



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Vécu des couples face aux TCA de type boulimique et  
anorexique mixte : une étude des représentations**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 3 octobre 2023 à 17h30  
au Pôle Formation  
par **Krystel THAI**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Assesseure :**

**Madame la Doctoresse Claire JOUBERT DE LA MOTTE**

**Directeurs de thèse :**

**Monsieur le Professeur Vincent DODIN**

**Monsieur le Professeur Pascal ANTOINE**

# **AVERTISSEMENT**

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



Liens d'intérêts

*Je n'ai pas de conflit d'intérêts à déclarer.*

## Liste des abréviations

AAI	Adult Attachment Interview
AAS	Adult Attachment Scale
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM-11	Classification Internationale des Maladies – 11 <sup>e</sup> édition
CMP	Centre Médico-Psychologique
DSM-V	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques – 5 <sup>e</sup> version
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de Jour
IMC	Indice de masse corporelle
IPA	Analyse phénoménologique interprétative
TCA	Troubles des conduites alimentaires
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TOC	Trouble obsessionnel compulsif

# Sommaire

Liste des abréviations .....	5
1. INTRODUCTION .....	7
1.1. Généralités.....	7
1.2. Nomenclature.....	7
1.3. Quelques aspects cliniques .....	7
1.4. Thérapeutiques et accompagnement.....	8
1.5. Choix de l'étude .....	9
<i>Un questionnaire attachementiste.....</i>	<i>9</i>
1.6. Présentation de l'étude .....	11
1.7. Objectif.....	11
2. METHODOLOGIE .....	12
2.1. Une analyse phénoménologique interprétative (IPA).....	12
2.2. Le recrutement des couples.....	12
2.3. Le cadre éthique .....	13
2.4. Les entretiens .....	13
2.5. L'analyse des données .....	14
3. RESULTATS .....	15
3.1 Profil des couples .....	15
3.2 Thèmes identifiés.....	15
<i>C'est la beauté intérieure qui compte.....</i>	<i>16</i>
<i>Le ménage à trois .....</i>	<i>17</i>
<i>Les stratégies du partenaire.....</i>	<i>17</i>
<i>Quelles conséquences sur l'intimité ?.....</i>	<i>19</i>
3.3. Le style d'attachement des participants.....	21
<i>Chez les patientes .....</i>	<i>21</i>
<i>Chez les partenaires .....</i>	<i>22</i>
4. DISCUSSION .....	24
4.1. Des effectifs réduits .....	24
4.2. Un biais de sélection.....	24
4.3. Les non-dits .....	25
4.4. L'attachement dans le couple .....	26
4.5. Un instantané .....	27
4.6. Une mise en perspective .....	27
5. CONCLUSION.....	28
6. BIBLIOGRAPHIE .....	29
TABLE DES ANNEXES.....	31

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Généralités

En Europe, la prévalence des troubles des conduites alimentaires dans la population générale est évaluée entre 1 et 4% (1) voire 7-8% en prenant en compte les formes incomplètes (2). La population concernée est très majoritairement féminine et l'apparition de ces troubles survient principalement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (3). Cependant, les professionnels de santé observent une demande croissante de prise en charge de la part d'adultes d'âge moyen ou avancé, parfois en couple et certains ayant des enfants (4). Il se pourrait que le repérage et le diagnostic se soient améliorés en Europe, de même que la sensibilisation du grand public aux TCA, ayant permis à davantage de personnes touchées de se tourner vers les soins.

### 1.2. Nomenclature

D'après les plus récentes classifications internationales telles que le DSM-V, les TCA regroupent différentes entités dont les principales sont actuellement : l'anorexie mentale -restrictive ou bien mixte dite hyperphagique/purgative-, la boulimie, ainsi que l'accès hyperphagique (voir annexes 1, 2 et 3). Il s'agit de pathologies mentales dont le retentissement fonctionnel et la mortalité restent importantes, constituant la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route (5). Quelques chiffres sur la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle nous indiquent que parmi la population survivante, seule la moitié connaissait la guérison, tandis que 30% faisaient l'expérience d'une amélioration des troubles et 20% évoluaient vers une chronicisation (6).

### 1.3. Quelques aspects cliniques

De manière générale, les patientes présentant une anorexie mentale restrictive ont tendance à fonctionner sur un mode d'hyper-contrôle, tandis que celles présentant des accès hyperphagiques ou une boulimie, sont par définition animées par un sentiment de perte de contrôle lors des crises.(7) Les personnes atteintes de boulimie conservent en général un poids dans la norme, rendant habituellement leur trouble moins visible pour leur entourage. Dans les TCA de manière générale,

on note également des comorbidités fréquentes avec un trouble de l'humeur dépressif et des troubles anxieux. Chez les individus atteints d'anorexie mentale restrictive, on observe davantage de TOC et dans la population boulimique ainsi qu'hyperphagique davantage de troubles de l'usage et de troubles de la personnalité, surtout de type état-limite.(8) Ces éléments ne sont pas sans conséquence sur la qualité de vie, particulièrement au niveau de la sphère sociale et notamment dans le relationnel intime.

#### **1.4. Thérapeutiques et accompagnement**

A l'heure actuelle, la HAS recommande en première intention une prise en charge en TCC pour la boulimie et les accès hyperphagiques, ainsi qu'en thérapie familiale pour l'anorexie mentale chez les enfants et adolescents (voir annexes 4 et 5).

L'entourage amical comme familial est démontré comme étant un facteur pronostic majeur et notamment le fait d'être engagé dans une relation de couple avec un partenaire soutenant (9). La sphère familiale, mobilisant principalement les parents et la fratrie, a fait l'objet de nombreuses explorations dans le domaine des TCA. Cela a amené le développement de modalités de soins et d'accompagnement variés à destination de la famille, tels que les groupes de paroles pour parents, des accompagnements de fratrie, des thérapies familiales voire multifamiliales... A ce jour, le couple a été exploré dans une moindre mesure, c'est donc dans ce contexte que la question du vécu des patientes<sup>1</sup> et de leur partenaire face aux TCA s'est posée.

La thérapie familiale est le traitement recommandé en première intention par l'HAS pour l'anorexie mentale chez l'enfant et l'adolescent (10), mais qu'en est-il pour des patientes arrivant aux soins à l'âge adulte ? De quelle unité familiale parle-t-on ? Quelle dynamique observe-t-on dans le couple à la différence de la famille d'origine ? Quel est le vécu de la patiente et de sa moitié, qui découvre parfois les troubles après plusieurs années de vie commune ? Comment s'accorder, en tant que partenaire, à une personne souffrant de TCA ?

---

<sup>1</sup> Tous les couples répertoriés dans cette étude et la précédente, correspondaient à une patiente prise en charge pour TCA avec son ou sa partenaire. Je poursuivrai donc cet écrit en employant le féminin pour les désigner.

Le repérage, le diagnostic et le traitement de ces troubles paraît être un enjeu majeur de santé publique. L'approfondissement de ce sujet est autant une aide qu'un défi concernant ces troubles à la mortalité élevée.

### **1.5. Choix de l'étude**

Le choix de mener ce projet de recherche pour mon travail de thèse s'est effectué lors de mon stage d'internat dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital St-Vincent de Paul à Lille. Ainsi parmi les sujets en lien avec les pathologies traitées dans le service, celui-ci a attiré mon attention par sa dimension qualitative et systémique. En tant qu'interne de pédopsychiatrie, je me suis questionnée quant au profil d'attachement des partenaires.

#### ***Un questionnement attachementiste***

La théorie de l'attachement développée par John Bowlby, psychiatre britannique au XXe siècle, constitue un cadre de lecture fréquemment utilisé en pédopsychiatrie pour mettre en perspective les relations interpersonnelles des patients. Elle part du postulat que les interactions précoces de l'enfant avec sa figure d'attachement principale -souvent le parent majoritairement en charge des soins primaires- conditionne la manière dont l'enfant noue la plupart de ses relations ultérieures. Les travaux de Bowlby se sont appuyés sur des observations empiriques du comportement d'enfants séparés de leur famille pendant la seconde guerre mondiale en Angleterre (11).

Selon cette théorie, le fait pour l'enfant d'entretenir un lien affectif privilégié avec sa figure d'attachement afin qu'en situation de détresse il puisse trouver réconfort auprès d'elle et retrouver un sentiment de sécurité interne, lui permettrait de développer un style d'attachement sécurisé. Celui-ci aurait pour bénéfices d'offrir à l'enfant rassuré, la capacité de s'éloigner de sa figure d'attachement principale pour explorer à nouveau et, de manière générale, d'acquiescer une confiance en lui et en autrui. En situation de détresse, si la réponse du parent est en général différée, imprévisible, inadaptée ou disproportionnée, cela pourrait favoriser le développement d'un style d'attachement insécure.

Afin de reproduire et d'étudier les comportements pouvant illustrer ce propos, Mary Ainsworth, psychologue canadienne ayant étudié auprès de John Bowlby,

élabore un scénario standardisé intitulé « La situation étrange » où l'on observe la réaction d'un enfant face à l'arrivée d'une personne étrangère dans la pièce en présence de sa mère, puis au départ de cette-dernière et enfin aux retrouvailles de la mère et de son enfant. A partir de ces travaux, trois styles d'attachement ont été définis chez l'enfant (12):

**Tableau 1 – Styles d'attachement chez l'enfant observé dans la « situation étrange » (adapté à partir du travail du Dr C. Pettersson (13))**

<b>Séure</b>	L'enfant proteste au départ de sa mère, mais est rapidement rassuré à son retour et peut s'investir à nouveau dans les jeux.	
<b>Inséure</b>	<b>Evitant</b>	L'enfant ne réagit pas au départ de sa mère et semble indifférent. Attitude qui peut s'interpréter comme une adaptation défensive consistant à ne rien attendre d'autrui de crainte d'être déçu.
	<b>Ambivalent</b>	L'enfant réagit au départ de sa mère avec une détresse intense, mais manifeste une ambivalence au retour de celle-ci, entre recherche de contact et rejet.

Ce sont ensuite les travaux de Mary Main, docteure en psychologie américaine, qui identifient une quatrième catégorie d'attachement dit « désorganisé ». Elle s'est notamment attelée à explorer les représentations de l'attachement chez l'adulte et a ainsi développé une trame d'entretien semi-dirigée à ce dessein : *l'Adult Attachment Interview* (voir annexe 9).

**Tableau 2 – Styles d'attachement chez l'adulte observés au travers de l'AAI (adapté à partir du travail du Dr C. Pettersson (13))**

<b>Séure</b>	L'accès aux souvenirs et émotions d'enfance est facile. Ils sont rapportés avec cohérence et les expériences affectives sont connotées positivement.
<b>Détaché</b>	Peu d'engagement émotionnel vis-à-vis des expériences relationnelles. Peu de souvenirs d'enfance. Image souvent idéalisée des relations avec les parents.
<b>Préoccupé</b>	Discours plutôt confus, restituant une image incohérente de leur passé du point de vue des expériences relationnelles avec un discours digressif, riche en détails mais aussi en contradictions

<b>Désorganisé</b>	Discours désorganisé dans sa forme ou son contenu quand sont évoquées des expériences traumatiques, qui n'ont pu être intégrées émotionnellement.
--------------------	---

Ici, je ne parlerai pas de trouble réactionnel de l'attachement qui est une entité pathologique chez l'enfant dans le DSM-V, du fait du recrutement d'une population adulte et du fait que les styles d'attachement, même « insécure », sont considérés comme des modalités d'adaptation normales. Toutefois j'évoquerai les éléments recueillis lors des entretiens, qui nous permettent de supposer le profil d'attachement des participants.

### **1.6. Présentation de l'étude**

Ce travail s'inscrit au sein d'un projet de recherche plus large mené par le département de psychologie de l'université de Lille, nommé DYALI, dans lequel une précédente analyse phénoménologique interprétative effectuée au sein de l'hôpital St-Vincent de Paul à Lille, s'intéressait au fonctionnement dyadique de couples dont un des membres était suivi pour anorexie mentale (14). Les premiers résultats mettaient en évidence une dynamique différente dans le couple selon que la personne touchée par le TCA présentait un profil anorexique sur le versant restrictif ou bien mixte.

J'ai mené ce travail initialement en binôme avec Emilie CONSTANT, psychologue clinicienne et chercheuse au sein du département de psychologie de l'université de Lille, familière avec l'analyse qualitative. J'ai ensuite poursuivi les inclusions seule lors de mon passage en stage au sein de l'HDJ TCA du CH de Boulogne-sur-mer.

### **1.7. Objectif**

Dans le cas présent, l'objectif principal est de documenter le fonctionnement des couples dans le contexte particulier de l'anorexie mixte et de la boulimie. Il s'agit ainsi d'appréhender les différentes influences de ce type de troubles, perçues par les participants quant aux principaux domaines de vie. À travers les discours qui sont recueillis, il s'agira de comprendre la dynamique des couples par le biais des préoccupations, difficultés, besoins, mécanismes et ajustements mis en place par les couples faisant face à cette pathologie.

## 2. METHODOLOGIE

### 2.1. Une analyse phénoménologique interprétative (IPA)

Approche qualitative reconnue dans le domaine de la recherche en psychologie, l'IPA se présente comme une méthodologie récente, développée au Royaume-Uni dans les années 1990, et de plus en plus utilisée dans le domaine médical. En effet, elle invite les investigateurs à s'approcher au plus près de l'expérience subjective de l'individu, l'objectif étant d'influencer le moins possible le contenu de l'entretien et de permettre l'expression la plus subjective possible du participant avec ses propres mots par le biais d'un cadre souple et d'entretiens semi ou non-structurés. Chaque entretien, pouvant être individuel ou bien conjoint, est enregistré sur dictaphone et ensuite retranscrit. La lecture itérative des retranscriptions a pour objet de mettre en lumière des thèmes et sous-thèmes en lien avec le sujet de recherche, communs à l'échantillon en proposant des pistes d'interprétation ou en ouvrant un questionnement s'appuyant sur des extraits *verbatim* du discours des participants. L'analyse, subjective par essence, se veut systématique, inductive et toutefois le moins entravée possible par des connaissances préalables.

A la différence d'autres modèles qualitatifs, l'IPA vise la construction d'un modèle contextualisé auprès d'un échantillon circonscrit, restreint et homogène. La moyenne des effectifs recrutés dans ce genre d'étude se situant autour de neuf participants (15).

### 2.2. Le recrutement des couples

Pour ce faire, plusieurs centres de soins à destination des patients souffrant de TCA ont été sollicités dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, à savoir : les HDJ TCA de l'hôpital St-Vincent de Paul à Lille, du CH de Boulogne-sur-mer, du CHU de Lille ainsi que du CH d'Hénin-Beaumont.

Lors de la phase de recrutement se déroulant entre les mois de mars 2022 et 2023, nous avons demandé aux professionnels de chaque centre d'identifier dans leur file active les patients répondant aux critères suivants :

- Âge > 18 ans
- En couple stable (au moins 6 mois) avec ou sans enfants
- Présentant un TCA de type boulimique ou anorexique mixte, quels que soient

la sévérité et le stade de prise en charge

Un total de vingt-neuf patientes étaient éligibles et nous avons sollicité les soignants les prenant en charge pour leur proposer de participer à l'étude avec leur partenaire.

Six couples ont accepté de participer à l'étude en présentiel : les quatre premiers à St-Vincent de Paul et les deux derniers à Boulogne-sur-mer.

Un des couples recrutés à St-Vincent de Paul a dû être exclu de l'étude après entretien, du fait d'un profil de TCA identifié comme étant hyperphagique et ne correspondant ainsi pas aux critères d'inclusion. Le fonctionnement hyperphagique diffère des autres profils explorés par l'absence de comportement restrictif ou purgatif et la morphologie souvent différente de cette population, nous paraissait à risque de rendre le vécu corporel et la gestion des TCA trop contrastée par rapport aux autres pour établir un échantillon homogène.

### **2.3. Le cadre éthique**

Le protocole de l'étude DYALI a été approuvé par le comité d'éthique de l'université de Lille. Tous les participants se sont vus remettre une fiche d'information sur les détails de l'étude et ont signé un consentement de participation (voir annexes 6 et 7).

### **2.4. Les entretiens**

L'entretien semi-dirigé s'est appuyé sur une version modifiée de la trame de la recherche DYALI avec l'ajout de questions explorant le profil d'attachement des participants (voir annexe 8).

Les deux membres du couple étaient reçus ensemble, pour une durée d'entretien qui s'est étendue entre 1h et 1h44. Ceux menés à St-Vincent de Paul étaient effectués par ma collègue psychologue Emilie CONSTANT et moi-même, tandis que ceux effectués au CH de Boulogne-sur-mer étaient assurés par moi seule.

Tous les entretiens se sont déroulés en présentiel et étaient enregistrés sur dictaphone, puis téléchargés sur une plateforme sécurisée afin d'être retranscrits.

Chaque couple s'est vu attribué un code d'inclusion afin d'anonymiser les données. Pour une meilleure lisibilité de ce travail, j'utiliserai les pseudonymes indiqués dans le *Tableau 3* pour désigner les patientes et leur partenaire respectif.

## **2.5. L'analyse des données**

Chaque enregistrement a été retranscrit mot pour mot par des étudiantes du département de psychologie de l'université de Lille.

La première phase d'analyse par couple a tenté de mettre en évidence les particularités de la dynamique de couple rapporté dans chaque entretien. Tout d'abord en notant lors d'une première lecture dans la marge de droite les sujets principaux abordés par les patients de manière littérale et la plus détachée de tout cadre théorique, puis en annotant la marge de gauche avec des éléments pouvant être plus interprétatifs au cours d'une seconde lecture.

Ces éléments préliminaires étaient ensuite regroupés dans un schéma intermédiaire afin de résumer et de dégager les grands axes.

Une seconde analyse plus globale a eu pour objectif de réunir les thématiques communes illustrant l'aspect dyadique des relations dans le contexte des TCA en un schéma synthétique reporté ci-après (*Schéma 1*).

Ce travail d'analyse a été effectué par mes soins, sous la supervision du professeur Pascal ANTOINE.

### 3. RESULTATS

#### 3.1 Profil des couples

**Tableau 3 – Profil des couples au moment de l'inclusion**

Patiente / partenaire (pseudonymes)	Âges (ans)	Type de TCA	Prise en charge du TCA (années)	Durée estimée des TCA (années)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Durée de relation (années)	Nombre d'enfants
Aline/Alban	37/41	B	3	3	19,4	13	2
Blanche/Benjamin	31/39	AM	3	15	35,1 <sup>2</sup>	4,5	2
Clarisse/Charles	28/28	AM	3	9	27,6	1,5	0
Diane/Déborah	23/25	AM	2	2	24,2	0,5	0
Emma/Etienne	36/39	B	2	20	26,7	17	2

B = Boulimie, AM = Anorexie mixte

L'âge moyen des patientes était de 31 ans tandis que celui de leur compagne ou compagnon était de 34,4 ans. Le suivi médico-psychologique était en moyenne de 2,6 années au moment de l'entretien.

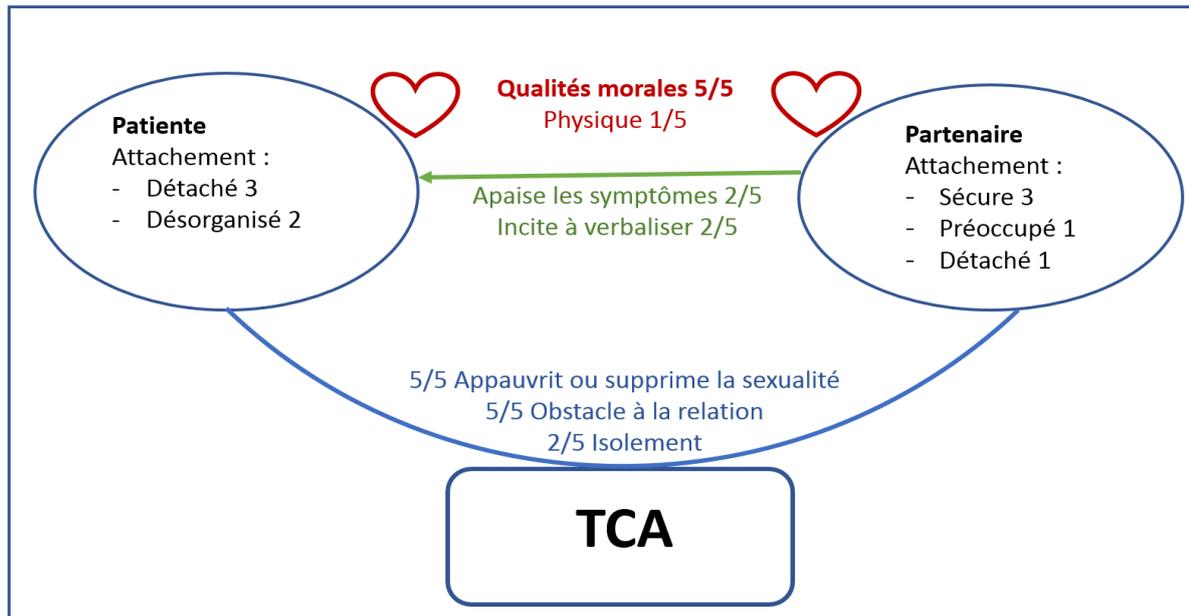
La plupart des couples se sont formés alors que les TCA étaient déjà installés, un seul partenaire a pu en observer l'apparition. Les couples avaient soit déjà des enfants et vivaient sous le même toit, soit vivaient ensemble et se projetaient rapidement dans le fait d'en avoir pour Diane et Déborah, soit vivaient séparément et n'avaient pas abordé le sujet pour Clarisse et Charles.

#### 3.2 Thèmes identifiés

Le fonctionnement dyadique des couples recueilli au cours de cet IPA peut s'élaborer selon quatre dimensions depuis le choix du partenaire, en passant par la reconnaissance des TCA et l'adaptation du partenaire, aux conséquences communes.

<sup>2</sup> La patiente était à son dernier trimestre de grossesse. En dehors, elle a rapporté que son IMC avait varié entre 21,4 et 33,4kg/m<sup>2</sup>. Elle estime que sans tentatives de contrôle de son poids, son IMC serait de 23,9kg/m<sup>2</sup>.

## Schéma 1 - Synthèse du fonctionnement dyadique chez les couples interrogés



### C'est la beauté intérieure qui compte

Si l'attraction physique est un critère parfois cité par les couples interrogés, il ne s'agit pas d'un élément majeur mis en avant dans leur choix de partenaire.

---

*Benjamin : Moi, j'aime sa personnalité en fait. Je pourrais pas être avec quelqu'un comme moi, sinon je m'envole. Moi, j'ai besoin de quelqu'un avec qui je vais rester au sol.*

---

La dysmorphophobie présente chez toutes les patientes interrogées, persiste malgré les compliments et la réassurance de la part leur conjoint(e). Ainsi, un jugement positif, resterait un jugement. Face à cette problématique, il se pourrait que l'absence de commentaire associé à leur physique, du moins non-sollicité, soit préférée pour faciliter davantage la relation.

---

*Diane : En fait le physique, c'est pas quelque chose qui fait sa philosophie.*

*Déborah : Elle pourrait faire 100 kilos de plus... Pour moi, le physique c'est pas la personnalité. La personnalité, elle est beaucoup plus importante que le physique.*

---

## **Le ménage à trois**

Le TCA comme obstacle aux relations interpersonnelles est un autre point commun énoncé par les patientes. Leurs partenaires évoquent des difficultés à être en lien avec elles, lorsque les troubles entraînent un isolement et un défaut de communication. Pour Clarisse et Charles, cela peut même se comparer à l'action d'un tiers au sein du couple :

---

*Clarisse : J'ai l'impression que c'est comme une troisième personne qui est là, qui fait que... j'ai besoin d'être seule avec elle... Parfois, j'ai du mal à m'ouvrir, je sais pas...*

*Il y a un certain contrôle de troisième personne en fait dans ma vie, qui m'exclut des liens. Ouais, des liens sociaux et... Au final, même des liens avec moi-même.*

*[...]*

*Charles : C'est comme si c'est quelqu'un qui la fait commander.*

---

## **Les stratégies du partenaire**

De quelle manière appréhender la situation en tant que partenaire ? Aborder la problématique des TCA avec sa moitié peut s'avérer délicat. Comme Etienne, certains tentent d'ignorer les troubles dans l'espoir de leur accorder une moindre place au sein du couple.

---

*Etienne : Avant, j'avais jamais compris hein. Car avant j'étais têtu. Je voulais pas en entendre parler. Ah bah c'était... Je m'énervais tout de suite hein ! Dès qu'elle me parlait de nourriture, ah nan. ! C'est parce que la voir se priver de manger, tout ça... Se faire vomir, oh nan. [...] Pour moi non, c'était elle qui en faisait de trop [...] Pour moi c'est parce qu'elle avait peur des préjugés, des autres personnes, des regards...*

---

Parfois le sujet est tû dans une forme de préservation de l'espace intime l'autre, de non-jugement.

---

*Alban* : Moi, j'l'ai jamais embêtée quand elle allait aux toilettes, j'allais pas la suivre pour lui dire "Faut pas faire ça". [...] Je laissais faire, c'est ptet' pas bien.

---

D'autres tentent d'aborder la question, mais c'est alors la patiente qui louvoie.

---

*Benjamin* : Avant l'arrivée de [notre aînée] j'ai quand même vu que tu vomissais et je t'en avais parlé. En fait, j'ai vu des traces suspectes dans les toilettes : une fois, deux fois, trois fois et puis après voilà... Je vois un peu le comportement et de fils en aiguille, j'me suis dit "C'est vraiment bizarre, ces traces dans les toilettes" [...] Je dirais que l'arrivée de [notre aînée] a quand même pas mal changé la donne parce que ça t'a mise au pied du mur et ça t'a fait un déclic et tu t'es prise en charge. Parce qu'y a toujours une chape de plomb dessus, même sur les vomissements [...] Ça a jamais été une discussion franche jusqu'à ce que tu décides de te faire suivre. Et là, ça a commencé un peu à délier.

---

Avec le soutien de l'équipe soignante, certains partenaires ont pu trouver des stratégies d'adaptation pour contrer les TCA en suppléant, en s'informant, en rassurant, en détournant l'attention lors de situations à risque de crises...

---

*Déborah* : En fait je savais pas s'il fallait que je lui retire la nourriture qu'elle avait devant elle. Je savais pas s'il fallait que je l'empêche d'aller aux toilettes pour s'faire vomir. Je ne savais pas si fallait lui dire stop ou la laisser se poser ou des choses comme ça... Et en fait, c'est un rendez-vous avec [sa psychologue] qui nous a beaucoup aidées, qui m'a permis de savoir comment réagir par rapport à ça.

Après, la maladie je l'avais comprise parce qu'on avait été voir un super film qui parlait de ça, des TCA [...] Du coup on en avait parlé et puis bah... De fil en aiguille j'ai commencé à dire "Bah ouais bah d'accord bah je vais faire ça"... Puis bah euh maintenant, c'est devenu un peu un rythme hein maintenant. J'sais comment y faut... Quand il faut l'arrêter. Je sais très bien que des fois elle a envie d'aller aux toilettes, alors du coup bah...

*Diane* : Tu m'parles et tu m'prends dans tes bras.

*Déborah : Ouais voilà j'lui parle, j'essaye de lui changer les idées...*

*[...]*

*Diane : En fait elle cherche vraiment à me tirer vers le haut. Même... en fait, le TCA il crée aussi des moments où j'avais penser tout le temps à des pensées alimentaires ou des pensées négatives. Bah elle le sent. Et en fait, à ce moment-là, elle arrive vraiment à m'dire "Oui. Bon bah à ce moment-là, ça va pas. Ok j'le comprends t'as le droit de plus vouloir" et puis elle va retourner la pièce, elle dit "Regarde voit les choses comme ça".*

---

### **Quelles conséquences sur l'intimité ?**

L'impact des TCA dans la relation touche de multiples sphères. L'intimité est une problématique commune à quasiment tous les couples interrogés, à savoir que les TCA s'accompagnaient généralement de dysmorphophobie avec un sentiment de dégoût vis-à-vis de son propre corps. Le désir sexuel, faisant partie des fonctions instinctuelles, peut également être perturbé par un épisode dépressif caractérisé, situation qui a pu toucher certaines des patientes de l'étude. Ainsi toutes ont pu faire part de périodes prolongées d'interruption de la vie sexuelle dans le couple, de l'ordre de quelques mois à plusieurs années.

La problématique semble fréquente, pourtant il semble que le sujet soit rarement abordé au sein du couple, que ce soit car un accord tacite semble passé...

---

*Aline : Bah il a jamais rien dit, il m'a jamais reproché quoi que ce soit. [...] On en a toujours parlé, ouais ouais ouais. 'Fin, pas pendant la maladie, parce que c'est vrai que... On n'avait pas besoin d'en parler... Pour s'comprendre.*

---

...ou bien que le partenaire craigne de heurter sa moitié.

---

*Benjamin : Je veux pas que tu... Je sais pas d'une... d'une façon ou d'une autre dans mon attitude te faire penser ça où... Si je peux t'aider, au contraire, à faire en sorte que bah... que ce que tu... Par des petits trucs si t'arrives à mieux te sentir dans ta peau, je voudrais euh... Je voudrais pouvoir le faire, c'est... Tu me dis*

*eah... Oui bah c'est... On a... Ça, ça fait un bail qu'on n'a pas évoqué ça, je pense (rires de sa part).*

---

... ou bien que cela soit habituel de la communication au sein du couple.

---

*Etienne : J'sais qu'elle est pas bien, j'sais qu'elle aime pas son corps. Et avec la deuxième histoire que vous avez dit, j'sais que maintenant c'est plus compliqué. Et sur ça j'lui en veux pas, mais je sais que c'est vrai que généralement c'est plus tranquille...*

**Emilie CONSTANT : Comment vous gérez ça ensemble ?**

*Emma : On gère pas vraiment.*

*Etienne : Non.*

*Emma : On gère pas.*

---

Pour certains, le lien entre la perte de libido et les TCA n'est pas évident et cette absence de rapports sexuels peut faire se questionner le conjoint quant à sa propre attractivité. Le tabou associé à la sexualité, empêchant de verbaliser clairement les affects de l'un et de l'autre, peut faire vivre de manière insécure l'absence de rapports sexuels pour le conjoint.

---

*Charles : Ça fait presque un an j'pense et... Voilà tout ça qui est lié au fait que ça soit ça et tu vois. Bon souvent, j'arrive pas à différencier moi aussi, j'suis perdu en fait. C'est pourquoi je vois ses amis, des choses... Voilà, tout ça, ça m'énerve 'fin... c'est trop, c'est trop, j'cherche pour moi en fait. Je sais pas, c'est une sorte de comme... mélancolie quoi... Mélangé de sentiments de voilà, tout. C'est... il y a tout ça en fait.. Mais c'est des trucs, j'ai du mal à poser les mots là-dessus, honnêtement. [...]*

*Clarisse: En fait ce qu'il exige c'est que j'arrête de voir mes amis. Tant que ça, ça se fera pas, j'aurais toujours ces reproches-là. Et le truc c'est que bah... Ça se fera pas, clairement, voilà. Même bah du coup, pour notre intimité et tout, c'est un peu*

*horrible parce que tu sexualises le monde, tu sexualises mes amis, alors que moi je les vois pas comme des sexes. Je vois mes amis comme des êtres humains et j'ai déjà assez de problèmes avec moi-même. A un tel point que j'arrive pas à avoir d'intimité avec lui, que je vois pas quel temps je vais aller perdre à aller voir ailleurs en fait. Et j'en peux plus, parce que ben... J'suis pas entendue ! On écoute et tout... Mais on n'entend pas vraiment ce que je dis, ce que je ressens. [...] Je me sens pas bien dans mon corps et ça me met en difficulté. Et souvent je dis "Non" quand on me propose de sortir. En fait, 90% du temps je dis "Non" parce que je me sens pas assez bien. Lui, je le vois tout le temps, je le vois tout le temps et il se rend pas compte à quel point c'est un peu privilégié comme relation.*

---

Ces éléments constituent des résultats préliminaires du projet de recherche DYALI. L'étude est prometteuse et gagnerait à être poursuivie.

### **3.3. Le style d'attachement des participants**

#### **Chez les patientes**

L'entretien retrouvait chez les patientes un style d'attachement « insécure ». Pour Aline, Blandine et Clarisse il s'agissait plutôt d'un style « insécure détaché » :

---

*Aline : J'avais l'impression de subir certaines choses. Et de devoir en sacrifier d'autres en fait. [...] Je me disais "C'est pas le moment pour laisser ma mère toute seule" par exemple, ou alors on m'a promis quelque chose et puis, en fin de compte, derrière on me dit "Bah non, c'est pas possible". Au lieu de mal le prendre j'disais "Bon bah c'est tout c'est comme ça, pas grave. Tant pis". [...] Comme j'ai eu l'habitude de tout garder, de tout sacrifier, d'encaisser. Et de dire "Bah tant pis, c'est comme ça" du coup...*

*Emilie Constant : C'est un peu ce chemin-là, c'était Alban qui était là "parle, parle, raconte-moi, dis-moi ce qui se passe" ?*

*Aline : Je crois que je réagissais même pas en fait, hein. C'était plutôt lui qui réagissait.*

---

Tandis que Diane et Emma semblaient présenter un style d'attachement « insécure désorganisé » où l'on devine dans l'enfance une tentative d'adaptation aux réponses des figures d'attachement par le fait de faire plaisir, de prendre soin :

---

*Diane : Mon papa il est pas quelqu'un de très expressif et avec l'homosexualité ça rajoute une couche. Mais j'ai toujours cherché à lui faire plaisir en fait, à chercher son attention. C'est clair, y'avait toujours... Ça a toujours été... Mes études c'était "Je veux réussir pour leur faire plaisir". Et en fait derrière y'a jamais vraiment eu ce que j'attendais, la reconnaissance.*

---

### **Chez les partenaires**

Concernant les conjoints, les styles d'attachement paraissent plus variés, avec premièrement chez Alban, Benjamin et Déborah un style « sécure » :

---

*Déborah : J'ai une relation normale avec mon père hein... Il a toujours été présent pour nous, on faisait des activités... Avec ma mère aussi on a toujours eu un cadre familial... Je vais pas dire normal, parce que la normalité pour moi... Voilà quoi. Mais non, j'ai toujours eu des parents présents, à l'écoute et puis toujours là pour nous soutenir, que ce soit dans les études ou dans les relations.*

---

Chez Charles, plutôt un style « insécure préoccupé » :

---

*Charles : Moi des câlins et tout moi je... j'ai pas eu le droit à ça. Mais mes parents, ma mère, j'ai pas eu droit à ça en fait. Et quand je vois, c'est beaucoup souvent c'est difficile pour moi. Je garde tout pour moi. Voilà. Je me dis souvent si j'ai des difficultés, je vais sûrement demander mes difficultés, c'est pas grave... Enfin, mais par contre on m'a toujours, on m'a toujours tendu, on m'a toujours tendu le même quand... quand il le fallait quoi. Voilà, on m'a, on m'a aidé, voilà donc tout ça, C'est pourquoi c'est plus facile pour moi que tu dis "ouais ouais et je peux aider". Voilà, voilà. Des choses comme ça, c'est parce qu'on a donc... c'est les... c'est en fait une reproduction en fait de tout ce qui est... J'ai su le résultat en fait de de... de mon enfance. Quand je vois là, c'est tout. Voilà, si je suis dur, je fais pas exprès. Mais je suis comme ça, j'ai été éduqué comme ça.*

---

... et un style « insécure détaché » chez Etienne :

---

*Etienne : Quand j'suis pas bien je m'énerve [...] faut me laisser tranquille dans mon coin, pas me parler. Moi j'suis moins...*

*Krystel Thäi : Et dans un autre sens, vous n'êtes pas non plus du genre à demander de l'aide ?*

*Etienne : Ah non pas du tout non. Ah non moi c'est mes problèmes. Je les gère moi-même et puis voilà.*

*Krystel Thäi : Pourquoi ?*

*Etienne : Parce que j'étais habitué aussi comme ça quand j'étais petit.*

---

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Des effectifs réduits

Au total, cinq couples ont été retenus pour cette étude. En IPA, les effectifs se situent en général entre un et quatorze participants, la moyenne étant de neuf (15). L'échantillon se voulait homogène et comparable afin de pouvoir dégager des thèmes communs.

Il est à noter la difficulté de recrutement de couples faisant face à cette problématique. Déjà car dans les files actives, les patients en couple étaient minoritaires. La plupart du temps, les patientes sollicitées n'exprimaient pas de refus clair, mais ne revenaient toutefois pas vers nous. Parfois le refus était explicitement dû à des difficultés conjugales, d'autres fois au fait que le conjoint ignorait totalement l'existence des TCA chez sa moitié. A quelques occurrences, c'est le conjoint qui a exprimé son souhait de se tenir à l'écart des TCA de sa partenaire.

### 4.2. Un biais de sélection

Cela m'amène également à questionner le profil des couples participants. Sont-ils foncièrement différents de ceux ayant refusé de participer ? Les quelques motifs de refus recueillis nous permettent déjà de formuler l'hypothèse d'entretien d'un tabou au sein du couple. Malgré la mise en évidence d'obstacles dans leur communication, tous les participants avaient conscience de l'existence des TCA.

J'aurais à opposer à cela le témoignage d'Emma et Étienne, qui ont pendant de longues années banalisé et nié la maladie, avant la récente prise en charge d'Emma. Ce couple nous donne ainsi un aperçu de la dynamique que pourrait présenter une partie de ceux ayant refusé d'intégrer l'étude.

Concernant le mode de recrutement des couples, il a été envisagé une recherche via les réseaux sociaux, cependant la validité du diagnostic aurait pu être discutable si les individus sollicités n'avaient pas eu d'évaluation médicale.

Aussi, concernant la validité du diagnostic, ce-dernier étant posé ici dans le cadre d'un suivi médical et pluridisciplinaire, il semblerait qu'elle soit plutôt satisfaisante.

De même, nous n'avons pas de critères d'exclusion concernant le stade de gravité de la maladie. De fait, celle-ci était plutôt stabilisée, voire en rémission pour certaines patientes. On notera également que le suivi médico-psychologique était en

moyenne de 2,6 ans, suffisamment avancé pour être en confiance auprès de l'institution, pas assez chronique pour pouvoir encore se projeter dans l'aide que la recherche sanitaire pourrait apporter.

### 4.3. Les non-dits

Les limites de ce genre d'étude résident également dans ce que les participants acceptent de livrer. Quel est également l'impact de l'attitude de l'investigatrice dans l'entretien ? Vaut-il mieux être neutre ? Plutôt empathique ? Plutôt encourageant ? Quelle posture peut favoriser l'expression la plus subjective et non suggérée des participants ?

Certains éléments sont évoqués à demi-mots. Ce que j'interprète comme pouvant être de l'ordre de la maltraitance ou de la négligence par exemple :

---

*Alban : Là si je comprends bien tu parles de ta grand-mère ?*

*Aline : Oui.*

*Alban : Que tu m'as dit tardivement, comment elle était, tout ça... Moi, j'avais une autre image. 'Fin attention hein, il faut rester... Donc l'image par rapport à tes grands-parents, tu m'as annoncé et... Bah oui euh, j'ai... Tu vois, tu m'l'aurais dit avant, j'aurais compris quoi.*

---

Certaines choses ne peuvent se dire... Ainsi l'on ne peut parfois que deviner certains faits tabous, comme les violences sexuelles. A noter que dans la littérature scientifique, des niveaux élevés de conduite de purge étaient retrouvés chez les personnes ayant subi des traumatismes durant l'enfance ou l'âge adulte (16) et notamment des traumatismes sexuels (17).

---

*Etienne : J'sais qu'elle est pas bien, j'sais qu'elle aime pas son corps. Et avec la deuxième histoire que vous avez dit, j'sais que maintenant c'est plus compliqué. Et sur ça j'lui en veux pas, mais je sais que, c'est vrai, généralement [notre vie sexuelle] est plus tranquille...*

---

Les investigateurs peuvent aussi rester ignorants d'éléments de violences conjugales. Certains professionnels habitués à travailler auprès de victimes de violences seront plus sensibles à la détection de signes évocateurs.

#### **4.4. L'attachement dans le couple**

La survenue des TCA précédait le début de la relation chez la plupart des patientes. On pourrait donc s'interroger sur le fait que ces dernières aient pu être identifiées par le partenaire comme une personne à soutenir. Cependant, nos entretiens n'ont pas mis en évidence de profil d'attachement de type «désorganisé» dans une recherche de posture soignante chez les conjoints, à l'inverse les patientes.

Une évaluation du profil d'attachement de l'adulte par AAI (voir annexe 9) aurait permis une description plus fine de celui-ci. Cependant le temps d'entretien afin de déterminer le style d'attachement de chaque partenaire aurait probablement été équivalent à celui de l'entretien initial mené.

Une autre possibilité moins chronophage aurait consisté à faire compléter par chaque participant une échelle d'évaluation de l'attachement chez l'adulte l'*Adult attachment scale* (voir annexe 10).

La psychiatre Christelle Pettersson questionne dans son travail de thèse (13) l'attachement dans les TCA :

*« Nous avons vu que dès la fin de l'adolescence, les relations d'attachement deviennent symétriques, et les liens s'établissent dans la réciprocité, chaque partenaire étant à la fois donneur et receveur de soutien et de sécurité (Hazan et Shaver, 1994). Les figures d'attachement se dirigent vers des personnes extérieures à la famille, voire des groupes ou des institutions (scolaire, de travail, religieux, politique) [...] Il est important de différencier dans les relations d'attachement adultes, les relations amicales (où la figure d'attachement est auxiliaire), et le partenaire amoureux qui, lui seul, peut représenter une figure d'attachement principale, prenant la place de celle des parents pendant l'enfance. La sexualité vient jouer un rôle important dans l'établissement de ce lien d'attachement, de par la fonction de reproduction.*

*Hazan et Shaver soulignent que le profil d'attachement du sujet viendra impacter sa facilité à établir un lien de confiance, d'interdépendance et d'intimité dans la relation amoureuse, mais aussi son choix de partenaire. A travers un lien d'attachement amoureux sécurisé, l'adulte peut donc retrouver un sentiment de sécurité physique et émotionnelle, lui permettant de se projeter dans un désir et une capacité à avoir des enfants »(13)*

Sachant que les personnes présentant un TCA présentent davantage de profil d'attachement « insécure » et « désorganisés »(14) , selon C. Pettersson, on peut interpréter la symptomatologie anorexique comme une stratégie de régulation émotionnelle et des relations interpersonnelles « soit sous un mode de retrait et évitement affectif, soit par une quête relationnelle visant à pallier les angoisses d'abandon ». Ainsi il paraîtrait pertinent de cibler l'attachement dans certaines propositions de soins, comme par exemple au sein d'une thérapie de couple à destination de patientes anorexiques.

#### **4.5. Un instantané**

Etudier le couple, c'est étudier une entité dynamique en constante évolution qui peut être discontinue. Ainsi le recueil des témoignages ne peut que nous donner une impression à un instant précis des deux partenaires sur leur relation. Nous pouvons observer à ce moment-là que ces deux individus se définissent comme étant dans une relation de couple, dont le fonctionnement actuel les maintient dans une relation stable.

#### **4.6. Une mise en perspective**

Ces résultats constituent une étape préliminaire dans le projet de recherche DYALI, une étude qui gagnerait à être poursuivie et mise en perspective avec les autres profils de TCA explorés. On pourrait également envisager la continuité de ce travail au travers d'une étude mixte qualitative et quantitative.

## 5. CONCLUSION

Si l'apparition des TCA survient principalement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, les professionnels de santé observent une demande croissante de prise en charge de la part d'adultes d'âge moyen ou avancé, parfois en couple et certains ayant des enfants. Alors que les projets de soins se sont particulièrement attelés à accompagner le noyau familial incluant les parents et la fratrie, peu d'outils à destinations des patients et de leurs conjoints sont recommandés actuellement, l'unité du couple étant été exploré dans une moindre mesure. C'est dans ce contexte que s'est posée la question du vécu des couples face à cette maladie.

Cette IPA, intégrée au projet de recherche DYALI mené par l'université de Lille, a pu recueillir le témoignage de cinq couples, dont l'un des membres fait face à un TCA de type boulimique ou anorexique mixte, et d'analyser leur fonctionnement dyadique.

L'analyse des retranscriptions de chaque entretien a pu mettre en évidence quatre thèmes communs depuis le rapport au physique du partenaire, en passant par la perception des TCA par ce dernier et ses stratégies d'adaptation, aux conséquences sur l'intimité. Dans ce travail, avec toutes les limites qu'il comprend, on interprète que l'abord de l'aspect physique des patientes est un sujet délicat, dont l'absence de commentaire non-sollicité à ce sujet paraît aider. Les TCA sont identifiés comme une entité tierce faisant obstacle à la relation. Les stratégies d'adaptation des partenaires varient selon les couples et peuvent évoluer avec l'accompagnement des soignants vers un soutien décisif. Enfin l'appauvrissement de la vie sexuelle du couple paraît être une problématique fréquemment rencontrée mais peu abordée au sein du couple.

Ces résultats constituent une étape préliminaire dans le projet de recherche DYALI, une étude qui gagnerait à être poursuivie et mise en perspective avec les autres profils de TCA explorés.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2016;29(6):340-5.
2. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. mai 2019;109(5):1402-13.
3. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. août 2016;25(8):903-18.
4. Mangweth-Matzek B, Hoek HW, Pope HG. Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2014;27(6):431-5.
5. Van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2020;33(6):521-7.
6. Steinhausen HC. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry*. août 2002;159(8):1284-93.
7. Jeammet, P. *Anorexie Boulimie: Les paradoxes de l'adolescence*. Hachette Littérature. Paris; 2008.
8. American Psychiatric Association. *DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques, 5e édition*. Elsevier Masson. 2015. 1216 p.
9. Linville D, Cobb E, Shen F, Stadelman S. Reciprocal Influence of Couple Dynamics and Eating Disorders. *J Marital Fam Ther*. avr 2016;42(2):326-40.
10. HAS - Anorexie mentale : recommandations de prise en charge [Internet]. 2010 juin p. 33. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge)
11. Bowlby J. *Attachement et perte*. Presses universitaires de France. 1978. 539 p.
12. Ainsworth MDS. L'attachement mère-enfant. 1983. 1983;(1-2):7-18.
13. PETERSSON C. Apports de la théorie de l'attachement dans le soin de l'anorexie mentale chez l'adulte [Internet]. [FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG]: UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE; 2016. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2016/2016LIL2M153.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M153.pdf)
14. Antoine P, Flinois B, Doba K, Nandrino JL, Dodin V, Hendrickx M. Living as a

- couple with anorexia nervosa: A dyadic interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol.* déc 2018;23(14):1842-52.
15. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychol Fr.* déc 2017;62(4):373-85.
  16. Vidaña AG, Forbush KT, Barnhart EL, Mildrum Chana S, Chapa DAN, Richson B, et al. Impact of trauma in childhood and adulthood on eating-disorder symptoms. *Eat Behav.* déc 2020;39:101426.
  17. Madowitz J, Matheson BE, Liang J. The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* sept 2015;20(3):281-93.
  18. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: A review of current research. *Int J Eat Disord.* nov 2014;47(7):710-7.

## TABLE DES ANNEXES

### Annexe 1 : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le DSM-V

#### Anorexie mentale

---

##### Critères diagnostiques

---

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.
  - **Type restrictif** : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.
  - **Type accès hyperphagiques/purgatif** : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

## Annexe 2 : Critères diagnostiques de la boulimie selon le DSM-V

### Boulimie (bulimia nervosa)

#### Critères diagnostiques

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (binge-eating). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
1. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex. moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
  2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange).
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (*anorexia nervosa*).

#### *Spécifier si :*

**En rémission partielle** : Alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, plusieurs, mais pas la totalité, ont persisté pendant une période prolongée.

**En rémission complète** : Alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.

#### *Spécifier la sévérité actuelle :*

Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des comportements compensatoires inappropriés (voir ci-dessous). Le niveau de sévérité peut être majoré afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle.

- **Légère** : Une moyenne de 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- **Moyenne** : Une moyenne de 4-7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- **Grave** : Une moyenne de 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- **Extrême** : Une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

### Annexe 3 : Critères diagnostiques d'accès hyperphagique selon le DSM-V

## Accès hyperphagiques (binge-eating disorder)

### Critères diagnostiques

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (binge-eating). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
1. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex. moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
  2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
- B. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :
1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
  2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.
  3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim.
  4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.
  5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- C. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) entraînent une détresse marquée.
- D. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- E. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Spécifier si :

- **En rémission partielle** : Après avoir précédemment rempli tous les critères de ce trouble, les accès hyperphagiques surviennent à une fréquence moyenne de moins d'un épisode par semaine pendant une période prolongée.
- **En rémission complète** : Alors que tous les critères de ce trouble ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle :

Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des accès hyperphagiques (voir ci-dessous).

Le niveau de gravité peut être majoré afin de reléguer les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle.

- **Léger** : 1-3 accès hyperphagiques par semaine.
- **Moyen** : 4-7 accès hyperphagiques par semaine.
- **Grave** : 8-13 accès hyperphagiques par semaine.
- **Extrême** :  $\geq 14$  accès hyperphagiques par semaine.

## **Annexe 4** : Recommandations de prise en charge de l'HAS concernant l'anorexie mentale



# Anorexie mentale : prise en charge

## 2. Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge

Juin 2010

### Différents niveaux de soins

- Selon les moments et la gravité, les prises en charge peuvent se dérouler au travers de soins ambulatoires plus ou moins intensifs et/ou en hospitalisation.
- Il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique.
- Il est recommandé de veiller à la cohérence et à la continuité de ces soins dans la durée entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants. En particulier, il est recommandé en cas d'hospitalisation que :
  - les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris ;
  - l'équipe soignante de l'hospitalisation remette en place les soins ambulatoires antérieurs ou organise un nouveau suivi pluridisciplinaire. Pour cela des échanges téléphoniques doivent être réalisés au cours de l'hospitalisation, des réunions de synthèse entre les partenaires d'amont et d'aval sont indispensables et l'envoi rapide du compte rendu d'hospitalisation est nécessaire. Le patient et son entourage doivent être associés à l'organisation des soins.

### MULTIDISCIPLINARITÉ DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

#### Intervenants

- Le professionnel de premier recours organise les soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique<sup>1</sup>.
- Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont le socle commun est :
  - un psychiatre ou pédopsychiatre ou psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques ;
  - un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à en assumer les exigences.

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle.

## Organisation de la prise en charge multidisciplinaire

- La coordination des soins est assurée par un médecin coordinateur dont le choix au sein de l'équipe de soignants est à déterminer en fonction :
  - de la situation du patient (âge du patient, évolution et sévérité de la maladie, parcours de soins, choix du patient) ;
  - de l'intervenant de l'équipe multidisciplinaire qui a la plus grande expérience et la plus grande disponibilité.

## ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

- Une évaluation globale du patient est recommandée, associant une évaluation somatique, nutritionnelle et psychique, incluant aussi la dynamique familiale et sociale. Cette évaluation permet de déterminer les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation. Elle est à répéter dans le temps, au moins mensuellement dans les formes avérées, et d'autant plus fréquemment que l'état du patient est fluctuant ou évolutif.

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

### Objectif pondéral

- Il est recommandé de discuter avec le patient de l'objectif de poids à atteindre, progressivement, afin de le rassurer. Cet objectif pondéral est déterminé en fonction de l'âge, des antécédents pondéraux et du poids permettant de restaurer les menstruations et l'ovulation pour les femmes. Pour la plupart des patients, un arrêt de la perte de poids est le premier objectif avant d'envisager un gain de poids. Dans la phase de reprise, un gain de 1 kg par mois en ambulatoire semble un objectif mesuré et acceptable.
- En début de renutrition, une surveillance du bilan hydroélectrolytique, dont la phosphorémie, est recommandée (potentielles complications cardio-vasculaires).

### Objectifs des interventions psychologiques

- Les objectifs des soins psychologiques sont individuels et familiaux. Le choix de la psychothérapie est fait en fonction du patient, voire de son entourage, de son âge, de sa motivation et du stade d'évolution de la maladie.
- Les formes de psychothérapie (individuelle, familiale ou de groupe) les plus usuelles sont les thérapies de soutien, les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique, les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC) et les thérapies systémiques et stratégiques. Les thérapies familiales sont recommandées pour les enfants et les adolescents (grade B). Les approches motivationnelles ont montré leur intérêt en début de prise en charge.
- Il est recommandé que la psychothérapie choisie dure au moins 1 an après une amélioration clinique significative. En raison de la dimension de chronicité de l'anorexie mentale, cette prise en charge s'étend souvent sur plusieurs années.

HAS

Cette synthèse ainsi que deux autres présente les points essentiels  
des recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge »  
Recommandations pour la pratique clinique – juin 2010.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité  
sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et sur [www.anorexiéboulimie-afdas.fr](http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr)

**Annexe 5** : Recommandations de prise en charge de l'HAS concernant la boulimie et l'hyperphagie boulimique



## Boulimie et hyperphagie boulimique

# Prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée

Fiche outil 5

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

### Organisation du plan de soins

L'approche thérapeutique des troubles des conduites alimentaires doit être pluriprofessionnelle, incluant les dimensions psychologique, nutritionnelle, somatique, sociale, et familiale. Le plan de soins repose sur l'articulation des différents intervenants dans un projet au long cours compte tenu de la durée des troubles.

La prise en charge étant partagée entre plusieurs professionnels, il est recommandé d'établir un accord clair entre les différents professionnels de santé sur la répartition des rôles de chacun.

Il est recommandé qu'un des intervenants de la prise en charge, préférentiellement le plus expérimenté, coordonne le projet de soins multidisciplinaire et pluriprofessionnel en tenant compte de l'avis du patient.

Ce coordinateur doit être clairement identifié par le patient et tous les intervenants.

La prise en charge ambulatoire est préconisée en première intention, sauf urgence ou complication.

L'orientation vers une équipe spécialisée est souhaitable pour un avis et/ou une prise en charge.

## OBJECTIFS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE COORDONNÉE

- La prise en charge doit associer un suivi psychiatrique, nutritionnel et somatique coordonné visant à :
  - établir une alliance thérapeutique : instaurer une relation de qualité entre les praticiens, le patient et l'entourage, y compris pour le suivi des adultes. Les entretiens motivationnels sont recommandés en cas de difficultés à s'engager dans les soins ;
  - traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions psychiques, les comorbidités psychiatriques et les aspects sociaux liés aux troubles ;
  - restaurer un comportement alimentaire équilibré et adapté ;
  - prendre en charge les complications somatiques (cf. fiche outil « [Complications somatiques et prise en charge](#) ») ;
  - identifier les facteurs précipitants et/ou de maintien pour prévenir les rechutes ;
  - articuler les soins et les mesures nécessaires pour préserver l'insertion sociale.
- Les soins seront d'autant plus efficaces que les interventions seront précoces, adaptées au patient, à son âge et à l'intensité de ses troubles.
- Il est préférable que la famille soit impliquée dans la prise en charge. Pour les adolescents et les jeunes adultes, la prise en charge impliquera leurs parents ou le tuteur légal.
- La prise en charge doit être organisée dans un cadre qui est le plus adapté aux besoins et aux préférences du patient.

Pour approfondir, voir fiche outil « [Comment en parler ?](#) » destinée aux patients, à leur entourage et aux soignants.

## APPROCHES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

- Les objectifs sont individuels et familiaux.
- Il est recommandé que la prise en charge globale du patient souffrant de trouble des conduites alimentaires comprenne un volet psychologique dans le but de l'aider à :
  - renforcer la motivation à s'impliquer dans la prise en charge pluriprofessionnelle ;
  - restaurer des habitudes alimentaires équilibrées et adaptées ;
  - réévaluer et amener à changer les pensées dysfonctionnelles, l'image et l'estime de soi, les attitudes, les motivations, les conflits et les sentiments liés au trouble des conduites alimentaires ;
  - traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions associées ;
  - améliorer le fonctionnement interpersonnel et social ; traiter les comorbidités psychiatriques ;
  - obtenir le soutien de la famille et de l'entourage ;
  - aider l'entourage et proposer une guidance et une thérapie familiale dans les soins mis en place.
- Il est important de spécifier aux patients que les objectifs des programmes de psychothérapie ne visent pas directement à traiter les problèmes de poids (pas d'objectif d'amaigrissement) mais pourraient secondairement avoir un impact sur ceux-ci<sup>1</sup>.

### Approches recommandées s'intégrant à l'approche pluriprofessionnelle

**Outils d'autosupport (self-help)** : ils peuvent être proposés avant l'initiation d'une prise en charge ou en début de prise en charge.

L'auto-support guidé par un professionnel de santé est plus efficace que la version non accompagnée.

**Thérapies comportementales et cognitives (TCC)** individuelles adaptées aux troubles des conduites alimentaires en première intention ; les thérapies comportementales dialectiques peuvent être proposées chez les patients présentant un trouble de la personnalité borderline comorbide.

En cas d'impossibilité ou de refus de TCC, un recours aux techniques suivantes est possible :

- thérapies interpersonnelles ;
- thérapies psychanalytiques ;
- thérapies familiales : pour les adolescents et les jeunes adultes souffrant de boulimie et leur famille.

La mise en place d'une psychothérapie en plus du suivi somatique et psychiatrique doit être envisagée :

- une fois l'évaluation pluriprofessionnelle effectuée et le diagnostic de boulimie ou d'hyperphagie boulimique confirmé ;
- après information du patient sur les modalités de mise en œuvre de son projet de soins individualisé.

### Autres approches pouvant être proposées en plus de l'accompagnement pluriprofessionnel recommandé

- En l'état actuel des connaissances, l'efficacité des approches suivantes n'est pas établie : thérapies basées sur la pleine conscience (mindfulness), art-thérapie, exercice physique, massages, relaxation, yoga, luminothérapie (thérapie par la lumière).
- Cependant, il n'y a pas de contre-indication à y avoir recours à condition que l'accompagnement pluriprofessionnel recommandé soit maintenu. Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

### Approches non recommandées

**Les techniques de stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et autres techniques de neuromodulation non invasives ne sont pas recommandées dans les TCA hors protocole de recherche.**

## APPROCHES MÉDICAMENTEUSES : MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

### Recommandations générales sur la prescription de médicaments psychotropes

- Pour augmenter l'observance en cas de prescription de psychotropes, une étape initiale d'information et de préparation est utile : prise en charge non spécifique de soutien, outils d'autosupport, entretien motivationnel.
- Bien expliquer au patient que cette prescription ne constitue pas à elle seule le traitement de ses troubles.
- Vérifier les contre-indications et les précautions d'usage et en particulier celles liées aux conséquences des TCA.
- En cas de vomissements, recommander de prendre les médicaments à distance des conduites de purge.

### Médicaments psychotropes pouvant être utilisés

- Les **ISRS** (inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine) peuvent être proposés en deuxième ligne chez les adultes (en cas d'impossibilité d'accéder à une psychothérapie structurée et en l'absence de contre-indication) et toujours en association avec une prise en charge psychologique et pluriprofessionnelle.
- Le **topiramate**, compte tenu de la balance bénéfice/risque et du risque de détournement, ne devrait être prescrit qu'après avis d'un centre spécialisé dans la prise en charge des TCA.
- Les **autres psychotropes** peuvent être utilisés dans leurs indications habituelles en cas de comorbidités psychiatriques avec une attention particulière aux effets secondaires pouvant être aggravés par les troubles métaboliques fréquents.

### Médicaments psychotropes non recommandés

Les **antidépresseurs tricycliques** ne sont pas recommandés dans le traitement des crises de boulimie en raison de leurs profils bénéfice/risque défavorables.

En l'état actuel des connaissances, les **autres médicaments** n'ont pas lieu d'être prescrits pour traiter la boulimie ou l'hyperphagie boulimique.

## SURVEILLANCE SOMATIQUE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE AU COURS DU SUIVI

- Réaliser régulièrement un examen clinique complet somatique et psychiatrique (cf. fiche outil « [Évaluation initiale et initiation des soins](#) ») ayant pour objectif la détection précoce des complications (cf. fiche outil « [Complications somatiques et prise en charge](#) »), des situations d'urgences (cf. fiche outil « [Urgences et troubles du comportement alimentaire](#) ») et leur prévention.
- Inclure un examen dentaire systématique au minimum tous les 6 mois ayant pour objectif la détection précoce des complications et leur prévention (cf. fiche outil « [Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste](#) »).
- Réaliser régulièrement un ionogramme sanguin (potassium, réserve alcaline, sodium, créatininémie) chez les patients qui vomissent ou qui utilisent des laxatifs ou des diurétiques, afin de dépister et traiter les troubles métaboliques.
- En cas de surpoids ou d'obésité, réaliser un suivi adapté et dépister les complications associées, dont le diabète de type 2.



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique  
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »  
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Juin 2019

## **Annexe 6** : Lettre d'information à destination des participants

### **LETTRE D'INFORMATION** **À DESTINATION DES PARTICIPANTS**

Madame, Monsieur,

Nous souhaitons réaliser une recherche sur **le fonctionnement du couple chez des patientes atteintes de Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)**.

À l'heure actuelle, très peu d'études se sont intéressées aux vécus des patientes et de leur conjoint/partenaire dans ce type de troubles. Par conséquent, nous souhaiterions obtenir de plus amples informations concernant la façon dont chacun vit les choses c'est-à-dire les préoccupations, difficultés, besoins, ressentis... S'intéresser à la dynamique des couples traversant cette pathologie permettra d'acquérir des informations qui pourront contribuer à l'amélioration de la prise en charge qui leur est proposée.

Notre projet est donc à visée exploratoire. Il s'agit ainsi de mener une recherche qualitative et subjective à partir d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de femmes souffrant d'un trouble alimentaire et de leur conjoint. Ces entretiens, durant en moyenne une heure trente, seront réalisés individuellement à l'hôpital. L'entrevue sera enregistrée sur dictaphone de manière anonyme.

Dans le cadre de cette étude à laquelle nous vous proposons de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. À cette fin, les données vous concernant seront transmises au Promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte. Ces données seront identifiées par un numéro de code. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit de retrait, d'accès et de rectification concernant vos données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à leur transmission, qui est couverte par le secret professionnel. Ces droits s'exerceront auprès de la personne qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité. Enfin, sur votre demande, il vous sera possible de prendre connaissance des résultats globaux de l'étude une fois celle-ci terminée.

Vous êtes **libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans aucun préjudice pour vous-même ou vos proches**.

**Votre aide nous est très précieuse afin de comprendre les difficultés et problématiques spécifiques des personnes qui seront dans votre situation. Nous espérons ainsi fortement que cette étude contribuera à faire évoluer les modalités de prise en charge des patientes et de leur entourage.**

Krystel THAI  
Interne de psychiatrie  
 [Krystel.thai.etu@univ-lille.fr](mailto:Krystel.thai.etu@univ-lille.fr)

Emilie CONSTANT  
Psychologue  
 [emilie.constant@univ-lille3.fr](mailto:emilie.constant@univ-lille3.fr)

**Annexe 7 :** Fiche de consentement de contact et de participation

**CONSENTEMENT DE CONTACT**  
*A DESTINATION DE LA PARTICIPANTE*

**Je soussigné(e)** ..... accepte d'être contacté(e) par les investigateurs de l'étude concernant **le fonctionnement dyadique du couple dans les Troubles du Comportement Alimentaire.**

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise. J'ai conscience qu'en acceptant cette étude, j'accepte également que ma/mon conjoint(e) soit contacté(e) pour participer à l'étude concernant le couple.

J'autorise l'accès aux documents de mon dossier médical se rapportant à l'étude aux responsables de l'étude. À l'exception de ces personnes, mon anonymat sera préservé et les données recueillies resteront strictement confidentielles.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé conformément à la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification à tout moment et sans avoir à me justifier. Je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. L'enregistrement de l'entretien pourra être détruit sur simple demande de ma part. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

**J'autorise donc les responsables de l'étude à contacter ma/mon partenaire:**

**Nom et prénom :** .....

**Tél :** .....

Fait à .....,

le .....

*Nom et signature du proposant*

*Signature du participant*

## **Annexe 8** : Trame de l'entretien semi-dirigé

### Grille d'entretien

#### Etude DYALI – suite profils boulimique & anorexiques mixtes

##### Question initiale

Pouvez-vous me parler du trouble du comportement alimentaire, comment ça se passe pour vous ?

##### Relances à explorer avec chacun des partenaires

##### Vécu de la maladie et de la prise en charge

- Comment les troubles ont-ils débutés ?
- Selon vous, comment votre partenaire vit la maladie ?
- Quand vous entendez votre conjoint exprimer cela, qu'est-ce que ça vous fait ? (est-ce représentatif de son vécu ? Quels sont vos ressentis émotionnels ?)
- Comment vivez-vous au quotidien avec la maladie en tant que couple ?
- Comment vivez-vous la prise en charge des TCA (suivis ambulatoires, hospitalisation)

##### Vécu des enfants

- Avez-vous des enfants ?
- Comment ça passe avec eux au quotidien ?

*Si le couple n'a pas d'enfant* : comment envisagez-vous la question de la maternité/paternité aujourd'hui ?

##### Les dimensions de la relation de couple

*A formuler en fonction du contexte d'apparition du trouble dans la relation conjugale :*

Si le trouble est apparu au cours de la relation :

- Selon vous, de quelle manière le trouble alimentaire a changé dans votre vie ? Ou, au contraire qu'est-ce qui explique le fait que tout est resté comme avant ? (i.e., impacts sur la vie familiale, sociale, professionnelle ; impacts des traitements et de la prise en charge sur le fonctionnement physique et psychique ; impacts identitaires)

Si le trouble était présent avant la relation :

- Comment vivez-vous le trouble alimentaire au niveau de votre couple ?
- Comment percevez-vous des changements ? (dans le quotidien, les activités, organisation, rôles)
- Pourriez-vous m'aider à comprendre ces changements avec un exemple récent ? Comment ces changements se manifestent concrètement dans votre quotidien ? Par exemple, qu'est-ce que vous faisiez avant, et que vous ne pouvez plus faire maintenant ? (ou inversement)
- Quelle place prend la maladie/les symptômes dans votre relation de couple ? Comment le vivez-vous ?
- Selon vous, comment votre partenaire vit la maladie au quotidien ?

##### • Communication

- Comment parlez-vous ensemble de la maladie ? (i.e., comment est-ce que vous parlez de vos difficultés à l'autre ? Comment l'autre réagit à cela, et qu'est-ce que vous ressentez quand il réagit comme ça ?)
- Comment vous impliquez-vous dans la maladie de votre moitié (adressé au partenaire) ? Comment le vivez-vous ?
- Et vous, comment vivez-vous cette implication ? (adressé à la patiente)
- Est-ce que c'est quelque chose qui crée des conflits/tensions au sein de votre couple ? C'est comment pour vous ?

- Pouvez m'expliquer ce dont il est plus facile ou plus difficile de parler ensemble ?
- Pouvez-vous me raconter la dernière fois où il y a eu un conflit entre vous ? Comment ça s'est passé ? Comment ça s'est réglé, qui revient vers l'autre ? Est-ce que vous avez le sentiment que le problème est résolu ou au contraire, que des tensions, rancœurs persistent ?

- **Intimité émotionnelle et physique**

- Comment êtes-vous proches tous les deux ? Comment l'intimité s'exprime aujourd'hui dans votre couple ? (i.e., tendresse, affection et sexualité)
- Comment vous savez que l'autre tient à vous ? Comment il vous le montre ?

- **Vécu d'attachement de l'enfance**

- Comment qualifieriez-vous votre relation à vos parents ?
- Quels souvenirs avez-vous de ceux-ci quand vous étiez petit(e) ?
- Enfant, vers qui vous tourniez-vous lorsque vous étiez en difficulté ?
- Comment ça se passait pour vos parents entre eux ? (e.g., comment est-ce qu'ils se disputaient, qui revenait vers l'autre ? est-ce qu'ils se montraient de l'affection ?)

- **Vie sociale, temps passé ensemble**

- Comment décririez-vous votre vie sociale en tant que couple ?
- Comment passez-vous du temps ensemble ?
- Comment la maladie a pu impacter votre vie sociale à tous les deux et comment vivez-vous cela ?

#### **L'avenir**

- Comment vous envisagez l'avenir ensemble ?
- Pouvez-vous me parler de vos inquiétudes ? Vos projets à deux (par rapport à la maison, par rapport à la gestion du quotidien, les projets d'enfants) ?
- Comment vous en parlez ensemble ?
- Comment la maladie bouleverse-t-elle certains de vos projets ?

#### **Représentations**

- Comment représenteriez-vous physiquement les TCA dans la pièce par rapport à vous ?

#### **Clôture de l'entretien**

- Pensez-vous que nous ayons fait le tour de la question ? Est-ce qu'il y a des choses qui n'ont pas été dites et que vous aimeriez partager ? Avez-vous des choses à rajouter ?
- Comment vous avez vécu cet entretien ?
- Qu'est-ce qui a été important, marquant pour vous ?

**Annexe 9 :** Trame de l'AAI

Adult Attachment Interview Questions and Goals

GOAL	QUESTION
<b>Goal: orientation to family</b>	Could you start by helping me get oriented to your early family situation, and where you lived and so on? If you could tell me where you were born, whether you moved around much, what your family did at various times for a living?
<b>Goal: assessing early relationship experiences (prompt five or earlier)</b>	I'd like you to try to describe your relationship with your parents as a young child if you could start from as far back as you can remember?
<b>Goal: assessment of the mother child bond</b>	Now I'd like to ask you to choose five adjectives or words that reflect your relationship with your mother starting from as far back as you can remember in early childhood--as early as you can go, but say, age 5 to 12 is fine. I know this may take a bit of time, so go ahead and think for a minute...then I'd like to ask you why you chose them. I'll write each one down as you give them to me.
<b>Goal: assessment of the father child bond</b>	Now I'd like to ask you to choose five adjectives or words that reflect your childhood relationship with your father, again starting from as far back as you can remember in early childhood--as early as you can go, but again say, age 5 to 12 is fine. I know this may take a bit of time, so go ahead and think again for a minute...then I'd like to ask you why you chose them. I'll write each one down as you give them to me. (Interviewer repeats with probes as above).
<b>Goal: help reflect further on the differences in the relationship between parents</b>	Now I wonder if you could tell me, to which parent did you feel the closest, and why? Why isn't there this feeling with the other parent?
<b>Goal: assess whether the attachment bond was safe to use the parents as a safe haven and how the parents responded.</b>	<p>When you were upset as a child, what would you do?</p> <p>When you were Upset emotionally when you were little, what would you do? (Wait for participant's reply).</p> <p>Can you think of a specific time that happened? Can you remember what would happen when you were hurt. physically? (Wait for participant's reply). Again, do any specific incidents (or, do any other incidents) come to mind?</p> <p>Were you ever M when you were little? (Wait for participant's reply). Do you remember what would happen?</p>

<p><b>Goal: assess for attachment injuries and loss of attachment figures</b></p>	<p>Did you ever feel rejected as a young child?</p> <p>Were your parents ever threatening with you in any way - maybe for discipline, or even jokingly?</p> <p>Did you experience the loss of a parent or other close loved one while you were a young child--for ex- ample, a sibling, or a close family member?</p> <p>Did you lose any other important persons during your childhood?</p> <p>Have you lost other close persons, in adult years?</p> <p>Other than any difficult experiences you've already described, have you had any other experiences which you should regard as potentially traumatic?</p>
<p><b>Goal: assess childhood attachment experiences on adult attachment behaviors and patterns</b></p>	<p>In general, how do you think your overall experiences with your parents have affected your adult per- sonality?</p> <p>Are there any aspects to your early experiences that you feel were a set-back in your development?</p>
<p><b>Goal : assess for any surrogate attachment figures</b></p>	<p>Were there any other adults with whom you were close, like parents, as a child?</p>
<p><b>Goal: assess changes in attachment relationship between childhood,</b></p>	<p>Now I'd like to ask you a few more questions about your relationship with your pants. Were there many changes in your relationship with your parents (or remaining parent) after childhood? We'll get to the</p>
<p><b>Goal: assess for attachment injuries and loss of attachment figures</b></p>	<p>Did you ever feel rejected as a young child?</p> <p>Were your parents ever threatening with you in any way - maybe for discipline, or even jokingly?</p> <p>Did you experience the loss of a parent or other close loved one while</p>

<https://emdrtherapyvolusia.com/wp-content/uploads/2016/12/Adult Attachment Questions and Goals.pdf>

**Annexe 10 :** Revised Adult Attachment Scale (1996), version diffusée par Nancy Collins, professeure au département de psychologie de l'université de Santa Barbara en Californie

Please read each of the following statements and rate the extent to which it describes your feelings about romantic relationships. Please think about all your relationships (past and present) and respond in terms of how you generally feel in these relationships. If you have never been involved in a romantic relationship, answer in terms of how you think you would feel.

Please use the scale below by placing a number between 1 and 5 in the space provided to the right of each statement.

		1-----2-----3-----4-----5	
		Not at all characteristic of me	Very characteristic of me
1)	I find it relatively easy to get close to people.		_____
2)	I find it difficult to allow myself to depend on others.		_____
3)	I often worry that romantic partners don't really love me.		_____
4)	I find that others are reluctant to get as close as I would like.		_____
5)	I am comfortable depending on others.		_____
6)	I <u>don't</u> worry about people getting too close to me.		_____
7)	I find that people are never there when you need them.		_____
8)	I am somewhat <u>un</u> comfortable being close to others.		_____
9)	I often worry that romantic partners won't want to stay with me.		_____
10)	When I show my feelings for others, I'm afraid they will not feel the same about me.		_____
11)	I often wonder whether romantic partners really care about me.		_____
12)	I am comfortable developing close relationships with others.		_____
13)	I am <u>un</u> comfortable when anyone gets too emotionally close to me.		_____
14)	I know that people will be there when I need them.		_____
15)	I want to get close to people, but I worry about being hurt.		_____
16)	I find it difficult to trust others completely.		_____
17)	Romantic partners often want me to be emotionally closer than I feel comfortable being.		_____
18)	I am not sure that I can always depend on people to be there when I need them.		_____

### Scoring Instructions for the Revised Adult Attachment Scale

This scale contains three subscales, each composed of six items. The three subscales are CLOSE, DEPEND, and ANXIETY. The CLOSE scale measures the extent to which a person is comfortable with closeness and intimacy. The DEPEND scale measures the extent to which a person feels he/she can depend on others to be available when needed. The ANXIETY subscale measures the extent to which a person is worried about being rejected or unloved.

#### Original Scoring Instructions:

Average the ratings for the six items that compose each subscale as indicated below.

<u>Scale</u>	<u>Items</u>					
CLOSE	1	6	8*	12	13*	17*
DEPEND	2*	5	7*	14	16*	18*
ANXIETY	3	4	9	10	11	15

\* Items with an asterisk should be reverse scored before computing the subscale mean.

#### Alternative Scoring:

If you would like to compute only *two* attachment dimensions – attachment *anxiety* (model of self) and attachment *avoidance* (model of other) – you can use the following scoring procedure:

<u>Scale</u>	<u>Items</u>													
ANXIETY	3	4	9	10	11	15								
AVOID			1*	2	5*	6*	7	8	12*	13	14*	16	17	18

\* Items with an asterisk should be reverse scored before computing the subscale mean.

#### Cronbach's alpha coefficient in 3 samples of undergraduates:

<u><i>n</i></u>	<u><i>Close</i></u>	<u><i>Depend</i></u>	<u><i>Anxiety</i></u>
173	.81	.78	.85
130	.80	.78	.85
100	.82	.80	.83

## SPSS COMMANDS FOR CREATING FOUR ATTACHMENTS STYLES USING THE REVISED ADULT ATTACHMENT SCALE

The following SPSS commands will create Bartholomew's (1990) four attachment styles (secure, preoccupied, fearful, dismissing) based on scores on the three attachment dimensions (close, depend, anxiety). Please note that, at present, this method is quite exploratory and, in general, ***I do not recommend it*** (please see my note below). I have defined the styles in terms of theoretically expected profiles along the dimensions. For example, a secure person should score high on the close and depend dimensions, and low on the anxiety dimension. I define a "high" score as being above the midpoint on a 5-point scale, and a low score as below the midpoint. (Please note that this is NOT the same as performing a median split.) However, what this means is that individuals who score at the midpoint will be excluded from the sample. On the one hand, this method provides a more clear assessment of attachment style because we exclude individuals who appear to fall on the boundary of more than one style, or who don't clearly belong to any style. On the other hand, this is problematic because we lose important data points, and we have to worry whenever we remove any subjects from our sample. At present, we have used this procedure in only a handful of samples but we are finding that we lose about 7% of our sample. We are continuing to explore the validity of this method of scoring and we suggest that it be used with caution, and only in conjunction with the continuous measures that include the entire sample.

\*\*\*\*\* *Reverse code the appropriate items* \*\*\*\*\*.

```
RECODE      AT8 AT13 AT17 AT2 AT7 AT16 AT18
            (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)
            INTO AT8R AT13R AT17R AT2R AT7R AT16R AT18R.
```

\*\*\*\* *Compute the three attachment dimensions* \*\*\*\*.

```
COMPUTE     CLOSE = MEAN (AT1, AT6, AT8R, AT12, AT13R, AT17R).
COMPUTE     DEPEND = MEAN (AT2R, AT5, AT7R, AT14, AT16R, AT18R).
COMPUTE     ANXIETY = MEAN (AT3, AT4, AT9, AT10, AT11, AT15).
```

\*\*\*\* *Combine the CLOSE and DEPEND dimensions into a single composite* \*\*\*\*.

```
COMPUTE     CLOSDEP = MEAN(CLOSE,DEPEND).
```

\*\*\* *Compute an attachment style variable by using cutoff scores above/below the midpoint* \*\*\*\*.

```
IF          (CLOSDEP GT 3)   AND  (ANXIETY LT 3)   STYLE = 1.
IF          (CLOSDEP GT 3)   AND  (ANXIETY GT 3)   STYLE = 2.
IF          (CLOSDEP LT 3)   AND  (ANXIETY LT 3)   STYLE = 3.
IF          (CLOSDEP LT 3)   AND  (ANXIETY GT 3)   STYLE = 4.
```

***An important note on data analysis:*** Although researchers often want to assign respondents to attachment style categories, a more appropriate statistical procedure is to conduct regression analyses using the *continuous* attachment dimensions and then, if desired, plot the predicted values corresponding to each of the four attachment prototypes. In this type of analysis, the Close and Depend dimensions of the AAS can be averaged (and then reverse scored) to form an overall index of attachment-related *avoidance*, and the Anxiety dimension of the AAS can be used as an index of attachment-related *anxiety*. The predicted means corresponding to each of the four attachment prototypes can then be easily plotted. For example, the mean for "secure" individuals can be obtained by computing the predicted value (of your dependent variable) at 1 standard deviation (SD) below the mean on Anxiety and 1 SD below the mean on Avoidance. Likewise, the predicted mean for "preoccupied" is obtained by computing the predicted value at 1 SD above the mean on anxiety and 1 SD below the mean on avoidance. Please see Collins & Feeney (2004) for an example of this procedure.

```
VALUE LABELS      STYLE 1 'SECURE' 2 'PREOCC' 3 'DISMISS' 4 'FEARFUL'
```

**AUTEURE : Nom : THAI**

**Prénom : Krystel**

**Date de soutenance :** mardi 3 octobre 2023

**Titre de la thèse :** Vécu des couples face aux TCA de type boulimique et anorexique mixte : une étude des représentations

**Thèse - Médecine - Lille « 2023 »**

**Cadre de classement :** *Médecine*

**DES + FST/option :** *DES de Psychiatrie – Option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

**Mots-clés :** TCA, boulimie, anorexie mixte, couple, dyadique

**Résumé :** Si l'apparition des TCA survient principalement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, les professionnels de santé observent une demande croissante de prise en charge de la part d'adultes d'âge moyen ou avancé, parfois en couple et certains ayant des enfants. Alors que les projets de soins se sont particulièrement attelés à accompagner le noyau familial incluant les parents et la fratrie, peu d'outils à destinations des patients et de leurs conjoints sont recommandés actuellement, l'unité du couple étant été exploré dans une moindre mesure. C'est dans ce contexte que s'est posée la question du vécu des couples face à cette maladie.

Cette IPA, intégrée au projet de recherche DYALI mené par l'université de Lille, a pu recueillir le témoignage de cinq couples, dont l'un des membres fait face à un TCA de type boulimique ou anorexique mixte, et d'analyser leur fonctionnement dyadique.

L'analyse des retranscriptions de chaque entretien a pu mettre en évidence quatre thèmes communs depuis le rapport au physique du partenaire, en passant par la perception des TCA par ce dernier et ses stratégies d'adaptation, aux conséquences sur l'intimité. Dans ce travail, avec toutes les limites qu'il comprend, on interprète que l'abord de l'aspect physique des patientes est un sujet délicat, dont l'absence de commentaire non-sollicité à ce sujet paraît aider. Les TCA sont identifiés comme une entité tierce faisant obstacle à la relation. Les stratégies d'adaptation des partenaires varient selon les couples et peuvent évoluer avec l'accompagnement des soignants vers un soutien décisif. Enfin l'appauvrissement de la vie sexuelle du couple paraît être une problématique fréquemment rencontrée mais peu abordée entre les partenaires.

Ces résultats constituent une étape préliminaire dans le projet de recherche DYALI, une étude qui gagnerait à être poursuivie et mise en perspective avec les autres profils de TCA explorés.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Assesseure : Madame le Docteur Claire JOUBERT DE LA MOTTE**

**Directeurs de thèse :**

**Monsieur le Professeur Vincent DODIN**

**Monsieur le Professeur Pascal ANTOINE**