



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Troubles du comportement alimentaire en Chine**  
**Analyse transculturelle**

Présentée et soutenue publiquement le 7 juillet à 16h00  
au Pôle Formation

**Par Vu-Augier de Montgrémier Marion**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre Thomas**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva**

**Monsieur le Professeur Olivier Cottencin**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Professeur Marie-Rose Moro**

# **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

APA	American Psychiatric Association
BED	Binge Eating Disorder
CBS	Culture Bound-Syndrome
CCS	Culture Change-Syndrome
CCMD	Chinese Classification of Mental Disorders
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMR	Crude Mortality Rate
DSM	Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders
EDNOS	Eating Disorders Non Otherwise Specified
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de masse corporelle
SMHC	Shanghai Mental Health Center
TCA	Trouble du comportement alimentaire

Résumé.....	10
Introduction.....	12
Présentation du lieu de stage.....	14
.I Revue de la littérature sur les troubles du comportement alimentaire en Occident et en Chine.....	16
.A Histoire des troubles du comportement alimentaire TCA.....	16
.1 Histoire de l'anorexie.....	16
.2 Histoire de la boulimie.....	20
.B Épidémiologie des TCA.....	21
.1 Prévalence, incidence des TCA dans les pays occidentaux.....	21
.2 Anorexie et boulimie : une répartition universelle.....	22
.3 Prévalence des TCA dans les pays asiatiques.....	22
.4 Évolution dans le temps.....	23
.C Diagnostic.....	24
.1 Classification.....	24
.2 Anorexie dans le DSM-5, DSM-IV, CCMD-3.....	25
.3 Boulimie dans le DSM-5, DSM-IV, CCMD-3.....	26
.D Symptomatologie.....	28
.1 Présentation clinique classique de l'anorexie mentale.....	28
.2 Présentation clinique de la boulimie.....	29
.3 Points communs entre anorexie et boulimie.....	30
.E Étiopathogénie des TCA.....	30
.F Évolution et pronostic.....	31
.G Traitement.....	32
.II Psychiatrie transculturelle ; ses apports dans la conceptualisation et la clinique des TCA : facteurs culturels liés à la genèse des TCA.....	35
.A Psychiatrie transculturelle.....	35
.1 La psychiatrie comparée.....	35
.2 La nouvelle psychiatrie transculturelle.....	36
.3 La psychiatrie transculturelle française : universalité psychique et spécificité culturelle.....	36
.4 La méthode complémentariste.....	37
.5 Psychiatrie transculturelle et recherche.....	38
.6 Dispositif de soins.....	38
.7 Le thérapeute en situation transculturelle.....	39
.B Apports de la psychiatrie transculturelle dans la conceptualisation des TCA et facteurs transculturels.....	39
.1 Culture bound syndrome CBS.....	39
.2 Anorexie : syndrome lié à la culture occidentale.....	41
.3 Anorexie : Culture Change Syndrome CCS.....	42
.4 Acculturation.....	42
)a Définition de l'acculturation.....	42
)b Acculturation et TCA.....	43
.5 Anorexie : Culture Clash.....	44
.6 Acculturation et culture clash.....	45
.7 Boulimie : culture bound syndrome.....	46
.C Apports de la psychiatrie transculturelle à la compréhension des différences symptomatologiques dans la clinique des troubles du comportement alimentaire.....	47
.1 Le critère fat phobia ou peur de grossir.....	47
.2 Le critère fat phobia et la Chine.....	47
.3 Anorexie sans fat phobia en dehors de la Chine.....	49
.4 Explications concernant l'anorexie sans fat phobia.....	49

.5 Augmentation des formes fat phobic en Chine.....	51
.6 Boulimie et estime de soi influencée par la forme et le poids du corps.....	52
.D Facteurs culturels liés à la genèse des TCA.....	53
.1 Canons esthétiques féminins en Occident.....	53
.2 Canons esthétiques féminins en Chine.....	54
.3 Insatisfaction corporelle.....	55
.4 Attitudes alimentaires anormales et régimes.....	57
.5 Place de la nourriture en Occident.....	58
.6 Place de la nourriture en Chine.....	58
.7 Obésité en Chine.....	59
.8 Facteurs socio-économiques.....	59
.9 Influence des médias sur l'image du corps.....	60
.10 Statut de la femme en Chine.....	62
.11 L'enfant unique.....	62
.III Étude de situations cliniques.....	65
.A Méthode.....	65
.B Objectif de l'étude de cas.....	66
.C Six cas cliniques.....	66
.1 Xiao, 14 ans.....	66
.2 Zang, 23 ans.....	79
.3 Gu, 18 ans.....	86
.4 Wang, 21 ans.....	95
.5 Mei, 23 ans.....	101
.6 Lan, 23 ans.....	105
.D Résultats.....	116
.IV Discussion à partir des cas cliniques.....	120
.A Absence de déni.....	120
.B Peur de grossir, désir de minceur, distorsion de l'image corporelle.....	121
.C Les symptômes abdominaux.....	121
.D Psychopathologie.....	123
.1 Autonomie.....	123
.2 Contrôle psychologique.....	125
.E Thérapie pour les troubles du comportement alimentaire en Chine.....	126
.1 Thérapie familiale.....	127
.2 Thérapie familiale adaptée aux Chinois.....	128
.F Limites de notre étude.....	129
Conclusion.....	130
Références bibliographiques.....	133
Annexes.....	142
Annexe 1 : Eating Attitudes Test (EAT – 26).....	142
Annexe 2 : Couverture résumé.....	144

## RÉSUMÉ

Contexte : Les troubles du comportement alimentaires étaient auparavant considérés comme des maladies touchant majoritairement les femmes vivant dans les pays occidentaux, comme des *culture bound syndromes*. Cependant, ils existent en dehors des pays occidentaux, notamment en Chine avec des incidences et des prévalences plus basses mais qui seraient en augmentation. Les psychiatres transculturels estiment que ce seraient des *culture change syndromes* ; ils sont provoqués par des changements socio-culturels rapides à l'échelle individuelle ou sociétale, comme lors d'une migration, donc en lien avec une acculturation, ou dûs à un *culture clash*. Ces changements seraient responsables de conflits psychiques culturels. Des facteurs culturels sont impliqués également dans la symptomatologie, par exemple l'absence de phobie du gras (*fat phobia*), fréquente en Chine.

Méthode : Après une revue de littérature sur les troubles du comportement alimentaire, nous signalons les nombreux changements survenus dans la société chinoise. Nous avons étudié six cas cliniques de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire en Chine hospitalisés de novembre 2013 à juillet 2014 au Centre de Santé Mentale de Shanghai avec comme objectif d'analyser l'impact du contexte socioculturel sur l'émergence, la symptomatologie et les soins des troubles du comportement alimentaire.

Résultats : Les patients présentent de nombreuses atypies par rapport aux descriptions classiques de troubles du comportement alimentaire : absence de déni

de l'amaigrissement, parfois absence de phobie du gras (*fat phobia*) ou d'estime de soi liée au poids ; parfois des restrictions alimentaires ou des vomissements pouvaient être justifiés par les patients par des symptômes abdominaux. En revanche, une estime de soi basse, des difficultés relationnelles, des problématiques de contrôle et d'autonomisation, ainsi que des difficultés familiales en lien avec les changements survenant dans la société chinoise sont retrouvées : ce qui soutient l'hypothèse des troubles du comportement alimentaires comme des *culture change syndromes* et du *culture clash* comme un facteur de risque de développer des troubles du comportement alimentaire.

Conclusion : La connaissance du contexte culturel est indispensable à la compréhension des troubles du comportement alimentaire, pour dégager les mécanismes psychopathologiques de ces maladies et proposer des prises en charge adaptées.

## **INTRODUCTION**

Cette thèse a pour origine un intérêt ancien pour la Chine, datant de l'apprentissage de la langue chinoise puis de plusieurs voyages réalisés ensuite. Dès mon premier semestre d'internat, pendant un stage en pédopsychiatrie, des questionnements sur les liens entre la maladie mentale et la culture m'ont poussée à cette envie de réaliser un stage en Chine. Le diplôme universitaire de psychiatrie transculturelle m'a permis d'enrichir ces questionnements et de les centrer sur les troubles du comportement alimentaire, ensemble de maladies qui me paraissait fortement influencé par la culture. Les encouragements de la faculté Jiao Tong de Shanghai, des professeurs des universités de Lille 2 et de Paris 13 m'ont permis de réaliser ce projet, et bien évidemment l'équipe du service où j'ai effectué un stage interCHU. Cette thèse est le résultat d'un travail de coopération, d'échanges avec les médecins chinois qui m'ont soutenue dans mes recherches, autorisée à voir des patients, puis à participer activement aux soins des patients. Les patients rencontrés étaient bien différents de la représentation mentale que j'avais de ces maladies, donc, très vite la question des facteurs culturels, transculturels impliqués dans les troubles du comportement alimentaire m'a semblé pertinente. Ce travail de thèse consiste à les mettre en évidence avec une étude qualitative de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire en Chine en alliant des éléments d'épidémiologie, de psychiatrie transculturelle et d'anthropologie fournis par une

revue de la littérature. L'hypothèse de ce travail est que les TCA sont des maladies dont l'émergence et la symptomatologie sont liées aux changements socio-culturels.

Dans la première partie, nous faisons une revue de la littérature sur les TCA en Occident et en Chine ; dans une deuxième partie, nous abordons l'apport de la psychiatrie transculturelle dans la compréhension des troubles du comportement alimentaire, et l'influence des facteurs transculturels et culturels dans la genèse de ces troubles en Chine ; dans la troisième partie, nous décrivons les cas cliniques. Pour chaque cas, sa singularité est expliquée, les antécédents, l'histoire de la maladie et l'évolution sont détaillés, et pour certains patients les séances de thérapie familiales sont décrites.

## **PRÉSENTATION DU LIEU DE STAGE**

Ce travail a été réalisé suite à un stage de neuf mois au Centre de Santé Mentale de Shanghai. C'est un hôpital fondé en 1958, auparavant appelé le Mercy Hospital en 1935, c'est un hôpital universitaire, affilié à la faculté de médecine Jiao Tong, à la faculté de Fudan et de Tong Li. Plus particulièrement, le stage s'est déroulé dans le département de psychologie clinique, unité de psychosomatique dirigée par le docteur Chen. Ce service a été fondé en 1988, c'est une unité ouverte utilisant un modèle intégratif "Biologique-Psychologique-Social". La majorité des patients admis souffrent d'anxiété, de dépression ou de troubles du comportement alimentaire. Le département comprend 48 lits, avec des chambres comprenant 8 lits ou 2 lits, dont 12 pour personnalités. La durée d'hospitalisation moyenne dans l'unité est d'un mois et la durée maximale d'hospitalisation est de quatre-vingt jours. Les patients viennent de toutes les régions de Chine, la psychiatrie n'étant pas organisée en secteurs, et l'unité étant renommée. Les prises en charge comprennent des traitements pharmacologiques et des psychothérapies (psychodynamique, thérapie cognitive et comportementale, thérapie familiale...). Des thérapies de groupe ont lieu deux fois par semaine. Durant mon stage, des séances de thérapie familiale ont été introduites.

Shanghai est la ville qui occupe la première place au niveau économique en Chine continentale. Entre la fin du XIXe et 1930, elle est devenue une métropole mondiale. À partir de la fin du XVIIe siècle, Shanghai a développé des échanges commerciaux avec le Japon et les pays d'Asie du Sud-Est. En 1840, les concessions étrangères ont été créées, ce qui a favorisé le développement de Shanghai. Après

1949, le parti communiste a pris le pouvoir et Shanghai a été fortement pénalisée pour son histoire capitaliste et ses liens avec l'étranger. À partir de 1990, le gouvernement chinois a décidé le développement de la ville et Shanghai est devenue la vitrine de la modernisation urbaine, de l'émergence et de l'ouverture de la Chine. Les réformes ont poussé la ville vers une économie de marché, malgré un régime communiste. En 2007, la population était estimée à 18 millions dont 5 millions de migrants, essentiellement chinois.

## **..I Revue de la littérature sur les troubles du comportement alimentaire en Occident et en Chine**

Les troubles du comportement alimentaires regroupent plusieurs entités, les principales sont l'anorexie et la boulimie qui feront l'objet de notre travail. Ce sont des maladies qui ont été définies au terme d'une longue histoire.

### **.A Histoire des troubles du comportement alimentaire TCA**

#### **.1 Histoire de l'anorexie**

On distingue trois périodes dans l'histoire des jeûnes en Europe.

Première période : anorexie liée à des motifs surnaturels du Ve au XVIe siècles  
Les premières descriptions d'anorexiques dans les civilisations occidentales remontent à l'Antiquité vers le Ve siècle. Les restrictions alimentaires étaient imputées à Dieu ou au contraire au diable [1]. On parle ensuite d'anorexie mystique à partir du XIIe siècle, avec une dimension religieuse associée aux pratiques d'ascétisme ; de nombreuses jeunes filles jeûnant volontairement étaient considérées comme des saintes [2]. On retrouvait chez elles un refus de la nourriture associé à un refus du mariage, et à un refus de la féminité. Un exemple d'anorexie religieuse est Sainte Catherine de Sienne "patronne des anorexiques" selon Jacques Maître [3]. Elle prononça des vœux de chasteté, refusa son mariage, se coupa les cheveux, puis présenta une anorexie restrictive avant de décéder de sous nutrition en 1380 [4]. Elle était dans une négation de son corps et de ses souffrances [5]. Elle donnait des explications religieuses à son comportement et fut canonisée en 1461.

#### Médicalisation de l'anorexie du XVIe au XVIIIe siècles

À la Renaissance, l'anorexie a commencé à être considérée comme une maladie, même si le motif surnaturel restait la principale explication [6]. Des médecins ont

réalisé des observations d'anorexiques comme Richard Morton (1689) qui a décrit deux cas de ce qu'il a appelé la "consommation nerveuse".

#### Anorexie mentale : du XIXe au XXe siècles

L'anorexie mentale est un concept qui apparaît à partir du XIXe siècle. Marcé a fait une description clinique et psychopathologique de patientes atteintes selon lui de délire hypocondriaque, de la "conviction délirante qu'elles ne doivent pas, ne peuvent pas manger" (Marcé, 1860) [7]. En 1873, Gull présenta une description médicale de l'anorexie qu'il appela "anorexia nervosa", il exposait les cas de patientes présentant un amaigrissement, un refus de s'alimenter, une aménorrhée, une hyperactivité, sans atteinte organique ; pour lui la cause était un "état mental morbide" [8]. La même année, Lasègue publie un texte dans les Archives générales de médecine, dans lequel il appelle "anorexie hystérique" cette maladie, à cause de la perversion mentale qui la caractérise, selon lui, et de l'indifférence des patientes vis à vis de leur anorexie. Il a décrit des patientes réduisant progressivement leur alimentation, suite à des gastralgies, des angoisses survenant lors des repas, devenant ensuite des refus de s'alimenter : " l'hystérique n'hésite pas à affirmer que la seule chance de soulagement qui lui soit acquise consiste dans l'abstention des aliments" (Lasègue, 1860). Il identifia les mécanismes du déni : déni de la maigreur, déni des troubles [9]. Ni Gull, ni Lasègue n'évoquent la peur de grossir ni des préoccupations sur le poids.

#### Anorexie mentale : période contemporaine

À partir du XXe siècle, l'anorexie est considérée comme une maladie psychique et nerveuse, affectant principalement les femmes, après avoir été imputée à des maladies endocriniennes. Comme le rapporte Bemporad, Sheehan a remarqué des différences entre les anorexiques et des patients souffrant d'atrophie pituitaire [1]. Russell décrit un changement de l'appréhension de l'anorexie entre 1930 et 1980 avec une augmentation de l'incidence, et une modification de la psychopathologie

avec plus de préoccupations sur le poids et la peur d'être gros [10]. À partir de 1960, il y a une augmentation importante du nombre de publications sur les troubles du comportement alimentaire [11].

Ce qui est commun entre les saintes qui jeûnent et les anorexiques est le paradoxe du caractère délibéré et involontaire de leur comportement. Elles refusent de s'alimenter volontairement, malgré les punitions ou récompenses, et elles sont en même temps incapables de modifier leur conduite alimentaire [12].

#### Anorexie en Chine

Au cours de la dynastie Tang (618-907 ap. J.C.), des pratiques ascétiques se sont développées chez les taoïstes. Le taoïsme est devenue une religion trois siècles avant Jésus-Christ. Son but suprême est d'atteindre le *dao* (la voie), qui est une énergie éternelle à l'origine du monde, par des pratiques respiratoires et l'adoption d'un style de vie ascétique libre de désir et de satisfaction de soi. Il prône la non participation aux mondanités et l'insensibilité face aux vicissitudes de la vie. La recherche d'immortalité est associée à l'atteinte du *dao*, par certaines pratiques, comme le jeûne. Selon Suzanne Cahill, l'adoption d'un régime alimentaire particulier était, pour les taoïstes hommes et femmes, une condition préalable à la méditation [13]. Cela montrait que l'adepte était prêt à se séparer de la routine quotidienne, à faire des sacrifices et à se soumettre à la discipline. Dans le taoïsme, le célibat était préféré mais le mariage était considéré comme une voie possible d'accès à l'immortalité, les relations sexuelles n'étaient pas interdites. Selon Lo et Hsu, on peut trouver des similitudes entre les pratiques de jeûnes chez les taoïstes du courant Tang Shangqing, et les jeûnes chez les anorexiques saintes du Moyen Âge occidental, mais il existe surtout des différences significatives [14]. Les anorexiques religieuses refusaient de s'alimenter pour se rapprocher de Dieu, souhaitaient se libérer de leur corps, alors que les taoïstes diminuent et sélectionnent leur

alimentation (herbes médicinales, nourriture fade et non assaisonnée, élimination des graines, de la nourriture périssable comme les viandes), alternent les périodes de jeûnes et d'alimentation, mais ne sont pas dans une incapacité, ou un refus de s'alimenter. Le but de leur restriction est d'atteindre l'immortalité du corps, ils ne maltraitent pas leur corps. En outre, contrairement aux anorexiques religieuses qui étaient essentiellement des femmes, les pratiques taoïstes, très populaires et répandues, concernaient les hommes et les femmes, pour atteindre le même but ; il n'y avait pas de refus de la féminité chez les femmes. Enfin, les jeûnes chrétiens étaient caractérisés par le manque d'alimentation et la méditation religieuse alors que le jeûne durant la dynastie Tang était pratiqué avec des exercices respiratoires, mentaux, l'utilisation de médicaments, l'ingestion du *qi* (souffle vital), et de minéraux. Les adeptes ne cherchaient pas à avoir un corps mince. Selon Lo et Hsu, on ne peut pas considérer les jeûnes des taoïstes comme une variante chinoise ancienne de l'anorexie mentale. Ils estiment également que les jeûnes chez les saintes ne correspondent pas à de l'anorexie.

Cependant, un exemple modérant ce point de vue est celui de Tang Yang Zi (née Wang Tao Chen) au XVe siècle. C'était une fille de lettrés qui refusa un mariage arrangé, puis de s'alimenter, jusqu'à mourir de faim à 22 ans, légitimant sa conduite par la religion. Elle s'opposait aux valeurs confucéennes d'obéissance et de transmission d'une descendance. Elle fonda une secte taoïste. Son père devenu adepte fut poursuivi pour hérésie. Ce cas diffère des pratiques citées précédemment chez les taoïstes et ressemble davantage aux anorexies religieuses [15] [16]. Suzanne Cahill, quant à elle mentionne le cas d'une prêtresse appelée "la jeune fille qui ne mangeait pas", qui avait arrêté de s'alimenter et rejetait même les herbes médicinales. Un poète de l'époque s'interrogeait sur son rang parmi les taoïstes, ce qui suggère le caractère atypique de cette jeune fille et la rareté de sa conduite [17].

Pour conclure, certains cas isolés de prêtresses taoïstes ressemblent aux anorexiques religieuses, toutefois le jeûne chez les taoïstes semble de nature très différente du jeûne chrétien, mais a pu favoriser l'émergence d'une orientation anorectique, en dehors du monde occidental chrétien.

## **.2 Histoire de la boulimie**

Le mot boulimie vient du grec et signifie "faim de boeuf". Les premières descriptions de symptômes boulimiques remontent à l'Antiquité ; les cas retrouvés dans la littérature sont incomplets, et peu nombreux. Ils correspondent surtout aux *binge eating disorders*, ou aux anorexies mixtes [18][12]. Guillemot et Laxenaire rappellent que Janet a décrit quatre cas de patients présentant des accès boulimiques au XIXe siècle [5]. La boulimie était alors considérée comme un symptôme davantage que comme une entité à part entière. Russell en 1979, définit la boulimie nerveuse pour la première fois. Il la décrit comme un syndrome caractérisé par des épisodes de compulsions alimentaires, des stratégies pour éviter de prendre du poids comme les vomissements, et une peur morbide d'être gros. Il la nomme boulimie nerveuse, la considérant comme une variante de l'anorexie. Il identifie alors un mécanisme psychopathologique commun : la peur de grossir [19]. En outre, les patients boulimiques rapportaient souvent un antécédent d'épisode anorexique. La boulimie fut ensuite introduite dans le DSM-III en 1980 comme nouvelle maladie mentale, avec une précision : les accès de boulimie doivent être répétés, sans fréquence définie.

Nous avons vu par cette revue historique que les concepts de l'anorexie et de la boulimie comme maladies se sont construits progressivement et que la culture occidentale mais aussi la culture chinoise ont pu favoriser l'orientation anorectique et boulimique.

## **.B Épidémiologie des TCA**

Les troubles du comportement alimentaire sont rares en population générale, la majorité des études a été réalisée soit dans des services spécialisés soit dans des catégories spécifiques de la population. En outre, les méthodes utilisées ont souvent été différentes. Le nombre de cas est probablement sous-évalué car les patients souffrant de TCA présentent souvent un déni de la maladie et ne recherchent pas d'aide [20]. Les données sont donc difficiles à interpréter. Suite à la publication du DSM-5, les chiffres concernant l'anorexie et la boulimie devraient augmenter, car moins de personnes seront diagnostiquées EDNOS [21].

### **.1 Prévalence, incidence des TCA dans les pays occidentaux**

Aux États-Unis, l'anorexie mentale est la troisième maladie chronique chez l'adolescente ; une étude sur des adolescents en population générale a trouvé une prévalence sur la vie de 0,3% pour l'anorexie, et de 0,9% pour la boulimie [22].

Hoek a indiqué dans sa revue de la littérature de 2003, une prévalence moyenne de 0,3 % de l'anorexie mentale chez les femmes, une prévalence vie entière de 1,1% pour la boulimie nerveuse chez les femmes, contre 0,1% pour les hommes [20].

Une autre étude de 2009 réalisée dans six pays européens, en population générale, a relevé une prévalence vie entière de l'anorexie de 0,48%, et 0,51% pour la boulimie. Les limites de cette étude sont relatives à l'exclusion des personnes mineures, les TCA débutant majoritairement lors de l'adolescence [23]. Une revue de la littérature de 2004 a estimé des taux d'anorexie dans les pays occidentaux de 0,1% à 5,7% en population générale et clinique pour les femmes, et pour la boulimie de 0,3% à 7,3% [24]. En outre, selon le DSM-5, la prévalence sur douze mois de la boulimie est entre 1 et 1,5% pour les femmes [25].

Hoek a trouvé une incidence de l'anorexie de 8 cas pour 100 000 personnes par an. Il a également trouvé une augmentation de l'incidence de l'anorexie jusque dans les années soixante-dix ; celle-ci s'est ensuite stabilisée avec une incidence plus élevée dans le groupe 15/24 ans, suggérant un début de plus en plus précoce. L'incidence de la boulimie était de 12 cas pour 100 000 personnes par an [20].

## **.2 Anorexie et boulimie : une répartition universelle**

Les troubles du comportement alimentaire ont été initialement perçus comme uniquement présents dans les pays occidentaux, en raison du faible nombre de cas retrouvés dans les études réalisées dans les pays non occidentaux. Mais, de plus en plus de cas ont été détectés dans différents pays et des études épidémiologiques ont été réalisées [26]. Nous allons donc nous intéresser aux pays de l'Asie du Sud-Est et plus particulièrement à la Chine.

## **.3 Prévalence des TCA dans les pays asiatiques**

Il y a peu d'études épidémiologiques sur les troubles du comportement alimentaire dans les pays asiatiques, mais celles qui existent suggèrent des taux plus bas que dans les pays occidentaux.

Une méta-analyse comparant les prévalences sur une vie de l'anorexie et de la boulimie entre différents pays a montré que pour l'anorexie, la prévalence en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis était deux fois et demie plus élevée que celle constatée dans les trois études réalisées en Corée (0.32% contre 0.13%) et la prévalence de la boulimie sur une vie dans sept études réalisées dans des pays d'Europe Occidentale, Nouvelle-Zélande et États-Unis était dix-huit fois supérieure à celle présente dans une des études réalisées en Corée (0.90% contre 0.05%) [27]. La méta-analyse, citée plus haut [24] comparant les pays occidentaux et non occidentaux a aussi mis en évidence des taux d'anorexie et de boulimie plus bas dans les pays non occidentaux.

Le Japon est cependant considéré comme un pays à part en Asie ; une étude épidémiologique portant sur des patients recourant aux soins de la préfecture de Niigata a trouvé une prévalence de 2,65/100 000 en utilisant les critères du DSM-IV et de 0,52 pour la boulimie. Treize cas ont été diagnostiqués EDNOS, car ils ne présentaient pas de peur de grossir ou n'avaient pas de distorsion de l'image du corps [28].

Une étude portant sur des collégiennes et lycéennes originaires de six régions différentes de Chine a montré que sur un total de 1246 jeunes filles, le diagnostic d'anorexie avait été posé pour seulement 2 d'entre elles, que le diagnostic de syndrome partiel d'anorexie avait été posé pour 13 d'entre elles et qu'aucune ne correspondait au diagnostic de boulimie, 7 étaient des BED : ces résultats ont été obtenus en utilisant les critères du DSM-IV [29].

Pour conclure, les prévalences de l'anorexie et de la boulimie en Asie semblent plus faibles que les prévalences observées dans les pays occidentaux [30]. Cependant, ces résultats sont à nuancer, car les critères et les instruments diagnostiques utilisés par les chercheurs pour ces études étaient majoritairement le DSM-IV ou la CIM-10, ou des questionnaires développés dans les pays occidentaux et traduits. Or, on peut s'interroger sur la pertinence de ces outils pour poser le diagnostic des troubles du comportement alimentaires en Asie. En effet, de nombreux cas étaient diagnostiqués EDNOS, car ils ne présentaient pas les critères de peur de grossir ou de distorsion de l'image corporelle.

#### **.4 Évolution dans le temps**

Différentes études suggèrent une augmentation du nombre d'anorexiques dans les pays asiatiques à hauts et bas revenus [31] et une augmentation de la prévalence de la boulimie dans les pays en voie de développement [24].

Au Japon, dès les années soixante-dix, des cas d'anorexie et de boulimie ont été rapportés dans la littérature, et de 1976 à 1981 le nombre de cas de boulimiques et d'anorexiques enregistrés a doublé, tandis que de 1988 à 1992, le nombre de cas enregistrés a quadruplé [32].

D'après l'étude réalisée par Sing Lee à Hong Kong [31], sur deux périodes de temps de 1987 à 1997 et de 1997 à 2007, le nombre de patients ayant des troubles du comportement alimentaire a presque doublé (de 67 à 128), le nombre de boulimiques est passé de 12 à 47 ; ces résultats ne sont cependant pas généralisables quant à l'incidence et à la prévalence des troubles du comportement alimentaire, mais ils suggèrent une augmentation du nombre de cas.

Cette augmentation de l'incidence peut aussi refléter un meilleur dépistage par les médecins des troubles du comportement alimentaire, et une meilleure connaissance par la population qui irait plus souvent consulter un spécialiste [33].

## **.C Diagnostic**

### **.1 Classification**

L'anorexie et la boulimie font partie des troubles du comportement alimentaire, les critères fréquemment utilisés pour diagnostiquer l'anorexie et la boulimie sont ceux du DSM-5, surtout dans la recherche internationale. La dernière version du DSM, publiée en 2013, comporte des changements concernant les troubles du comportement alimentaire : une diminution des seuils pour la boulimie et l'anorexie, et l'introduction du *binge eating disorder* comme entité à part entière. La majorité des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire recevaient le diagnostic par défaut d'EDNOS, car ils présentaient des formes incomplètes ou subsyndromiques ne remplissant pas les critères diagnostiques de l'anorexie et de la boulimie.

## **.2 Anorexie dans le DSM-5, DSM-IV, CCMD-3**

### Anorexie dans le DSM-5

Selon le DSM-5, les critères diagnostiques de l'anorexie mentale sont :

Critère A : restriction de l'apport énergétique menant à un faible poids dans un contexte d'âge, et de sexe, à mettre en relation avec la trajectoire de développement et de la santé physique. Un poids significativement bas est défini par un poids qui est moindre que le minimum normal, ou pour les enfants ou les adolescents inférieur au minimum attendu.

Critère B : peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou conduite persistante qui interfère avec la prise de poids alors que le poids est significativement bas.

Critère C : altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ou manque persistant de la reconnaissance de la gravité du poids bas actuel.

Il y existe deux sous types d'anorexie : le type restrictif caractérisé par l'absence d'épisodes récurrents de compulsions alimentaires ou de conduites purgatives (vomissements provoqués, prise de laxatifs, diurétiques, lavements) et le type avec des compulsions alimentaires ou des conduites purgatives.

### Anorexie dans le DSM-IV

Les changements apparus dans le DSM-5 par rapport au DSM-IV concernent le critère A, qui était auparavant le refus de maintenir un poids corporel au niveau de ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille. Le critère A dans le DSM-IV impliquait la notion de volonté du patient alors que dans le DSM-5, il implique une conduite. Le critère D aménorrhée a été supprimé, car il est invalide dans les cas d'anorexie masculine, d'anorexie chez les femmes prépubères et chez les femmes sous contraception orale ou ménopausées.

### Anorexie dans la CCMD-3

En Chine, les psychiatres utilisaient la classification chinoise des troubles mentaux CCMD-3 éditée par la *Chinese Psychiatric Association* en 2001, mais depuis deux ans ils utilisent le DSM et la CIM-10 (classification internationale des maladies) pour homogénéiser avec la recherche internationale. La plupart des patients ont peur de grossir, ou se trouvent trop gros alors qu'ils sont très minces et en dépit des explications des médecins. Les critères de l'anorexie dans la CCMD-3 sont : une perte de poids en dessous de 15% du poids attendu, un IMC inférieur à 17,5 ; une perte délibérée de poids en utilisant au moins une des méthodes : éviter les aliments gras, vomissements auto-induits, purgation auto-induite, exercice excessif, utilisation de supprimeurs d'appétit, diurétiques ; le patient a usuellement, mais pas toujours, une peur pathologique d'être gros, qui lui fait s'imposer un poids faible, bien plus bas que le poids optimum de l'avis des médecins ; des signes endocriniens et des symptômes impliquant l'axe hypothalamo-pituitaire-gonadien sont souvent présents. Pour les femmes cela se manifeste par une aménorrhée, pour les hommes par une perte d'intérêt sexuel. Cela peut aussi être la conséquence de bas niveaux d'hormone de croissance, de niveaux élevés de cortisol, de changements dans le métabolisme périphérique de la thyroxine, et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.

Les symptômes décrits précédemment durent au moins trois mois.

Bien que des épisodes d'alimentation et de consommation de boisson de manière excessive puissent être présents, seul le diagnostic d'anorexie peut être fait.

Exclusion des autres causes de perte de poids.

Il peut y avoir des symptômes dépressifs ou obsessionnels associés.

### **.3 Boulimie dans le DSM-5, DSM-IV, CCMD-3**

Boulimie dans le DSM-5 :

Les critères diagnostiques de la boulimie selon le DSM-5 sont :

Critère A : survenue récurrente de crises de boulimie ; une crise de boulimie est caractérisée par l'absorption en une période de temps limité (moins de deux heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient dans le même temps et les mêmes circonstances et un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

Critère B : comportements compensatoires inappropriés et récurrents pour éviter la prise de poids, comme les vomissements, l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.

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

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

Critère E : le trouble ne survient pas pendant des épisodes d'anorexie mentale. Il y a un type avec vomissements et prise de laxatifs, et un type sans vomissements ni utilisation de laxatif. Il y a quatre niveaux de sévérité selon le nombre de comportements inappropriés par semaine.

#### Boulimie dans le DSM-IV

Le DSM-5 a juste modifié la fréquence des crises, de au moins deux fois à une fois par semaine. L' autre changement concernant les troubles du comportement alimentaire a été l'ajout du *binge eating disorder*. Des études suggèrent qu'une partie des EDNOS seraient des BED.

#### Boulimie dans la CCMD-3

Les critères diagnostiques de la boulimie dans la CCMD-3 sont :

Une préoccupation persistante sur la nourriture et des *cravings* pour la nourriture irrépessibles faisant succomber le patient à des épisodes de

suralimentation dans lesquels de fortes quantités de nourriture sont consommées pendant de courtes périodes de temps.

Le patient essaie de contrer la prise de poids par au moins une des méthodes suivantes : vomissements auto-induits, utilisation de purgatifs, périodes alternées de privation alimentaire, utilisation de médicaments comme les supprimeurs d'appétit, hormone thyroïdienne, diurétiques, les patients diabétiques négligent leur insuline.

Une peur pathologique d'être gros est habituellement présente ; il y a souvent un antécédent d'anorexie, l'intervalle entre les troubles peut être de plusieurs mois à plusieurs années ; les épisodes de compulsion alimentaire surviennent au moins deux fois par semaine pendant trois mois.

La boulimie secondaire à des maladies neurologiques ou des maladies psychiatriques comme l'épilepsie, la schizophrénie doit être exclue.

Il peut y avoir des symptômes dépressifs associés.

On constate des différences entre les classifications sur certains symptômes, notamment sur la peur de grossir qui n'est pas indispensable pour le diagnostic d'anorexie selon les psychiatres chinois. Le DSM-5 a nuancé les classifications des TCA avec une partie s'intitulant problèmes diagnostiques liés à la culture, et il y est précisé que le symptôme peur de grossir peut être absent chez les patients anorexiques en Asie.

## **.D Symptomatologie**

### **.1 Présentation clinique classique de l'anorexie mentale**

Elle est caractérisée par une triade, pouvant s'accompagner d'autres signes :

L'anorexie, qui n'est pas une disparition passive de l'appétit, mais une lutte active contre la faim [34]. Elle peut débuter par un régime, est accompagnée de restrictions alimentaires progressives, et par un évitement des aliments caloriques.

Un véritable tri alimentaire peut se mettre en place, des rituels alimentaires peuvent être présents, ainsi qu'un refus de participer au repas familial. Paradoxalement, les anorexiques cuisinent souvent pour la famille.

Un amaigrissement secondaire à l'anorexie ; il peut atteindre 30 à 50% du poids initial. La perte de poids procure une réassurance voire une diminution de la tension interne, les patientes se pèsent régulièrement, voire parfois plusieurs fois par jour.

Une aménorrhée primaire ou secondaire. Le retour des règles est souvent le dernier symptôme à disparaître [34].

L'anorexie mentale peut être restrictive pure, ou avec des crises de boulimie et des comportements purgatifs. Il peut y avoir d'autres stratégies de contrôle du poids comme l'hyperactivité, les vomissements, la prise de diurétiques ou de laxatifs. La peur de grossir et le désir de maigrir sont les symptômes les plus spécifiques [35] [36]. Ils témoignent d'une dysmorphophobie, concernant essentiellement les parties féminines du corps (les cuisses, le ventre, la poitrine).

Un déni de la maigreur est observé, ainsi qu'une absence de préoccupation sur l'état de santé [34]. Progressivement, un isolement social et relationnel se met en place. Fréquemment un hyperinvestissement scolaire est présent et témoigne d'un perfectionnisme chez l'anorexique. Des difficultés dans la régulation des affects sont également présentes.

Les autres formes d'anorexie sont l'anorexie prépubère, l'anorexie masculine, qui concerne un à deux garçons pour dix filles [34], avec une recherche de musculature, et d'un corps sans graisse.

## **.2 Présentation clinique de la boulimie**

Elle correspond à des envies irrésistibles de s'alimenter. Les patients ingèrent des quantités importantes de nourriture riche en calories, en un temps limité. La crise peut être précédée par un sentiment de solitude, des contrariétés. Au

début de la crise un sentiment de plaisir est présent ; il est suivi d'un état de torpeur, de douleurs abdominales, d'un sentiment de honte. Les patients boulimiques ont peur de grossir et cherchent à éviter une prise de poids par des vomissements ou d'autres stratégies de contrôle du poids. Le poids est souvent normal mais on observe des fluctuations pondérales importantes. Les patients sont conscients du caractère anormal de leur conduite [34]. La boulimie peut suivre un épisode anorexique ou un régime. On constate une instabilité de l'humeur, une vulnérabilité à la dépression chez ces patientes, une faible estime de soi, des comportements impulsifs, addictifs et des tentatives de suicide. Les conséquences somatiques sont liées aux vomissements, à une hypertrophie des glandes salivaires, à un mauvais état nutritionnel [36].

### **.3 Points communs entre anorexie et boulimie**

Elles apparaissent toutes deux le plus souvent au cours de l'adolescence chez les filles ou chez des adultes jeunes. Selon le DSM, une obsession de la nourriture est présente, une obsession autour de l'image du corps [34], une peur de grossir. Les patients s'agrippent à leur conduite alimentaire malgré les conséquences graves, somatiques, l'altération des relations sociales, et de l'état psychologique [36].

### **.E Étiopathogénie des TCA**

L'anorexie et la boulimie seraient dues à de multiples facteurs. Elles surviendraient chez des sujets vulnérables, lors de la présence de facteurs déclenchants et de facteurs entretenant le trouble [34]. Elles apparaissent majoritairement à l'adolescence lors des questionnements identitaires.

Il y a des facteurs prédisposants individuels génético-biologiques, concernant essentiellement la sérotonine, la dopamine, ainsi, les études de jumeaux montrent

des taux de concordance plus élevés de développer l'anorexie et la boulimie chez les jumeaux monozygotes que dizygotes [37] [25].

Il y a des facteurs psychologiques prédisposants (les troubles de l'attachement, une faible estime de soi), des facteurs prédisposants familiaux et socioculturels [36] [35].

Les facteurs prédisposants spécifiques de l'anorexie sont la fragilité psychologique, le perfectionnisme, une obsessionnalité, une rigidité. Pour la boulimie, on constate une dépendance à l'entourage, une impulsivité, des distorsions de l'image du corps, des symptômes dépressifs.

Les facteurs déclenchants sont les événements de vie comme le deuil, les séparations, la puberté, les régimes, et la migration. Les facteurs pérennisants communs de l'anorexie et de la boulimie sont les conséquences biologiques de la dénutrition (déséquilibres biologiques, modification du fonctionnement du système digestif) et les réactions de l'entourage [36].

## **.F Évolution et pronostic**

L'anorexie a un pronostic sévère, avec le taux de mortalité le plus élevé dans les troubles psychiatriques. Certains individus anorexiques guérissent complètement après un seul épisode. Steinhausen conclut en 2002, suite à sa méta-analyse portant sur 119 études, à une guérison de l'anorexie pour 47% des sujets, une amélioration pour 33% et une chronicité pour 20%. Le taux de mortalité brut de l'anorexie était de 5 % sur des durées de suivi de une à vingt-neuf années [38]. Selon le DSM-5, le taux brut de mortalité ou CMR pour l'anorexie est approximativement de 5% par décennie. Les causes de mortalité les plus fréquentes identifiées dans le DSM-5 sont le suicide ou sont dues aux complications médicales associées à la maladie.

Pour la boulimie, il existe peu de données, Jeammet et Flament ont relaté des taux de rémission entre 13 et 71% dans une revue d'études longitudinales [39] : en moyenne, deux tiers des patientes avaient vu leur état s'améliorer et 50% étaient guéries. Le taux brut de mortalité ou CMR de la boulimie est estimé à 2% par décade selon le DSM-5.

Une méta-analyse de 2011 portant sur 36 études a estimé le taux de mortalité de l'anorexie à 5,1 décès par an pour 1000 personnes et pour la boulimie à 1,7 décès par an pour 1000 personnes [40].

Les conséquences possibles de la dénutrition sont l'ostéoporose, les troubles cardiaques, l'hypotension, l'hypothermie, l'insuffisance rénale, les troubles digestifs.

Les conséquences dues aux vomissements sont les troubles métaboliques, notamment concernant le potassium avec un risque d'arrêt cardiaque, l'hypertrophie des glandes salivaires, les ulcérations pouvant aller jusqu'à une hémorragie des voies digestives supérieures, et les troubles dentaires. Les tentatives de suicide sont la cause essentielle de la mortalité pour la boulimie. Des pratiques de toxicomanie sont souvent associées à la boulimie.

Les conduites d'anorexie et de boulimie ont un retentissement social, familial et professionnel important [34].

## **.G     Traitement**

Le traitement de l'anorexie et de la boulimie doit prendre en compte les facteurs à l'origine du trouble (prédisposants, déclenchants et pérennisants) et ses conséquences (dénutrition, dépression, anxiété, difficultés sociales) ainsi que les interactions familiales autour du trouble du comportement [34]. Les soins doivent être multidisciplinaires. Le traitement est ambulatoire, sauf en cas de risque vital, de

chronicisation ou d'échec thérapeutique. Il doit être le plus précoce possible afin d'éviter la chronicisation et d'améliorer le pronostic.

#### Prise en charge nutritionnelle et somatique

Traiter le trouble de la conduite alimentaire est une démarche prioritaire, car il a des conséquences physiques graves et des effets psychologiques négatifs. La reprise de poids permet d'éviter les complications, elle doit d'abord se faire sous forme orale, de façon progressive. En cas d'échec, de cachexie majeure, ou de risque somatique elle se fera à l'aide d'une sonde naso-gastrique. Des compléments vitaminiques et du phosphore seront souvent administrés pour éviter le syndrome de renutrition inappropriée.

Un dépistage et une prise en charge des complications de la dénutrition sont indispensables.

Pour les patients ayant des conduites de purge, il faut régulièrement surveiller les électrolytes notamment la kaliémie afin de supplémenter en cas de besoin. Il faut également dépister et traiter les complications dentaires et digestives de ces conduites, selon les recommandations de bonne pratique de la HAS [41].

#### Psychothérapie individuelle et familiale

La psychothérapie individuelle a pour objectif de prendre en charge la vulnérabilité affective, d'améliorer les relations sociales et interpersonnelles. La famille est indispensable en tant qu'alliée thérapeutique. Une prise en charge en thérapie familiale est possible pour améliorer les interactions pathogènes. Les études montrent que la thérapie familiale est plus efficace que la thérapie individuelle pour les jeunes patients anorexiques non chronicisés, alors que la thérapie individuelle chez les patients développant une anorexie après dix-huit ans est plus efficace. Pour les boulimiques et les patients dont l'anorexie a débuté avant dix-huit ans et évoluant depuis plus de trois ans, il n'y a pas de différences entre les deux thérapies. Ainsi,

l'anorexie non chronicisée pré-adolescente répond très bien à la thérapie familiale [42]. La thérapie familiale n'exclut pas la thérapie individuelle. Selon les recommandations de la HAS, les formes de psychothérapie les plus usuelles sont la thérapie de soutien, les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies systémiques et stratégiques. Des approches corporelles, la musicothérapie, l'art-thérapie et les thérapies de groupe peuvent être associées.

#### Place des psychotropes

Il n'existe aucun traitement spécifique de ces troubles par les psychotropes. Pour l'anorexie, aucun traitement n'a fait preuve d'une efficacité spécifique, selon Corcos [35]. En ce qui concerne la boulimie, la fluoxétine à 60 mg/j semblerait avoir un effet supérieur au placebo sur la fréquence des crises, selon le DSM-IV-TR [43]. Les traitements antidépresseurs inhibiteurs de la sérotonine (IRS) ont montré une efficacité temporaire (de huit à dix semaines) sur les symptômes boulimiques [35]. Les antidépresseurs sérotoninergiques sont prescrits pour traiter les complications dépressives, anxieuses et les troubles obsessionnels compulsifs s'ils persistent après la reprise pondérale.

#### L'hospitalisation

Elle n'est envisagée qu'en ultime recours, lorsque l'amaigrissement engage le pronostic vital, lors du maintien d'un poids insuffisant pendant plusieurs mois chez un adolescent ou un jeune adulte, au cours d'une urgence psychiatrique (suicide), en cas d'échec des soins ambulatoires, et en cas de crise familiale. Elle doit se faire en milieu spécialisé. Elle doit être préparée quand elle se fait en dehors de l'urgence [34].

## **..II Psychiatrie transculturelle ; ses apports dans la conceptualisation et la clinique des TCA ; facteurs culturels liés à la genèse des TCA**

“Il n'existe pas d'homme sans culture” et la culture est définie “comme un découpage rationnel pour appréhender le monde”, ou encore, comme “ un système culturel composé d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire” (Baubet, Moro, 2013, p 144) [44]. La culture a un rôle très important dans la construction de l'identité, elle n'est pas figée, elle est dynamique, c'est un système ouvert avec lequel le sujet est en constante interaction. Il importe donc de s'intéresser en médecine à la culture, ce que propose la psychiatrie transculturelle. Nous allons maintenant retracer l'évolution de la psychiatrie transculturelle puis les concepts et applications de cette discipline.

### **.A Psychiatrie transculturelle**

#### **.1 La psychiatrie comparée**

L'origine de la psychiatrie comparée est souvent attribuée au voyage de Kraepelin à Java en 1904, durant lequel il a observé des patients d'origines différentes. Il était parti pour vérifier l'universalité de sa classification nosographique des troubles psychiatriques, notamment la démence précoce et la dépression maniaque. Il existe cependant des publications plus anciennes, datant de la colonisation, sur les différences psychopathologiques, des descriptions de syndromes exotiques et des tentatives d'apporter des soins aux populations colonisées. Selon ces approches, les troubles psychiatriques seraient les manifestations d'un dysfonctionnement organique, la culture influençant uniquement leur expression. Il s'agit d'un modèle biomédical reposant sur la dichotomie forme/contenu. Le contenu correspond aux phénomènes pathogéniques (éléments

biologiques causant le désordre mental) et la forme aux éléments pathoplastiques (variations culturelles et personnelles) considérés comme peu importants [44]. La procédure diagnostique en situation transculturelle consistait alors à retrouver le noyau invariant de la maladie, à identifier des symptômes selon les grilles d'évaluation occidentales et non à rechercher leur sens [45]. Cette vision a entraîné des erreurs, comme le postulat que la dépression n'existait pas en Afrique, parce que les psychiatres n'avaient pas retrouvé les signes classiquement décrits en Europe : ce que Kleinman a qualifié de *category fallacy* (erreur de catégorie) [46].

## **.2 La nouvelle psychiatrie transculturelle**

Ce courant est né à la suite de cet article publié par Kleinman en 1977 [46], qui critiquait l'idée d'une universalité de la dépression décrite en Occident, arguant que des manières différentes de comprendre le corps et le *self* entraînaient des différences psychopathologiques. À partir de son observation de la somatisation dans la dépression en Chine, il concluait que la souffrance psychique s'exprime, se vit et se communique en fonction du contexte culturel. Et qu'elle pourrait ne pas correspondre aux entités nosologiques occidentales considérées comme "universelles" ; la psychiatrie occidentale serait liée au contexte dans lequel elle est née, hypothèse confortée par Kirmayer [47]. Cela implique deux axes de recherche : une lecture anthropologique de la psychiatrie occidentale et de la souffrance en situation transculturelle. Kleinman préconisait en conséquence un renforcement des liens de la psychiatrie avec l'anthropologie.

## **.3 La psychiatrie transculturelle française : universalité psychique et spécificité culturelle**

En raison de son passé de puissance coloniale, la France a connu beaucoup d'immigration en provenance de ses anciennes colonies, et a développé des réponses spécifiques à la diversité culturelle dans les soins de santé mentale. La

psychiatrie culturelle française a été influencée par la tradition psychanalytique qui considère les troubles psychiatriques comme intra-psychiques [48]. George Devereux, fondateur de l'ethnopsychanalyse, a énoncé deux principes : l'universalité psychique et la spécificité culturelle. Selon lui, "ce qui définit l'être humain, c'est son fonctionnement psychique. Il est le même pour tous" : citation faite par Marie-Rose Moro [49]. La spécificité culturelle correspond au fait que "si tout homme tend vers l'universel il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance". Le codage culturel est inscrit dans notre langue, dans les catégories à notre disposition qui nous permettent de lire le monde d'une certaine manière, à travers nos systèmes d'interprétation et de construction de sens, et il est aussi inscrit dans notre corps, à travers le processus d'enculturation ou incarnation de la culture en chacun de nous [50]. La maladie n'échappe pas à ce codage culturel. Devereux pense que les sociétés donnent à leurs membres des manières "privilégiées" d'être psychologiquement malades, qui ont un sens dans cette société [51]. Les aspects culturels sont donc importants pour le diagnostic et le traitement.

#### **.4 La méthode complémentariste**

George Devereux a également créé le complémentarisme, qui consiste dans l'utilisation de deux lectures obligatoires mais non simultanées, l'une anthropologique et l'autre psychanalytique, complémentaires [52]. L'anthropologie permet de comprendre l'expérience subjective du patient et la psychanalyse permet une lecture des éléments psychopathologiques. Devereux met en évidence trois situations :

"Intraculturelle : le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture, mais le thérapeute prend en compte les dimensions socioculturelles, aussi bien des troubles de son patient que du déroulement de la thérapie.

Interculturelle : bien que le patient et le thérapeute n'appartiennent pas à la même culture, le thérapeute connaît bien la culture de l'ethnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique.

Métaculturelle : le thérapeute et le patient appartiennent à deux cultures différentes, en revanche le thérapeute ne connaît pas la culture de l'ethnie du patient ; il comprend parfaitement en revanche, le concept de culture et l'utilise dans l'établissement du diagnostic et dans la conduite du traitement" (Devereux, 1978, p. 7-13) [52].

### **.5 Psychiatrie transculturelle et recherche**

Il existe deux types de recherches en psychiatrie transculturelle :

L'épidémiologie comparative, consistant à vérifier la constance de symptômes décrits dans les pays occidentaux et dans des pays de cultures différentes ; par exemple une étude sur la dépression a été réalisée dans 30 pays différents et a montré une prévalence différente des symptômes selon les pays. L'épidémiologie comparative a une forte puissance statistique, mais a ses limites, comme la validité transculturelle des instruments psychométriques standards et surtout elle ne prend pas en compte la subjectivité vécue par les patients.

Les recherches qualitatives, qui sont intéressantes au niveau transculturel, mais dont la généralisation des données est problématique.

Des méthodes alliant ces deux types de recherches sont également développées [53].

### **.6 Dispositif de soins**

Il consiste en des consultations :

Menées individuellement par des thérapeutes (médecins, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux et parfois un interprète) qui sont formés à l'anthropologie, la clinique et la psychanalyse.

Menées dans certains cas par le dispositif groupal, qui est constitué par un groupe de thérapeutes, et qui reçoit le patient et la famille. Dans les sociétés traditionnelles, l'individu est défini par son groupe d'appartenance, la maladie ne touche pas uniquement l'individu mais aussi le groupe, nécessitant une prise en charge collective [44].

### **.7 Le thérapeute en situation transculturelle**

En pratique transculturelle, le thérapeute est exposé à une autre culture, et adopte des changements internes pour comprendre et accepter l'autre culture et y participer. Il doit reconnaître les différences de valeurs, croyances et conduites attendues entre la culture d'origine et la nouvelle culture. Il doit aussi chercher des stratégies d'adaptation pour résoudre les situations conflictuelles [54].

## **.B Apports de la psychiatrie transculturelle dans la conceptualisation des TCA et facteurs transculturels**

Nous avons vu précédemment que les troubles du comportement alimentaires avaient d'abord été décrits dans les pays occidentaux puis dans d'autres pays. Cette évolution a entraîné un changement de conceptualisation de ces troubles en psychiatrie transculturelle. Ainsi l'anorexie a successivement été considérée comme un *culture bound syndrome*, un *culture change syndrome*, puis liée à une acculturation ou à un *culture clash*.

### **.1 Culture bound syndrome CBS**

Les syndromes liés à la culture ont été identifiés à la suite de la découverte d'entités existant dans d'autres cultures que celle des pays occidentaux : inconnues, elles étaient peu compréhensibles en dehors de leurs références originelles [5]. Georges Devereux parle de "désordres ethniques" se rapportant au modèle culturel spécifique du groupe. Selon lui, chaque aire culturelle possède au moins un ou plusieurs désordres, il cite l'exemple de l'*amok*, le *latah* des Malais [55]. Il explique

que le groupe culturel a des théories explicites quant à la nature et aux causes de ses désordres et des idées précises sur leurs symptômes, leur évolution et leur pronostic. Ce désordre pourrait même acquérir une “masse sociale” nécessitant un contrôle voire une exploitation par le groupe.

Les premières descriptions de *culture bound syndrome* ont été faites au XVIII<sup>e</sup> siècle lors des voyages d'explorateurs. En Asie, par exemple le *koro* a été identifié : il s'agit d'une affection touchant les hommes principalement, et qui est caractérisée par un état d'anxiété associé à la perception d'un rétrécissement voire à une rétraction des organes génitaux à l'intérieur du corps. Les patients ont la conviction qu'une infertilité, qu'une impuissance ou que la mort en sont les conséquences possibles. Des épidémies de *koro* ont été décrites en Chine, en 1865 et en 1984, en Thaïlande et en Inde [56]. Ritenbaugh propose une définition des *culture bound syndromes*, ou syndromes liés à la culture, “comme une constellation de symptômes caractérisés par un des critères suivants ou plus : ils ne peuvent être compris sans leur contexte culturel ou sous-culturel ; leur étiologie résume et symbolise des conduites et des sens profonds de cette culture ; le diagnostic se base sur une technologie et des idéologies propres à cette culture ; un traitement réussi est accompli par seulement les participants de cette culture”. (Ritenbaugh, 1982, p. 351) [57]. Les CBS impliquent aussi un certain nombre de corollaires. Ainsi, Ritenbaugh ne voulait pas limiter les CBS à des pathologies exotiques et a utilisé pour illustrer le CBS l'exemple de l'obésité aux États-Unis [57]. Le poids idéal défini par les médecins y est inférieur à ce qu'il est dans d'autres régions du monde, par conséquent l'obésité y est plus fréquemment diagnostiquée, en raison donc de normes arbitrairement choisies. L'idéal de minceur a influencé aux États-Unis la définition de la maladie et les objectifs thérapeutiques [5]. Ce n'est qu'en 1994 que les CBS apparaissent dans le DSM.

## **.2 Anorexie : syndrome lié à la culture occidentale**

L'anorexie a été initialement perçue comme une maladie affectant les femmes vivant dans les pays occidentaux et appartenant plus particulièrement à des milieux socio-économiques moyens à supérieurs [16]. Prince considère que l'anorexie est le *culture bound syndrome* le plus compréhensible par les Européens, il suggère qu'on ne le retrouvera pas dans d'autres cultures [58]. Swartz écrit de son côté que la société de consommation et l'importance donnée à la minceur correspondent au contexte culturel permettant de comprendre l'anorexie, mais que le sens de l'anorexie évolue avec le temps tout comme les préoccupations de la société changent, et que dans des sous-groupes culturels l'anorexie peut avoir des sens différents ; l'anorexie répond donc bien à la définition donnée par Ritenbaugh de *culture bound syndrome* [59]. Elle se traduit par des comportements pouvant être considérés normaux comme le régime ou la pratique d'activités sportives, mais dont l'intensité et la fréquence sont considérés comme pathologiques. Le diagnostic est réalisé par les médecins utilisant les classifications (DSM, CIM) de leur culture et le traitement est adapté. Cependant, des rapports ont trouvé des cas d'anorexies chez des adolescentes de familles immigrées. Puis, de plus en plus d'études ont relevé des cas d'anorexies dans de nombreux pays, non seulement en Europe, mais en Afrique, en Asie, et au Moyen-Orient [62]. Selon la méta-analyse de Keel et Klump, de nombreuses études ont mis en évidence des cas d'anorexie sans influence de l'Occident ; dans cinq régions du monde (Afrique, Moyen-Orient, continent indien, Asie de l'Est, Asie du Sud-Est) des cas étaient diagnostiqués. L'anorexie ne semble donc pas être un *culture bound syndrome*, car, même si des facteurs culturels influencent les taux d'anorexie, ils ne sont ni suffisants ni nécessaires [20].

### **.3 Anorexie : *Culture Change Syndrome CCS***

Les constatations ci-dessus ont remis en cause le fait que l'anorexie soit un *culture bound syndrome* malgré une influence indéniable des facteurs culturels. Lee décrit dans sa publication une maladie de la modernité [60] qui se développe en réponse à des éléments socioculturels, tels que le développement économique des pays industrialisés, l'urbanisation, l'immigration, l'abondance de nourriture, l'augmentation du poids, les changements de statut des femmes, plutôt qu'une maladie limitée à certaines régions géographiques. Les CCS sont des syndromes émergeant lors de rapides changements culturels et socio-économiques à l'échelle individuelle et à l'échelle sociétale. Le processus d'adaptation à un environnement avec des influences socio-culturelles différentes, voire contradictoires, favoriserait l'émergence de l'anorexie et non le contexte culturel lui-même. Pour Di Nicola, les anorexiques appartenant à des pays occidentaux correspondraient à des CBS et les autres cas à des CCS. L'anorexie est de toute évidence un syndrome réactif à la culture [61].

### **.4 Acculturation**

#### ***)a Définition de l'acculturation***

Il existe de nombreuses définitions de l'acculturation. Deux sont particulièrement utilisées. "L'acculturation comprend ces phénomènes résultant de contacts continus et directs entre des groupes d'individus de cultures différentes, qui entraînent des changements dans les modèles culturels initiaux d'un ou des deux groupes". (Redfield, Linton, Herskovits, 1936, p 149) [66]. Redfield a parlé également de conflit avec la culture, produit par l'acceptation de nouvelles valeurs s'écartant de celles préexistantes. Berry définit quant à lui, l'acculturation comme l'adoption des valeurs culturelles d'une autre culture, des attitudes ou des standards de la société à laquelle on est exposé, et précise qu'elle implique des changements physiques,

biologiques, politiques, économiques, culturels, et psychologiques dans l'identité et l'attitude [63].

Elle a été étudiée sous des angles successifs : d'abord les aspects concernant la domination européenne sur les indigènes colonisés, puis la manière dont les migrants changeaient après leur établissement dans la société d'accueil, et enfin comment les groupes ethnoculturels échangent, évoluent, vivent ensemble dans une société pluriculturelle. L'acculturation est le double processus de changement culturel et psychologique résultant du contact entre deux groupes ou plus et leurs membres individuels. Au niveau groupal, elle implique des changements de structures sociales, d'institutions, et de pratiques culturelles. Au niveau individuel, elle implique un changement de répertoire comportemental, des adaptations psychologiques dans les deux groupes concernés [64].

### ***)b Acculturation et TCA***

Des études ont montré une émergence des troubles du comportement alimentaire chez les enfants de migrants vivant dans des pays occidentaux et leurs auteurs ont postulé que l'acculturation était responsable de cette émergence, en raison de conflits entre la culture d'origine et la culture d'adoption. Elle aurait deux facettes : être sous un changement culturel majeur créerait un stress augmentant la susceptibilité génétique aux maladies psychiatriques et l'assimilation à une culture augmenterait les attitudes et conduites à risque de développer des troubles du comportement alimentaire [64]. Par exemple, le changement des critères de beauté, de l'idéal du corps entraînerait plus d'insatisfaction corporelle. Une étude sur des étudiants chinois aux États-Unis a montré que plus leur degré d'acculturation était élevé, plus les scores du *Eating Disorder Inventory* étaient élevés. Ces scores étaient associés pour les femmes à des conduites boulimiques, à une volonté de maigrir, à une hypersensibilité interoceptive et à une peur de la maturité et pour les

hommes, ils étaient associés au perfectionnisme. Les femmes avaient également plus d'insatisfaction corporelle et de volonté de maigrir. Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse que l'acculturation augmente le risque de développer des troubles du comportement alimentaire [65]. Dans une étude de cohorte comparant des jeunes filles et des femmes fidjiennes, Becker a montré que l'acculturation était liée à une plus grande préoccupation sur la forme du corps et que de nombreuses dimensions de l'acculturation agissaient de différentes façons sur l'image du corps. Contrairement à ses présomptions initiales, il a trouvé que plus l'adhésion aux valeurs traditionnelles était présente, plus les étudiantes avaient des préoccupations corporelles. Il a constaté qu'elles étaient soumises à davantage de pression pour accéder à des valeurs de modernité ; les préoccupations corporelles seraient donc le reflet de difficultés à appréhender valeurs traditionnelles et modernité [64].

#### **.5 Anorexie : *Culture Clash***

Lee et Katzman ont émis l'hypothèse que les troubles du comportement alimentaire apparaissent chez un individu quand il est entre deux mondes sociaux différents, par exemple : entre les générations, entre les genres, entre l'enfance et l'adolescence, et lorsqu'un individu doit faire face à deux cultures différentes comme lors de la migration [66]. Les psychiatres transculturels ont proposé le terme de *culture clash* pour décrire ce mécanisme. "Il s'agit d'un conflit qui résulte de l'interaction de personnes ayant des valeurs culturelles différentes" (APA, 2015). Le *culture clash* peut également survenir lors de mutations d'une société, l'individu doit alors s'adapter entre les valeurs traditionnelles et celles de la modernité et ce phénomène serait un facteur de risque de développement des troubles du comportement alimentaire. L'anorexie serait comme une maladie symbolique de conflits culturels ou même de protestation sociale [5]. Les personnes anorexiques du Sud-Est de l'Asie, sans *fat phobia*, s'engageraient dans l'auto-privation alimentaire

quand elles subissent des pressions venant d'idéaux contradictoires. Le *culture clash* est vu comme ayant un plus grand impact chez les personnes venant d'un milieu plus traditionnel ; en effet, moins les personnes sont acculturées à la société occidentale plus elles ressentiront le *culture clash* et auront un risque de développer un trouble du comportement alimentaire. Les psychiatres transculturels ont identifié un certain nombre de facteurs prédisposant aux TCA, engendrés par le *culture clash* : les conflits intra-familiaux, les conflits internes, un sentiment de déconnexion de la réalité, des perceptions de soi négatives, un manque d'autonomie, un sentiment de manque de contrôle sur sa vie. [67].

#### **.6 Acculturation et *culture clash***

Dans une étude portant sur des Chinoises d'Australie, Humphry a comparé l'acculturation et le *culture clash*. L'auteur a constitué deux groupes de patientes : les acculturées et les traditionnelles. Pour les deux groupes, l'insatisfaction quant à l'apparence corporelle, la surprotection parentale et davantage de pression de la part des amies filles, étaient associés à des troubles alimentaires (EAT-26 score >20). Plus les patientes étaient acculturées, plus elles ressentaient une pression pour perdre du poids de la part de leur père et de leurs amis hommes, ce qui entraînait davantage de conduites alimentaires anormales ; cela va dans le sens de l'hypothèse que plus un individu est acculturé à la société occidentale, plus les pressions socioculturelles et le désir de se conformer à l'idéal de minceur occidental influenceront le développement de TCA. Par contre, les Chinoises d'Australie qui ressentaient le plus leur identité chinoise (vivant donc un fort *culture clash*), avaient un score dans l'échelle concernant les soins parentaux perçus plus élevé. Ce score prédisait des attitudes alimentaires pathologiques. Humphry formule l'hypothèse que pour les Chinoises d'Australie traditionnelles, les soins parentaux dérivant de la société chinoise collectiviste seraient perçus comme de la surprotection ; or, la

surprotection est associée au développement de troubles alimentaires. Humphry a donc trouvé des différences et des similitudes dans les facteurs de risque de développer des attitudes alimentaires pathologiques chez les femmes acculturées et traditionnelles [67].

Lake a voulu distinguer lors de la migration, l'effet de l'acculturation, de l'effet du *culture clash* sur les attitudes alimentaires et l'image du corps. Pour ce faire, il a comparé un groupe d'étudiantes hong kongaises nées à Hong Kong et un groupe d'étudiantes australiennes, les deux groupes étudiaient dans des universités australiennes. Il a également divisé le groupe des hong kongaises en fonction de leur niveau d'identité ethnique, il a postulé que si ce niveau était bas, alors elles étaient acculturées. Les résultats ont montré que les hong kongaises traditionnelles, c'est-à-dire vivant un *culture clash*, avaient des attitudes négatives envers la nourriture (EAT-26 scores non significativement différents) et une insatisfaction corporelle similaire à celle des Australiennes, alors que les Chinoises acculturées avaient des scores significativement plus bas. Cette étude va dans le sens du lien entre TCA et *culture clash*, les Chinoises traditionnelles étaient plus en difficulté avec les valeurs occidentales que le groupe de Chinoises acculturées. Les raisons avancées par les auteurs portent sur les conflits intra-familiaux intervenus lors des tentatives de prise d'indépendance des Chinoises traditionnelles qui, en imitant les Australiennes, vont à l'encontre des valeurs de leurs familles [68].

### **.7 Boulimie : *culture bound syndrome***

Dans la revue de littérature de Keel et Plump la boulimie n'était pas retrouvée dans toutes les régions du monde, et en particulier il n'y avait pas de cas de boulimie sans exposition aux valeurs occidentales, c'est-à-dire dans un contexte sans valorisation de la minceur [12]. Les auteurs n'avaient pas constaté non plus de cas de boulimie sans préoccupations au sujet du poids. Ils en ont conclu que la boulimie

est un *culture bound syndrome* contrairement à l'anorexie [12]. Witzum critique cette hypothèse, arguant que la dichotomie entre l'anorexie et la boulimie est erronée, ces deux maladies ayant de nombreux points communs (génétique, personnalité...), de nombreux patients restrictifs développant ensuite une boulimie [18].

## **.C Apports de la psychiatrie transculturelle à la compréhension des différences symptomatologiques dans la clinique des troubles du comportement alimentaire**

### **.1 Le critère *fat phobia* ou peur de grossir**

En Europe, la peur de grossir n'est pas constatée dans les descriptions initiales de l'anorexie de Lasègue et de Gull [9] [8], dans lesquelles les patientes présentaient des plaintes abdominales, une perte d'appétit. On commence à trouver à la fin du XIXe et au début du XXe siècle une peur de devenir grosse et un désir de minceur, mais cela reste exceptionnel. C'est autour de 1940, que cette caractéristique est fréquemment identifiée, ainsi que la surévaluation de la minceur. Casper écrit que la recherche de minceur devient la motivation dominante de la restriction alimentaire autour de 1960, elle émet l'hypothèse que la prospérité économique et le surplus de nourriture entraîneraient une plus grande préoccupation par rapport au poids et une *fat phobia* [69]. Elle ajoute aussi que la rondeur est devenue associée à un manque de contrôle et moralement répréhensible.

La peur de grossir a été considérée comme caractéristique de la psychopathologie et comme un des critères diagnostiques de l'anorexie en 1970 d'après Russell [10], et toujours selon lui, la distorsion de l'image du corps aurait été décrite pour la première fois en 1962 par Hilde Bruch.

### **.2 Le critère *fat phobia* et la Chine**

À Hong Kong, souvent, les patientes anorexiques n'ont pas de *fat phobia* ; par exemple, dans un article de Lee [70] les trois patientes décrites ne présentent pas de

déni de la minceur ; l'une avait eu initialement une peur de grossir, mais sans distorsion de l'image du corps et lors de son hospitalisation parlait de plénitude gastrique ; une deuxième anorexique avait initialement démarré un régime puis avait présenté des douleurs abdominales l'empêchant de manger, elle n'avait pas de peur intense d'être grosse ; la dernière n'avait pas de peur de grossir ni de distorsion de l'image du corps, elle justifiait sa perte de poids par un manque d'appétit dû à un problème abdominal. Dans une autre étude de Lee, sur 16 patientes anorexiques, la plainte principale était un inconfort abdominal présent pour 15 d'entre elles, survenant après l'ingestion de faibles quantités de nourriture, ce qui leur causait des difficultés pour s'alimenter. La peur d'être grosse était absente chez cinq d'entre elles (31%), moyenne pour huit (50%), mais n'était pas la raison de la restriction alimentaire, et si elle était intense pour trois d'entre elles (19%), elles ne se trouvaient pas grosses et on ne retrouvait une distorsion faible de l'image du corps que pour sept d'entre elles [71]. Dans une étude rétrospective concernant 70 patientes anorexiques, 59% d'entre elles n'ont pas eu de *fat phobia*, et ont donné d'autres raisons pour leur anorexie (ballonnement abdominal, perte d'appétit). Lee a comparé les patientes avec et sans *fat phobia*, les différences significatives étaient que les patientes sans *fat phobia* avaient un IMC pré-morbide plus faible, et présentaient moins de conduites de compulsion alimentaire, moins de pratique d'exercices physiques et de vomissements [72]. Lee propose en conséquence une division de l'anorexie en quatre catégories par rapport au critère *fat phobia* :

*Fat phobic* de type I, les patients présentent une peur d'être gros constamment. Ce type d'anorexie est typique, c'est celui classiquement défini par le DSM-5. C'est probablement la forme la plus fréquente retrouvée de nos jours.

*Fat phobic* de type II, caractérisé par une disparition secondaire du critère *fat phobia*, avec une peur initiale de grossir qui diminue, voire disparaît, alors que la

perte de poids est importante ou devient chronique. Les patients disent alors ne plus vouloir maigrir, et souhaitent éventuellement reprendre du poids.

Non *fat phobic* de type I, caractérisé par une absence constante du critère *fat phobia*. C'est une forme "atypique" souvent rencontrée chez les patients plus âgés, chez les hommes, chez des patients minces avant la maladie, et dans les sociétés non occidentales.

Non *fat phobic* de type II, caractérisé par une apparition secondaire du critère *fat phobia*. Lors de la reprise de poids, les patients développent une *fat phobia* ou une préoccupation sur le poids. Cette forme est présente dans les pays occidentaux et non occidentaux. L'hypothèse que certains de ces patients ne sauraient expliquer les raisons pour lesquelles ils doivent perdre du poids a été émise [73].

### **.3 Anorexie sans *fat phobia* en dehors de la Chine**

Les anorexiques sans *fat phobia* ont été repérés principalement à Hong Kong et en Chine [74], mais on en retrouve en Inde, au Ghana, à Singapour et dans les pays occidentaux [75]. Banks par exemple, a étudié des anorexiques contemporaines venant d'environnements conservateurs et religieux aux États-Unis, et s'est intéressée au point de vue de deux patientes anorexiques qui justifiaient leur auto-privation alimentaire et leurs symptômes par des symboles et un langage religieux. Elles ne présentaient pas de *fat phobia* ; elle les a toutefois considérées comme anorexiques et en a déduit que l'anorexie ne se limitait pas au contexte culturel de recherche de minceur [76]. Pour conclure, l'anorexie sans *fat phobia* a une distribution géographique étendue.

### **.4 Explications concernant l'anorexie sans *fat phobia***

Les cas d'anorexie sans *fat phobia* ont été considérés par certains auteurs comme ne remplissant pas les critères du DSM et diagnostiqués comme des EDNOS (troubles du comportement alimentaire non spécifiés) ou comme des formes

frustrés [60] [75]. C'est une explication très ethnocentrée, impliquant que l'explication occidentale de la privation alimentaire est une caractéristique universelle de l'anorexie. Elle implique également que les cas historiques de l'anorexie ne seraient pas de vrais cas d'anorexie. Imposer le critère *fat phobia* dans un environnement culturel où la minceur n'est pas valorisée, reviendrait à exclure des patients ne correspondant pas aux définitions occidentales, sans prise en compte de leur culture [77]. Kleinman par exemple, critique l'utilisation des catégories diagnostiques occidentales en psychiatrie transculturelle, car, selon lui, elles ne sont pas libres de toute influence culturelle. Il explique qu'elles correspondent à des modèles explicatifs spécifiques des pays occidentaux, que la culture est responsable d'idées sur les maladies, et pas seulement responsable de la forme d'un phénomène déjà existant [46]. Pour Ngai et Lee [73], il y aurait au moins quatre explications à l'absence de *fat phobia*. La première serait un déni ou une dissimulation des préoccupations sur le poids, qui tromperait les médecins et les familles. Cependant les études précédentes réalisées sur les anorexiques sans *fat phobia* ne vont pas dans le sens de cette explication, qui semble par exemple inadéquate pour la majorité des patients rencontrés à Hong Kong [72], car les médecins ont spécifiquement recherché ce critère chez les patients et ne l'ont pas retrouvé. La deuxième hypothèse fournie est que l'anorexie sans *fat phobia* serait une somatisation d'une dépression ou une dépression atypique associée à une perte de poids. Cependant, cette hypothèse est douteuse, car d'une part les patients ont des scores bas dans les échelles mesurant la dépression et d'autre part à cause du manque d'efficacité des antidépresseurs dans le traitement de l'anorexie. La troisième explication possible est que les patients anorexiques sans *fat phobia* étant minces avant la maladie, ils ne ressentent pas le besoin de perdre du poids. Cette explication ne prend toutefois pas en compte les différences de ressenti de la grosseur chez les patients. La dernière explication est

que les patients viennent de sous groupes culturels où la peur de grossir n'est pas un moyen efficace d'expression d'une souffrance psychique.

Ngai et Lee en concluent que la *fat phobia* n'est pas un symptôme cardinal de l'anorexie dans la mesure où les raisons, le sens symbolique de la restriction alimentaire varient selon le poids, la chronicité, l'âge des patients et surtout des facteurs contextuels. Ils considèrent que la peur de grossir et la distorsion de l'image du corps sont des concepts culturellement codés, des modes d'expression de la détresse qui sont stigmatisés en Chine [73]. Les Chinois utilisent par contre la somatisation pour organiser la réponse sociale à la maladie [78]. Les plaintes somatiques entraînent plus de bienveillance, et d'empathie en Chine que les préoccupations sur l'image du corps.

De fait dans le DSM-5, il y a une prise en compte de la culture, notamment du fait que les préoccupations corporelles varient selon le contexte culturel ; l'absence du caractère *fat phobia* chez les anorexiques est reconnue et décrite comme plus fréquente en Asie, où l'argumentation pour une restriction diététique est souvent plus sanctionnée socialement qu'un inconfort abdominal. Dans leur méta-analyse Keel et Klump [12] ont identifié le refus de la nourriture menant à un amaigrissement dans tous les pays, mais pas la *fat phobia*, et ont donc suggéré que ce critère n'était pas universel. Ce qui est conforté par Witztum qui considère que la préoccupation sur le poids serait un idiome de détresse dans les pays occidentaux pour les femmes qui sont exposées à la pression socioculturelle pour mincir [18].

### **.5 Augmentation des formes *fat phobic* en Chine**

Lee a comparé à Hong Kong, sur deux périodes de 1987 à 1997 et de 1998 à 2007, les caractéristiques socio-démographiques et cliniques de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Entre la première et la deuxième période, le nombre de patients a doublé. Il y a eu une augmentation significative de la proportion

d'anorexiques ayant une *fat phobia*, avec un taux passant de 50% à 77%, ainsi qu'une augmentation de l'insatisfaction corporelle. Les patients avec une *fat phobia* avaient un âge de début de la maladie plus élevé, un IMC pré-morbide plus élevé et utilisaient plus souvent des stratégies de contrôle du poids. Il y a eu également une augmentation de la proportion de boulimiques. Lee émet l'hypothèse que l'accroissement de la fréquence de boulimiques et d'anorexiques avec *fat phobia* serait dû à la poussée des préoccupations sur le poids et de la pression sociale perçue pour être mince [31].

Dans une autre étude menée entre 1992 et 1997, à Hong Kong, ville ayant progressivement adopté les valeurs et les normes occidentales, l'auteur prévoit que sous cette influence, l'anorexie chez les hong kongais ressemblera de plus en plus au tableau typique décrit en Occident. Sur 16 patients anorexiques (15 filles et 1 garçon), 13 ont donné comme raison de la restriction alimentaire une volonté de perdre du poids ; ils se sentaient gros, étaient insatisfaits de la forme de leur corps ou étaient traités de joufflus par leur pairs. Les trois autres avaient d'autres raisons : l'un était inquiet de vivre avec ses parents après avoir vécu avec ses grands-parents, un autre était inquiet de la situation financière de sa famille et le dernier se plaignait de douleurs abdominales s'il essayait de manger plus. La peur d'être gros était présente chez 14 d'entre eux (plus de 80%) [33].

## **.6 Boulimie et estime de soi influencée par la forme et le poids du corps**

Le cas d'une patiente indienne boulimique a été décrit. Elle s'alimentait toute la journée de façon excessive, n'avait pas de peur de grossir, ni d'estime de soi liée au poids, elle ne présentait pas de stratégies de contrôle du poids sauf des vomissements quatre à cinq fois par jour, mais qui selon la patiente, étaient utilisés contre un inconfort abdominal, une pesanteur dans la poitrine et non pour éviter une

prise de poids. S'appuyant sur ce cas, Mendhekar propose de considérer que la présence de compulsions alimentaires avec des vomissements et absence de peur de prendre du poids, de perturbation de l'image du corps, soit similaire à ce qui a été constaté pour les patients anorexiques atypiques décrits en Asie du Sud-Est, c'est-à-dire, que le critère D, tout comme la peur de grossir chez les anorexiques, soit lié à la culture [79]. Cependant, pour prouver cette hypothèse, il faudrait réaliser d'autres études avec un plus grand nombre de cas, réaliser des études épidémiologiques.

## **.D Facteurs culturels liés à la genèse des TCA**

Nous allons évoquer les différents facteurs socio-culturels en lien avec l'augmentation de l'incidence, de la prévalence, et avec la modification de la symptomatologie des troubles du comportement alimentaire en Chine. Il s'agit de facteurs concernant les idéaux de beauté, l'alimentation, les facteurs économiques, et la famille.

### **.1 Canons esthétiques féminins en Occident**

La mode au Moyen Âge était en faveur des formes minces et effilées, puis un idéal de beauté plantureuse s'est installé. Au cours du XIXe siècle, la minceur a commencé à être perçue comme une sorte de beauté spirituelle, une romantisation de la minceur est apparue dans la littérature, dans la peinture. Au début du XXe siècle, la femme commence à s'émanciper, pratique des activités sportives, le corset disparaît, et le culte de la minceur apparaît. De nos jours, la minceur symbolise la beauté, l'attractivité, la mode, la santé, la réalisation de soi, et le contrôle [26]. Garner a constaté que les mensurations des femmes du magazine *Playboy* et du concours de *Miss America* ont significativement diminué entre 1958 et 1978, alors que les mensurations et le poids des femmes augmentent et que le nombre d'articles sur les régimes dans les magazines augmente également ; ce qui révèle une

évolution de l'idéal de beauté [80]. La pression sociale s'exerçant sur les femmes pour qu'elles restent minces favoriserait le développement de conduites pathologiques (régime, exercice) qui pourraient elles-mêmes favoriser le développement de troubles du comportement alimentaire [39]. Selon Mc Carty, l'idéal de minceur est en dessous du poids réel des femmes, donc si elles perçoivent une différence entre leur poids et le poids idéal, alors elles auront une insatisfaction corporelle [81]. Les comparaisons avec les autres sur l'apparence, l'internalisation de l'idéal de minceur, contribuent à l'insatisfaction corporelle car l'idéal est inatteignable pour la majorité des femmes.

## **.2 Canons esthétiques féminins en Chine**

De nombreux auteurs [82] [83] [84] ont considéré que l'idéal de beauté traditionnel de rondeur était un facteur protecteur expliquant la faible prévalence des troubles du comportement alimentaire dans les pays comme l'Inde, la Chine, et les pays de culture arabe. Cet idéal symbolisait non seulement la beauté mais aussi la maternité, la sécurité [26]. Traditionnellement en Chine, la rondeur est préférée, car synonyme de richesse et de bonne santé [33]. Cependant ces visions sont à modérer, car il y a de nombreux exemples de femmes minces référées comme des canons de beauté dans la littérature chinoise, l'idéal de beauté féminin en Chine devait être "un corps mince et des épaules tombantes" surtout dans les classes dirigeantes, mais Leung tempore en énonçant que les idéaux de beauté différaient selon les classes sociales, avec un corps plus robuste pour les femmes venant de milieux au niveau socio-économique bas. Selon lui, la culture chinoise a toujours valorisé la minceur, cependant avec la sédentarisation et le changement d'alimentation, il est de plus en plus difficile d'atteindre ces idéaux. Leung a voulu confirmer de façon empirique l'évolution des canons de beauté à Hong Kong. Aussi, il a recueilli les données du concours de *Miss Hong Kong* et de *Miss photogénique*

de 1975 à 2000. Les gagnantes étaient de plus en plus grandes, mais le poids absolu restait le même, donc elles étaient de plus en plus minces et plus minces que la moyenne des femmes hong kongaises [82].

Plusieurs études réalisées en Chine ont avancé que les préoccupations sur le visage seraient un facteur culturel spécifique lié au risque de développer des TCA pour les Chinois. Le visage dans la culture chinoise est très important et pour qu'une femme soit considérée comme belle, le visage doit être bien proportionné, les sourcils doivent être fins, elle doit avoir de grands yeux alertes, les lobes d'oreilles doivent être grands et charnus, le nez doit être droit avec des narines charnues, et les lèvres remplies [85]. L'étude de Jackson comparant des individus avec des TCA à des sujets témoins a révélé que les préoccupations sur le visage étaient le facteur présentant la plus grande différence significative entre les deux groupes [86]. Ces résultats suggèrent que les TCA en Chine pourraient survenir lors de préoccupations corporelles non liées à la peur d'être gros ou à la forme du corps, mais en lien avec des préoccupations sur le visage. Cependant, ces résultats sont à nuancer, car c'est la seule étude explorant ce lien et d'autres études comme celle de Lee contredisent ces résultats. Ce dernier a montré que les critères de beauté traditionnels en Chine ont été supplantés par les critères occidentaux d'insatisfaction corporelle, de préoccupations sur la forme du corps. Pour Lee, ces changements pourraient prédisposer plus de jeunes femmes au développement de TCA [85].

### **.3 Insatisfaction corporelle**

Dès l'âge de sept ans, les enfants adopteraient les idéaux socioculturels de beauté de leur milieu. Selon la revue de littérature de Ricciardelli, les préoccupations corporelles ne sont pas uniquement liées au sexe, à l'âge et à l'IMC, mais aussi à l'ethnicité. Les enfants afro-américains de neuf ans avaient un idéal corporel plus lourd que celui des enfants "caucasiens". Les garçons et les filles d'origine africaine

désiraient une silhouette plus large que leur silhouette actuelle perçue et plus large que les “caucasiens”. Une autre étude montrait moins d’insatisfaction corporelle malgré un poids plus lourd chez les filles afro-américaines de neuf/dix ans [87]. La littérature montre des différences culturelles importantes sur l’insatisfaction corporelle [88]. La revue de la littérature de Keel et Klump sur l’anorexie dans le monde, montre chez les patientes anorexiques des taux différents de préoccupation du poids selon les pays ; par exemple, 100% des patientes avaient des préoccupations sur le poids au Japon, alors que ces préoccupations étaient présentes en Chine et à Hong Kong chez 41% à 100% des patientes [12].

Une étude s’est penchée sur l’idéal du corps et la prévalence de l’insatisfaction corporelle chez les enfants et les adolescents âgés de trois à quinze ans, en Chine. Les résultats ont montré que l’idéal du corps pour les hommes était plus gros que pour les filles du même âge, que l’idéal du corps pour les filles tendait vers plus de minceur chez les filles plus âgées. Les scores d’insatisfaction corporelle étaient liés à l’IMC pour les deux sexes, donc au poids, mais plus l’âge augmentait plus les corrélations entre le poids et l’insatisfaction corporelle augmentaient. Au total, seulement 40,1% des enfants et adolescents étaient satisfaits de leur poids. Même dans le groupe à poids normal, seuls 46,5% des garçons et 43% des filles étaient satisfaits de leur poids, les garçons voulaient être plus lourds et les filles plus minces [89]. Xie a montré dans une autre étude menée en Chine, que 50,83% des filles se considéraient comme trop lourdes, et 26,54% des garçons. Parmi les filles à IMC normal ou inférieur à la normale, 41,6% se considéraient comme trop lourdes contre 11,6% des garçons. L’exposition aux médias asiatiques, un IMC plus élevé, être au stade péri ou post-pubertaire au lycée étaient associés à une dysperception du poids chez les filles. Les filles qui étaient souvent exposées aux médias asiatiques et qui accordaient une importance forte au physique étaient plus souvent insatisfaites sur

leur poids, et avaient des comportements restrictifs pour certains aliments [90]. Une autre étude sur l'insatisfaction corporelle a montré qu'elle était maintenant élevée chez les hommes et qu'elle était prédite par la pression exercée par les pairs pour augmenter la masse musculaire, alors qu'auparavant les taux d'insatisfaction corporelle chez les hommes en Chine étaient bas, par comparaison avec les pays occidentaux : la musculature n'était d'ailleurs pas un standard culturel de masculinité dans la culture chinoise. Les auteurs ont postulé que le changement d'idéal de beauté masculin, et l'augmentation des conduites pour se muscler chez les hommes seraient dûs aux changements socio-économiques et culturels [91].

Ces différentes études montrent que les Chinois ne sont donc pas "immunisés" contre l'insatisfaction corporelle [86].

Pour conclure, on observe en Chine de façon simultanée un changement des critères de beauté, une augmentation de l'insatisfaction corporelle, et une évolution de la symptomatologie des troubles du comportement alimentaire avec une augmentation des formes d'anorexie avec *fat phobia* et une augmentation du nombre de boulimiques. Une des explications fournies par Lay, serait l'évolution de la symptomatologie, de somatique à psychologique (des plaintes abdominales à la peur de grossir) dans l'anorexie. Cette évolution se ferait sous l'influence de changements socioculturels tels que l'adoption des idéaux de minceur et l'importance donnée au physique, parallèlement à la progression de l'obésité et du poids des enfants [33].

#### **.4 Attitudes alimentaires anormales et régimes**

Une étude d'Antoinette et Sing Lee a montré que l'insatisfaction corporelle typique décrite en Occident et les attitudes alimentaires anormales devenaient fréquentes à Hong Kong. 6,5% des sujets avaient un EAT-26 score >20, les troubles alimentaires étaient corrélés à l'insatisfaction corporelle. Ils ont formulé l'hypothèse que de plus en plus de troubles du comportement alimentaire et de pratiques de

contrôle du poids devraient être observés à Hong Kong [92]. Une étude épidémiologique réalisée dans deux villes en Chine va dans le sens de cette hypothèse. Elle a montré que 13% des femmes (EAT-26 score > 20), et 3,9% des hommes avaient un risque élevé de développer un trouble du comportement alimentaire ; 9,9% des femmes et 2,0% des hommes avaient des EAT-26 score >20 en dépit d'un poids normal ou inférieur à la normale. Ces résultats étaient comparables à ceux retrouvés dans le monde, l'auteur comparant avec la Suède (8,3% des femmes, 1,5% des hommes) et le Canada (20% des femmes, 10% des hommes). Un score élevé était associé chez les hommes et les femmes aux facteurs suivants : le sens donné à la minceur et la pression par les pairs. Les sources d'informations données sur le corps, le poids et les régimes provenaient essentiellement des pairs, puis des médias [93].

#### **.5 Place de la nourriture en Occident**

Le rapport de l'homme à l'alimentation a énormément changé. Auparavant, se nourrir était un problème constant, alors que de nos jours, il y a une abondance de la nourriture dans les pays occidentaux. Il y a eu une perte des codes alimentaires, les aliments étant en permanence disponibles. L'individu se trouve dans une situation de choix impossible et la société prolongerait la situation de la mère "gavante" envers son enfant et favoriserait la "délinquance alimentaire" selon Anne Guillemot et Michel Laxenaire [5].

#### **.6 Place de la nourriture en Chine**

La nourriture a une place importante dans la culture chinoise. Historiquement, on peut en partie l'expliquer par les nombreuses famines survenues en Chine. La plus récente, celle de 1958 à 1961 aurait été responsable de dizaines de millions de morts. En Chine, encore plus que dans d'autres cultures, partager la nourriture est un acte de lien social, par lequel passent les formes et les contenus des interactions

sociales, et peut-être une récompense ou une punition, ou une manière d'influencer la conduite des autres. La verbalisation des affects n'est pas courante en Chine, ce qui explique cette place prise par la nourriture. Illustrant ce concept, une étude sur les rapports entre la nourriture et les familles a montré que les grands-parents estimaient que satisfaire les enfants avec de la nourriture est la façon élémentaire de les aimer et de les récompenser. On considère le surpoids chez les enfants comme un signe de bonne santé, et la preuve qu'ils bénéficient de bons soins et d'une bonne alimentation. Au contraire, un enfant mince est vu d'une manière négative [94]. La nourriture symbolisant l'affection des parents, et la piété filiale étant très forte, le refus de la nourriture pourrait être un moyen d'exprimer l'hostilité envers les parents en évitant les conflits ouverts [92].

### **.7 Obésité en Chine**

Le taux d'obésité a énormément augmenté en Chine ces dernières années. Selon une étude de 2002 citée dans l'article de Li [89], le taux de surpoids et d'obésité chez les jeunes chinois de 7 à 17 ans est passé à 8,6% pour les premiers et à 4,3% pour les seconds, ce qui représente une augmentation de 30 fois en 10 ans. L'obésité adolescente est un facteur de risque de développement et de maintenance de symptômes de troubles du comportement alimentaire [95]. Les adolescents chinois étaient considérés comme plus tolérants envers l'excès de poids, cependant une étude a montré que les adolescents chinois en surpoids ou obèses ont plus de préoccupations et de conduites de contrôle du poids que les adolescents à poids normaux, et plus particulièrement les filles [96].

### **.8 Facteurs socio-économiques**

Le statut socio-économique a longtemps été considéré comme un facteur de risque de développer un trouble du comportement alimentaire. Dans les pays occidentaux, la pression de la minceur augmente avec le niveau socio-économique.

Selon certaines hypothèses, dans les pays non occidentaux, lors de la progression du niveau de vie, l'insatisfaction corporelle augmenterait, et serait plus fortement liée au statut socio-économique qu'à la culture ou à l'ethnicité [86]. Mais la richesse ne veut pas forcément dire une prévalence plus élevée de troubles du comportement alimentaire. La Chine était une société agraire qui est rapidement devenue une société industrielle moderne après l'instauration de la "politique de la porte ouverte" et les réformes économiques des années 80.

Lee a comparé trois régions de Chine, Hong Kong, Shenzhen et le Hunan. Hong Kong colonie britannique jusqu'en 1997, est très modernisée et l'on y a observé une augmentation des cas d'anorexie. Shenzhen est aussi très modernisée, mais le niveau de vie reste plus faible qu'à Hong Kong. Le Hunan est une région rurale, moins modernisée et avec un niveau économique plus bas ; peu de foyers au moment de l'étude possédaient une télévision. Les résultats ont montré que les hongkongaises étaient les plus minces, alors que 74% d'entre elles désiraient peser moins, 61% désiraient peser moins à Shenzhen et 44% dans le Hunan. Le score EAT-26 et les perturbations de l'image du corps étaient plus élevés à Hong Kong et plus bas dans le Hunan. La préférence pour la minceur s'est répandue en Chine, et les préoccupations par rapport au poids augmentent avec le statut socio-économique et la modernisation. On a remarqué que le score de l'échelle de dépression de Beck était plus élevé dans le Hunan, ce qui suggère que les femmes y souffraient davantage de dépression et que les préoccupations sur le poids n'étaient pas une façon populaire d'exprimer la souffrance psychique en Chine rurale [97].

### **.9 Influence des médias sur l'image du corps**

Les médias sont des vecteurs importants de la transmission des idéaux socioculturels de beauté, sur la taille et la forme du corps. Pour illustrer cette affirmation, nous parlerons d'une étude réalisée dans les îles Fidji. L'auteur a

comparé des adolescentes en 1995 (époque où la population n'était pas encore exposée aux médias, c'est-à-dire un mois après l'introduction de la télévision sur l'île) et en 1998. Elle a montré : que 12,7% des personnes interrogées en 95 avaient un EAT-26-score >20 contre 29,2% en 1998. Personne en 1995 n'utilisait les vomissements comme conduite de contrôle du poids, contre 11,3% en 1998. Les foyers possédant une télévision avaient un risque trois fois supérieur d'avoir un score au EAT-26 au dessus de 20. Malgré un IMC normal, les personnes avec un score au EAT-26 supérieur à 20 exprimaient davantage le sentiment de devoir manger en moindre quantité alors que traditionnellement dans la culture des Fidji faire un régime pour perdre du poids était très rare. 77% des personnes interrogées ont déclaré que la télévision influençaient leur image corporelle, et tous que la télévision transformait leurs conduites, leurs valeurs traditionnelles et faisait monter les tensions inter-générationnelles (du fait de conflits entre les valeurs traditionnelles et occidentales). La télévision était le média le plus accessible et le plus consulté, exposant les adolescents fidjiens aux canons de beauté occidentaux. Les données qualitatives montraient que les individus avaient le sentiment que la télévision influençait leur perception de leur image corporelle, à leurs propres yeux et aux yeux de leur entourage [98].

En ce qui concerne la Chine, il a été également démontré que les médias influençaient les perceptions de l'image du corps chez les adolescentes chinoises, plus particulièrement les médias chinois. L'exposition aux médias était liée à une insatisfaction sur le poids [90]. Une autre étude a aussi montré qu'il y avait plus d'insatisfaction corporelle chez les femmes, que plus l'IMC était élevé, plus l'insatisfaction corporelle était élevée. Pour les femmes, l'insatisfaction corporelle était prédite par la pression pour perdre du poids qu'elle ressentait exercée par les adultes de la famille, les pairs, et les médias [91].

## **.10 Statut de la femme en Chine**

Le confucianisme a instauré une société patriarcale, les femmes étaient d'abord sous l'autorité de leur père, puis de leur époux et s'il décédait de leur fils aîné [99]. La famille entière habitait sous le même toit. Les parents vivaient avec les enfants, et quand les filles se mariaient, elles quittaient le domicile familial pour aller dans celui de la belle famille [100].

Au cours du XXe siècle, le Parti Communiste Chinois a transformé ce système ; de nombreuses révolutionnaires ont eu des postes à responsabilité et ont oeuvré pour l'émancipation des femmes. Il a prôné des valeurs égalitaires entre hommes et femmes, promu l'éducation, le travail des femmes et aussi aboli des coutumes comme le bandage des pieds [26]. Actuellement, les femmes vont à l'école, peuvent servir dans l'armée, et travaillent surtout en dehors du domicile [101]. Le statut des femmes et les rôles homme/femme ont donc beaucoup évolué ces dernières années.

## **.11 L'enfant unique**

La plupart des familles en régions urbaines n'ont qu'un enfant - une conséquence de la politique de l'enfant unique. Celle-ci a été instaurée dans les années quatre-vingt par le gouvernement chinois devant l'augmentation très importante de la population après le *babyboom* suivant la Seconde Guerre mondiale. Elle a eu pour conséquences le vieillissement rapide de la société et une transformation des familles. L'enfant unique est souvent au centre de la famille, surprotégé et souvent suralimenté, c'est l' "enfant roi". Les parents fondent de grands espoirs en lui, notamment sur ses résultats scolaires. Ils sont dirigistes dans les choix des enfants, de leur études, de leur mariage, et de leur travail.

Trois tendances ont été retrouvées dans l'évolution des systèmes familiaux en Chine contemporaine :

- Premièrement, les familles à trois générations linéaires sont restées relativement stables.

- Deuxièmement, certains types de familles sont en augmentation, comme les familles nucléaires, avec des couples qui s'installent seuls après leur mariage. Les familles linéaires composées de grands-parents et de petits-enfants sont les familles dont le nombre augmente le plus en Chine. Les parents partent dans les grandes villes travailler et les grands-parents élèvent les petits enfants avec parfois des rivalités concernant leur éducation entre parents et grands-parents, les enfants recevant peu d'attention de leurs parents qui ont peu de temps à leur consacrer [102].

- Troisièmement, l'apparition de la famille nucléaire à un parent en raison de mariages de plus en plus tardifs, du vieillissement de la population et des divorces de plus en plus nombreux.

La structure familiale et les relations entre les membres d'une famille sont donc en grande mutation [103] et cela a des conséquences. Les enfants uniques seraient plus sensibles aux comparaisons avec leurs pairs, et à l'influence des médias surtout en ce qui concerne les idéaux de beauté du fait qu'ils n'ont pas de réseaux familiaux étendus. La perception d'une pression sociale et de moquerie par les pairs est en Chine un facteur de risque important de développer une insatisfaction corporelle [104]. L'étude de Jackson comparant des sujets avec des symptômes de TCA à des sujets sans symptômes a également révélé que les sujets du groupe symptomatique percevaient de manière significative qu'ils subissaient plus de pression socioculturelle sur l'apparence (par l'entourage familial, amical et les médias), qu'ils se comparaient plus aux autres, et se sentaient plus moqués [88]. Dans une autre étude, il était montré que les adolescentes chinoises ressentaient une pression des médias et des réseaux sociaux pour changer leur apparence, qu'elles se

comparaient avec leurs pairs, et que l'apparence était un sujet de conversation important, plus fort que pour les garçons et les filles plus jeunes. L'auteur de cette étude a néanmoins comparé ces valeurs avec celles d'études menées aux États-Unis et a constaté que l'insatisfaction corporelle restait cependant moins élevée en Chine, et qu'il y avait moins de comparaisons et de discussions avec les pairs sur l'apparence [105].

En conclusion, depuis une trentaine d'années, la Chine a énormément changé. Le décalage intergénérationnel est important, les parents ont grandi dans un environnement dur avec beaucoup de pauvreté, de famine, des traumatismes politiques comme la Révolution Culturelle, alors que la plupart des enfants actuellement sont des enfants uniques vivant dans une société plus permissive, relativement opulente, très modernisée mais conservant cependant des valeurs traditionnelles. Ces changements sont associés à une augmentation de l'incidence des troubles du comportement alimentaire validant l'hypothèse du *culture change syndrome* et du *culture clash syndrome*.

## **..III Étude de situations cliniques**

### **.A Méthode**

#### Population

Les six patients présentés ont été hospitalisés dans le service de psychosomatique du Centre de Santé Mentale de Shanghai entre novembre 2013 et juillet 2014. Ils venaient tous, sauf un patient, de Shanghai.

#### Recrutement et recueil des données

Chaque nouveau patient était vu par un interne puis par un médecin senior, ensuite par un professeur consultant de façon hebdomadaire en présence des différents membres de l'équipe. Lors de cette conférence, après lecture d'un résumé du cas clinique, le professeur voyait les nouveaux patients, et ensuite une discussion sur le diagnostic, et sur la prise en charge avait lieu. Cette organisation visait à la formation mais aussi à la discussion. Les patients ont été sélectionnés suite à la conférence, selon les suggestions de la chef de service le Docteur Chen.

Le recueil des données s'est principalement fait à partir d'entretiens avec les patients, que j'ai menés soit seule, soit accompagnée d'un médecin acceptant de réaliser des traductions chinois-anglais et pouvant expliquer certaines différences culturelles observées. Certains patients ont été suivis tout le long de leur hospitalisation, et les médecins m'ont parfois demandé la réalisation de psychothérapie. Ce travail est issu d'une collaboration, d'un échange de connaissances. La difficulté principale dans le recueil des données était la barrière de la langue, ma maîtrise du chinois étant incomplète malgré l'aide fournie par les médecins. La consultation des dossiers des patients a également été autorisée, permettant de compléter mes observations.

Le consentement oral des patients a été obtenu.

## **.B Objectif de l'étude de cas**

À partir de l'observation de six cas cliniques, l'objectif de cette étude était de vérifier l'hypothèse que les troubles du comportement alimentaires sont liés aux changements socio-culturels et de nous intéresser à l'intrication entre les troubles du comportement alimentaire, les facteurs culturels et transculturels en réalisant une étude de cas en Chine.

Dans une première partie, les cas sont présentés et leurs particularités mises en avant, ensuite dans une deuxième partie les caractéristiques communes des cas sont exposées.

## **.C Six cas cliniques**

### **.1 Xiao, 14 ans**

La patiente a été hospitalisée pour une anorexie restrictive évoluant depuis sept mois. La conduite anorexique était utilisée comme moyen de protestation contre la famille, les parents étaient très intrusifs, et la famille omniprésente dans les relations interpersonnelles et dans la maladie.

#### Éléments biographiques

Pendant son enfance, ses parents étant très occupés, elle vivait avec ses grands-parents maternels, le grand-père souffrait de démence d'Alzheimer. Elle se disputait avec ses grands-parents et se souvient que sa mère n'intervenait pas en sa faveur. Son grand-père serait décédé il y a deux ans. Son père rentrait toutes les deux semaines au domicile.

Elle a actuellement 14 ans et vit avec ses parents. Elle est fille unique. Sa mère est en surpoids. Elle prend habituellement son petit-déjeuner chez les voisins car ses parents partent tôt au travail, le midi elle déjeune seule au collège et le soir

avec sa grand-mère. Elle est élève au collège, vice-présidente de sa classe (prix d'excellence en cours).

Son père est très autoritaire et rigide selon elle. Il est professeur au collège. Elle se sent stressée par rapport aux attentes de son père. Elle se dispute avec lui régulièrement, il est encore très absent, il part à 6h de la maison et rentre à 22h. Le matin elle dort quand il se lève, et quand il rentre au domicile, elle est déjà endormie. Depuis la maladie de sa fille, il est plus présent, ce qui la réjouit. Sa mère est également professeur au collège ; elle préfère sa mère.

Le tableau qu'elle dresse de ses loisirs est très pauvre : regarder la télévision, faire des photos pour lesquelles elle s'habille et se met en valeur. Elle dit ne pas apprécier grand chose, elle a peu d'amis, et se sent seule. Elle a raconté un épisode dont elle ne se souvenait pas, elle aurait subi des attouchements dans un bus il y a deux ans, dont ses parents n'étaient pas au courant.

#### Histoire de la maladie

Le début des troubles remonte à juillet 2013. Son poids initial était de 55 kg pour 1m63 soit un IMC de 20,7. Elle a été hospitalisée une première fois à Hangzhou puis deux fois au SHMC pendant mon stage. Le facteur déclenchant identifié de son anorexie mentale est la pression des pairs. En effet, ses camarades de classe lui auraient dit qu'elle était trop grosse, ils lui ont même donné un surnom "grosse tête, porc barbecue". Elle ressentait la pression sociale. En outre, elle était attirée par un garçon qui lui a préféré la déléguée, qui selon elle, est une fille plus mince, beaucoup plus populaire, mais qui aurait de moins bons résultats scolaires que la patiente ; elle explique que c'est pour cela qu'elle voulait être plus mince. Son professeur aurait fait la remarque que la déléguée de la classe avait perdu du poids. Elle en a déduit que le professeur n'aimait pas les gens gros, et de ce fait a voulu perdre du poids.

Les troubles ont commencé par un régime et une hyperactivité physique. Elle ne mangeait plus de snacks, faisait une demie voire une heure par jour d'exercices physiques (natation, marche). Fin août 2013, elle pesait 47,5 kg avec un IMC à 17,87. Elle surveillait régulièrement son poids, elle était contente quand elle perdait du poids. Elle prenait ses repas trois fois par jour en quantité réduite, sans sélection des aliments, sans rituel alimentaire. Elle explique qu'après septembre 2013, du fait qu'elle ne pouvait plus faire autant d'exercices physiques, et que ses camarades de classe mangeaient moins qu'elle, elle a commencé à réduire progressivement le repas du midi, puis elle ne s'alimentait plus du tout le midi ; elle a également réduit les portions de nourriture du petit déjeuner et du dîner. Elle jetait la nourriture sous la table, refusait la nourriture grasse, courait tous les matins et le soir après l'école elle marchait rapidement sur 3 km. En octobre 2013, elle avait un appétit diminué, une bradypsychie, des troubles de la concentration, des crises d'énervement, une aménorrhée, et s'isolait des autres élèves. Le 22 octobre, ses parents l'ont amenée à l'hôpital de Shaoxing, où elle a été diagnostiquée anorexique, mise sous Zoloft à 25 mg/j puis la semaine d'après à 50mg/j ; cela n'aurait pas donné d'amélioration. Elle a subi des tests dans une clinique montrant une anxiété et une dépression modérées ; les médecins ont conseillé l'hospitalisation de la patiente, qui l'a refusée, en raison d'une période d'examens. Son état s'est aggravé, la dénutrition a eu des conséquences physiques : des œdèmes sur le visage et les jambes, une pâleur. Elle présentait également une instabilité de l'humeur et un ralentissement psychomoteur. Elle se regardait souvent dans le miroir pour examiner son visage. Le poids a chuté jusqu'à 38 kg. En novembre, elle est allée à l'hôpital d'Hangzhou, où le même diagnostic été posé. Les médecins ont réduit le Zoloft à 25 mg, et prescrit 5 mg d'Olanzapine/j et des compléments vitaminiques. Le taux des hormones T3T4 était diminué, les protéines totales étaient à 62,1 g/l, l'albumine à 36,4 g/l, l'hémoglobine à

12,34 g/l. Elle cachait de la nourriture quand elle était là-bas, elle y est restée vingt et un jours. Elle regardait sa mère manger ; elle ne mangeait que si sa mère mangeait, sinon elle refusait de s'alimenter. La patiente a commencé à reprendre du poids jusqu'à 40 kg, mais elle s'est alors sentie déprimée et a augmenté son activité physique. Elle marchait rapidement quatre à cinq heures par jour, était asthénique, pleurait souvent, avait un sentiment de lassitude, une aboulie, une irritabilité, des énervements, elle avait l'impression que les gens la regardaient d'une façon méchante et se jetait la tête contre les murs. Elle est sortie de l'hôpital, car elle disait pouvoir manger normalement, sous la supervision de ses parents. Mais elle continuait à marcher, et ne pouvait pas rester assise après les repas, ce qui était très douloureux. Elle est venue au SMHC pour poursuivre son traitement d'abord en consultation externe ; son alimentation est redevenue normale, mais elle présente des idées noires et une activité incessante avec quatre heures de marche par jour. Elle dit aimer manger mais avoir peur de grossir. Elle se pèse une fois par jour au domicile. Les réactions familiales par rapport à la maladie sont les suivantes : son père la force à manger, et sa mère lui demande de l'attendre pour manger, elles mangent donc ensemble, ce qui d'un côté la rend heureuse mais d'un autre côté est générateur d'angoisse.

### Hospitalisation

Elle est donc hospitalisée dans une chambre et soit son père, soit sa mère reste avec elle ; ils dorment à l'hôpital, à cause d'un problème de responsabilité, car elle est mineure dans une unité ouverte. Elle a bénéficié de deux séances par semaine de psychothérapie individuelle avec une psychologue et lors de son hospitalisation, le service a introduit des séances de thérapie familiale une fois par semaine. Son traitement consistait en des benzodiazépines. Elle est pesée une à

deux fois par semaine, elle a des compléments vitaminiques. Elle prend ses repas en présence d'un soignant et doit rester avec lui une demie heure après les repas. Ce sont les consignes de l'unité pour les patients souffrant de TCA. Elle appelle les médecins et les infirmières "oncles" ou "tantes", utilisant le vocabulaire de la famille pour s'adresser au personnel soignant - ce qui est courant en Chine.

Son poids actuel d'entrée est de 43 kg, elle a un IMC à 18, une aménorrhée. En début d'hospitalisation, la peur d'être grosse est très présente dans son discours. Elle aurait une peur d'être grosse depuis qu'elle a dix/onze ans. Elle se rappelle un souvenir datant de l'âge de dix ans, elle était allée à la piscine avec son école ; des photos avaient été prises, mais son père ne lui a pas dit qu'elle était jolie, et elle l'a interprété comme le fait d'être trop grosse. Quand elle regardait des photos d'elle, en train de nager, elle avait l'impression d'être plus grosse que ses amies, elle a une distorsion de l'image du corps. Au début de l'hospitalisation, la patiente perdait du poids, était méfiante, marchait pendant des heures dans les couloirs. Elle était dans l'opposition, elle refusait de parler et de regarder les médecins, et avait plusieurs crises d'agitation par jour. Elle se sentait angoissée, elle faisait des allers et retours dans le couloir, et avait du mal à rester inactive. Après une séance de thérapie de groupe qui a duré une heure, elle a eu des difficultés à rester immobile et a fait une crise d'agitation avec des pleurs, des spasmes, une angoisse intense, avec passages à l'acte autoagressifs (elle se tapait la tête contre les murs) et elle n'arrivait pas à s'apaiser. Le facteur déclenchant de cette crise a été retrouvé : sa mère était sortie lui acheter des affaires ; or, elle trouvait injuste de ne pas pouvoir sortir. Elle a été contenue. Les médecins lui ont expliqué que ce n'était pas elle, mais la maladie qui était contenue, qu'elle devait arriver à contenir ses émotions ; cette contention avait un but "éducatif comportemental". Le médecin lui a demandé de ne plus participer aux activités tant que son poids n'aurait pas augmenté, de ne plus marcher

sans arrêt dans les couloirs, de rester assise dans sa chambre. Elle a ensuite été interdite de sortie de sa chambre tant qu'elle n'aurait pas pris du poids.

Très rapidement, elle est devenue plus stable, et a accepté beaucoup plus facilement les frustrations et les consignes. Il n'y avait plus de crises d'agitation. Progressivement, elle arrivait à s'asseoir. Son poids continuait néanmoins de diminuer, le médecin lui a alors annoncé qu'elle serait contenue deux heures après chaque repas. Elle était très en colère. En entretien, elle expliquait qu'elle ressentait des douleurs abdominales post-prandiales, une anxiété qui augmentait et qu'elle utilisait la marche pour la diminuer : "c'est une habitude, je ne vois pas d'autre moyen de diminuer la tension". La peur de grossir a vite diminué. Il n'y a pas de poids idéal qu'elle souhaite ou souhaitait atteindre, les médecins lui ont dit qu'elle devait peser au moins 48 kg, elle est d'accord pour prendre du poids pour éviter d'être punie et pour sa santé, mais a quand même fixé un poids maximal de 50 kg qu'elle ne veut pas atteindre. Elle a hâte de pouvoir partager les repas avec ses parents.

Elle continue à présenter une hypersensibilité aux regards des autres, avec une estime d'elle-même basse. Elle a l'impression qu'elle ne peut pas s'adapter à sa nouvelle classe, que ses camarades ne connaissent pas sa personnalité en dehors de ses notes ; elle envie la déléguée de classe, qui représente l'idéal qu'elle voudrait être. Elle se sent un peu différente des autres. Elle est donc angoissée à l'idée de retourner à l'école, elle a peur de subir des moqueries, ce qui a, selon elle, précipité la maladie ; elle a peur aussi de ne plus avoir de bonnes notes, d'être critiquée par ses professeurs. Elle craint aussi de ne pas être appréciée des médecins. En dehors du cercle familial, il est lui est difficile de créer des liens.

Au cours de l'hospitalisation, elle se dispute souvent avec sa mère, car celle-ci lui reproche de ne pas rester suffisamment assise. Sa mère lui recommande de parler aux médecins et de leur montrer qu'elle est heureuse. Lors d'un entretien

individuel, au début elle est très en colère, elle dit que sa mère est folle, que c'est pour une question d'argent si elle souhaite qu'elle aille mieux, puis elle dessine sur une feuille sa mère qui la menace, et qui ne possède pas d'attributs sexués ; elle-même est dessinée en petite fille, son père est énorme et a l'air très sévère : elle exprime ainsi sa colère de ne pas être écoutée, de se faire punir, mais aussi de vouloir rester un enfant, ne pas vouloir grandir. Elle modifie alors son dessin, enlève les traces de son agressivité, redevient souriante. Un autre jour, elle était en colère contre sa mère qui l'avait empêché de discuter avec une autre patiente, et l'avait fait se reposer. Elle "n'a pas pu protester" mais trouve que depuis la maladie sa mère lui impose trop de contraintes.

### Thérapie familiale

Lors des séances de thérapie familiale, le père est froid et distant. Il ne veut pas de contacts physiques avec sa fille, "selon lui ce serait étrange, car il est un homme". Le père est très occupé, il rentre tard, il est peu présent au domicile, il s'occupe d'elle pendant les vacances. Quand elle a des bonnes notes, son père félicite sa mère, ce qui la rend heureuse, elle a peur de moins bien réussir et que sa mère soit malheureuse. Il ne la félicite pas directement.

Depuis la maladie, il est plus présent, ils sont plus proches. Elle trouve que son père et le médecin en charge d'elle se ressemblent, ils sont stricts, sérieux, comme des professeurs. Le médecin lui explique que la maladie les a rapprochés, a amené quelque chose de bien, mais que cela a un coût trop élevé. Son père la frappait quand elle faisait quelque chose de mal, sa mère la soutenait parfois en prenant parti contre son père. Elle dit : "avant ma mère était sur la même ligne que moi, maintenant on est tous les trois sur la même ligne, j'ai la capacité de les séparer et de les faire être sur la même ligne que moi, comme je veux". La patiente reproche

à son père d'être froid, de se comporter comme un professeur avec sa mère et elle ; elle pense lui ressembler. Sa mère raconte "que sa fille peut pleurer, se mettre par terre, taper les murs, elle crie, elle pleure comme une hystérique". Le père explique qu'ils doivent la satisfaire, le médecin leur répond qu'elle a trouvé le bon moyen pour les contrer. Le père de la patiente estime qu'elle mange bien mais qu'elle fait beaucoup trop d'exercices physiques, qu'elle a appris que marcher et pleurer pouvait diminuer l'énergie, à quoi elle répond : "j'ai raison de marcher, je ne diminuerai pas, j'ai peur de devenir grosse si je ne marche pas assez, je ne peux pas me contrôler". La patiente demande aussi à son père : "Pourquoi as-tu épousé Maman ? Est-ce que tu aimes Maman ? Occupe-toi de Maman pour que je sois tranquille et plus indépendante". À la suite de cette thérapie, les relations familiales sont apaisées, les tensions ont diminué.

#### Évolution au cours de la première hospitalisation

En entretien individuel, elle est beaucoup plus à l'aise, avec un discours spontané, des sourires, et elle exprime à nouveau des désirs. Elle a moins peur des autres, de parler avec eux. On note qu'elle s'est liée d'amitié lors de l'hospitalisation, avec une autre patiente anorexique. Elle ressent des émotions, mais se trouve trop sensible. Elle fait des projets, souhaite voyager, et adhère aux soins. Son père avait prévu aux prochaines vacances de visiter le Yunnan. Elle en est contente. Son père a eu de l'avancement, donc il rentrera plus tôt et ils pourront prendre leurs repas tous ensemble. Elle parle de façon plus assurée et audible, la présentation a changé. Il y a une diminution du besoin d'exercices physiques, elle est félicitée par le médecin. Elle explique que quand on la félicite, elle va mieux et que quand on la critique elle ne va pas bien. Elle nous fait part du fait qu'elle aimerait être médecin ou psychologue pour aider les patientes anorexiques, qu'elle les comprend, ne les

forcerait pas comme les médecins ici, attendrait qu'elles s'ouvrent, ou encore architecte ou cuisinier pour faire des gâteaux. Elle demande comment changer les choses, comment rétablir la communication avec ses parents. Elle a repris du poids, elle pèse 48 kg, elle en est satisfaite, et devrait bientôt sortir de l'hôpital. Elle nous confie cependant sa peur de peser plus de 50 kg. Elle nous parle moins du poids, même si elle est anxieuse à l'idée d'une perte de contrôle et d'une prise importante de poids. Elle nous reparle de son grand-père, selon elle s'il n'était pas décédé, elle ne serait pas tombée malade. Elle l'accompagnait partout, elle s'occupait de lui. Elle nous explique que lors du décès de son grand-père la famille était déprimée, sans énergie, et elle a peur que cela recommence. Elle nous pose des questions, elle a relaté ses sentiments par écrit et compte faire un journal de ses émotions pour elle-même. Elle a bénéficié d'une permission qui s'est bien déroulée avec des relations familiales améliorées. Elle est sortie du service après un mois un mois et demi d'hospitalisation.

Quelques jours après la sortie, elle a rencontré de nouveau des difficultés pour s'alimenter et pratiquait à l'école des activités sportives. Elle est donc revenue en consultation de thérapie familiale. Lors de la séance, la patiente parle à peine, elle est dans l'opposition. Elle nous révèle que son père lui fait constamment perdre la face au domicile, elle est très en colère contre lui.

#### Seconde hospitalisation

La patiente a été de nouveau hospitalisée un mois après sa sortie. Elle avait perdu du poids, elle pesait 37 kg, c'est son poids le plus faible, elle avait perdu 10 kg en un mois. Elle n'arrête pas de marcher et est préoccupée par son poids. Elle s'alimente sans difficultés notables mais continue à perdre du poids. Elle n'a plus le droit de participer aux activités et elle est contentionnée. Cette deuxième

hospitalisation est marquée par le fait que la patiente marche durant les entretiens individuels, elle refuse de parler pendant plusieurs entretiens. Au fur et à mesure des entretiens, elle parle de plus en plus. Sa mère nous rapporte tous ses faits et gestes, quotidiennement.

#### Évolution au cours de la seconde hospitalisation

En thérapie individuelle, elle est méfiante et interrompt au bout d'une demie heure en disant que ce n'est pas intéressant. Son père lui aurait menti, lorsqu'elle lui avait demandé quel était le poids de la monitrice de sa classe : il avait répondu 51 kg, au lieu de 41 kg, mais elle ne peut exprimer directement de la colère contre lui. Elle nous communique des idées suicidaires, de phlébotomie, sans projet de passer à l'acte. Elle exprime son absence de difficultés pour s'alimenter, mais a besoin de marcher. Elle a conscience des conséquences de sa conduite. Elle dit manger normalement, ne pas vouloir maigrir, mais vouloir rester au même poids et ne pas comprendre la fixation de ses parents sur son alimentation ; d'après elle, son seul problème est la marche. Le week-end, elle a fait deux tentatives de suicide par phlébotomie avec un couteau et une cuillère avec une volonté de mourir. Elle est en colère car les adultes lui mentent, ses parents l'ont en effet ramenée à l'hôpital en lui disant qu'elle irait juste en consultation externe. Elle est également en colère contre le médecin responsable de sa prise en charge, elle reproche et ne comprend pas le fait que dès qu'elle pleure elle soit attachée, alors elle fait semblant de sourire pour ne pas l'être. Elle dit nous faire confiance et que c'est pour cela qu'elle nous parle de sa tentative de suicide, en nous demandant de ne pas répéter aux médecins. Elle exprime ses difficultés à être hospitalisée, car ici elle n'arrive pas à réviser, et ne pense qu'à marcher, elle l'explique par le fait d'être seule. Elle parle de ses parents, qu'avant elle était avec sa mère "sur la même ligne" et que maintenant son père et

sa mère sont tous deux sur la même ligne, qu'elle se sent seule, et pour les rendre tristes ce midi elle a refusé de manger puis a accepté. La patiente affirme aller mieux, parce que sa grand-mère est avec elle à l'hôpital. Xiao est contente de s'occuper d'elle, elle va lui acheter des choses à manger, et termine ses activités plus vite pour passer du temps avec elle. Elle se sent utile, et dit qu'il faut prendre soin des personnes âgées, que c'est important pour elle. Elle exprime vouloir grandir pour pouvoir être libre et indépendante, pouvoir décider de ce qu'elle veut. Lorsqu'on lui demande comment elle envisage l'avenir, elle dit ne pas y avoir beaucoup pensé, elle pense partir à l'université peut-être dans une autre ville, qu'elle vivra pour elle, qu'elle ne sera plus avec ses parents. Au fur et à mesure de la séance, elle est de plus en plus angoissée, elle remue les jambes de plus en plus rapidement. Elle imite le thérapeute, parle en anglais, elle l'explique comme une "volonté de détendre l'atmosphère et de rétablir l'harmonie". Elle a réalisé des gestes hétéroagressifs, de morsure contre sa grand-mère et ses parents et perd l'espoir concernant sa guérison. Elle est contentionnée la journée, elle explique avoir peur de grossir vu qu'elle ne peut plus marcher. Ses parents la menacent de l'envoyer dans une unité fermée.

En entretien, elle marche, ne peut pas s'asseoir, s'excuse de son comportement, se met derrière nous, puis elle se rapproche de nous au cours de l'entretien et marche de plus en plus lentement. Elle fait un lien entre sa famille et sa rechute. Elle explique que quand elle est sortie de l'hôpital, elle allait mieux, elle avait de l'espoir. Elle pensait guérir mais plus maintenant, car il n'y a pas eu de changement au niveau familial. Elle voulait faire des activités, aller au cinéma, mais le soir elle était de nouveau seule. Elle aimerait avoir une petite sœur, dont elle pourrait s'occuper, elle veut en parler à sa mère, elle aurait ainsi moins de stress.

En séance de thérapie familiale, les parents ne posent aucune question à la patiente, ils ne parlent quasiment que de ses symptômes, qu'elle marche sans arrêt, qu'ils l'auraient surprise à regarder sur internet comment perdre du poids (exercice physique, régime). Lors de la séance, elle marche, regarde sur le côté, n'intervient que très peu. Elle avait une instabilité motrice jusqu'à ce que le thérapeute dise que puisque lors de la dernière session ils n'avaient parlé que d'elle, lors de cette séance ils allaient parler de leur couple. La mère de la patiente était d'accord, par contre le père montrait de la résistance. Les parents parlent à d'autres personnes de leur fille en évoquant uniquement ses "mauvaises conduites", qu'elle ne mange pas assez. La patiente est sortie de l'hôpital, parce que les parents trouvaient qu'il n'y avait pas de progrès dans son comportement et ils veulent la faire hospitaliser dans une unité fermée à Pékin.

#### En résumé

Il s'agit d'une patiente anorexique, qu'on peut classer dans la catégorie *fat phobic* de type 1, avec présence constante du critère *fat phobia*. Elle présente une distorsion de l'image du corps. Elle ressent parfois des douleurs abdominales postprandiales et une anxiété, soulagées par la pratique d'exercice physique. Elle a le critère A du DSM-5, conduite entraînant une perte de poids excessive mais par exercice physique et non par restriction alimentaire, même si initialement elle présente les deux. Or, une hypothèse avancée par Kohl est que l'hyperactivité serait une variante de l'anorexie conduisant aux mêmes effets, dont la perte de poids [106]. La patiente présente une activité incessante, elle ne peut quasiment pas rester en place. Une anxiété pouvant aller jusqu'à la crise clastique apparaît quand elle ne peut pas marcher. L'hyperactivité ne constitue pas uniquement un moyen de perdre du poids, elle serait un symptôme spécifique de l'anorexie mentale, comme

l'amaigrissement et l'aménorrhée. Elle serait un moyen de régulation des affects négatifs [107]. Elle est associée à des symptômes plus graves de TCA, de préoccupation sur le poids, de rechutes plus rapides.

Concernant la famille, la patiente ne peut pas exprimer directement de la colère contre ses parents, ainsi après avoir dessiné, elle gomme les traces de son agressivité. On peut faire le lien avec la piété filiale en ce qui concerne l'impossibilité de la patiente d'exprimer directement ses désaccords. Elle les exprime par l'alimentation (elle refuse de manger pour les rendre tristes) et la marche. Il y a dans la famille en Asie, un code d'amour et un code hiérarchique dérivant de l'héritage confucéen. La piété filiale fait partie du code d'amour entre deux générations, elle se transmet, fait partie de l'éducation des enfants. Elle peut être excessive, devenir culpabilisante, si les parents en abusent [108]. Ici, la patiente reste "loyale" et de plus, elle s'estime garante du bonheur de sa mère voire du bonheur conjugal, puisque, par exemple si elle a des bonnes notes son père félicite sa mère.

Les parents sont très intrusifs, ainsi, la mère demande à la patiente "de parler et d'avoir l'air heureuse" devant les médecins. Ils rapportent quotidiennement aux médecins et à d'autres personnes les faits et gestes de la patiente, parfois devant elle. Lors de la reprise de poids, le père insistait pour que la patiente prenne 1 kg de plus.

La patiente appelle les médecins et les infirmières "oncles" ou "tantes". Dans un article, Ma relate que le père demande à sa fille d'appeler la thérapeute tante, ce que l'auteur explique comme dérivant du concept chinois de la famille comme unité structurale de la société [54]. La famille est au centre et non l'individu. La réciprocité est importante, et il faut développer les relations interpersonnelles les *guanxi*, qui permettent d'obtenir des opportunités de carrière, une meilleure scolarité, un accès plus facile au système de soins. Les attentes du patient ou de la famille envers le

thérapeute semblent étranges, à savoir vouloir développer des relations personnelles. Pour cet auteur, les parents veulent développer des *guanxi* avec les thérapeutes comme moyen de contrôle, mais la patiente empêche cela et se méfie des thérapeutes, ce qui augmente la résistance au traitement [54]. Cette situation nous rappelle celle de notre patiente, qui considérait les médecins comme alliés des parents, et a accepté de nous parler après une explication sur la confidentialité de la thérapie et qu'elle lui était destinée. Les Chinois généralisent ou étendent leur expérience, leur habitudes acquises dans la famille à d'autres groupes qui pourront être considérés comme familiaux. C'est un processus complexe comprenant trois niveaux de généralisation : une généralisation des motifs structurels, et des règles familiales aux organisations non familiales, une généralisation de l'éthique interpersonnelle et des rôles relationnels familiaux aux organisations, de façon à ce que les membres de l'organisation se traitent comme s'ils étaient membres d'une même famille, et enfin une généralisation des valeurs, des pensées, des attitudes et des conduites apprises lors de la vie familiale, de façon à ce que les habitudes psychologiques soient plus ou moins adoptées par les membres. Mais ces notions sont à modérer, en effet le système interactionnel est en train d'évoluer [109].

## **.2 Zang, 23 ans**

Patient hospitalisé un mois pour une anorexie restrictive évoluant depuis un an et demi. Ce cas est singulier car il s'agit d'un homme anorexique, la restriction alimentaire a débuté dans un contexte migratoire en lien avec un *culture clash* et une acculturation. Il avait des inquiétudes concernant sa perte de poids, des préoccupations sur son état de santé, justifiant son hospitalisation .

Éléments biographiques

Il est fils unique, originaire du Zhejiang où vit sa famille (une des régions les plus riches de Chine, qui se situe au sud de Shanghai). Son père est directeur du bureau de la sécurité publique dans leur ville et sa mère est responsable dans une banque. Il n'y a pas d'antécédents familiaux psychiatriques. Ses parents étaient occupés par leur travail quand il était enfant, mais selon lui il passait quand même en premier. Ils allaient souvent dîner chez ses grands-parents. Il se dit doué pour les études. Quand il avait de mauvaises notes, surtout à l'école primaire il se rappelle que ses parents se mettaient en colère contre lui. Il dit être ambitieux, il ne veut pas être un simple ingénieur, il pense qu'il peut faire mieux. Il est parti à Shanghai il y a quatre ans pour étudier à l'université, il vivait alors avec quelqu'un de sa famille. Il rentrait deux fois par semestre chez ses parents, et communiquait avec eux une fois par semaine. Il est parti étudier à Columbia il y a un an, en master ingénieur. Il loue là-bas une chambre chez un couple âgé, mais cela a été difficile pour lui de se retrouver seul, de devoir planifier. Le couple louant la chambre est chinois, il ne mange pas avec eux, il dit qu'ils veulent peu interférer, il les a trouvés sur internet, et ne les connaissait pas avant. Lorsqu'il était dans sa famille, ils prenaient leurs repas préparés par sa mère ensemble, de même à Shanghai avec la personne de sa famille. Depuis son départ aux États-Unis, il mange seul, ce qui le rend triste, mais cela reste supportable selon lui. Il aime pratiquer le sport, et aussi le regarder (comme le basket), voyager, cuisiner, aller au restaurant. À Columbia, ses amis sont majoritairement chinois.

L'hyperactivité a débuté lors de sa scolarité à Shanghai et la restriction alimentaire est survenue suite à son départ aux États-Unis.

Histoire de la maladie

Il y a un an et demi, il aurait été stressé, aurait pris du poids (93 kg), ce qui correspond à un IMC à 30 : obésité pré-morbide. Son poids habituel était de 84 kg pour une taille d'1,75m. Il pensait alors "qu'il était un peu en surpoids". Il voulait perdre du poids, car il se trouvait moins bien, et voulait rester en bonne santé. Il aurait entendu quelques réflexions sur son poids. Il ne se trouvait néanmoins pas gros, n'avait pas de phobie de la graisse, de dysmorphophobie, il n'était pas obsédé par son apparence physique. Il a commencé à Shanghai la pratique quotidienne d'exercice physique (natation, course), à s'imposer des règles d'hygiène : manger moins tard le soir, de manière plus saine, sans restriction alimentaire. Puis, après son arrivée aux États-Unis, il a débuté un régime. Il a progressivement développé une obsession autour de la nourriture et une hyperactivité. Il avait des affects négatifs intenses le soir. Il ne pratique plus de sport depuis deux mois car son poids a considérablement diminué, il est allé en consultation à l'hôpital Ruijin, car il ne comprenait pas pourquoi il perdait autant de poids et avait une asthénie. Les résultats étaient anormaux, et le médecin lui a dit d'arrêter le sport et de ne plus prendre de probiotiques. Il s'est également blessé au genou, ce qui a également motivé l'arrêt de la pratique d'exercice physique.

### Hospitalisation

Lors de son retour en Chine pendant les vacances, il a demandé son hospitalisation en psychiatrie. Il mesure 1,75 m, son poids actuel est de 57 kg, son IMC est à 18,6. Il contrôle son poids trois à quatre fois par jour, il explique ne pas savoir pourquoi il le fait, et si son poids augmente dans la journée, il se sent anxieux, énervé, et peut avoir des insomnies. Il ne présente pas de vomissements, ne consomme pas de diurétiques ni de laxatifs. Il n'a pas d'idéal de minceur ni de poids désiré. Il parle beaucoup de la nourriture, ne veut pas manger de porc, ni de riz. En

revanche, il aime la nourriture occidentale. Il discute avec la diététicienne pour ne pas avoir trop à manger, et ne pas manger en salle commune mais dans sa chambre. Il raconte ses repas : un verre de lait le matin avec 50 g de maïs ; le midi viande ou poisson et 200 à 300 g de légumes. Il calcule les quantités de tout ce qu'il doit manger car il a peur de prendre du poids, mais ne se trouve pas gros, il ne se regarde pas dans le miroir ; il planifie ses quantités journalières depuis un an. La quantité de ce qu'il ingère dépend de la teneur en calories, en petite quantité quand c'est élevé et en plus grande quand ce n'est pas très calorique. Il dit qu'il n'a pas de problème alimentaire, que tout n'est pas lié à la nourriture, qu'il a juste un régime très sain, que les docteurs peuvent regarder comment il s'alimente pour évaluer son alimentation ; il minimise, rationalise, affirme que sa maladie est assez récente, qu'il mange et qu'il a encore le contrôle. Il se dit "différent des autres anorexiques car il n'a pas de problème pour manger". On constate chez ce patient une ambivalence avec les soins.

Ses motivations pour l'hospitalisation ont été : la diminution de ses activités et les répercussions sociales de la maladie. Il pense en effet en permanence à son alimentation, à devoir boire, à des horaires fixes, en quantités précises, il ne peut pas s'empêcher de le faire et cela lui prend du temps. Il donne un exemple : si on lui propose d'aller en soirée, il refuse car cela le désorganiserait. Progressivement, ses journées se sont centrées autour de cela uniquement et c'est générateur de souffrance. Or, il veut réussir, pour aider ses parents, leur donner une meilleure vie, il leur est reconnaissant d'avoir eu une bonne éducation. Selon lui, il n'a pas de conflits avec ses parents. Il est entouré d'amis, n'a jamais eu de petite amie, ni de rapport sexuel. Il pense aussi qu'il n'a pas de difficultés d'intégration, ni d'adaptation aux différences culturelles des États-Unis.

Le patient explique que pour ses parents les choses les plus importantes dans la vie sont dans l'ordre de priorité : être heureux, être une bonne personne, être charitable. Il s'agit du principe confucianiste "*ren*", ou humanité, c'est l'affection pour les autres. Ensuite interviennent le travail et les études. Il dit être assez traditionnel et ses parents aussi. Il pense que les hommes ont davantage de pression sur eux que les femmes, qu'ils doivent avoir un meilleur travail, ramener de l'argent, alors que la femme reste plus souvent à la maison, a moins besoin d'un bon travail.

### Thérapie familiale

Lors des séances de thérapie familiale, le discours est très lisse, il n'y a pas de conflits. Les parents discutent sur le choix de celui qui va rester à l'hôpital avec lui, et finalement le mari dit que ce sera lui car : "il est plus efficace, la mère ne fait que parler, c'est elle le chef de la famille". Le patient raconte que ses parents lui donnaient beaucoup de choses ; ils ont surtout décidé qu'il aille étudier à Shanghai, car il avait eu de très bons résultats à l'examen final du lycée et ses parents pensaient qu'il y aurait plus d'opportunités pour lui là-bas. Ensuite, lorsqu'il a fallu choisir entre un master à Shanghai ou à Columbia ou prendre un travail, ils ont préféré qu'il parte. Il dit néanmoins que pour ses parents les études ne sont pas si importantes que cela.

Lors de la séance suivante de thérapie familiale, la mère parle peu, le patient raconte alors que son père décide beaucoup pour lui, de son lycée, puis de l'université. D'après le patient, la relation de couple de ses parents est bonne, mais ils font peu de choses à deux, ils font passer leur fils avant le reste ; le patient relativise en expliquant que c'est courant en Chine. Le père intervient en disant : "la maladie de mon fils est familiale".

## Évolution lors de l'hospitalisation dans le service

Au bout de quelques jours, il est moins angoissé par le fait de ne pas pouvoir se peser, de ne pas pouvoir contrôler son alimentation, mais il minimise et intellectualise, sans réticence à parler. Il raconte qu'il a du mal à s'alimenter, qu'il ne ressent pas de faim, mais rapidement un sentiment de satiété survient lors de l'alimentation, avec des douleurs abdominales : il ne se sentirait pas "confortable" à ce niveau là. C'est la première fois que cela lui arrive de façon aussi intense, il s'en est plaint plusieurs fois lors de l'hospitalisation. Il dit avoir progressé car il a mangé des brioches le matin. Il ne ressent plus la peur d'être gros, il dit ne pas vouloir être mince. Il reconnaît juste être perfectionniste. Il parle de ses difficultés à ne pas être occupé, à planifier pour ne pas s'ennuyer. Il dit ne pas avoir de gros problèmes, mais qu'il aimerait bien plus décider pour lui-même. Il apprécie une fille à Shanghai et ce serait réciproque, mais elle n'est pas devenue sa petite amie, vu qu'il partait aux États-Unis. Il n'en a jamais parlé à ses parents, car il considère que c'est d'ordre privé et qu'il n'avait pas à leur en parler. Il déclare que ses parents ont confiance en lui, dans sa guérison, et que leur attitude a changé depuis qu'il est malade, qu'ils lui disent plus souvent des mots affectueux, d'encouragement, que c'est normal mais parfois un peu trop. Il utilise l'exemple d'un enfant qui se casse la jambe et dont ensuite les parents considèrent toujours que la jambe a été cassée.

Il est déçu par les soins du service, il trouve qu'on lui demande seulement quels sont ses sentiments et que cela n'avance pas. Il avait oublié son entretien avec la psychologue, et elle avait refusé de le reporter, aussi ils échangent sur son agressivité envers sa psychologue, il lui dit qu'elle ne le comprend pas, qu'elle ne lui pose pas les bonnes questions, mais il accepte néanmoins les remarques des thérapeutes. Quand la psychologue lui demande si son anorexie est liée à son père, le patient interrompt l'entretien. Il suscite un clivage entre les thérapeutes, en disant

à la chef de service qu'elle est parfaite et par contre il critique sa psychologue. Il aurait d'après le médecin, pris un demi kg depuis l'hospitalisation (en deux semaines). Il déclare ne pas être angoissé, que c'est un progrès, il est aussi moins fatigué, ce qui est bon pour sa santé. Il supporte mal de ne rien avoir à faire, d'avoir du temps libre, d'après lui c'est pour cette raison que des choses sans importance sont devenues importantes et qu'il organisait sa journée autour de l'alimentation et du poids, même si ce n'est peut-être pas la seule raison.

Le patient est parti une semaine en permission. Celle-ci s'est bien déroulée et il veut sortir de l'hôpital, il est euthymique, il se projette dans le futur, va partir avec des amis en vacances, et retournera en août aux États-Unis. Il planifie moins, est plus flexible, sans anxiété. Il a mangé avec des amis sans être stressé sur la quantité de nourriture. Selon lui, ses parents sont rassurés, ils vont mieux.

#### En résumé

Il s'agit d'un patient anorexique restrictif de 23 ans qui a présenté des préoccupations sur le poids, un désir de perdre du poids mais au fur et à mesure de l'amaigrissement, il est devenu inquiet et ce désir a vite disparu. Selon la classification de Lee, il serait *fat phobic* de type 2 (disparition secondaire du critère *fat phobia*).

Concernant l'anorexie masculine, on estime le nombre d'anorexiques hommes de un à deux pour dix anorexiques femmes et il serait encore plus rare en Asie. En Chine, on retrouve peu d'hommes souffrant de troubles du comportement alimentaire dans la littérature. Dans un article, cinq cas ont été décrits, quatre étaient anorexiques avec une *fat phobia* et le dernier était boulimique. Ils exprimaient qu'être gros était socialement et psychologiquement inacceptable pour les hommes [110].

Le patient vient d'un milieu avec des valeurs traditionnelles, avec un héritage confucianiste important et beaucoup d'attentes de ses parents (garçon, fils unique). Il présentait une sélection alimentaire atypique, portant essentiellement sur des aliments indispensables dans la cuisine chinoise et préférait la nourriture occidentale. Il a développé une hyperactivité à Shanghai, mégapole et ville la plus occidentalisée de Chine. Ces différents éléments suggèrent la présence d'un *culture clash* survenu à Shanghai chez ce patient. Suite à sa migration pour études, il a débuté une restriction alimentaire. Aux États-Unis, le *culture clash* se serait intensifié, et une acculturation avec adoption d'un idéal de minceur, et une valorisation des attitudes de régimes auraient favorisé le développement de son anorexie.

### **.3 Gu, 18 ans**

Il s'agit d'une patiente aux antécédents d'anorexie, hospitalisée un mois pour boulimie. Ce cas est intéressant, d'une part car les préoccupations sur l'apparence ont rapidement disparu et ont été remplacées par des plaintes somatiques abdominales et d'autre part à cause des raisons doubles invoquées concernant l'auto-privation alimentaire et qui sont la manifestation d'une *fat phobia* et d'un ascétisme dérivant de philosophies traditionnelles, ce qui suggère la présence d'un *culture clash*.

#### Éléments biographiques

Pendant son enfance, et dès l'âge de cinq à six ans elle a vu ses parents se disputer régulièrement, car d'après elle ils étaient stressés par le travail et par les corvées domestiques ; elle a toujours essayé d'intervenir pour pacifier les relations entre eux. Elle trouve qu'il n'y a pas assez de communication dans la famille. Elle est fille unique, mais il n'y a pas de surprotection parentale, selon elle. Ses parents lui laissent prendre ses décisions. Elle ne décrit pas non plus de problèmes relationnels

avec les autres enfants, elle avait des amis. On note qu'à l'arrivée au collège, son père a eu des problèmes financiers avec sa compagnie. À ce moment là, elle est devenue plus introvertie, parlait peu, avait peu de contacts avec les autres, et son estime d'elle-même a diminué, notamment concernant son apparence physique. Elle a redoublé la dernière année du collège, car elle ne pouvait pas aller dans de bons lycées.

Sa mère travaille comme comptable, son père travaille dans une compagnie de bus, il rentre tard le soir ; elle discute surtout avec sa mère et décrit son père comme trop sérieux. Le soir, elle regarde des films avec ses parents, son père cuisine et ils dînent ensemble. Elle voit ses grands-parents deux fois par an. Elle aime écrire, faire de la calligraphie, elle aimait aussi la danse avant que la maladie se déclare, et elle était perfectionniste.

Elle est actuellement en terminale. Jusqu'au collège, elle avait de bonnes notes mais depuis l'entrée dans la maladie, ses notes ont chuté.

#### Histoire de la maladie

Il s'agit de sa deuxième hospitalisation en psychiatrie. Les troubles ont commencé en 2011, elle avait des difficultés au lycée, elle ne s'entendait pas avec ses camarades. Elle déclare ne pas avoir d'amis et ne pas en vouloir. Il semblerait que ses camarades lui auraient dit au collège qu'elle était grosse, "que ses cuisses ressemblaient à des saucisses". Le facteur déclenchant a donc été la pression par ses pairs. Depuis, il lui est très difficile de parler aux autres, elle a peur qu'ils pensent du mal d'elle, qu'ils ne l'aiment pas : elle présente une hypersensibilité au jugement des autres.

Elle ressent aussi de la pression du côté des médias, en se comparant aux canons de beauté féminins coréens aux cuisses très fines. La mode coréenne influe

beaucoup sur la mode chinoise et sur les adolescents chinois. Elle a une estime d'elle-même très basse, se trouve trop grosse (48 kg pour 1,64 m) avec un IMC à 18, et a voulu suivre un régime, mais son désir de maigrir était surtout focalisé sur ses cuisses. Elle ressentait une sensation de mal-être chronique, un pessimisme. Elle a perdu du poids jusqu'à ne plus peser que 38 kg, ce qui correspond à un IMC à 14. Elle présentait une alimentation sélective, reposant sur les céréales et du pain, ne mangeait plus de riz, plus de légumes, ni de viande, elle ne mangeait pas le soir. En conséquence, elle était asthénique et n'arrivait plus à suivre les cours.

Entre 2011 et 2012, elle a eu une période de trois mois d'aménorrhée secondaire, sachant que ses premières menstruations remontent à l'âge de quinze ans. Elle expliquait qu'elle voulait juste nettoyer son estomac et ses intestins pour les purifier et que ses parents l'acceptaient. Le médecin chinois interrogé a expliqué que ces croyances viendraient du philosophe Lao Zi, ou Lao Tseu, fondateur du taoïsme, il y a environ mille cinq cents ans, et que pour purifier le corps, pour qu'il soit en bonne santé il faut que l'estomac soit vide. Il s'agit d'une dimension ascétique, d'une croyance traditionnelle enfouie, dont le médecin n'avait pas parlé parce que cela lui semblait à la fois stupide et évident, or a priori la mère adhère également à cette croyance. La patiente a fait des recherches sur internet pour maigrir et avoir une meilleure santé. Par ailleurs, on peut constater que certaines publicités pour le thé ou les produits amincissants, évoquent ce concept de purification du corps en ayant l'estomac vide.

En même temps, elle avait également peur de prendre du poids, se pesait quotidiennement et elle utilisait l'exercice physique comme stratégie de contrôle du poids (course à pied). En décembre 2011, elle a eu sa première crise de boulimie, pendant laquelle elle avait acheté une centaine de brioches, puis elle avait deux à trois crises le week-end, après lesquelles elle restait au lit immobile. Elle prenait ses

repas le midi à la cantine et le soir et le matin chez elle. Pendant l'été 2012, en vacances avec ses parents, elle ne mangeait rien en dehors d'une dizaine de cônes glacés par jour. Elle a fait une tentative de suicide par phlébotomie, son père l'a alors battue, et elle a fait une deuxième tentative par défenestration ; elle explique ses tentatives de suicide par le fait qu'elle se sentait inutile, avec une estime d'elle-même effondrée et qu'elle se sentait épuisée.

Une fois entrée au lycée, pour réussir à suivre le niveau, elle s'est réalimentée avec trois repas par jour, l'appétit est redevenu normal, mais chaque week-end les crises de boulimie étaient présentes, avec comme stratégie de contrôle du poids la pratique d'exercice physique (gymnastique toutes les semaines) et boire du thé. En un an, elle a repris progressivement du poids jusqu'à 49 kg, mais elle ne pouvait pas supporter de peser davantage, et ressentait de la souffrance à cause de ses compulsions alimentaires, très difficiles à maîtriser. Elle est donc allée à l'hôpital Ruijin, où elle a été diagnostiquée comme anorexique. Le traitement n'a pas fonctionné, elle s'est donc sentie déprimée, et les compulsions alimentaires se sont aggravées. Elle ne prenait pas de laxatif et ne pratiquait plus d'exercice, elle a pris du poids jusqu'à 53 kg. Le 16 septembre, elle est allée dans une clinique, où elle a été diagnostiquée comme boulimique, a bénéficié d'une psychothérapie, dont les résultats ont été mitigés. Après sa sortie, les compulsions ont repris alternant avec des périodes d'anorexie, et ont nécessité une hospitalisation au SMHC. Elle n'avait pas de trouble du sommeil ni de l'humeur. La peur d'être grosse était très présente, elle voudrait être maigre, elle utilisait des stratégies de contrôle du poids : beaucoup d'activités sportives, et dorénavant prise de laxatifs, sans vomissements. Elle a connu beaucoup de crises entraînant une prise de poids, et pèse actuellement 57 kg, son IMC est de 20,9, ce qui a motivé l'hospitalisation afin de "changer ses mauvaises habitudes alimentaires".

## Évolution pendant l'hospitalisation

En début d'hospitalisation, elle a un contact un peu inhibé, timide, avec des pleurs spontanés, son discours est très centré sur la peur d'être grosse. Les médecins la trouvent très jolie. Elle est pesée deux fois par semaine. Elle a des difficultés à respecter les conditions d'hospitalisation, notamment rester une heure et demie dans la salle commune après chaque repas. Elle se plaint de constipation, ce qui est très inconfortable pour elle, de douleurs abdominales, elle a en fait essentiellement des plaintes somatiques. Elle nous raconte qu'elle a un blog où elle parle de ses troubles du comportement alimentaire, de son poids ; elle aurait pris des photos de l'hôpital puis les aurait mises sur son blog. Les médecins lui expliquent que c'est interdit par le règlement de l'hôpital. Le médecin responsable lui propose une thérapie individuelle.

Elle a des conduites très régressives, elle teste le cadre, ce qui nécessite de nombreux recadrages. Lors de la thérapie de groupe, les autres patients racontent qu'elle se lève de son lit pour faire de l'exercice dans sa chambre. Elle se plaint que la nourriture de l'hôpital est en quantité trop importante pour elle, bien que depuis la semaine dernière, elle ait perdu un kg (57 à 56). C'est surtout sa mère qui vient voir les médecins et qui leur demande de diminuer les quantités de nourriture.

Elle commence petit à petit à s'ouvrir et à respecter le cadre, et les médecins abordent avec elle des sujets simples, pour qu'elle prenne confiance et se livre de plus en plus. En entretien, elle explique que si elle souhaitait maigrir c'était à cause de la pression sociale pour maigrir : elle se trouvait trop grosse, surtout des cuisses, puis a perdu le contrôle. Elle explique que ses parents n'ont pas réagi au début car elle leur a expliqué que selon la philosophie taoïste, si elle ne voulait plus manger c'était pour améliorer sa santé, purifier son corps, même si elle savait que ce n'était

pas complètement vrai ; ses parents ont accepté cet argument et se sont ensuite rendu compte du caractère pathologique de sa conduite. Il y a présence de conflits entre des valeurs traditionnelles héritées des parents et l'adoption de l'idéal de minceur en Corée, d'où un *culture clash*.

Sa plus grande peur est que ses parents l'abandonnent, car ils ont été très tristes et très déçus par sa tentative de suicide, et son "imperfection", mais elle sait que cette peur est infondée. Sa deuxième grande peur est d'être grosse, mais elle ne veut pas être très maigre, actuellement elle voudrait peser un poids moyen, sans donner un chiffre précis. Son estime d'elle-même est liée à son poids.

À la fin de l'entretien, elle me pose des questions : si je me suis déjà fait du mal, si j'étais plus grosse avant, si j'ai des frères ou des sœurs, si je veux changer quelque chose dans mon corps ; elle redemande combien elle doit manger, ne sait pas estimer la quantité nécessaire, a des difficultés à ressentir la satiété et la faim. Elle verbalise facilement sur d'autres sujets que le poids ou la nourriture. Il n'y a pas de réticence dans le contact contrairement aux cas retrouvés majoritairement en France.

Elle n'a pas eu de difficultés pour s'alimenter la semaine suivante, et en entretien elle raconte que depuis sa maladie, ses parents lui accordent plus d'attention, qu'ils se disputent toujours au moins une fois par semaine, mais surtout à propos de sa maladie, ce qui est un progrès selon elle. On retrouve une fonction familiale dans la maladie. Les parents trouvent qu'elle n'est pas comme les autres et qu'elle ne peut pas aller à l'école comme eux, elle pense qu'ils ont raison, elle ne veut pas d'autre relation qu'avec ses parents, elle trouve les autres personnes froides, décevantes et pense qu'on ne peut pas compter sur elles, c'est pourquoi elle préfère être seule même si elle en souffre, mais c'est selon elle, moins de souffrance que d'être blessée. Elle nous cite un exemple : en primaire elle avait une amie fille

qui apparemment se faisait beaucoup taquiner par les garçons et qu'elle défendait jusqu'à ce qu'elle se rende compte que cette fille n'appréciait pas vraiment cette protection, alors elle s'est sentie stupide et a arrêté de la voir. Son exemple est ancien mais encore très présent dans son esprit. Elle a peur de souffrir, de ressentir trop de sentiments et pour cette raison elle évite les relations. Elle n'a jamais eu de petit ami. Son modèle est sa mère : "car elle est très belle, très mince", quand elle la voit, elle ne se trouve pas assez bien. Elle ne veut pas parler de son projet de vie, car elle a peur qu'on se moque d'elle. Elle affirme avoir des exigences très hautes envers elle-même.

Au niveau alimentaire, elle n'a plus du tout de douleurs ou de sensations d'inconfort lorsqu'elle s'alimente, elle se demande pourquoi et réclame sa sortie. Après trois semaines d'hospitalisation, son père a exigé une permission pour le week-end malgré l'avis contraire du médecin. Mais la patiente n'a pas été satisfaite de la permission, car quand elle est rentrée le vendredi soir, ses parents n'étaient pas au domicile, ils étaient partis dîner de leur côté chez des amis. Elle s'est sentie très malheureuse, comme tous les vendredis où elle mange seule.

Elle a quitté la séance de thérapie de groupe, car elle se sentait mal, inconfortable au niveau du ventre. En entretien en nombre limité, elle parle facilement, donne son avis mais dès que le nombre est plus important, ou si un chef de service est présent, elle devient très inhibée.

En entretien familial ce jour, la mère confirme une forme d'adhésion à la philosophie purificatrice, dit que la santé est très importante, qu'elle même pratique beaucoup le *taichi* pour rester en bonne santé, qu'il ne faut pas trop manger, mais que dans le cas de sa fille c'était trop extrême. Au début, la mère parle beaucoup : elle raconte que dès l'enfance sa fille se comportait comme un modèle, aidait les autres enfants, que les professeurs étaient très contents d'elle, qu'à la maison elle

était très sage, mais avait déjà du mal à rester seule, et qu'elle était très heureuse quand ils rentraient. La mère a l'impression qu'elle n'était pas très heureuse déjà à cette époque, même si elle ne le montrait pas et que c'était plus dur de la rendre heureuse que d'autres enfants. Le père est très strict, selon elle, il verbalise peu ses sentiments. La patiente nous dit qu'elle voulait faire plaisir à ses parents, et recevoir de l'attention de leur part, mais quand au collège ses notes ont baissé, ses parents ont pu la critiquer et elle l'a très mal vécu. Quand les troubles ont débuté, ils ont observé une thymie basse, une irritabilité chez elle, elle se renfermait sur elle-même. Lorsqu'elle a redoublé, la punition a été de lui couper les cheveux, ce qui a provoqué sa colère. Elle ressentait une pression pour avoir de bonnes notes. Elle a l'impression de toujours être en situation d'échec, elle n'étudie pas les leçons ou à la dernière minute malgré sa volonté d'être brillante, elle veut en fait "fuir la peur de ne pas être à la hauteur de ce qu'il faudrait faire". On a ensuite parlé de sa difficulté à être seule, du vendredi de permission où elle s'est trouvée seule, et où parce qu'elle a eu des affects négatifs, elle a réalisé une compulsions. Elle a eu des douleurs abdominales après la compulsions et de nouveau des affects négatifs. Elle reparle de sa peur que ses parents ne l'aiment plus ; son père ne comprend pas cette peur et lui explique que s'ils sont là, s'ils la font hospitaliser c'est parce qu'ils l'aiment, qu'ils veulent qu'elle guérisse. Elle verbalise qu'elle ressent de l'anxiété, du vide quand elle est seule et qu'elle mange pour le remplir, pour éviter d'affronter ses sentiments : c'est son unique moyen de ne plus ressentir cela. Les crises de boulimie sont déclenchées par des affects négatifs. Elle a repensé aux relations avec ses parents, elle est très en colère contre son père, elle voudrait déménager chez sa grand-mère, car elle a trop de mauvais souvenirs (tentative de suicide), et a été déçue lors de la dernière permission d'avoir eu des crises de boulimie, qu'elle rattache de ce fait à la maison.

Elle n'a pas souhaité revenir de sa permission car elle trouvait "qu'on ne lui faisait pas assez confiance, qu'on s'occupait plus des autres patients que d'elle" ; son père accepte de vendre leur maison et de déménager, et elle sera suivie en consultation régulièrement.

#### En résumé

Il s'agit d'une patiente anorexique puis boulimique. Les troubles ont débuté par un régime, motivé par une *fat phobia* et des préoccupations sur sa santé en lien avec la philosophie taoïste. Très vite, les préoccupations sur son poids ou son image n'étaient plus présentes dans son discours, elles ont été remplacées par des préoccupations somatiques notamment d'inconfort abdominal. Nous pouvons faire le rapprochement avec plusieurs études de Lee, montrant que les préoccupations abdominales sont centrales chez les anorexiques chinoises [74]. Ensuite, cette patiente possède des valeurs montrant une exposition à deux cultures : des valeurs très traditionnelles avec la dimension ascétique remontant à la philosophie taoïste, les croyances sur la maison, et des valeurs modernes avec les standards de beauté coréens. Pour préciser ce qui est sous-entendu par la purification dans le taoïsme : "le monde est un corps dont les équilibres doivent être entretenus par des pratiques purificatoires, de même que le corps humain est un monde que les soins du médecin visent à préserver ou à soigner. Si dans le corps il existe un manque d'équilibre, il convient de le restaurer par un approfondissement de la discipline personnelle, par une purification, des rituels pour rétablir les équilibres naturels et sociaux, par des règles diététiques. Le corps est en correspondance avec le cosmos, le préserver c'est contribuer à l'harmonie universelle." (Zufferey, 2012, p. 275) [111]. Pour cette patiente, l'exposition à des différences culturelles majeures contribuerait au développement de troubles du comportement alimentaire du fait de difficultés de

construction identitaire et de troubles de l'image du corps. Un *culture clash* semble présent chez elle.

#### **.4 Wang, 21 ans**

Il s'agit d'une patiente hospitalisée pour boulimie avec un antécédent d'anorexie, et comme facteur déclenchant des préoccupations scolaires. Nous avons choisi de présenter ce cas en raison du caractère non *fat phobic* de type 1 (*fat phobia* jamais présente) de son anorexie selon la classification de Lee, puis de l'absence du critère D du DSM-5 (estime de soi liée au poids), pour la boulimie.

#### Éléments biographiques

Elle est fille unique et vit avec ses parents. Son père est schizophrène, il est suivi au SMHC. Sa mère est retraitée, elle travaillait dans une compagnie. Elle étudie à l'université Henshe en troisième année, et doit passer beaucoup d'examens en économie. Elle aime voyager, et lorsqu'elle voyage, elle se sent mieux. Elle aime dessiner, pensait vouloir faire un métier dans l'art et apprécie voir des expositions. Elle lit beaucoup de livres de psychologie, et dit qu'elle a beaucoup de problèmes psychologiques surtout liés à son enfance, elle intellectualise beaucoup. Elle est perfectionniste. On note que dans son enfance, elle avait de mauvaises relations avec ses parents ; elle pense qu'ils la traitaient mal quand elle était petite ; ils se disputaient beaucoup devant elle, ils la grondaient aussi. Elle dit ne pas les aimer et leur en vouloir. Ils lui "ont donné un mauvais environnement", et sa mère se plaignait aussi beaucoup de son père.

#### Histoire de la maladie

Il s'agit de sa première hospitalisation en psychiatrie, elle est accompagnée de sa mère pour venir à l'hôpital. Le début des troubles date de 2010, elle présentait

alors une anorexie restrictive. La cause de son anorexie était selon elle, le “stress lié aux études”. Elle voulait avoir de très bonnes notes, étudiait beaucoup, pour pouvoir aller dans une bonne université, mais au collège elle n’avait pas obtenu de bons résultats. Elle pense que ses parents ne lui mettaient pas particulièrement de pression à propos des études. Suite aux examens du lycée pour aller à l’université, elle a présenté un fléchissement thymique, des angoisses. Il n’y a pas de notion de régime pour perdre du poids, elle était juste “stressée”, elle ne se trouvait pas trop grosse, ne se pesait pas, mais elle a perdu de plus en plus l’appétit ; il n’y avait pas non plus de distorsion de l’image du corps ni de désir de mincir. Elle est passée de 55 kg pour 1,60 m (IMC à 21,5) à 37 kg (IMC à 14,5) avec une aménorrhée et une thymie basse. Elle nous affirme qu’elle ne pensait pas à l’époque, au rôle de la conduite alimentaire comme moyen d’éviction des émotions, de diminution de l’angoisse. Elle ne contrôlait pas la nourriture, n’avait pas de régime sélectif, diminuait les quantités, sans obsession sur la nourriture, elle n’avait pas de rituel accompagnant les repas. Selon elle, cela lui permettait seulement de reprendre un contrôle. Elle se rappelle qu’elle était très maigre et se trouvait trop maigre. En outre, elle voulait se faire mal, elle se tapait contre les murs. Après avoir passé ses examens, elle n’avait toujours pas d’appétit, mais elle se forçait à manger davantage, pour prendre du poids et avoir l’air en meilleure santé.

En octobre 2010, elle a débuté son suivi au SMHC, avec des consultations régulières. Son poids le plus faible a été en 2010 de 37 kg, puis une fois à l’université, son état s’est amélioré. Elle était même responsable de la classe. Elle était euthymique. En septembre 2012, alors qu’elle pesait 42 kg, les crises de boulimie ont débuté. Avec la boulimie, son poids le plus élevé a été de 53 kg.

Hospitalisation

Actuellement, elle pèse 52 kg, elle pense que “si on est trop maigre alors on n'est pas en bonne santé”. Elle prend des comprimés de Benzodiazépine ponctuellement. Le contact est bon, elle verbalise facilement, il n'y a pas de déni, ni de minimisation de la maladie.

Ces derniers temps, elle a fait beaucoup de crises de boulimie, une à trois fois par jour depuis deux semaines avec une humeur basse suivant les crises, et avec des vomissements. Elle n'utilisait pas d'autres stratégies de contrôle du poids, pas d'activité physique, pas de diurétiques ni de laxatifs. Elle fait le lien avec ses études, car elle a trois devoirs à rendre et deux présentations orales à faire. Elle a demandé son hospitalisation, en la motivant par l'existence d'un petit ami qu'elle voit depuis un mois. Il s'agit de son premier petit copain, et elle souhaite “avoir une vie normale”. Les crises surviennent quand elle mange seule, avec des idées obsédantes sur la nourriture. Quand elle est angoissée, elle fait une crise de boulimie par jour, et va dans les quatre restaurants de l'université. Quand elle a terminé un premier repas, elle change de restaurant et recommence. Interrogée sur la raison de vomir après les repas, elle répond que c'est parce qu'elle pensait qu'elle avait trop mangé, mais pas par peur de prendre du poids, on retrouve une dimension de contrôle. Par ailleurs, elle se sent mieux dans son corps “elle a plus de chair que lorsqu'elle était très maigre”.

Au niveau familial, en entretien : elle raconte que sa mère est le chef de la famille, qu'elle a le plus de pouvoir, sa mère se plaint beaucoup de son père, car il serait trop lent, et il ne fait pas assez de choses à la maison, d'où l'impatience de sa mère ; elle a assisté à beaucoup de disputes à la maison. Elle était prise à témoin par sa mère, et parle “d'équipe” contre son père, qui n'assumait pas le rôle de père. Sa mère déstabilisait parfois volontairement son père. Elle raconte qu'une fois sa mère, qui normalement termine plus tard son travail, était rentrée plus tôt, et qu'elles

sont parties toutes les deux de la maison, manger à l'extérieur sans prévenir le père qui était très inquiet. On remarque que les relations familiales, les rôles familiaux et parentaux sont flous, avec une mère puissante qui a détruit l'image du père, et un père faible ; elle a donc été prise dans des conflits de loyauté dès l'enfance, elle se le rappelle avec précision. Elle nous dit que l'amour de sa mère passait par des cadeaux, essentiellement alimentaires, que sa mère lui faisait faire beaucoup d'activités, mais pour sa propre satisfaction, et qu'elle instaurait une relation de dette. La mère est vécue comme très intrusive. Elle prend conscience que lors de son anorexie, elle attaquait son corps et aussi sa mère et la part de sa mère en elle. Par ailleurs, la patiente lui reproche de ne pas la pousser à faire des études. La mère pensant que la vie doit être "naturelle" et suivre son cours, qu'on ne peut pas forcer les choses. Il y a beaucoup de paradoxes dans son discours et plus particulièrement quand elle évoque sa mère, qui est omniprésente. Elle lui en veut d'avoir toujours critiqué son père, et actuellement elle se rend compte que son père a aussi fait beaucoup de bonnes choses pour elle, il s'est impliqué dans son éducation mais elle commence à peine à le remarquer. Il faisait du dessin, de la musique avec elle. Son père avait des idées délirantes quand elle était au collège, et elle a eu peur que la symptomatologie persiste.

Au niveau relationnel, elle a toujours évité les autres, elle s'isolait, allait seule à la bibliothèque, avec un énorme investissement intellectuel dans les études, pour éviter de trop penser, ou bien elle mangeait, quand se sentait triste ou seule ou angoissée. Elle déclare avoir progressé, qu'elle commence à avoir quelques relations avec d'autres personnes, alors qu'avant elle anticipait un rejet, ou si on ne la contactait pas, trouvait des explications comme : "ne pas être suffisamment bien ou ne pas être aimée". Elle a une estime d'elle-même basse. Elle pensait qu'elle serait mieux seule, elle était dans un évitement relationnel.

En 2012, quand elle était chef de classe cela ne s'est pas bien passé sur la fin, en raison de mauvais résultats scolaires et de difficultés relationnelles avec les autres, donc elle a dû renoncer à cette responsabilité.

Elle commence à s'apprécier de plus en plus, et a fait des progrès sur elle-même, sur sa relation avec son père et avec ses pairs. Elle évoque ses difficultés à vivre les émotions négatives : lorsqu'elle se sent triste, angoissée ou avec une impression de vide, elle n'arrive pas à le supporter et compense en se remplissant alors de nourriture. Elle manifeste une dysrégulation émotionnelle. Dans le service elle s'isole, ne veut pas partager les repas avec les autres.

Rentrée sans autorisation à son domicile le week-end, elle s'est sentie angoissée, a eu beaucoup de crises de boulimie. Elle pense qu'elle ne peut pas mettre fin à ce comportement, qu'il la soulage : c'est une dimension addictogène du comportement. À l'hôpital, elle ne ressent pas le besoin de faire des crises de boulimie. En entretien elle raconte que la séance précédente l'a beaucoup aidée ; elle y a repensé, et a compris qu'il y a des parties d'elle-même qu'elle n'aime pas qui sont similaires à sa mère, elle nous redit qu'elle déteste sa mère, qu'elle ne comprend pas pourquoi sa mère la critique et ne relève que ses actes négatifs. Lorsque nous discutons sur les raisons de son comportement vis à vis de sa mère, elle nous dit : "on dirait que je veux être indépendante, mais à l'intérieur je suis une petite fille. J'attends que ma mère me dise des choses valorisantes". Ce qui s'oppose à son désir d'individuation, et fragilise son estime d'elle-même. On retrouve une ambivalence affective, des conflits entre un désir d'autonomie, et une angoisse de séparation. Elle rationalise beaucoup et demande comment diminuer les émotions négatives, qu'elle ne supporte pas. Elle nous exprime son regret d'être à l'hôpital et de ne pas pouvoir assister à une soirée avec des amis, car les relations l'effraient moins. Elle a tellement peur d'échouer que parfois elle ne commence pas les choses

pour éviter les situations d'échec et quand elle réalise des choses, elle se "récompense" en réalisant une compulsions alimentaire. Elle n'évoque jamais son apparence ou une quelconque préoccupation sur son poids. En consultation, elle explique qu'elle essaie d'être parfaite, que dans la journée tout se passe bien et quand le soir arrive elle réalise une compulsions, selon elle parce qu'elle ne peut pas être parfaite. Lorsqu'elle y succombe, sa mère la prend dans ses bras et lui donne de l'eau pour l'aider à vomir, elle pense qu'elle est comme un bébé que sa mère prend en charge. Elle a cependant acquis progressivement une meilleure estime d'elle-même, même si les compulsions persistent.

Elle doit rentrer chez ses parents ce week-end, elle ne veut pas parler de ce qui s'est passé lors de la dernière permission. La veille, elle n'a pas réussi à dormir, elle s'est sentie anxieuse toute la journée, et ne voulait plus partir en permission, puis finalement elle est partie et a décidé de ne pas revenir à l'hôpital. Elle a émis des plaintes au sujet de l'autre médecin " mauvais objet" comparant avec moi "bon objet", clivant ainsi l'équipe.

Elle est restée hospitalisée trois semaines. Après être sortie de l'unité, la patiente a repris les compulsions alimentaires quotidiennes, elle a été ensuite hospitalisée pendant trois semaines à Pékin, dans une unité fermée, car elle n'était pas satisfaite du SMHC, puis est elle revenue en consultations externes à Shanghai.

En résumé

Pour cette patiente aux antécédents d'anorexie sans *fat phobia*, la restriction alimentaire était liée à une perte d'appétit, il manquait donc les critères B et C du DSM-5 pour le diagnostic d'anorexie (cf chapitre diagnostic). Elle faisait un lien entre la perte d'appétit et le "stress lié aux études", qui générait chez elle un besoin de contrôle des émotions. Elle ne présentait pas de déni de l'amaigrissement, inquiète

de sa maigreur, elle s'était forcée à s'alimenter. Le diagnostic actuel selon le DSM-5 est boulimie sans critère D. Les vomissements n'étaient pas utilisés pour éviter la prise de poids, mais pour reprendre le contrôle. Il n'y avait pas d'autres stratégies de contrôle du poids. Ce cas illustre la non universalité de la peur de grossir dans l'anorexie et de l'estime de soi liée au poids dans la boulimie.

Par ailleurs, on constatait un perfectionnisme, une estime de soi basse, une dysrégulation émotionnelle, des difficultés relationnelles et familiales comme dans les descriptions classiques de troubles du comportement alimentaire en Occident.

### **.5 Mei, 23 ans**

Mei est une patiente hospitalisée pour boulimie. Ce cas est intéressant en raison de l'absence de préoccupations corporelles, ce qui illustre l'hypothèse que les préoccupations corporelles dans la boulimie sont liées à la culture et peuvent être absentes dans le contexte chinois.

#### Éléments biographiques

Elle est fille unique. Sa mère travaillait, puis est devenue femme au foyer, et l'a élevée ; c'est une personne très extravertie en public, mais très stricte en famille. Son père est pilote d'avion, il est souvent absent, au moins la moitié de chaque mois, il est peu sociable et très introverti selon la patiente. La relation entre les parents n'est pas bonne, ils se disputent très souvent, violemment parfois, parlent de divorce ensuite. Sa mère lui dira pourtant que son père n'est pas une mauvaise personne. Quand Mei était petite, son père aurait été violent envers elle. Elle vit encore chez ses parents, et ne veut pas prendre d'appartement personnel, au motif qu'elle a déjà été éloignée d'eux pendant longtemps à cause de ses études ; la patiente prend ses repas avec ses parents, sa mère fait la cuisine. Ses grands-parents sont originaires de la province du Shanxi.

Elle joue de la cithare depuis l'âge de six ans. A 11 ans, elle a été admise au conservatoire de musique de Pékin, elle était en internat. Ensuite, elle est allée à l'université. Sa mère est allée régulièrement lui rendre visite à Pékin pendant plusieurs mois. Elle devait ensuite aller étudier à l'Université Yale de Boston mais a abandonné à cause de sa maladie. Elle travaille maintenant dans une compagnie de média et s'entend très bien avec ses collègues. Elle joue encore de la cithare, et voit ses amis le week-end.

### Histoire de la maladie

Le début des troubles remonte à 2005. En raison de ses excellents résultats scolaires, elle était isolée de ses camarades, elle se sentait déprimée, anxieuse et stressée. Elle a commencé à réaliser des compulsions alimentaires quotidiennes, en ingurgitant trois fois la quantité normale de nourriture, ce qui avait pour conséquence des vomissements, mais lui servait à diminuer son anxiété. Son poids était alors de 55 kg pour 1,60 m, ce qui correspond à un IMC à 21. Il n'y avait pas de pratique d'exercice physique, pas de prise de laxatifs, pas de tristesse, pas de distorsion de l'image du corps. Il n'y avait pas de volonté de maigrir, ni de préoccupation par rapport à l'image de son corps, ni d'estime d'elle-même liée au poids. En revanche, une sensation de plénitude était recherchée. Elle se rappelle que lors du début des troubles, à l'âge de 14 ans elle avait beaucoup de problèmes digestifs, de constipation, de digestion lente.

À cause des nombreux vomissements, le poids de la patiente a baissé, le poids le plus faible a été de 40 kg en 2009, avec un IMC à 15. Elle a eu une aménorrhée secondaire. En novembre 2011, la patiente s'est évanouie, elle avait un désordre d'ordre hydroélectrolytique, dû aux vomissements. Après deux jours de réhydratation à l'hôpital Ruijin, la patiente était inquiète, logorrhéique, et avait des insomnies. Le 28

novembre 2011, elle est arrivée dans notre hôpital pour la première fois, elle y a été diagnostiquée comme souffrant de troubles du comportement alimentaire, et d'une instabilité émotionnelle, on lui a prescrit de l'Escitalopram à 10 mg et de l'Alprazolam à 0,8 mg. Après une semaine de traitement, elle ne se sentait pas mieux, son état s'était aggravé, avec des crises clastiques, de l'agressivité envers ses parents, une incohérence du discours, des insomnies sans fatigue, une élévation de l'humeur. Elle a été hospitalisée dans un hôpital psychiatrique de la province du Shanxi. Cet épisode a été diagnostiqué comme épisode psychotique aigu, mais il ressemble plutôt à un épisode maniaque déclenché par une prise d'antidépresseur, elle a eu ensuite deux mois de traitement par de la Quetiapine, à 1000 mg/j, du lithium à 0.75 g/j et de l'électroconvulsivothérapie. L'état de la patiente s'est amélioré, elle adhère au traitement, et a progressivement diminué les doses de médicaments. Actuellement, son traitement est de la Quetiapine à 400 mg, et du lithium à 0.25 g/j. Les symptômes ci-dessus ne sont jamais réapparus. La patiente dit vouloir arrêter les compulsions et les vomissements, mais elle n'arrive pas à se contrôler, elle ressent de la souffrance et se blâme pour cela. Elle commence à avoir peur de grossir, et fait des crises tous les jours à chaque repas. Elle a demandé à être hospitalisée pour "guérir et être normale".

#### Première hospitalisation

Lors de l'entrée au SHMC elle pesait 49 kg pour 1,60 m, ce qui correspond à un IMC à 18.

La thérapie a eu lieu une fois par semaine ; après trois séances, le médecin a arrêté, pensant ne pas pouvoir l'aider. Lors de la première séance, elle se plaignait d'être incomprise par ses parents, que sa mère criait sur elle quand elle découvrait qu'elle avait vomi, et que son père allait même jusqu'à la battre. Elle avait beaucoup

de colère. Lors de la deuxième séance, elle était très différente, disait se sentir devenir normale, selon elle le seul problème était sa conduite alimentaire. Elle clivait. À la troisième séance, elle était énervée, car ses parents étaient venus en visite, elle ne savait pas comment les accueillir, et disait ne pas pouvoir leur pardonner leur conduite envers elle. Elle avait de nombreuses requêtes : moins de quantité de nourriture et des permissions les week-ends ; elle a ensuite demandé sa sortie après trois semaines d'hospitalisation.

### Deuxième hospitalisation

La patiente est de nouveau hospitalisée sept à huit mois après sa sortie, elle dit aller mieux qu'avant sa première hospitalisation, mais qu'elle réalise encore une compulsions alimentaires par jour, suivie de vomissements. Elle est actuellement traitée par Quetiapine. En entretien, elle dit avoir davantage envie de contrôler sa maladie que lors de la précédente hospitalisation. Elle se pèse environ une fois par mois, elle n'a pas d'estime d'elle-même liée à son poids, elle ne veut pas grossir, mais se sent bien telle qu'elle est. Elle explique les vomissements par le fait qu'elle aurait des douleurs abdominales après les compulsions alimentaires, parce qu'elle mange trop, mais que ce n'est pas utilisé comme moyen de contrôle du poids. Elle a également l'impression de purger les choses négatives quand elle vomit. Avant, elle se sentait heureuse pendant les crises, maintenant la compulsions ne lui procure plus de plaisir, elle ressent un sentiment de honte et de culpabilité. Elle réalise une compulsions quand elle est seule, elle mange alors tout ce qu'elle peut trouver. Ses parents la soutiennent dans ses démarches pour l'hospitalisation, et quand elle fait des crises au domicile, ils veulent lui parler, lui demander ce qui ne va pas, mais cela l'énerve. Son père lui dit que si elle n'était pas malade tout irait bien dans la famille, or selon elle, il est rigide et dirigiste. Elle pense qu'en dehors de sa conduite

alimentaire, il n'y a rien de mauvais dans sa vie ; elle aime son travail, elle s'entend bien avec ses parents. Elle dit accepter son corps, qu'elle s'apprécie. Cependant, elle se compare avec les autres, les critique, se dispute avec d'autres patientes ; cela influence ses émotions, et entraîne son désir de manger et vomir. Elle présente une dysrégulation émotionnelle. Elle se trouve pourtant moins sensible aux autres qu'avant. L'hospitalisation de la patiente se poursuivait, mais nous avons quitté le lieu de stage.

#### En résumé

Il s'agit d'une patiente boulimique chronique, ne présentant pas le critère D du DSM-5 pour la boulimie (l'estime de soi influencée par la forme et le poids du corps). Il n'y avait pas de préoccupations corporelles, ni de poids. Le facteur déclenchant des troubles a été l'isolement lors de la scolarité de la patiente. Des symptômes abdominaux se sont manifestés au début de la maladie. Initialement, les troubles procuraient une sensation de plaisir et de soulagement des affects négatifs qui déclenchaient les crises, mais progressivement la perte de contrôle et de la sensation de plaisir ont motivé la patiente à se soigner. Les vomissements ont été utilisés pour soulager des douleurs abdominales survenant après les compulsions alimentaires et lui ont donné l'impression de purger les choses négatives, ils n'ont pas été utilisés pour contrôler son poids. Ce cas est caractéristique des troubles du comportement alimentaire en Chine par la présence des douleurs abdominales et l'absence de préoccupations sur le poids.

#### **.6 Lan, 23 ans**

Il s'agit d'une patiente hospitalisée un mois pour boulimie au SMHC. Il s'agit de sa deuxième hospitalisation. Ce cas de boulimie chez une patiente chinoise nous a semblé particulièrement pertinent cliniquement (absence de préoccupations sur

l'image du corps) et en raison de son histoire singulière (adoption, environnement familial).

### Éléments biographiques

La patiente est fille unique, n'a pas de souvenirs heureux de son enfance, avec des parents peu attentifs, très occupés par leur travail, passant peu de temps avec elle. Elle nous a révélé un antécédent d'abus dans l'enfance : elle était dehors et un homme aurait abusé d'elle, ses parents l'avaient amenée à la police mais il n'y aurait pas eu d'investigation. Ses parents n'auraient ensuite pas réussi à la rassurer, elle ne se sentait donc plus en sécurité. Il n'y a pas de symptomatologie de syndrome de stress post-traumatique. Son père est devenu paralysé des deux jambes à la suite d'un accident de voiture ; il s'est alors mis à boire, et se disputait beaucoup avec sa femme. Sa mère a aussi des problèmes de santé : paresthésie d'une jambe et une cécité monoculaire. La patiente explique avoir choisi d'étudier la médecine pour aider ses parents, et à cause d'une peur de la maladie. Elle a interrompu une année ses études au lycée en raison de ressources financières insuffisantes, car ses parents ont de faibles revenus suite à l'accident de son père, puis de nouveau à cause de sa maladie. Actuellement, elle étudie à l'université de médecine traditionnelle de Shanghai. C'était une bonne élève et elle aimait étudier, mais après sa sortie de l'hôpital, elle n'est plus allée en classe car elle avait perdu la motivation pour étudier et avait peur d'échouer. Il est possible que l'université n'accepte pas un redoublement, ce qu'elle redoute.

### Antécédents médicaux

Chirurgie des polypes nasaux en 2009. Elle a subi une IRM cérébrale pour la boulimie, et comme les médecins avaient trouvé une tumeur, elle est allée à l'hôpital

Huashan (spécialisé en neurologie) où finalement rien a été décelé. Elle a été hospitalisée trois mois pour boulimie en juin 2013. Les premières règles sont apparues à l'âge de 13 ans. La nourriture pendant l'enfance n'aurait selon elle jamais été un problème. Son poids le plus faible a été de 36 kg lors de la dépression et le plus élevé de 58 kg.

### Histoire de la maladie

Le début des troubles remonte à septembre 2012 avec une dépression qui a eu comme facteur déclenchant des problèmes familiaux majorés (accident du père). La patiente a eu un fléchissement thymique, elle pleurait souvent, elle avait des idées suicidaires, une aboulie, une perte de contrôle avec des crises clastiques pendant lesquelles elle se tapait la tête contre les murs, une perte d'appétit, son poids a diminué, et elle souffrait d'insomnies mixtes. D'octobre 2012 à juin 2013, elle a présenté également une aménorrhée secondaire, elle est allée dans un hôpital local où une dépression a été diagnostiquée. Elle souffrait parfois de compulsions alimentaires. En mars 2013, l'humeur dépressive s'est aggravée, avec des difficultés à se projeter dans le futur, une perte d'espoir, des sentiments de culpabilité envers sa famille. Pour la première fois, elle est allée voir un médecin au SMHC, où elle a été diagnostiquée comme dépressive ; on lui a prescrit du Prozac à 20mg/j pendant deux mois : l'humeur s'est améliorée, le sommeil aussi, mais elle mangeait encore très peu. Fin avril 2013, elle avait des compulsions alimentaires tous les jours, sans sentiment de satiété, elle se sentait mieux après la compulsions, puis elle regrettait. Le facteur déclenchant identifié est une déception amicale. Elle pesait alors 48,5 kg, avec un IMC à 18,7. Elle a donc été renvoyée au SMHC fin mai 2013, où on a diagnostiqué un trouble du comportement alimentaire. Elle a été mise sous Prozac à 40 mg/j ; l'humeur de la patiente restait très instable, elle pleurait facilement,

présentait une alternance de périodes de régimes ou de compulsions alimentaires, et des vomissements deux à trois fois par jour. Elle n'avait pas de poids idéal. En juin 2013, elle a été hospitalisée une première fois en psychiatrie avec comme diagnostic boulimie nerveuse, son poids était alors de 52,5 kg pour 1,61 m, avec un IMC à 20,25 et son traitement était le suivant : Prozac, Venlafaxine, psychothérapie, et contrôle diététique. La symptomatologie s'est améliorée, elle est donc sortie de l'hôpital avec un suivi en consultation. Pendant trois mois, elle n'a pas présenté de trouble du comportement alimentaire. Au domicile, elle trouvait que ses parents étaient trop sensibles, intrusifs et qu'ils contrôlaient sa vie. C'est alors que sa mère lui a révélé qu'elle avait été adoptée, et comme elle se sentait responsable de sa maladie, elle a proposé de lui donner 30 000 yuans pour quitter la famille. Le père n'était pas d'accord, il ne voulait pas que sa fille parte du domicile et a reproché à sa femme d'avoir fait cette proposition, impulsive selon lui. La patiente se sentait triste avec une douleur morale, un sentiment de lassitude, et ne voulait plus rentrer à la maison. Elle avait de nouveau des compulsions alimentaires suivies de vomissements et une instabilité émotionnelle. Elle ressentait de la colère. Elle est repartie à l'université, où elle a rencontré des troubles de la concentration, des difficultés scolaires, et évitait le contact avec les autres étudiants. Elle voulait arrêter les études pour travailler. Son traitement comprenait alors : Fluoxétine à 20 mg/j Venlafaxine à 150 mg/j ; elle a arrêté les traitements spontanément au bout de trois mois. Elle est ensuite retournée à l'hôpital pour une réadaptation thérapeutique, pour "retrouver sa motivation et diminuer le sentiment de lassitude".

#### Contexte familial

Elle décrit une mère trop proche d'elle et un père, distant, qui ne fait pas assez attention à elle. Concernant l'abus dans l'enfance, elle n'en a jamais reparlé à ses

parents, car si elle leur dit qu'elle ne se sent pas bien, ils penseront que c'est de leur faute : "ils ont déjà eu du mal à m'élever, je ne veux pas rajouter un fardeau sur leur épaules". Ses parents ressentait sa tristesse lors de sa dépression, mais ils lui reprochaient que cela coûte de l'argent, la battaient, et s'énermaient contre elle lorsqu'elle réalisait des compulsions alimentaires.

Elle nous raconte les repas en famille : son père cuisine, et quand il a terminé, ils mangent chacun de leur côté, dans la petite salle à manger. Il n'y a pas de partage des corvées alors que traditionnellement en Chine tout le monde mange ensemble et partage les tâches ensuite. C'est pourquoi, le médecin chinois pense que les relations familiales sont faibles. La patiente explique que c'était tellement générateur de souffrance qu'elle a choisi de vivre au dortoir et de cuisiner pour elle-même, qu'elle n'attend plus rien de ses parents, car elle a tellement été déçue. Elle dit avoir déjà vu plusieurs thérapeutes familiaux, que cela n'avait jamais marché, et que la dernière fois le thérapeute lui aurait dit qu'elle n'avait plus le désir d'aller mieux et de changer les relations avec ses parents. Elle explique que les relations avec ses parents ont toujours été mauvaises mais cela a empiré après l'accident de son père. Elle angoissait à l'idée de sortir de l'hôpital et de devoir faire face à cela.

Elle aimerait avoir des renseignements sur ses parents naturels, mais n'a pas osé interroger ses parents adoptifs. Depuis la révélation de son adoption, les relations avec ses parents se sont encore détériorées.

#### Évolution au cours de l'hospitalisation

Initialement, elle intellectualisait beaucoup, rationalisait, et prétendait connaître toutes les théories concernant sa maladie, mais que cela ne l'aidait pas à aller mieux. Elle mettait en échec ses médecins, expliquait qu'ils ne lui posaient pas les bonnes questions ; elle était dans le contrôle. Elle voulait sortir de l'hôpital, disait se

sentir toujours aussi mal et que donc elle ferait aussi bien de partir, puis finalement elle a décidé de rester. On retrouvait une ambivalence par rapport aux soins. Le professeur chinois a diagnostiqué une personnalité dépendante chez cette patiente avec une tendance à se déresponsabiliser, qui entraînait un épuisement de ses thérapeutes. Il n'y avait pas de déni ni de minimisation de la maladie. Elle admettait qu'elle mangeait quand elle était énervée ou quand elle se sentait triste, qu'elle utilisait les compulsions alimentaires pour réguler ses émotions. Elle ne présentait pas d'estime d'elle-même liée à son poids. Il n'y avait pas de préoccupation sur son apparence ou sur la forme de son corps, de son visage. Elle n'a pas ressenti l'envie de réaliser une compulsion alimentaire pendant l'hospitalisation, ni lors de ses permissions. Elle considérait son poids comme normal et que parfois elle avait été trop maigre. Pendant les périodes de crises, elle se pesait tous les deux à trois jours, avait des vomissements pour reprendre le contrôle selon elle, mais pas par peur de grossir ; il n'y avait pas d'autres stratégies de contrôle du poids. Lorsqu'elle mangeait normalement, elle n'avait pas de sentiment de satiété. Il n'y avait pas d'impulsivité sous-jacente, ses crises clastiques survenaient quand elle ne pouvait plus supporter les émotions, la tension interne. Elle ne savait pas quel était le signe le plus générateur de souffrance, cela dépendait des périodes. En entretien, elle évoque souvent son sentiment d'injustice, de ne pas avoir eu d'enfance normale, d'avoir vécu autant de choses difficiles : "la mauvaise fortune a commencé dès ma naissance, pourquoi continuer à souffrir ?" Elle se trouve peu de qualités, se juge faible et a une vision péjorative d'elle-même, elle a une estime d'elle-même basse.

Après plusieurs semaines d'hospitalisation, elle est apaisée, avec une diminution de la tension interne, une amélioration du contact. Sa mère est venue la chercher pour qu'elle rentre au domicile en permission, la patiente est alors très souriante, tactile, lui prend le bras pour marcher. Pendant le week-end de

permission, elle a cuisiné pour sa famille. Les repas pris chacun de leur côté étant générateurs de souffrance, la patiente a accepté la suggestion médicale d'essayer de modifier cette habitude. Cela s'est bien passé, ils ont mangé tous ensemble, elle était contente. Suite à cette suggestion, elle était compliant, adhérait aux soins. Lors des propositions d'aide à l'autonomisation, elle avait opposé des résistances importantes et avait manifesté une perte de l'adhésion aux soins. En revanche, la patiente avait adhéré à toutes les suggestions pour restaurer des liens familiaux harmonieux.

La patiente veut sortir de l'hôpital, se projette à nouveau dans le futur. Elle souhaite revenir chez ses parents la semaine suivante, veut faire sa part de corvées dans la maison, puis projette de travailler après le nouvel an chinois afin de vivre de son côté et prendre son indépendance. Auparavant, elle avait peur des gens, ne voulait pas qu'ils s'approchent et avait peur d'être rejetée, mais maintenant elle a moins peur. Elle a déjà eu un petit copain au collège, voudrait en avoir un de nouveau, souhaite se marier, avoir des enfants, et commencer une vie pour elle. Elle est donc sortie du service après un mois d'hospitalisation. Elle n'a pas souhaité continuer son suivi en consultation externe.

#### En résumé

Ce cas de boulimie chez une patiente chinoise nous a semblé particulièrement intéressant. La patiente ne présentait pas de déni ni de minimisation de la maladie. D'après le DSM-5, il lui manque le critère D : l'estime de soi influencée par la forme et le poids du corps ; elle n'a jamais eu et ne se souvient pas de préoccupations sur son apparence physique et explique les vomissements comme un moyen de reprendre le contrôle et non pour éviter une prise de poids. On peut faire le rapprochement avec un cas rapporté en Inde, où une patiente boulimique n'avait pas

de préoccupation sur le poids ou l'apparence physique, pas de distorsion de l'image corporelle et pas de stratégies de contrôle du poids, en dehors de vomissements mais utilisés dans une dimension de contrôle contre une pesanteur dans la poitrine ou un inconfort abdominal et non à cause d'une peur de prendre du poids [79]. Au niveau familial, il existe des conflits, des secrets non abordés, en lien avec la "piété filiale". Il existe trois concepts dans la piété filiale : avoir de la gratitude envers ses parents pour les soins et l'attention donnés, respecter et aimer ses parents, et être attentif et considérer les désirs de ses parents avant ses propres besoins [112]. Avec ce concept on peut comprendre le refus de la patiente de poser des questions à ses parents, de les mettre en difficulté ou face à leurs insuffisances. Cette attitude est responsable de non dits, de secrets, d'une non résolution de conflits, qui sont régulièrement présents dans les familles de patientes ayant des troubles du comportement alimentaire mais avec une intensité plus forte dans les familles chinoises. On peut également relever le lien entre le choix professionnel de la patiente, la médecine, et les handicaps de ses parents. En Chine, en effet, surtout à la campagne, quand les parents sont âgés, c'est à l'enfant de les soutenir financièrement et de s'occuper d'eux. Ainsi, un des motifs principaux donnés par les Chinois pour avoir des enfants est leur soutien quand ils seront âgés, l'état ne fournissant pas d'aide aux personnes âgées en Chine [113]. La thérapie proposée par les médecins chinois, reposant sur la littérature occidentale, allait dans le sens d'une séparation de la famille, mais n'était pas acceptée par la patiente. La vision transculturelle a permis de percevoir l'aspect culturel des attentes et des réactions de la patiente. En effet, elle souhaitait restaurer des liens affectifs, dans une famille dont les relations sont considérées comme faibles en Chine, après la révélation de l'adoption, donc sans qu'il y ait de lien du sang.

## Adoption

La première hospitalisation de la patiente a été compliquée, elle était “difficile”, présentait des difficultés à maîtriser ses émotions. Les médecins pensaient que ce n’était pas une “bonne” patiente, ils se sentaient impuissants pour l’aider. Elle était restée hospitalisée pendant la durée maximale d’hospitalisation (quatre-vingt jours), et ne voulait pas sortir de l’hôpital. Les médecins ont appris l’adoption de la patiente entre les deux hospitalisations, elle était alors suivie en consultation externe. Leur première réaction a été de l’empathie : “elle n’a pas eu de chance, elle a été abandonnée. Le comportement de ses parents envers elle est peut-être une des raisons de sa boulimie, ils ne la traitent pas bien”. Ils étaient déçus par les parents de la patiente. Cette information a amené les médecins à porter plus d’attention à cette patiente, qui n’était plus seulement une patiente boulimique, et elle a changé leurs regards sur elle. Quand elle a été de nouveau hospitalisée, les médecins ont pensé qu’elle avait évolué, qu’elle allait mieux, ils ressentaient davantage d’empathie.

Le médecin (interne) ne savait pas comment prendre en charge cette patiente en considération de l’adoption, il n’avait pas l’expérience de cette situation. Il a utilisé la thérapie cognitive pour qu’elle voie les bons et mauvais côtés de cette nouvelle. Les mauvais côtés selon lui étant : la soudaineté de la nouvelle, les idées noires, la tristesse, l’aggravation des symptômes. Les bons côtés étant de lui faciliter son indépendance, de lui permettre de quitter sa famille, de reprendre ses études pour elle. Ses hypothèses étaient les suivantes : la mère de la patiente voulait la rendre autonome, ce qui est peut être la cause de la boulimie, les parents admettaient qu’ils ne pouvaient pas l’aider. Le père connaît peut-être toute l’histoire de l’adoption, et c’est pour cela qu’il ne voulait pas la lui révéler ou parce qu’il estimait que ce n’était pas le bon moment. Les réactions divergentes des parents sont sources de confusion pour la patiente, et responsables de sa rechute. Pour le médecin titulaire, il

n'y a pas de de conséquences psychiatriques de l'adoption, la patiente ne connaissant pas son statut d'adopté auparavant. Il a eu de l'empathie pour la patiente, " la pauvre, elle a eu une histoire triste". Il a adopté un point de vue émic, c'est à dire une représentation subjective locale. Le point de vue étic en revanche est extérieur au contexte local [114]. En ce qui concerne la chef de service, sa première réaction a été la surprise, puis la sympathie envers cette patiente. Ensuite, elle a pensé en termes plus étic, que l'adoption avait eu des conséquences sur son développement, au niveau des cognitions et du développement émotionnel, ce qui pouvait expliquer la maladie. Elle ne voulait pas trop s'impliquer dans la prise en charge ne sachant pas comment l'aider.

Pour conclure, en ce qui concerne la nouvelle de l'adoption de la patiente, la majorité des médecins ont adopté un point de vue émic. En effet, ils n'ont pas évalué en termes de risque ou d'impact de l'adoption sur la maladie. Ce point est à relativiser dans la mesure où les médecins du service n'avaient pas connaissance d'études sur l'adoption.

L'abandon des filles a une histoire ancienne en Chine [115]. Dans la grande majorité des régions en Chine régnaient des sociétés patriarcales. Traditionnellement, il existe une valorisation des fils, tandis que les filles partent dans la famille de leur époux, elles ont un rôle marginal et ont un plus grand risque d'être abandonnées. Dans les années quatre-vingt, le ratio homme/femme a considérablement augmenté, en lien avec l'instauration de la politique de contrôle des naissances, on parlait de *missing girls* ou filles manquantes. Une des explications du nombre des filles manquantes est l'augmentation depuis les années 1970 en Chine du nombre de naissances de filles non déclarées et proposées à l'adoption formelle ou informelle, pour environ la moitié du total. Leur nombre est passé d'environ 200 000 par an dans les années soixante-dix à 500 000 en 1987

[116]. Lors du durcissement du planning des naissances, le nombre d'abandons de filles augmentait. Par exemple, dans la province du Hunan, 92% des enfants abandonnés entre 1986 et 1990 étaient des filles [115]. Dans cette étude menée par Johnson, l'abandon d'enfants concernait majoritairement des filles à fratrie importante, et plus particulièrement des filles ayant des sœurs et n'ayant pas de frères dans la fratrie. Liu a aussi comparé des enfants biologiques et des enfants adoptés, il a montré que les enfants adoptés étaient plus souvent des filles, provenant de familles de bas niveau socio-économique, de milieu rural, et qu'elles allaient moins souvent à l'école (8,8% contre 3,1% en 1990) [117]. La première raison invoquée pour l'abandon des filles était de ne pas dépasser le quota d'enfants pour avoir un fils [116]. En ce qui concerne l'adoption, les familles adoptaient des filles parce qu'elles étaient plus disponibles, et qu'elles sont vues comme augmentant la joie de vivre, ou parce qu'elles voulaient un garçon et une fille, ayant déjà un fils. Les raisons pour adopter les garçons étant "qu'ils prendraient soin d'eux quand les parents seront âgés, que cela renforcerait l'économie familiale, et permettrait de continuer la lignée familiale" (Johnson, 2004) [118]. Par ailleurs, une étude a montré que 45% des familles interrogées gardaient le secret ; les raisons invoquées par les familles pour garder le secret étaient d'une part la peur que les adoptés aient moins d'amour et de loyauté envers eux, d'autre part leur inquiétude que l'enfant se sente confus, non confiant, que son estime de lui soit basse en raison de l'abandon ou qu'on le considère comme mauvais. Les parents pouvaient également invoquer comme raison leur honte d'être infertiles [116].

Au niveau légal, une première loi sur l'adoption a été validée en avril 1992 par le *National People's Congress* ; les conditions pour devenir des parents adoptifs étaient de ne pas avoir d'enfant, d'être en mesure d'éduquer un enfant, et d'avoir au moins 35 ans. Cette loi étant très restrictive, elle a été modifiée en 1998 ; l'âge limite

a été abaissé à 30 ans, et les parents pouvaient adopter plus d'un enfant s'ils venaient d'institutions. De nombreuses adoptions ne sont donc pas enregistrées, par exemple en 1992, les affaires civiles ont enregistré seulement 2900 adoptions. Dans le cas présent, la patiente n'a pas eu de papiers, de *hukou* jusqu'à l'âge de quatre ans. Le *hukou* est nécessaire pour les vaccins, et pour la scolarisation, sans ce papier les enfants sont considérés comme des enfants illégaux.

## Conclusion

Cette situation clinique nous a montré comment le contexte culturel, social, personnel et familial étaient indispensables à la compréhension des troubles du comportement alimentaire. Le symptôme boulimique aura permis la révélation du secret, permettant à la patiente d'élaborer son identité et son histoire. Elle a choisi de s'occuper de ses parents adoptifs, de rester leur fille. Les propositions d'aide à la résolution des conflits, et à l'individuation n'étaient pas pertinentes pour cette patiente. L'alliance thérapeutique, la symptomatologie se sont améliorées grâce au soutien et à l'aide fournis pour restaurer des liens harmonieux d'interdépendance avec la famille, conformément à la culture traditionnelle chinoise.

## **.D Résultats**

Les six cas cliniques de patients hospitalisés pour troubles du comportement alimentaire présentés ont été choisis car ils étaient représentatifs des problématiques de troubles du comportement alimentaire en Chine.

Nous allons synthétiser les caractéristiques socio-démographiques, et cliniques des cas.

## Caractéristiques socio-démographiques

Les patients étaient tous enfants uniques, c'est là une conséquence de la politique de l'enfant unique. Zang a été le seul homme anorexique hospitalisé lors du stage. Ils étaient tous majeurs entre 18 et 24 ans sauf Xiao qui avait 14 ans.

Ils étaient originaires de la ville de Shanghai sauf Zang qui est originaire du Zhejiang mais qui était parti à Shanghai, puis New York pour ses études supérieures. Shanghai est une ville très occidentalisée, avec un niveau de vie très élevé comparé à celui d'autres régions. Seule Lan, la patiente adoptée provenait d'une famille avec des difficultés financières. Les patients étaient tous scolarisés sauf Mei qui travaillait. Ils étaient tous célibataires sauf Wang qui avait un petit ami.

**Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques**

cas	âge	sexe	fratrie	couple/ célibat	occupation	revenus foyer	région d'origine
Xiao	14	F	0	célibat	collège	bons	Shanghai
Zang	23	H	0	célibat	master	bons	Zhejiang
Gu	18	F	0	célibat	terminale	bons	Shanghai
Wang	21	F	0	couple	université	bons	Shanghai
Mei	23	F	0	célibat	travail	bons	Shanghai
Lan	23	F	0	célibat	université	faibles	Shanghai

## Caractéristiques cliniques

Au total, il y avait deux patientes boulimiques, deux patientes anorexiques puis boulimiques et deux patients anorexiques restrictifs. Deux patientes ressentait une

pression par leurs pairs au sujet du poids (Xiao, Gu). L'âge de début des troubles se situait entre 13 et 22 ans.

Les patients ne présentaient pas de déni de la maigreur. Certains avaient ressenti de l'inquiétude quant à leur maigreur (Zang), et se sont forcés à reprendre du poids (Wang).

Pour trois des quatre patients ayant un antécédent d'anorexie, la restriction alimentaire a commencé par une conduite active de régime. Wang invoquait une perte d'appétit. Zang était le seul patient procédant à un comptage des calories et manifestant une obsession sur la nourriture. Les autres patients n'avaient ni préoccupations alimentaires, ni rituels alimentaires. Les préoccupations corporelles étaient variables selon les cas (de pas de préoccupation à *fat phobia*). Les deux patientes boulimiques (Mei et Lan) avaient une estime d'elles-mêmes qui n'était pas liée au poids (critère D du DSM-5), n'avaient pas de préoccupations sur l'apparence. Lan utilisait les compulsions comme moyen de régulation émotionnelle et les vomissements dans une dimension de contrôle, Wang utilisait également les vomissements pour reprendre le contrôle. Mei réalisait les compulsions suite à un isolement, vomissait pour "purger les choses négatives" et à cause de douleurs abdominales. Quatre patients présentaient des douleurs abdominales lors de l'hospitalisation, les préoccupations sur l'image du corps pour deux de ces patients avaient beaucoup diminué simultanément à l'augmentation des douleurs abdominales (Zang et Gu). Pour Xiao, les douleurs abdominales étaient post-prandiales et soulagées par la marche.

**Tableau 2 : Caractéristiques cliniques**

cas	début	nourriture	fat phobic ou critère D	pesée	vomis sements	laxatif/diurétique	exercice	douleur abdo
Xiao	régime	tri	FB 1	1/j	non	non	oui	oui
Zang	régime	comptage	FB 2	plusieurs /j	non	non	oui puis arrêt	oui
Gu	régime	tri puis arrêt	FB 1 puis critère D	anorexie 1/j arrêt	non	oui les 2	oui (boulimie)	oui
Wang	perte appétit		NFB 1 puis non D	non	oui	non	non	non
Mei			non D	1/mois	oui	non	non	oui
Lan			non D	tous les 3,4j	oui	non	non	non

Concernant la psychopathologie, on retrouvait essentiellement des problématiques de contrôle (émotionnel, poids, vie), d'autonomie, un perfectionnisme, une estime de soi basse (sauf pour Zang et Mei) ; des dysrégulations émotionnelles, et des difficultés relationnelles étaient toujours associées.

**Tableau 3 : Psychopathologie**

cas	déni maigreux	perfectionnisme	hyper-investissement intellectuel	affects	estime de soi	contrôle
Xia	non	oui	oui	tca pour contrôle	basse	affects
Zang	non	oui	oui	isolement	élevée	poids, calories
Gu	nc	oui	non	négatifs	basse	non
Wang	non	oui	oui	tca pour contrôle	basse	affects
Mei	non	non	non	anxiété isolement	normale	affects
Lan	non	non	oui	tca pour contrôle	basse	vomissement

## **..IV Discussion à partir des cas cliniques**

Des symptômes atypiques, des aspects psychopathologiques sont retrouvés, en lien avec des facteurs culturels et transculturels.

### **.A Absence de déni**

Dans les descriptions classiques d'anorexie, l'indifférence voire le déni de la maigreur sont présents [9][34], et cette caractéristique figure dans le DSM-5, en tant que critère C ou "manque persistant de la reconnaissance de la gravité du poids actuel". Pour Jeammet, ce déni de la maigreur est le reflet d'un trouble quasi délirant de la perception de l'image du corps des malades. Il écrit également que ce "qui définit le mieux l'anorexie mentale et lui confère son caractère le plus spécifiquement pathologique est le déni de la maigreur et l'absence totale d'inquiétudes quant aux répercussions qu'elle peut avoir sur son état de santé" (Jeammet, 2011, p. 14). Une absence de déni de l'amaigrissement a souvent été décrite pour les patients d'origine chinoise [118][72]. Elle a été également retrouvée en Tunisie, comme en témoigne une étude de 12 cas cliniques, l'auteur n'ayant constaté la négation de la maladie que pour une seule patiente qui se considérait en bonne santé même si elle reconnaissait sa maigreur. L'absence du déni, l'absence de satisfaction vis à vis de la perte de poids et la reconnaissance de la maigreur s'expliquaient par la dévalorisation de la minceur dans la société tunisienne [119]. L'auteur de cette thèse remarquait aussi pour certaines patientes un désir de prendre du poids, comme c'était le cas pour Wang lorsqu'elle était anorexique. Cette différence entre les anorexiques occidentales, et les anorexiques chinoises et tunisiennes est importante, car elle influence le recours aux soins.

## **.B Peur de grossir, désir de minceur, distorsion de l'image corporelle**

Wang n'a jamais présenté de *fat phobia* ni de distorsion de l'image corporelle, Zang avait des préoccupations transitoires sur son poids, et les patientes boulimiques n'avaient pas de préoccupations sur leur poids, pas d'estime d'elles-mêmes liées au poids (sauf Gu). Ces résultats confirment l'hypothèse que la peur de grossir et les préoccupations sur l'image du corps intervenant dans l'anorexie et la boulimie sont culturellement codées. Donc, certains symptômes des troubles du comportement alimentaire sont influencés par la culture. Il existe plusieurs explications possibles à cette particularité chinoise : la moindre valorisation de la minceur, mais aussi le fait que dans la culture chinoise, soit ancrée l'impossibilité de se faire volontairement du mal. Confucius déclarait dans le Hiao-king, livre canonique de la piété filiale que "notre corps, cheveux et chair, don de nos parents. Nous ne saurions oser le détruire ou le mutiler." (Confucius, 480 av. J.-C., p. 1) [120].

## **.C Les symptômes abdominaux**

Les patients de cette étude présentent de nombreuses plaintes concernant la sphère abdominale, ce qui correspond aux résultats d'études réalisées précédemment en Chine, dans lesquelles la majorité des patients n'avait pas de préoccupations corporelles et expliquait par des douleurs abdominales, ou par une perte d'appétit les restrictions alimentaires (comme nous en avons parlé antérieurement dans cette thèse, concernant la *fat phobia*). Il est utile de rappeler que dans une étude de trois cas de patientes anorexiques, celles-ci attribuaient leur anorexie à une sensation de plénitude gastrique, deux d'entre elles étaient convaincues d'avoir un problème abdominal, avaient multiplié les examens complémentaires, ne présentaient pas de distorsion de l'image du corps et seulement deux des patientes avaient une peur modérée d'être grosses [70]. Une

autre étude de Lee [71] portant sur 16 anorexiques a révélé que la plainte la plus présente était une sensation d'inconfort abdominal (15 patientes sur 16). Elles avaient beaucoup de plaintes et de préoccupations somatiques, qui se manifestaient fréquemment sous la forme d'un ballonnement abdominal, d'un manque d'appétit, d'où une résistance à la renutrition. La majorité des patientes répondant au traitement avaient une résolution de leur symptômes abdominaux. On peut faire le rapprochement avec les cas d'anorexiques de notre étude, dont Gu qui s'étonnait de ne plus avoir de trouble abdominal et qui après la résolution de ce problème a demandé sa sortie de l'hôpital.

Selon Lee, le choix d'expression de plaintes abdominales, de perte d'appétit, est un mode de communication de leur détresse par les patientes non phobiques de grossir et ne serait pas un hasard [72]. Il fournit deux explications : dans la médecine traditionnelle chinoise, l'estomac est un organe *Yang* (soleil), qui reçoit et digère les aliments et qui fournit l'énergie du *Jing* (essence du développement et de la croissance) puis du *Qi* (énergie vitale). Si sa fonction est atteinte par la colère, par la tristesse, alors le mouvement du *Qi* sera inversé, entraînant des vomissements, des remontées, des éructations, et une diminution de l'appétit. Il explique également que dans la société chinoise ne pas manger est considéré comme embarrassant, voire "antisocial". Ce rapport à l'alimentation pourrait être en relation avec les famines survenues en Chine. En effet, les parents des patients ont pu vivre ou connaître ces famines. Cela expliquerait également en partie pourquoi la restriction alimentaire pour maigrir ne serait pas un "idiome de détresse" socialement approuvé contrairement aux plaintes abdominales. Cette expression est utilisée pour décrire la façon dont un groupe culturel communique la souffrance psychique. Ces idiomes varient selon les cultures, peuvent être plus tournés vers des termes somatiques ou psychologiques, ou être des ensembles de symptômes différents. La peur de grossir

serait un idiome de détresse occidental [71] et selon Littlewood [121], elle aurait pris la place de l'ascétisme religieux et l'hystérie qui étaient auparavant des signes de détresse chez les femmes occidentales. Par contre, en Chine, les psychiatres ont remarqué la tendance des Chinois ayant des troubles mentaux à rapporter plus de plaintes somatiques que psychologiques [46]. Tseng explique que les maladies somatiques sont des vecteurs de changements interpersonnels plus efficaces en Chine que les plaintes sur la solitude, la dépression ou l'anxiété, qui sont considérées comme mineures [122]. La somatisation avec des symptômes abdominaux refléterait une dysharmonie sociale importante, serait un idiome de détresse efficace en Chine pour les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.

## **.D Psychopathologie**

### **.1 Autonomie**

Les problématiques d'autonomie sont également présentes dans les troubles du comportement alimentaire dans les pays occidentaux, mais elles se manifestaient différemment dans les cas observés en Chine. Par exemple la sixième patiente Lan, qui souffrait de boulimie, recherchait l'instauration de relations harmonieuses avec sa famille adoptive et non une prise d'autonomie. Dans la culture chinoise traditionnelle, l'individu est moins important que la communauté. Il existe une interdépendance des membres de la famille, il est primordial de placer la famille et les besoins collectifs avant les besoins de l'individu. Le niveau de cohésion est plus élevé dans une famille chinoise que dans une famille occidentale, et la piété filiale plutôt que l'autonomie définissent la personne. La socialisation passe par l'acceptation de l'autorité et des règles de bonne conduite, par l'obligation sociale. Une étude a cherché à démontrer les différences culturelles d'autonomie. Des différences significatives sur l'âge attendu pour l'acquisition de l'autonomie ont été constatées selon les cultures ; les

jeunes Australiens et Américains étaient supposés acquérir leur autonomie à un âge plus précoce que les jeunes de Hong Kong. Les jeunes “caucasiens” accordaient plus d’importance à l’individualisme et au succès, que ceux de Hong Kong [123]. Dans l’étude de Ma, l’autre thème présent en dehors du contrôle retrouvé dans l’anorexie, était le conflit entre rester jeune et grandir, entre devenir autonome ou remplir les attentes parentales [124]. La piété filiale est un principe confucéen d’obéissance aux aînés, elle explique en partie ces difficultés. Les règles de la piété filiale sont enseignées dès la maternelle aux enfants chinois [125]. “Les devoirs des enfants vis-à-vis de leurs parents ont été classés au nombre de dix : première règle, ils doivent respecter leur père et mère, les servir et leur obéir ; deuxième règle, pourvoir à leur entretien et à leurs besoins, en se conformant à la raison et aux rites ; troisième règle, les aider dans leurs travaux ; quatrième règle, remplir convenablement les obligations qui incombent à chacun ici-bas ; cinquième règle, être appliqué à l’étude ; sixième règle, ne rien faire qui puisse nuire à son corps ; septième règle, veiller sur sa réputation ; huitième règle, faire en sorte que les fautes des parents soient effacées ou amoindries ; neuvième règle, satisfaire autant que possible leurs désirs ; dixième règle, au moment de la mort et après leur mort, accomplir fidèlement ce qui est prescrit par les rites et conserver fidèlement leur mémoire.”(Thiersaint, 1877) [126]. En 2013, une loi de protection des personnes âgées a été adoptée en Chine, qui condamne les enfants ne rendant pas suffisamment visite à leurs parents. Cette loi vise à réaffirmer la piété filiale [125]. Le processus d’individuation serait donc plus dur pour les adolescents chinois en raison de la piété filiale. En outre, les jeunes chinois sont maintenant exposés aux valeurs occidentales d’indépendance et de réussite, alors que leurs parents ont grandi dans un monde gouverné par des valeurs de coopération, d’obéissance, de collectivisme,

d'instabilité politique comme pendant de la Révolution Culturelle. Les différences intergénérationnelles sont donc importantes.

## **.2 Contrôle psychologique**

Les patients rencontrés lors du stage verbalisaient beaucoup un besoin de contrôle. Ce besoin serait un élément essentiel de l'anorexie : un besoin de contrôle sur les émotions, sur la vie, à cause d'une estime de soi basse, d'un perfectionnisme, d'un sentiment d'inefficacité. Or, le sens du contrôle et son expression varient selon les cultures. Par exemple, Faiburn a émis l'hypothèse que dans les pays occidentaux, le besoin de contrôle de soi est rapidement dominé par le besoin de dominer l'alimentation, car cela apporte des résultats immédiats au contrôle de soi. La minceur est associée au contrôle, à la réussite sociale en Occident. Il suggère également que les troubles du comportement alimentaire sans préoccupation corporelle, ou sur le poids, seraient plus souvent retrouvés dans les pays non occidentaux, ils seraient dus à des difficultés manifestes de contrôle de soi, et ils auraient un meilleur pronostic [127]. En Chine, ce qui est valorisé est surtout un contrôle externe, héritage du collectivisme [84]. Cette importance du contrôle en Chine est associée à deux principes, l'harmonie et la face. "Dans la pensée confucéenne, l'harmonie est un principe fondamental, l'homme se met en harmonie avec lui-même et les autres, il trouve sa place dans la société. L'ordre règne et le peuple est en paix, c'est l'harmonie universelle", d'où l'importance du contrôle pour maintenir l'harmonie (Zufferey, 2012, p. 86) [111]. La "face" désigne la réputation d'une personne, perdre la face est le comble de la honte et socialement difficile. Il est important de préserver sa face et celle des autres [111]. Une étude a comparé le contrôle chez des patients anorexiques avec et sans *fat phobia* à Hong Kong, et leur évolution : les patients qui avaient un meilleur score pour le sens du contrôle en général, pour les domaines spécifiques (le soi, les relations interpersonnelles, le

corps, la carrière et l'esprit), un sens du contrôle positif, et un score plus faible pour le sens négatif du contrôle avaient une meilleure évolution de leur anorexie. Les anorexiques avec *fat phobia* avaient une perception de leur contrôle plus faible dans le domaine du corps et de l'esprit et un désir de contrôle plus élevé que les anorexiques sans *fat phobia*. [128]. Ma complète en étudiant les thèmes des troubles du comportement alimentaire en Chine présents au niveau individuel et familial et retrouve le contrôle comme dimension très importante dans la pathologie ; la privation alimentaire donnait aux adolescents anorexiques un sentiment d'achèvement, de contrôle et un sens à leur vie. On note que pour certains des patients observés, les parents étaient très intrusifs, pouvaient faire transférer dans un autre établissement des amis de leur enfant qu'ils considéraient comme néfastes, agissaient directement sur leur vie, demandaient aux professeurs qu'ils surveillent leur enfant [124]. On peut faire le lien entre cette problématique de contrôle des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire en Chine et le contrôle exercé par les parents sur les enfants malgré les changements récents de certains aspects de la société chinoise. Les enfants se retrouvent face à un conflit entre leur besoin d'autonomie et les parents qui les contrôlent, par conséquent ils essaieraient d'obtenir un contrôle interne par une restriction alimentaire [129].

## **.E Thérapie pour les troubles du comportement alimentaire en Chine**

Les troubles du comportement alimentaires ayant été initialement conceptualisés comme des maladies occidentales, j'ai pu constater lors de ce stage en Chine que les thérapeutes avaient tendance à utiliser des modèles thérapeutiques "occidentaux" sans forcément les adapter à la culture chinoise. Par exemple, en travaillant à l'autonomisation, la verbalisation des affects, comme en Occident, ce qui n'était pas forcément adapté à leur signification culturelle en Chine

(Mei et Zang). Le thérapeute doit prendre en compte les troubles du comportement alimentaire dans leur contexte culturel, les processus d'acculturation, les valeurs et les croyances de la famille. Cela influe sur la qualité de l'alliance thérapeutique, l'adhésion au traitement, et donc sur la guérison [130].

### **.1 Thérapie familiale**

Ma a réalisé une étude sur la thérapie familiale à Hong Kong. Elle a étudié 35 patients et leurs familles. Elle s'attendait à ce que les familles soient réticentes à verbaliser leurs problèmes par peur de perdre la face, en raison de difficultés à exprimer leur conflits devant quelqu'un d'extérieur à la famille, et à cause des valeurs culturelles d'interdépendance et d'harmonie. Contrairement à ses attentes, les familles souhaitaient parler de leurs difficultés. Les conflits ont été classés en plusieurs catégories : conflits ouverts liés au refus de la nourriture, conflits cachés, rivalités dans la fratrie, conflits entre les parents et les enfants, tensions matrimoniales. Les parents et les patientes présentaient un évitement des conflits, l'auteur considérait qu'un renforcement culturel de cet évitement existait pour maintenir l'harmonie et par internalisation de la piété filiale [131]. Dans une autre étude menée à Shenzhen, Ma a étudié dix familles ; cinq patientes étaient anorexiques et cinq étaient boulimiques. Trois catégories de conflits ont été identifiés : la lutte de contrôle et de pouvoir entre les générations, le développement et la maturité, et les conflits entre l'achèvement des objectifs personnels et la satisfaction des attentes parentales dans une société en transformation rapide. Les repas étaient une source de conflits importants, les parents essayant par tous les moyens de forcer leur enfant à manger. Certains parents choisissaient la carrière, les études, les partenaires de leur enfant. La psychothérapie ou la thérapie familiale n'étaient jamais leur premier choix de traitement. Ils cherchaient une prescription, une solution rapide. La peur de la maturité et de l'autonomie sont retrouvés dans les troubles du

comportement alimentaire dans différentes cultures ; ce qui est particulier à Shenzhen et en Chine est la difficulté des parents à laisser leurs enfants devenir indépendants. Ils ont grandi dans une société collectiviste, où régnaient la pauvreté, où la famine existait et dans un contexte politique tumultueux. Les enfants en revanche ont grandi dans une société relativement plus opulente en constante et rapide évolution, leurs besoins psychologiques semblent difficiles à appréhender pour leurs parents [132].

## **.2 Thérapie familiale adaptée aux Chinois**

Ma propose pour la prise en charge des patients anorexiques chinois une révision du modèle de Maudsley de thérapie familiale. L'approche de Maudsley comporte trois phases :

une première se concentrant sur la mise en place du cadre thérapeutique et le ciblage exclusif du symptôme, pour cela on mobilise les parents pour qu'ils arrivent à reprendre le contrôle du symptôme alimentaire de leur enfant ;

la deuxième phase où on consolide la reprise de poids et on négocie de nouveaux schémas relationnels. Le(a) patient(e) est encouragé(e) à reprendre le contrôle de son alimentation et de son poids ;

la troisième se concentre sur être à nouveau sur la trajectoire adolescente, à aborder le processus de séparation-individuation [133]. La version révisée de Ma rajoutait dans la première phase une compréhension des raisons de l'auto-privation alimentaire au niveau familial et psychologique. Pour la deuxième phase, elle mettait l'accent sur la nécessité de libérer la patiente des conflits parentaux, de renforcer le rôle du père dans la prise en charge parentale, et d'aider la mère à régler ses difficultés. Pour la troisième phase, elle aidait les patients à redéfinir la piété filiale, en fonction de leurs besoins développementaux [134]. Le contexte social et le contexte culturel sont importants pour comprendre la clinique et pour proposer des

interventions thérapeutiques adaptées pour les troubles du comportement alimentaire. Selon Lee, dans la société chinoise sociocentrique, rechercher une interdépendance familiale harmonieuse devrait être l'objectif principal des soins, davantage que de chercher à résoudre les conflits et à développer l'autonomie des patients [60].

## **.F Limites de notre étude**

Cette étude présente plusieurs limites. Il s'agit d'une étude qualitative d'un petit nombre de cas cliniques, les données ne peuvent donc pas être généralisées à la population chinoise. Les patients choisis pour l'étude étaient adressés par le Docteur Chen, il existe donc un biais de recrutement.

Concernant le recueil des données, il existe deux biais. Le premier est lié à la langue, les entretiens se déroulaient en chinois, avec des traductions par les médecins ou les patients si besoin. Le deuxième biais est dû au caractère rétrospectif du recueil des données.

Un autre biais est lié à la différence culturelle, pouvant être génératrice d'incompréhension mais également d'un contre-transfert culturel. Toutefois, cette différence culturelle et ce contre-transfert ont également été des leviers thérapeutiques et sources de questionnements pour ce travail de thèse.

## CONCLUSION

Nous avons pour objectif l'étude des troubles du comportement alimentaire intervenant dans une société vivant des changements rapides, afin d'analyser l'impact du contexte socioculturel sur l'émergence, la symptomatologie et les soins par une étude de cas en Chine. À partir d'une revue de la littérature, nous avons constaté que l'anorexie n'était pas un *culture bound syndrome* limité aux pays occidentaux. En effet, les troubles du comportement alimentaire existent en Asie. Les études suggèrent une incidence et une prévalence du nombre de cas de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire dans les pays asiatiques plus basses que celles retrouvées dans les pays occidentaux, mais elles seraient en augmentation. La psychiatrie transculturelle a permis une reconceptualisation des troubles du comportement alimentaire de CBS en syndromes liés aux changements culturels et socio-économiques rapides à l'échelle sociétale (CCS). Ces changements seraient responsables de conflits psychiques identitaires culturels. Les troubles du comportement alimentaire seraient une conduite adaptative en réaction à ces conflits identitaires. L'implication de facteurs culturels et transculturels dans les troubles du comportement alimentaire est importante, par exemple l'absence de *fat phobia* (critère diagnostique dans le DSM-5) chez les anorexiques en Chine montre que la *fat phobia* ou peur de grossir est culturellement codée, c'est-à-dire non universelle. Les préoccupations corporelles varient selon les cultures, elles seraient un idiome de détresse pour les pays occidentaux avec un idéal de minceur. Il en

serait de même dans la boulimie pour le critère D du DSM-5, l'estime de soi liée au poids.

Nous avons trouvé d'autres facteurs qui nous semblaient en lien avec l'émergence des troubles du comportement alimentaire en Chine : le changement des critères de beauté vers un idéal de minceur, une augmentation de l'insatisfaction corporelle, une augmentation des attitudes anormales alimentaires et de régime, une augmentation du nombre d'obèses, une élévation du statut socio-économique, un changement du rôle des femmes, et une modification de la structure familiale comme conséquence de la politique de l'enfant unique.

Les présentations cliniques des patients observés avaient de nombreuses atypies par rapport à celles décrites classiquement dans les pays occidentaux. L'absence de déni des symptômes notamment, les préoccupations corporelles avec parfois une absence complète du critère *fat phobia*, une absence du critère D (estime de soi liée au poids) pour la boulimie, la fréquence des plaintes somatiques sur la région abdominale, questionnent sur les critères diagnostiques mais également sur le sens de symptômes et sur les approches thérapeutiques pertinentes pour les troubles du comportement alimentaire chez des patients appartenant à d'autres cultures. Les moindres préoccupations sur l'apparence et les plaintes abdominales s'expliqueraient par des moyens de communication de la détresse (idiomes de détresse) différents en Chine et en Occident. La somatisation notamment sur la région abdominale symboliserait une dysharmonie personnelle et interpersonnelle et serait socialement plus acceptée que la peur de grossir en Chine.

Ces six situations présentées illustrent le polymorphisme clinique des troubles du comportement alimentaire, cependant certaines problématiques ont été constamment retrouvées comme : une estime de soi basse, des difficultés relationnelles, des dysrégulations émotionnelles, et pour les patients anorexiques un

perfectionnisme. On retrouvait également des difficultés dans les domaines de l'autonomisation et du contrôle. L'autonomisation est particulièrement difficile pour les patients chinois pris entre les traditions confucéennes d'obéissance aux parents et le concept d'individuation occidentale. La thérapie familiale adaptée aux familles chinoises semble être un outil intéressant pour rétablir une interdépendance harmonieuse entre les membres de la famille.

Ainsi, la connaissance du contexte culturel est indispensable à la compréhension des troubles du comportement alimentaire, pour dégager les mécanismes psychopathologiques de ces maladies et proposer des prises en charge adaptées.

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Bemporad JR. Cultural and historical aspects of eating disorders Theoretical Medicine 1997; 18:401-420.
2. Maître J. Anorexies religieuses, anorexie mentale : Essais de psychanalyse sociohistorique : de Marie de l'Incarnation à Simone Weil. Paris: Cerf, 2000. p 27.
3. Maître J. Mystique et féminité : Essai de psychanalyse sociohistorique. Paris: Cerf, 1997.
4. Rampling D. Ascetic ideals and anorexia nervosa. J Psychiatr Res. 1985; 19(2-3):89-94.
5. Guillemot A, Laxenaire M. Anorexie mentale et boulimie, le poids de la culture. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2001.
6. Skrabanek P, Notes towards the history of anorexia nervosa. Janus. 1983; 70(1-2):109-28.
7. Marcé LV. Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies caractérisée principalement par le refus d'aliments. Séance de la Société Médico-psychologique du 31 octobre 1859. Ann Med Psychol. 1860; 6(3):15-28.
8. Gull WW. Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica).Trans Clin Soc Lond. 1874; 7:22-28.
9. Lasègue De l'anorexie hystérique. J fr psychiatr. 2009;(1):3-8.
10. Russell GFM. The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference. J Psychiatr Res. 1985;19(2-3)101-9.
11. Theander SS. Literature on eating disorders during 40 years: increasing number of papers, emergence of bulimia nervosa Eur Eat Disorders Rev.2002; 10(6):386-98.
12. Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. Psychol Bull. 2003;129(5):747-69.
13. Cahill S. Transcendence and Divine Passion: The Queen Mother of the West in Medieval China. Stanford, 1993.
14. Lo AL, Hsu GLK. Extreme fasting among Daoist priestesses of the Tang Dynasty: an old Chinese variant of anorexia nervosa? History of Psychiatry. 2012; 23(3):342-8.
15. Maître J. Tan Yangzi, "mystique" chinoise du XVe siècle. In : Maître J. Anorexies religieuses, anorexie mentale. Essai de psychanalyse sociohistorique. De Marie de l'Incarnation à Simone Weil. Paris : Cerf, 2000. p 54-61.
16. Radjak,R, Guzman G, Bouaziz N, Revah A, Moro MR, Blanchet-Collet C. Approche historique et culturelle des troubles des conduites alimentaires. In: Baubet T, Moro MR, éditeurs. Psychopathologie transculturelle. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2013. p. 220-232.
17. Cahill S. Women of the Tang. In: Cahill S. Transcendence and Divine Passion: The Queen Mother of the West in Medieval China. Stanford, CA : Stanford University Press, 1993. p 213-242
18. Witztum E, Latzer Y, Stein D. Anorexia nervosa and bulimia nervosa as idioms of distress: from the historical background to the current formulations. Int J Child Adolesc Health. 2008; 1(4):283-94.
19. Russell GFM. Tougths of the 25th anniversary of bulimia nervosa. Eur. Eat. Disorders Rev. 2004; 12(3): 139-52.

20. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003; 34(4):383-96.
21. Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013; 26(6):543-8.
22. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen, J, Merikangas, KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(7):714-23.
23. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, Koen Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009; 43(14):1125-32.
24. Makino MP, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorder a comparison of western and non western country, *Med Gen Med*. 2004; 6(3):49.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
26. Nasser M. Culture and weight consciousness. *J Psychosom Res*. 1988; 32(6):573-7.
27. Qian J, Hu Q, Wan Y, Li T, Wu M, Ren Z, Yu D. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2013; 25(4):212-23.
28. Nakamura K, Yamamoto M, Yamazaki O, Kawashima Y, Muto K, Someya T, Sakurai K, Nozoe S. Prevalence of anorexia and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan Nakamura. *Int J Eat Disord*. 2000; 28(2):173-80.
29. Huno GF, Mingyi Q, Oliver K, Xiao G. A large-scale survey of eating disorder symptomatology among female adolescents in the People's Republic of China. *Int J Eat Disord*. 2002; 32(2):192-205.
30. Cummins LH, Lehman JD, Liu RC. Eating disorders in Asians. In: Chang EC, editor. *Handbook of adult psychopathology in Asians : Theory, Diagnosis, and Treatment*. New York, NY: OUP, 2012. Chap 11. p 249-288.
31. Lee S. The changing profile of eating disorders at a tertiary psychiatric clinic in Hong Kong (1987-2007). *Int Eat Disorder*. 2010; 43(4):307-14.
32. Pike KM, Borovoy A. The rise of eating disorders in Japan: issues of culture and limitations of the model of "westernization". *Cult Med Psychiatry*. 2004; 28(4):493-531.
33. Lai KY. Anorexia nervosa in Chinese adolescents - does culture make a difference? *J Adolesc*. 2000; 23(5):561-568.
34. Jeammet P. *Anorexie, Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence*. Paris : Fayard, 2011.
35. Corcos M. *Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod, 2011.
36. Guelfi JD, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2012.

37. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1991; 148(12):1627-37.
38. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(8):1284-93.
39. Flament M, Jeammet P. *La boulimie. Réalités et perspectives*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 1999.
40. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates of anorexia and other eating disorders. A metaanalysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-31.
41. Haute Autorité de Santé. *Anorexie mentale : prise en charge*. Paris : HAS, 2010.
42. Cook-Darzens S. Une approche familiale empirique et intégrative. In : *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique : Perspective systémique intégrée*. Paris : Dunod, 2002. p 25-26.
43. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4-TR)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2000.
44. Baubet T, Moro RM. Les soins en psychiatrie transculturelle. In : Baubet T, Moro MR, éditeurs. *Psychopathologie transculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2013. p 143-158.
45. Littlewood R. Psychiatry's culture. *Int J Soc Psychiatry*. 1996;42(4):245-68.
46. Kleinmann A. Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc Sci Med*. 1977;11(1):3-10.
47. Kirmayer LJ. Beyond the "new cultural cross psychiatry": cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcult Psychiatry*. 2006; 43(1):126-44.
48. Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry : an international perspective. *Can J Psychiatry*. 2000; 45(5):438-46.
49. Moro MR . Les débats autour de la question transculturelle en clinique . In : Baubet T, Moro MR, éditeurs. *Psychopathologie transculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2013. p. 33-48.
50. Mead M. Socialization and enculturation : Papers in Honor of Melville J. Herskovits. *Curr Anthropol*. 1963;4(2):184-88.
51. Giraud. F. L'introduction de la spécificité dans les systèmes de soins. Aspects éthiques. In : Moro MR., De la Noë Q, Mouchenik Y, éditeurs. *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble : Pensée sauvage, 2006. p 197-217.
52. Devereux G. L'ethnopsychiatrie. *Etnopsychiatria*. 1978; 1(1):7-13.
53. Baubet T, Rezzoug D, Sturm G, Taïeb O. Méthodes en recherche transculturelle. In : Baubet T, Moro MR, éditeurs. *Psychopathologie transculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2013. p 265-69.
54. Ma JLC. Journey of acculturation: developing a therapeutic alliance with Chinese adolescents suffering from eating disorders in Shenzhen, China. *J Fam Ther*. 2007; 29(4): 389-402.

55. Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard, 1983.
56. Plaen S de. Des culture bound syndromes au "travail de la culture" In : Baubet T, Moro MR, éditeurs. *Psychiatrie et migrations*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2003. p 77-83.
57. Ritenbaugh C. Obesity as a culture bound syndrome. *Cult Med Psychiatry*. 1982; 6(4):347-64.
58. Prince R. The concept of culture bound syndromes: anorexia nervosa and brain-fag. *Soc Sci Med*. 1985;21(2):197-203.
59. Swartz L. Anorexia nervosa as a culture bound syndrome. *Soc Sci Med*. 1985;20(7):725-30.
60. Lee S. Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western culture-bound syndrome. *Soc Sci Med*. 1996; 42(1):21-34.
61. Di Nicola VF. Anorexia multiforme: Self-starvation in historical and cultural context : Part II: Anorexia nervosa as a culture-reactive syndrome. *Transcult Psychiatry* 1990 27(4):245-86.
62. Redfield R, Linton R, Herskovits MJ. Memorandum of the study of acculturation. *Am Anthropol*. 1936; 38(1):149-52.
63. Berry JW. Acculturation: Living successfully in two cultures. *Int J Intercult Relat*. 2005; 29(6):697-712.
64. Becker AE, Fay K, Gilman SE, Striegel-Moore R. Facets of acculturation and their diverse relations to body shape concern in Fiji. *Int J Eat Disord*. 2007; 40(1):42-50.
65. Davis C, Katzman MA. Perfection as acculturation: psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in the United States. *Int J Eat Disord*. 1999; 25(1):65-70.
66. Katzman MA, Lee S. Beyond Body Image: The integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation. *Int J Eat Disord*. 1997;22(4):385-94.
67. Humphry TA, Ricciardelli LA. The development of eating pathology in Chinese Australian women: acculturation versus culture clash. *Int J Eat Disord*. 2004; 35(4):579-88.
68. Lake AJ, Staiger PK, Glowinski H. Effect of western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape. *Int J Eat Disord*. 2000; 27(1):83-9.
69. Casper RC. On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: a historical view. *Int J Eat Disord*. 1983; 2 (3):3-16.
70. Lee S, Chiu HF, Chen CN. Anorexia Nervosa in Hong Kong. Why not More in Chinese? *Br J Psychiatry*. 1989;154(5):683-688.
71. Lee S. Anorexia nervosa in Hong Kong: a Chinese perspective *Psychol Med*. 1991; 21(3):703-11.
72. Lee S. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med*. 1993;23(4):999-1017.
73. Ngai ES, Lee S, Lee AM. The variability of phenomenology in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 102(4):314-7.

74. Lee S, King, Ng KL, Kwok KP, Thomas JJ, Becker AE. Gastrointestinal dysfunction in Chinese patients with fat-phobics and non fat-phobics with anorexia nervosa. *Transcult Psychiatry*.2012; 49(5):678-95.
75. Becker AE, Thomas JJ, Pike KM. Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V?. *Int J Eat Disord*. 2009; 42(7):620-35.
76. Banks C. Culture in culture-bound syndromes: the case of anorexia nervosa. *Soc. Sci. Med*. 1992; 34(8):867-84.
77. Hsu LK, Lee S. Is weight phobia always necessary for a diagnostic of anorexia nervosa? *.Am J Psychiatry*.1993;150(10):1466-71.
78. Lee S. Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Soc Sci Med*. 1995; 41(1):25-36.
79. Mendhekar DN, Deepak G, Jiloha RC, Baweja A. Atypical bulimia nervosa: a case report. *Indian J Psychiatry*. 2002; 44(1):79-81.
80. Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M. Cultural expectations of thinness in women. *Psychol Rep*. 1980; 47(2):483-91.
81. McCarthy M. The thin ideal, depression, and eating disorders in women. *Behav. Res. Ther*. 1990; 28(3):205-15.
82. Leung F, Lam S, Sze S. Cultural expectations of thinness in Chinese women. *Eat Disord*. 2001; 9(4):339-50.
83. Rieger E, Touyz SW, Swain T, Beumont PJ. Cross-cultural research on anorexia nervosa: assumptions regarding the role of body weight. *Int J Eat Disord*. 2001; 29(2):205-15.
84. Soh NL, Touyz SW, Surgenor LJ. Eating and body image disturbances across cultures: a review. *Eur Eat Disord Rev*. 2006; 14(1):54-65.
85. Lee S, Leung T, Lee AM, Yu H, Leung CM. Body dissatisfaction among Chinese undergraduates and its implications for eating disorders in Hong Kong. *Int J Eat Disord*. 1996; 20(1):77-84.
86. Jackson T, Chen H. Identifying the eating disorder symptomatic in China: the role of sociocultural factors and culturally defined appearance concerns. *J psychosom Res*. 2007; 62(2):241-49.
87. Ricciardelli LA, McCabe MP. Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21(3):325-44.
88. Jung J. A cross-cultural study of body dissatisfaction and eating disorders: Comparisons of American, Korean, and Chinese college women. In: Owens NJ, editor. 2006 Proceedings of the Annual meeting of the International Textile and Apparel Association. Monument, CO : ITAA, 2006.
89. Li Y, Hu X, Ma W, Wu J, Ma G. Body image perceptions among Chinese children and adolescents *Body Image*. 2005; 2(2):91-103.
90. Xie B, Chou CP, Spruijt-Metz D, Reynolds K, Clark F, Palmer PH, Gallaher P, Sun P, Guo Q, Johnson CA. Weight perception and weight-related sociocultural and behavioral factors in Chinese adolescents. *Prev Med*. 2006; 42(3):229-34.
91. Xu X, Mellor D, Kiehne M, Ricciardelli LA, McCabe MP, Xu Y. Body

dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body image*. 2010 ; 7(2):156-64.

92. Lee AM, Lee S. Disordered eating and its psychosocial correlates among Chinese adolescent females in Hong Kong. *Int J Eat Disord*. 1996; 20(2):177-83.

93. Tao ZL. Epidemiological risk factor study concerning abnormal attitudes toward eating and adverse dieting behaviours among 12-to-25-years-old Chinese students. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18(6):507-14.

94. Jingxiong J, Rosenqvist U, Wang H, Greiner T, Lian LG, Sarkadi A. Influence of grandparents on eating behavior of young children in Chinese three-generation families . *Appetite*. 2007; 48( 3):377-83.

95. Haines J, Neumark-Stzainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risks factors. *Health Educ Res*. 2006; 21(6 ):770-82.

96. Fan Y, Li Y, Liu A, Hu X, Ma G, Xu G. Associations between body mass index, weight control concerns and behaviors, and eating disorder symptoms among non-clinical Chinese adolescents. *BMC Public Health*. 2010.10(6):314.

97. Lee S, Lee AM. Disordered eating in three communities of China: A comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen, and rural Hunan. *Int J Eat Disord*. 2000; 27(3):317-27.

98. Becker A .Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *Br J Psychiatry*.2011; 198(1): 43-50.

99. Gugen SN. Les Chinois primo-arrivants : un corps étranger dans l'hôpital : Mémoire. Paris : Université Paris 13, 2011.

100. Todd E. L'origine des systèmes familiaux. Volume 1, L'Eurasie. Gallimard, 2011

101. Madanat HN, Hawks SR, Campbell T, Fowler C, Hawks JL. Young urban women and the nutrition transition in China: a familiar pattern emerges. *Glob. Health. Promot*. 2010; 17(4):43-51.

102. Li Q, Landier-Reboul F, Bossuoy M, Harf A, Moro MR. La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Chine aujourd'hui. Contexte et perspectives. *La psychiatrie de l'enfant*. 2013; 56(2):541-556.

103. Yuesheng W. The changing family structure in contemporary China : an analysis. *Social Sciences in China*. 2006; (1): 96-108.

104. Chen H, Gao X, Jackson T. Predictive models for understanding body dissatisfaction among young males and females in China. *Behav Res Therapy*. 2007; 45(6):1345-56.

105. Chen H, Jackson T. Gender and age group differences in mass media and interpersonal influences on body dissatisfaction among Chinese students. *Sex roles*. 2012; 66:(1-2):3-20.

106. Kohl M, Foulon C, Guelfi J-D. Aspects comportementaux et biologiques de l'hyperactivité dans l'anorexie mentale. *L'Encéphale*, 2004; 30(5):492-9.

107. Bratland-Sanda S. "I'm not physically active - I only go for walks": Physical activity in patients with longstanding eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2010; 43(1):88-92.

108. Luong CL. Psychologie transculturelle et psychopathologie : Occident-Asie Orientale. You-Feng, 2006.
109. Lin T-Y, Tseng W-S, Yeh E-K. Chinese Societies and Mental Health. Oxford University Press, 1995.
110. Tong J, Miao SJ, Zhang JJ, Wu HM, Li T, Hsu LK. Five cases of male eating disorders in Central China. *Int Eat Disord*. 2005; 37(1):72-5.
111. Zufferey N. La pensée des Chinois. Marabout, 2012.
112. Xintian L. The effect of family on the mental health of the Chinese people . In:Wenshing T, Wu D, editors. Chinese Culture and Mental Health. Orlando, FLA, 1985. p. 85-93.
113. Qi X. Filial obligation in contemporary China: Evolution of the culture-system. *J Theory Soc Behav*. 2014; DOI: 10.1111/jstb.12052:1-21.
114. Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épistémologie culturelle. *Med Mal Infect*. 2005; 35(4):173-85.
115. Johnson K A. Wanting a Daughter, Needing a Son, Abandonment, Adoption and Orphanage Care in China. Yeong & Yeong Book, 2004.
- 116 Johansson S, Nygren O. The Missing girls of China: A new demographic account. *Pop Dev Rev*. 1991; 17(1):35-51.
117. Liu J, Larsen U, Wyshak G. Factors affecting adoption in China, 1950-87. *Popul Stud*; 58(1):21-36.
118. Demarque MY. Quels sont les enjeux possibles du processus migratoire sur la psychopathologie de l'anorexie mentale ? Réflexions à partir d'un cas chez une adolescente d'origine chinoise de deuxième génération. Thèse d'exercice. Paris : Université Paris-Diderot, 2013.
119. Bouhouche Ben Haj Yedder W. L'anorexie mentale de la jeune fille tunisienne : une maladie symbolique d'un conflit psychique et d'une protestation sociale. Thèse de doctorat en psychologie. Paris : Université de Paris 7, 1998.
120. Confucius. Le livre de la piété filiale. Seuil, 2009.
121. Littlewood R. Psychopathology and personal agency : modernity, culture change and eating disorders in South Asian societies. *Brit J Med Psychol*. 1995; 68(pt1):45-63.
- 122 Tseng W. The nature of somatic complaints among psychiatric patients: the Chinese case. *Compr Psychiatry*. 1975;16(3):237-45.
123. Feldman S, Rosenthal D. Age expectations of behavioural autonomy in Hong Kong, Australian and American youth: the influence of family variables and adolescent's values. *Int J Psychol*. 1991; 26(1):1-23.
124. Ma JL. Meanings of eating disorders discerned from family treatment and its implications for family education: the case of Shenzhen. *Child Fam Soc Work*. 2007; 12(4):409-16.
125. Minart A. Vieillesse d'ailleurs. *Sci Hum*. 2015;(269):48-49.
126. Dabry de Thiersaint P. La piété filiale en Chine. Ernest Leroux, 1877. [Consulté

le 30/03/2015]. Disponible à l'adresse : [www.chineancienne.fr/19e-s/dabry-de-thiersaint-la-piete-filiale-en-chine](http://www.chineancienne.fr/19e-s/dabry-de-thiersaint-la-piete-filiale-en-chine)

127. Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav ResTherapy*.1998; 37(1):1-13.

128. Lee S, Chan YY, Kwok K, Hsu LK. Relationship between control and the intermediate term outcome of anorexia nervosa in Hong Kong. *Austr NZJ Psychiatry*. 2005; 39(3):141-5.

129. Ahmad S, Waller G, Verduyn C. Eating attitudes among Asian school girls: the role of perceived parental control. *Int J Eat Disord*. 1994; 15(1):91-7.

130. Cook-Darzens S. Cas particuliers, cas difficiles. In : Cook-Darzens S. *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique : Perspective systémique intégrée*. Paris : Dunod, 2002. p.183-207.

131. Ma JLC. The diagnostic and therapeutic uses of family conflicts in a Chinese context: the case of anorexia nervosa. *J Fam Ther*. 2005; 27(1):24-42.

132. Ma JLC. Eating disorders, parent-child conflicts, and family therapy in Shenzhen, China. *Qual Health Res*. 2008; 18(6):803-10.

133. Cook-Darzens S. Modèles thérapeutiques de la nouvelle génération. In: *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique : Perspective systémique intégrée*. Paris : Dunod, 2002. p. 49-62.

134. Ma JLC, Chow MYM, Lee S, Laid K. Family meaning of self-starvation: themes discerned in family treatment in Hong Kong. *J Fam Ther*. 2002; 24(1):57-71.

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Eating Attitudes Test (EAT – 26)**

### Eating Attitudes Test (EAT-26)<sup>©</sup>

Instructions: This is a screening measure to help you determine whether you might have an eating disorder that needs professional attention. This screening measure is not designed to make a diagnosis of an eating disorder or take the place of a professional consultation. Please fill out the below form as accurately, honestly and completely as possible. There are no right or wrong answers. All of your responses are confidential.

**Part A: Complete the following questions:**

1) Birth Date	Month: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Day: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Year: <input style="width: 60px;" type="text"/>	2) Gender:	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
3) Height	Feet : <input style="width: 40px;" type="text"/>	Inches: <input style="width: 40px;" type="text"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Current Weight (lbs.):	5) Highest Weight (excluding pregnancy): <input style="width: 100px;" type="text"/>					
6) Lowest Adult Weight:	7) Ideal Weight: <input style="width: 100px;" type="text"/>					

**Part B: Check a response for each of the following statements:**

	Always	Usually	Often	Some times	Rarely	Never
1. Am terrified about being overweight.	<input type="checkbox"/>					
2. Avoid eating when I am hungry.	<input type="checkbox"/>					
3. Find myself preoccupied with food.	<input type="checkbox"/>					
4. Have gone on eating binges where I feel that I may not be able to stop.	<input type="checkbox"/>					
5. Cut my food into small pieces.	<input type="checkbox"/>					
6. Aware of the calorie content of foods that I eat.	<input type="checkbox"/>					
7. Particularly avoid food with a high carbohydrate content (i.e. bread, rice, potatoes, etc.)	<input type="checkbox"/>					
8. Feel that others would prefer if I ate more.	<input type="checkbox"/>					
9. Vomit after I have eaten.	<input type="checkbox"/>					
10. Feel extremely guilty after eating.	<input type="checkbox"/>					
11. Am preoccupied with a desire to be thinner.	<input type="checkbox"/>					
12. Think about burning up calories when I exercise.	<input type="checkbox"/>					
13. Other people think that I am too thin.	<input type="checkbox"/>					
14. Am preoccupied with the thought of having fat on my body.	<input type="checkbox"/>					
15. Take longer than others to eat my meals.	<input type="checkbox"/>					
16. Avoid foods with sugar in them.	<input type="checkbox"/>					
17. Eat diet foods.	<input type="checkbox"/>					
18. Feel that food controls my life.	<input type="checkbox"/>					
19. Display self-control around food.	<input type="checkbox"/>					
20. Feel that others pressure me to eat.	<input type="checkbox"/>					
21. Give too much time and thought to food.	<input type="checkbox"/>					
22. Feel uncomfortable after eating sweets.	<input type="checkbox"/>					
23. Engage in dieting behavior.	<input type="checkbox"/>					
24. Like my stomach to be empty.	<input type="checkbox"/>					
25. Have the impulse to vomit after meals.	<input type="checkbox"/>					
26. Enjoy trying new rich foods.	<input type="checkbox"/>					

**Part C: Behavioral Questions:  
In the past 6 months have you:**

	Never	Once a month or less	2-3 times a month	Once a week	2-6 times a week	Once a day or more
A Gone on eating binges where you feel that you may not be able to stop? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Ever made yourself sick (vomited) to control your weight or shape?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Ever used laxatives, diet pills or diuretics (water pills) to control your weight or shape?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Exercised more than 60 minutes a day to lose or to control your weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Lost 20 pounds or more in the past 6 months	Yes <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>			

\* Defined as eating much more than most people would under the same circumstances and feeling that eating is out of control

© Copyright: EAT-26: (Garner et al. 1982, *Psychological Medicine*, 12, 871-878); adapted by D. Garner with permission.

## Annexe 2 : Couverture résumé

<p><b>AUTEUR : Nom :Vu-Augier de Montgrémier</b>                      <b>Prénom : Marion</b></p> <p><b>Date de Soutenance : 7 juillet 2015</b></p> <p><b>Titre de la Thèse : Troubles du comportement alimentaire en Chine. Analyse transculturelle</b></p> <p><b>Thèse - Médecine - Lille 2015</b></p> <p><b>Cadre de classement : Psychiatrie</b></p> <p><b>DES + spécialité : Psychiatrie</b></p> <p><b>Mots-clés : anorexie mentale ; culture ; acculturation ; relation parent enfant ; psychiatrie transculturelle</b></p>
<p><b>Résumé :</b></p> <p><b>Méthode :</b> Après une revue de littérature sur les troubles du comportement alimentaire, nous signalons les nombreux changements survenus dans la société chinoise. Nous avons étudié six cas cliniques de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire en Chine hospitalisés de novembre 2013 à juillet 2014 au Centre de Santé Mentale de Shanghai avec comme objectif d'analyser l'impact du contexte socioculturel sur l'émergence, la symptomatologie et les soins des troubles du comportement alimentaire.</p> <p><b>Contexte :</b> Les troubles du comportement alimentaires étaient auparavant considérés comme des maladies touchant majoritairement les femmes vivant dans les pays occidentaux, comme des <i>culture bound syndromes</i>. Cependant, ils existent en dehors des pays occidentaux, notamment en Chine avec des incidences et des prévalences plus basses mais qui seraient en augmentation. Les psychiatres transculturels estiment que ce seraient des <i>culture change syndromes</i> ; ils sont provoqués par des changements socio-culturels rapides à l'échelle individuelle ou sociétale, comme lors d'une migration, donc en lien avec une acculturation, ou dûs à un <i>culture clash</i>. Ces changements seraient responsables de conflits psychiques culturels. Des facteurs culturels sont impliqués également dans la symptomatologie, par exemple l'absence de <i>fat phobia</i>, fréquente en Chine.</p> <p><b>Résultats :</b> Les patients présentent de nombreuses atypies par rapport aux descriptions classiques de troubles du comportement alimentaire : absence de déni de l'amaigrissement, parfois absence de <i>fat phobia</i> ou d'estime de soi liée au poids ; parfois des restrictions alimentaires ou des vomissements pouvaient être justifiés par les patients par des symptômes abdominaux. En revanche, une estime de soi basse, des difficultés relationnelles, des problématiques de contrôle et d'autonomisation, ainsi que des difficultés familiales en lien avec les changements survenant dans la société chinoise sont systématiquement retrouvées : ce qui soutient l'hypothèse des troubles du comportement alimentaires comme des <i>culture change syndromes</i> et du <i>culture clash</i> comme un facteur de risque de développer des troubles du comportement alimentaire.</p> <p><b>Conclusion :</b> La connaissance du contexte culturel est indispensable à la compréhension des troubles du comportement alimentaire, pour dégager les mécanismes psychopathologiques de ces maladies et proposer des prises en charge adaptées.</p>
<p><b>Composition du Jury :</b></p> <p><b>Président :Monsieur le Professeur Pierre Thomas</b></p> <p><b>Assesseurs :</b></p> <p><b>Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva</b></p> <p><b>Monsieur le Professeur Olivier Cottencin</b></p> <p><b>Directrice de thèse : Madame le Professeur Marie-Rose Moro</b></p>