent souvent, se préoccupent exagérément de leur silhouette, suivent des régimes à répétition; elles ont des rages d'exercice physique, etc. Ces personnes développent divers comportements conflictuels avec la nourriture. Un mal flou et méconnu, mais pourtant très répandu. Les désordres alimentaires sont le reflet et la conséquence malheureuse des préoccupations de la société à l'égard de la minceur et de l'importance qu'elle lui accorde. Ces troubles affectent 7 % de la population en général et 10 % de la population étudiante. De plus, environ 9 malades sur 10 sont des femmes.

### L'anorexie

Les personnes qui souffrent d'anorexie mentale se privent volontairement de nourriture parce qu'elles sont convaincues à tort qu'elles sont grosses ou parce qu'elles craignent l'obésité. En Amérique du Nord, l'anorexie mentale et la boulimie sont parmi les désordres alimentaires les plus fréquents. De plus, ils affectent principalement les femmes.

- ◆ **Restriction alimentaire** : réduction de l'apport calorique (par exemple, élimination d'aliments tels que le pain, les pommes de terre, les pâtes), évitement de la graisse, des protéines, planification de régimes stricts
- ◆ **Amairissement** : perte d'au moins 15 % ou plus du poids initial, avec refus d'augmenter le poids du corps au-dessus du minimum requis, compte tenu de l'âge et de la taille
- ◆ **Aménorrhée** : chez les femmes, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs
- ◆ **Image déformée du corps** : perception erronée, quasiment illusoire, d'être gros même si le corps est décharné
- ◆ **Frayeur intense de prendre du poids ou de devenir gros** : ce sentiment ne diminue pas au fur et à mesure de l'amaigrissement

Il y a deux types d'anorexie. Le premier est dit restrictif, c'est-à-dire que la personne s'interdit la plupart des aliments qu'elle considère comme étant trop caloriques. Elle s'impose un régime strict. Le deuxième type implique des crises de boulimie (dans 50 à 60 % des cas). Les manifestations de la maladie sont particulières à chaque personne. Cependant, on observe un certain nombre de comportements qui reviennent souvent tels le déni de la gravité de la maigreur actuelle, l'obsession de perdre du poids, une image de soi négative, un système d'autodestruction (la personne cherche à se faire du mal et peut avoir des comportements d'automutilation), un contrôle excessif sur sa vie, un perfectionnisme et de la maniaquerie, la perte de vie sociale, la recherche de chaleur corporelle, l'hyperactivité, un comportement extrémiste et de la difficulté à trouver le sommeil.



## Les désordres alimentaires

### La boulimie

La boulimie est un trouble de l'alimentation qui provoque des épisodes incontrôlables ou compulsifs d'acte alimentaire. Tout comme l'anorexie, la boulimie touche principalement les jeunes femmes de race blanche appartenant à la classe moyenne ou supérieure. Il semble que la prévalence de ce trouble est d'environ 1 à 4 % des femmes contre 1 % des hommes. De 30 à 50 % des personnes atteintes d'anorexie souffrent également de boulimie. Pour définir la boulimie, le DSM-IV a déterminé les critères suivants :

- ◆ **Survenue récurrente de crises de boulimie** : consommation rapide de grandes quantités de nourriture en un temps limité
- ◆ **Sentiment de perte de contrôle du comportement alimentaire pendant la crise** : c'est-à-dire avoir le sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas contrôler ce que l'on mange
- ◆ **Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids** : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs ou de diurétiques, de lavements ou d'autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif (alors que le poids est proche de la normale)
- ◆ **Préoccupation persistante, voire obsessionnelle, au sujet du poids et de la silhouette** : l'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle
- ◆ **Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés** : elles surviennent au moins deux fois par semaine, et ce, pendant au moins trois mois

Il existe deux types de boulimie. Le premier type implique des vomissements ou une prise de laxatifs, ou encore les deux. Le deuxième type n'implique ni l'un ni l'autre de ces comportements, mais le recours à d'autres comportements compensatoires inappropriés. Outre ces deux principaux types, on retrouve dans les *TANS* l'hyperphagie boulimique entraînant la prise de poids.

Les manifestations de la boulimie sont particulières à chaque personne concernée. Cependant, on observe un certain nombre de comportements qui reviennent fréquemment tels que l'obsession de la nourriture, le contrôle, la difficulté de manger en présence d'autres personnes, l'image de soi négative, l'insatisfaction constante de son poids, et les comportements sociaux « chaotiques » (rendez-vous manqués, manquements à la parole donnée, etc.).

### Origine des désordres alimentaires

Les spécialistes des troubles de l'alimentation les considèrent la plupart du temps comme ayant une origine psychologique. Les personnes souffrant d'anorexie et de boulimie se préoccupent de façon obsessionnelle de leur apparence corporelle, de leur poids et de leur alimentation. Elles présentent

une distorsion dans la perception de leur image corporelle, et craignent excessivement d'être obèses et de prendre du poids. Pourtant, il est encore aujourd'hui difficile de définir avec précision les origines du déclenchement d'un trouble alimentaire. Les causes sont rarement uniques et demeurent très étroitement liées à l'histoire personnelle, à l'environnement familial et au cadre social de la personne. Les facteurs qui favorisent l'apparition d'un trouble alimentaire de l'ordre du développement sont principalement la surprotection, les sentiments de rejet en rapport avec les critiques, les traumatismes non résolus et le sentiment de relation d'objet. Quelques facteurs psychologiques peuvent aussi favoriser ces dynamiques comme la mauvaise estime de soi, le souci de plaire et d'être aimé, la difficulté de s'affirmer ou celle de grandir. L'anxiété due au fait de devenir adulte se manifestera entre autres par une allure physique et vestimentaire de jeune fille plutôt que par une féminité clairement exprimée. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la détresse prend en grande partie racine dans les rôles insatisfaisants endossés par les parents et surtout dans une confusion des liens interpersonnels ou familiaux. Dans les sphères culturelle et sociale, les pressions des pairs, l'image du corps idéal surexploitée, les insultes relatives au corps, les attitudes familiales inadaptées quant à l'alimentation et au poids, les régimes ou encore cet obsédant désir de perfection sont finalement tous des facteurs pouvant entraîner de graves désordres alimentaires. Le trouble du comportement alimentaire apparaît pour signifier que quelque chose de plus profond ne va pas, qu'en réalité rien ne va plus.

### Conséquences psychologiques et physiologiques

Les troubles alimentaires sont des conditions progressives. Les conséquences s'aggravent tant aux plans psychologique que physique avec l'évolution de la maladie. Le plus rapidement une personne obtiendra de l'aide, le plus rapidement elle aura le pouvoir de régler son problème. Au plan physiologique, les personnes qui souffrent d'anorexie peuvent développer les symptômes suivants : retard ou absence des menstruations, intolérance au froid, irritabilité, hyperactivité, incapacité à se concentrer, perte de conscience et faiblesse, déshydratation et peau sèche qui s'écaille. Une anorexie grave entraîne un état de malnutrition chronique ayant des effets nocifs sur l'organisme, par exemple sur le cœur, les systèmes digestif et reproducteur, la glande thyroïde. Au plan psychologique, on retrouve un déni de la maladie, de la dépression, une peur psychologique de l'obésité et des gains de poids, etc. De plus, il est très fréquent de voir les personnes anorexiques s'isoler de leur entourage.

Les personnes souffrant de boulimie peuvent par contre sembler maintenir un poids normal. Visuellement, il est très difficile de détecter une personne atteinte de boulimie. Dans certains cas, le cycle menstruel est touché. Au plan physiologique, les symptômes les plus fréquemment observés sont les suivants : déshydratation due à la consommation excessive de laxatifs, carie dentaire et érosion des dents en raison de l'acidité provoquée par les vomissements graves réguliers, hypotension, gonflement des glandes salivaires (parotides), inflammation chronique de la gorge et de l'œsophage,



## Les désordres alimentaires

et hypocalcémie (avec le risque d'ostéoporose). Au plan psychologique, on associe souvent à la boulimie la dépression ainsi que certains troubles de la personnalité telle la personnalité limite (*borderline*), qui se traduit par une instabilité des relations interpersonnelles et une impulsivité marquée.

### Approches thérapeutiques

Il est possible de guérir d'un TCA ou d'un TANS. Cela demande par contre du temps et un investissement personnel important dans une démarche thérapeutique. Il existe différents types de thérapie (cognitivo-comportementale, psycho-corporelle, émotionnelle, analytique, familiale, etc.). La thérapie est essentielle au traitement des désordres alimentaires et peut être suivie individuellement ou en groupe. Elle nécessite souvent une approche multidisciplinaire, associant soit une nutritionniste spécialisée en TCA et un psychologue ou un psychothérapeute, soit une nutritionniste pour traiter plus spécifiquement les désordres et carences alimentaires, un médecin et souvent d'autres intervenants selon les problématiques plus particulières, par exemple un sexothérapeute.

Un traitement médicamenteux avec antidépresseurs viendra régulièrement supporter la psychothérapie. Les antidépresseurs sont utiles pour traiter les troubles associés comme la dépression ou les troubles obsessionnels compulsifs. Dans certains cas d'anorexie, le traitement est cependant plus difficile, et exige des consultations continues et à long terme.

Les meilleurs pronostics semblent liés à la nature du traitement, à sa qualité, à sa cohérence et à sa durée. Il est crucial de trouver l'approche thérapeutique et le thérapeute qui conviennent tout à fait à la personne. Et une fois le processus thérapeutique engagé, il est important de le poursuivre sans l'interrompre ni tenter d'essayer de façon superficielle toutes sortes d'autres approches. L'objectif d'une thérapie dans les cas d'anorexie et de boulimie vise à construire et à consolider l'estime de soi, à retrouver une relation harmonieuse avec son corps et avec la nourriture, puis à régler les problèmes relationnels à la source de la maladie. C'est un travail de fond qui demande un engagement sérieux envers soi-même.

### Observations et interventions de l'hygiéniste dentaire

Comme pour le reste du corps humain, l'alimentation joue un rôle-clé dans la santé dentaire. Un changement observable dans la santé dentaire au cours des visites périodiques devrait attirer une attention particulière et un questionnement. Par exemple, dans les cas de vomissements répétés chez les personnes souffrant de boulimie ou d'autres désordres alimentaires non spécifiques avec vomissements, l'acidité du vomissement peut causer de l'érosion dentaire. Si la personne augmente considérablement sa consommation d'aliments glucidiques tels que les féculents et les sucreries, il est de plus probable qu'il y ait détérioration de l'émail dentaire. En termes de diagnostic, l'hygiéniste dentaire occupe un poste de première ligne. Une observation attentive de sa part peut permettre de dépister certains désordres alimentaires.

Comme ces désordres sont associés à une estime de soi négative, à de la honte, ou que les personnes atteintes sont souvent dans le déni de leur maladie, il peut par contre être difficile d'aborder le sujet. Mais plus un dépistage précoce s'effectue, plus les chances d'une guérison complète et durable sont élevées.

À la lumière de ces informations, plusieurs interventions sont possibles pour les hygiénistes dentaires :

- ◆ Donner de l'information au sujet de la saine alimentation et de l'impact d'une mauvaise alimentation sur la santé buccodentaire (dépliant ou brochure)
- ◆ Rendre disponible un outil de dépistage tel le questionnaire de réflexion (voir annexe)
- ◆ Porter un regard attentif sur tout changement au plan de la santé buccodentaire
- ◆ Être à l'écoute des sujets d'intérêt du client, par rapport à la nourriture et au poids
- ◆ Informer le dentiste des observations cliniques pertinentes
- ◆ Fournir les coordonnées de ressources spécialisées si nécessaire (voir tableau)

### Tableau des ressources pour traitement des troubles alimentaires

#### Organisme à but non lucratif (Région de Montréal)

##### ANEB Québec

Association québécoise d'aide aux personnes atteintes d'anorexie nerveuse et de boulimie

##### Équilibre : Groupe d'action sur le poids

Organisme qui vient en aide aux personnes préoccupées par leur poids

##### Hôpital Douglas : Clinique des troubles de l'alimentation.

Centre hospitalier offrant des services internes et externes. Les personnes doivent être âgées de 17 ans et demi et plus, et la référence médicale est nécessaire.

##### NEDIC

National eating disorders information Center  
Organisme communautaire offrant des références et de l'information aux personnes touchées par les troubles de l'alimentation ou les insatisfactions corporelles

##### OA

Outremangeurs anonymes/Overeaters anonymous

Association d'hommes et de femmes partageant leur expérience et leur force dans le but de se rétablir de la compulsions alimentaire

# Dossier scientifique



## Les désordres alimentaires

**N.B.** Il est également possible de consulter des ressources privées ou le site de l'auteur de cet article.

### Questionnaire

#### Questionnaire de réflexion sur vos comportements alimentaires:

Pour effectuer un meilleur dépistage, je vous soumetts le questionnaire ci-dessous. Peut-être suscitera-t-il chez vous le désir de consulter.

1. Je suis terrifié(e) à l'idée d'être trop gros(se).  Oui  Non
2. J'évite de manger quand j'ai faim.  Oui  Non
3. Je deviens anxieux ou anxieuse avant ou après avoir mangé.  Oui  Non
4. Je suis très préoccupé(e) par la nourriture.  Oui  Non
5. Je suis embarrassé(e) de manger devant les autres.  Oui  Non
6. J'ai fait des excès alimentaires au cours desquels je pensais ne pas pouvoir m'arrêter.  Oui  Non
7. Je suis préoccupé(e) du contenu calorique de la nourriture que je mange.  Oui  Non
8. Je déteste avoir mangé.  Oui  Non
9. Je crois que la nourriture contrôle ma vie.  Oui  Non
10. J'ai perdu ou pris considérablement du poids durant une brève période de temps.  Oui  Non
11. J'ai été confronté(e) par la famille ou des amis à cause d'un problème de poids.  Oui  Non
12. Je coupe ma nourriture en tout petits morceaux.  Oui  Non
13. J'ai l'impression que les autres préféreraient que je mange davantage.  Oui  Non
14. J'évite particulièrement les aliments tels le sucre, le pain et les pommes de terre.  Oui  Non
15. Je me sens terriblement coupable après avoir mangé.  Oui  Non
16. Je me pèse plusieurs fois par jour.  Oui  Non

17. Je suis discipliné(e) devant la nourriture.  Oui  Non
18. Il m'arrive de me faire vomir après les repas.  Oui  Non
19. Je mange parce que je suis triste, déprimé(e), frustré(e) ou lorsque je m'ennuie.  Oui  Non

**\* Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs de ces questions, une évaluation approfondie serait importante. Les troubles alimentaires sont des conditions progressives. Le plus rapidement une personne obtient de l'aide, le plus rapidement elle pourra avoir le pouvoir de régler sa problématique. ¶**

**Source :** Adaptation du Eating Attitude Test (Garner et Garfinkel, 1979).

#### Bibliographie :

Formerleau, Dr Guy et collaboratrices. *Anorexie et Boulimie : comprendre pour agir*, Coll. Démystifier les maladies mentales, Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 2001, 212 p.

Apfeldorfer, Gérard. *Anorexie, boulimie, obésité*, France, Flammarion, 1995, 126 p.

Bruch, Hilde. *L'énigme de l'anorexie*, Paris, Éditions J'ai lu, Paris, 1979, 119 p.

Maine, Margo. *Anorexie, boulimie, pourquoi?*, Barret-le-Bas : Édition Le Souffle d'Or, 1995, 305 p.

Woodman, Marion. *Obésité, anorexie nerveuse et féminité refoulée*, Inner City Books, Toronto, 1980, 213 p.

American Psychiatric Association. *MINI DSM-IV*, Critères diagnostiques, Washington DC, 1994. Traduction française par J.-D. Guelfi et al. Masson, Paris, 1996, 384 p.

