

ÉTUDE DE CAS D'UNE JEUNE ORTHOREXIQUE CASE STUDY OF A YOUNG ORTHOREXIC

Isabelle Thibault, Robert Pauzé, Eric Lavoie, Caroline Pesant, Carmen Beauregard, Lisbeth Caron, Marjolaine Fortier and Marie Mercier

Volume 37, Number 1, 2016

LES TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE
EATING DISORDERS

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1040102ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1040102ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Thibault, I., Pauzé, R., Lavoie, E., Pesant, C., Beauregard, C., Caron, L., Fortier, M. & Mercier, M. (2016). ÉTUDE DE CAS D'UNE JEUNE ORTHOREXIQUE. *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 27–38. <https://doi.org/10.7202/1040102ar>

Article abstract

Orthorexia symptomatology is an increasing object of interest, but this disorder and its associated characteristics remain sparsely circumscribed. This case story is about an adolescent girl and aims to better define orthorexia characteristics, as well as try to distinguish them from those of anorexia. According to the evaluation results, the adolescent believes she has lost too much weight and wishes to regain some. She is extremely concerned about health issues and presents obsessive features expressed by her eating or physical exercise behavior. The personal, social and family functioning are affected by the disorder.

ÉTUDE DE CAS D'UNE JEUNE ORTHOREXIQUE

CASE STUDY OF A YOUNG ORTHOREXIC

Isabelle Thibault¹

Université de Sherbrooke

Robert Pausé

Université Laval

Eric Lavoie

*Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Caroline Pesant

*Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Carmen Beauregard

*Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Lisbeth Caron

*Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Marjolaine Fortier

*Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Marie Mercier

*Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

INTRODUCTION

Le *DSM-5* (APA, 2013) fait état de plusieurs troubles de l'alimentation, dont l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Ces troubles sont principalement caractérisés par des préoccupations importantes relatives à la quantité de nourriture ingérée et par l'influence déterminante de l'apparence du corps sur l'estime de soi (APA, 2013). Selon Mathieu (2005), de nombreux spécialistes dans le domaine des troubles alimentaires mentionnent un nouveau trouble de l'alimentation : l'orthorexie. Le terme orthorexie résulte de la combinaison du mot « ortho », qui signifie valide, correct, normal, droit, et du mot « orexie » qui réfère à l'appétit, la faim (Brytek-Matera, 2012). Ce trouble semble s'inscrire dans une problématique sociétale : l'obésité est en augmentation constante, ses impacts sur la santé sont bien documentés et, parallèlement à cela, les pressions sociales relatives à la minceur, à l'importance d'être en santé et, par conséquent, à l'importance de contrôler son alimentation gagnent en importance (Bağcı Bosı, Çamur et Güler, 2007; Varga, Dukay-Szabó, Túry et van Furth, 2013).

L'orthorexie fait référence aux individus qui sont excessivement préoccupés par l'ingestion d'une nourriture saine et le rejet systématique des aliments perçus comme malsains. La santé et la qualité des aliments consommés sont au cœur de leurs préoccupations (Brytek-Matera, 2012; Mathieu, 2005). Ces personnes développent des attitudes particulières relativement à l'alimentation et à la préparation des repas. Elles peuvent exclure certaines catégories d'aliments (p. ex., aliments cuisinés avec des

1. Adresse de correspondance : Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, 2500, boul. de l'Université, Sherbrooke (QC), J1K 2R1. Téléphone : 819.821.8000 poste 62216. Courriel : isabelle.thibault@usherbrooke.ca

ustensiles en aluminium, aliments comprenant du sucre raffiné), car elles sont jugées dommageables pour la santé. Ces considérations sont principalement basées sur le jugement personnel de la personne orthorexique et ne reposent pas toujours sur des bases scientifiques solides (Bağcı Bosi *et al.*, 2007; Varga *et al.*, 2013). Ces personnes peuvent adhérer à des courants dans le domaine alimentaire (p. ex., diète macrobiotique, alimentation biologique, etc.) et certains experts suggèrent que plus les diètes sont complexes, plus les personnes orthorexiques sont susceptibles de les suivre (Mathieu, 2005). L'orthorexie ne fait pas partie des classifications officielles présentées dans le *DSM-5* (APA, 2013) ou la *CIM 10* (OMS, 2008). Certains chercheurs proposent des critères diagnostiques en se basant sur leur expérience clinique : 1. Présence d'une préoccupation importante pour l'alimentation saine conduisant à l'évitement de toute nourriture ne correspondant pas aux critères personnels de la personne; 2. Préoccupation inhabituelle relative à la santé; 3. Détresse significative ou impacts significatifs de la diète dans les sphères importantes de fonctionnement (socialisation, travail, etc.); 4. Perte de poids ou dénutrition secondaire au régime alimentaire adopté; 5. Les symptômes ne sont pas associés à un autre problème de santé mentale (Varga *et al.*, 2013).

L'orthorexie présente des similitudes avec l'anorexie mentale. L'alimentation occupe une place centrale dans la vie des personnes présentant l'un ou l'autre de ces troubles. Comme pour les personnes présentant une anorexie, les personnes orthorexiques tireraient une grande satisfaction du contrôle alimentaire exercé (Bağcı Bosi *et al.*, 2007; Brytek-Matera, 2012; Mathieu, 2005). Les manifestations cliniques de ces deux troubles ont également en commun la satisfaction liée au fait de suivre des règles alimentaires strictes ou rigides (APA, 2013; Mathieu, 2005). Le désir de perfection occupe aussi une place importante dans les deux troubles (Brytek-Matera, 2012). L'orthorexie apparaît comme une réponse aux pressions de la société. Cependant, contrairement aux pressions sociales pour la minceur qui sont associées à l'anorexie mentale, l'orthorexie serait liée aux perceptions positives généralement attribuées aux personnes qui ont une alimentation saine et un corps parfait (Bağcı Bosi *et al.*, 2007; Mathieu, 2005).

L'orthorexie, tout comme les autres troubles alimentaires (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique), est associée à des difficultés personnelles, notamment des difficultés dans la gestion des émotions, la présence de pensées obsessionnelles et l'isolement social (Bağcı Bosi *et al.*, 2007; Brytek-Matera, 2012; Mathieu, 2005; Segura-García *et al.*, 2012; Varga *et al.*, 2013). En fait, pour ces personnes, l'alimentation devient plus importante que les relations interpersonnelles, le travail ou les valeurs personnelles. Ces impacts d'ordre psychologique et social altèrent le

fonctionnement général des personnes orthorexiques et permettent de distinguer l'orthorexie d'un mode de vie basé sur une saine alimentation (Brytek-Matera, 2012).

La principale distinction entre l'anorexie mentale et l'orthorexie se situe au niveau de la perte de poids, car ce thème n'est pas central dans l'orthorexie (Mathieu, 2005). Certaines personnes orthorexiques présentent une perte de poids secondaire à la diète adoptée, mais cette perte de poids n'est pas nécessairement souhaitée (Brytek-Matera, 2012). Néanmoins, la diète adoptée peut priver le corps d'importants nutriments, ce qui entraîne des conséquences importantes sur le plan de la santé (Bağci Bosi *et al.*, 2007). De plus, l'anorexie mentale comporte un envahissement de la pensée pour les questions relatives au poids, la forme du corps ainsi qu'une influence déterminante du poids sur l'estime personnelle. Ces dimensions sont absentes dans l'orthorexie. Alors que l'anorexie mentale affecte des femmes dans 90 % des cas (APA, 2013), la prépondérance féminine de l'orthorexie n'apparaît pas aussi clairement (Varga *et al.*, 2013).

Une étude de prévalence auprès de la population générale établit la proportion de personnes orthorexiques à 6,9 % (Varga *et al.*, 2013). Des prévalences plus importantes sont rapportées pour les personnes œuvrant dans le domaine médical ou sportif. Près de 46 % des résidents en médecine d'une étude menée en Turquie présentaient des comportements typiques de l'orthorexie (Bağci Bosi *et al.*, 2007) et, comparativement à la population générale, une proportion significativement plus importante d'athlètes présenteraient des comportements typiques de l'orthorexie ($p = 0,003$) (Segura-García *et al.*, 2012). Ces données de prévalence doivent être interprétées avec prudence, car les critères utilisés pour déterminer la présence d'orthorexie ne réfèrent pas à une définition acceptée par la communauté scientifique. Le fait qu'aucun critère diagnostique validé ne soit disponible complexifie l'étude du phénomène (Brytek-Matera, 2012).

Les dimensions psychologiques, familiales et sociales associées à l'orthorexie demeurent peu documentées. Quelques études se sont attardées au genre, à l'indice de masse corporelle, à la présence de trouble obsessionnel-compulsif, à la profession et au statut socio-économique des personnes qui en souffrent, mais les résultats sont parfois contradictoires et ne permettent pas d'établir de tendance claire (Varga *et al.*, 2013). Encore une fois, l'absence de critères clairement établis complique l'étude des facteurs associés. C'est dans le but de contribuer au développement des connaissances dans ce domaine que nous proposons l'étude de cas d'une adolescente de 16 ans. Cette étude de cas vise à décrire la situation personnelle, familiale et sociale de cette adolescente.

Dans un second temps, les résultats concernant le fonctionnement de cette jeune seront discutés à la lumière des écrits scientifiques sur le sujet.

MÉTHODE

Cette étude de cas concerne une jeune de 16 ans ayant reçu des services dans un Centre hospitalier universitaire (CHU) du Québec. Cette adolescente et ses parents ont donné leur consentement pour que les données colligées auprès d'eux soient utilisées à des fins de recherche. Afin de respecter l'anonymat, certaines informations relatives à l'histoire développementale de cette adolescente ne peuvent être dévoilées.

Le protocole d'évaluation adopté par ce CHU est le suivant. Lors du premier rendez-vous, un pédiatre spécialisé en troubles alimentaires pose le diagnostic approprié. Il procède aussi à l'évaluation médicale de l'adolescente (poids, taille, signes vitaux). La jeune et ses parents remplissent une série de questionnaires en accord avec le protocole de soins du milieu. La passation des questionnaires demande approximativement 90 minutes aux adolescents et 45 minutes aux parents. Dans la présente étude de cas seront présentés les résultats des principaux questionnaires de ce protocole d'évaluation : l'*Eating Disorder Inventory-3 – EDI-3* (Garner, 2004), le *Beck Depression Inventory – BDI II* (Beck, Steer, & Brown, 1996), le *Temperament and Character Inventory – TCI* (Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994), le *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – FACES* (Olson, Gorall, & Tiesel, 2006) et la Carte de réseau (Desmarais, Blanchet, & Mayer, 1982).

L'*EDI-3* (Garner, 2004) est un questionnaire composé de 91 items auxquels la jeune répond à l'aide d'un Likert en 6 points variant de « 1-Toujours » à « 6-Jamais ». Les dimensions évaluées par ce questionnaire sont la gravité des troubles alimentaires (recherche de minceur, comportements boulimiques, insatisfaction corporelle) et les traits psychologiques les plus fortement associés aux troubles alimentaires (faible estime de soi, aliénation personnelle, insécurité interpersonnelle, aliénation interpersonnelle, déficit d'introspection, manque de régulation émotionnelle, perfectionnisme, ascétisme, peur de la maturité). En ce qui concerne les qualités psychométriques de l'*EDI-3* (Garner, 2004), les corrélations avec la version précédente du questionnaire (*EDI-2*, Garner, 1991) sont satisfaisantes (varient entre 0,71 et 0,99), ce qui confirme l'équivalence des versions. Pour ce qui est de la validité convergente et divergente, les corrélations entre l'*EDI-3* (Garner, 2004) et plusieurs autres questionnaires sont conformes à ce qui est attendu : les corrélations sont élevées (0,60 et plus) lorsque les construits mesurés sont similaires et faibles (moins de 0,60) lorsque les construits sont distincts. La cohérence interne est satisfaisante : le coefficient alpha de Cronbach varie entre 0,80 et 0,96 pour toutes les échelles. La fidélité test-retest, délai maximal de

sept jours, est excellente, les coefficients de corrélation variant de 0,86 à 0,98 selon les échelles (Garner, 2004).

Le *BDI II* (Beck *et al.*, 1996), rempli par la jeune, permet d'évaluer la présence et l'intensité des sentiments dépressifs. Il est constitué de 21 items comportant quatre affirmations ordonnées selon la gravité des symptômes. Pour chacun des items, les participants doivent choisir l'énoncé qui les représente le mieux. Les items du *BDI II* (Beck *et al.*, 1996) sont basés sur les critères diagnostiques de la dépression du *DSM-IV* (APA, 1994), ce qui confère au questionnaire une excellente validité de contenu. Sa sensibilité et sa spécificité ont été estimées respectivement à 71 % et 88 %, en comparaison à la première version du questionnaire (Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998). Les validités convergente et divergente du *BDI II* (Beck *et al.*, 1996) ont été confirmées par des corrélations significatives ($p \leq 0,05$) avec d'autres instruments de mesure portant sur des variables apparentées ou distinctes de la dépression. La cohérence interne du questionnaire est supérieure à 0,90 et sa fidélité test-retest est de 0,93 (intervalle d'une semaine) (Beck *et al.*, 1996; Dozois *et al.*, 1998; Osman, Downs, Barrios, Kooper, Gutierrez, & Chiro, 1997).

Le *TCI* (Cloninger *et al.*, 1994) rempli par la jeune porte sur sept dimensions fondamentales du tempérament et du caractère. Seuls les items concernant le tempérament ont été complétés par la jeune. L'instrument est donc composé de 115 énoncés auxquels le jeune doit répondre par « Vrai » ou « Faux » selon qu'ils correspondent ou non à sa façon d'agir ou de penser. Le tempérament réfère aux réponses automatiques émotionnelles relativement à l'expérience qui sont modérément héritables et stables tout au long de la vie. Au niveau de ses caractéristiques psychométriques, les auteurs indiquent des alphas de Cronbach satisfaisants dans quatre échantillons (population, patients à l'interne, étudiants au collège et patients à l'externe) pour le tempérament seulement. Au niveau de la corrélation test-retest (intervalle de 6 mois), les coefficients varient de 0,51 à 0,79, ce qui est satisfaisant (Cloninger *et al.*, 1994).

Le *FACES* (Olson *et al.*, 2006), rempli par les parents et la jeune, permet d'obtenir un portrait du fonctionnement familial. Les 62 items du questionnaire permettent d'évaluer la cohésion et la flexibilité familiale ainsi que la qualité de la communication et la satisfaction concernant le fonctionnement familial. La validité convergente de l'instrument a été démontrée par la corrélation élevée du questionnaire avec d'autres instruments qui mesurent des construits apparentés (Franklin, Streeter, & Springer, 2001). Au niveau de la capacité de l'instrument pour discriminer les familles problématiques de celles sans difficulté, le *FACES-IV* (Olson *et al.*, 2006) a permis d'identifier correctement de 55 % à 94 % des

participants. La cohérence interne de l'instrument varie de 0,77 à 0,92 (alphas de Cronbach) selon les variables (Olson *et al.*, 2006).

La Carte de réseau, complétée par la jeune et développée par l'équipe d'intervention du Centre hospitalier Douglas (Desmarais *et al.*, 1982), permet d'évaluer la densité du réseau social de soutien. Le jeune indique sur cette carte les personnes qu'il aime bien, de qui il se sent apprécié et sur qui il peut compter en cas de besoin. Les informations colligées à l'aide de cette carte permettent d'avoir un aperçu de la densité du réseau de soutien (nombre de personnes sur qui il peut compter), la diversité du réseau (nombre de catégories représentées) et les caractéristiques des personnes identifiées (membres de la famille et de la parenté, ami(e)s, compagnons de loisir, entraîneurs et professeurs et si ces personnes ont 18 ans et plus ou non) (Desmarais *et al.*, 1982).

RÉSULTATS

L'adolescente, âgée de 16 ans au moment de son admission dans le programme de soins, est l'aînée d'une famille nucléaire de deux enfants. Cette famille a connu une grande stabilité au cours de son histoire. Elle a vécu un seul déménagement depuis la naissance de la jeune et cette dernière a changé d'école à une seule reprise, soit lors du passage du primaire au secondaire. Tout au long de son primaire, cette jeune a fréquenté un milieu scolaire de taille restreinte et a toujours été dans le même groupe-classe. Elle a fréquenté le même groupe composé d'une vingtaine d'enfants de la maternelle à la sixième année.

Lors de l'évaluation initiale par le pédiatre (évaluation réalisée avant la parution du *DSM-5* en 2013), la jeune répond aux critères diagnostiques de l'anorexie mentale du *DSM-IV* (APA, 2003). Les critères sont : 1. refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal; 2. peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale; 3. distorsion de l'image corporelle ou influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ou déni de la gravité de la maigreur; 4. aménorrhée (APA, 2003; 2009). Elle pèse 46,1 kg et mesure 1,61 mètre. Son IMC est de 17,75 kg/m², ce qui correspond à une gravité modérée selon les balises proposées par le *DSM-5* (APA, 2013). Malgré ce diagnostic initial d'anorexie mentale, la prise en charge a révélé des manifestations atypiques de l'anorexie mentale, ce qui a amené les intervenants à questionner le diagnostic et à considérer que cette adolescente présentait davantage une orthorexie plutôt qu'une anorexie mentale. Les sections suivantes visent à présenter ces traits atypiques ainsi que les caractéristiques psychologiques, familiales et sociales de cette adolescente.

Comportements atypiques de l'adolescente

Les informations présentées ici sont tirées d'entrevues réalisées avec la jeune et avec ses parents. La jeune présente certains comportements atypiques de l'anorexie mentale. Ainsi, au lieu de vouloir perdre du poids à l'instar des personnes anorexiques, elle souhaite peser 52 kg, soit près de 6 kg de plus que son poids actuel. Elle explique que la perte de poids n'était pas souhaitée et qu'elle est plutôt secondaire à la diète alimentaire adoptée. Celle-ci, combinée à l'exercice physique, visait le développement de la masse musculaire, l'amélioration de la santé ainsi que la diminution de la masse grasseuse. L'adolescente est très préoccupée par son apparence physique : elle dit souhaiter que ses muscles soient bien définis, notamment au niveau abdominal. Elle passe donc plusieurs heures par jour à effectuer des routines d'exercices complexes, lesquelles alternent entre la marche et une multitude d'exercices de musculation. Ces routines très ritualisées occupent une partie importante de son temps libre. Lorsqu'elle a l'impression que les séquences de ses routines ne sont pas parfaitement respectées, elle explique les reprendre du début jusqu'à satisfaction. Ces routines sont effectuées tôt le matin à la maison, mais aussi au cours de la journée à l'école. Elle profite souvent des récréations pour effectuer de la marche rapide, seule. La jeune se rend également plusieurs fois par semaine au gymnase pour faire de la musculation. Elle se documente sur l'exercice physique et sur la saine alimentation. Plutôt que d'effectuer des restrictions alimentaires importantes, la jeune présente une alimentation saine à l'excès. De l'avis des parents, les portions alimentaires de la jeune sont importantes et minutieusement contrôlées. Elle accorde une grande importance à l'apport en protéines et consomme beaucoup de noix ou de graines. Ses repas sont aussi consommés à des heures précises et elle ne déroge jamais de sa routine. Par exemple, si les rendez-vous médicaux ont lieu à l'heure de sa collation elle n'hésite pas à manger pendant la rencontre avec le pédiatre, ce qui est très atypique d'une jeune ayant reçu un diagnostic d'anorexie mentale. La jeune présente une peur très importante et envahissante à l'idée de changer ses habitudes alimentaires, car elle craint que cela entrave le contrôle de son apparence physique et nuise à sa santé. Cette conduite alimentaire rigide s'apparente aux conduites observées chez les orthorexiques dans les études recensées (Bağcı Bosi *et al.*, 2007; Brytek-Matera, 2012; Mathieu, 2005; Varga *et al.*, 2013). Ces conduites semblent être le fait de traits obsessionnels important chez cette adolescente, élément soutenu par les résultats aux questionnaires (*TCI*, Cloninger *et al.*, 1994). Le désir de prendre du poids, la perte de poids non désirée, les portions alimentaires importantes et le contrôle alimentaire effectué dans le but d'améliorer la santé sont cohérents avec les critères diagnostiques proposés par Varga et ses collaborateurs (2013)

Dans les faits, le score faible obtenu à l'échelle recherche de nouveauté (*TCI*, Cloninger *et al.*, 1994) indique que cette adolescente est peu curieuse, stoïque, réfléchie, systématique et ordonnée, préfère demeurer dans les situations ou routines familiales, est conformiste et présente un grand sens du contrôle. Les résultats obtenus décrivent aussi une personne qui a tendance à être inquiète, anxieuse, tolérant mal l'incertitude, ayant du mal à s'adapter aux changements de routine. Dans le même ordre d'idées, le score relativement élevé obtenu à l'échelle perfectionnisme de l'*EDI-3* (Garner, 2004) reflète une tendance à avoir des exigences élevées pour atteindre de très hauts standards au niveau de la performance. Un échec à rencontrer ces exigences est associé à une autocritique sévère. Un tel score reflète également un besoin d'être la meilleure dans tout et d'éviter de décevoir les autres, comme les parents ou les professeurs. Enfin, le score élevé à l'échelle ascétisme de l'*EDI-3* (Garner, 2004) reflète une tendance significative à rechercher la vertu à travers la poursuite d'idéaux spirituels tels que l'autodiscipline, l'abnégation, la retenue, le sacrifice de soi et le contrôle de ses envies (désirs) physiques. Un tel score reflète aussi une très forte tendance à valoriser l'atteinte de la vertu à travers la retenue et à vivre de la honte et de la culpabilité entourant les expériences de plaisir.

Rendement scolaire et insertion sociale

En plus des longues heures passées à l'entraînement, la jeune rapporte passer plusieurs heures par jour à étudier. Elle est exceptionnellement performante sur le plan scolaire et obtient des moyennes supérieures à 95 % dans toutes les matières (mathématiques, français, chimie, physique, etc.) alors qu'elle est en secondaire 5. Ses temps libres sont occupés par l'exercice ou l'étude. La jeune mentionne ne pas fréquenter d'amis les soirs de semaine et les week-ends. Les données colligées à l'aide de la carte de réseau (Desmarais *et al.*, 1982) indiquent que cette jeune peut compter sur un réseau peu dense selon le concepteur de l'outil (réseau composé de huit personnes, soit les membres de sa famille, un ami, trois enseignants ou entraîneurs et un intervenant). Cette adolescente reconnaît ne pas être victime de rejet ou d'exclusion sociale et est généralement bien acceptée par ses pairs. De plus, elle dit ne pas vivre de détresse quant à son isolement social et ne souhaite pas modifier sa situation sociale.

Son manque d'intérêt pour les relations sociales se reflète dans les résultats obtenus par divers questionnaires. Le faible score obtenu par la jeune à l'échelle dépendance à la récompense du questionnaire *TCI* (Cloninger *et al.*, 1994) désigne une personne peu portée vers les autres, qui initie très rarement les contacts, préfère garder ses distances et identifie rarement des affinités avec les autres. De même, les résultats obtenus à l'échelle insécurité interpersonnelle de l'*EDI-3* (Garner, 2004)

reflètent un inconfort, une appréhension et une réticence dans les situations sociales de même que des difficultés dans l'expression des pensées ou émotions aux autres, ce qui mène à un retrait ou un isolement social. Enfin, les résultats obtenus par la jeune à l'échelle aliénation interpersonnelle de l'*EDI-3* (Garner, 2004) indiquent un manque de confiance dans les relations et une tendance à se sentir coincé dans celles-ci. Cette tendance à l'isolement social est une caractéristique des conduites observées chez les personnes atteintes d'orthorexie dans les articles recensés (Bağcı Bosi *et al.*, 2007; Brytek-Matera, 2012; Mathieu, 2005; Segura-García *et al.*, 2012; Varga *et al.*, 2013).

Faible estime de soi et problèmes de régulation émotionnelle

Outre ses traits obsessionnels et son isolement social, cette adolescente présente des scores relativement élevés aux échelles faible estime de soi, déficit d'introspection et manque de régulation émotionnelle tel qu'évalué par l'*EDI-3* (Garner, 2004). Un score relativement élevé à l'échelle faible estime de soi reflète des sentiments significatifs d'insécurité personnelle, d'inadaptation, d'incompétence et une dévalorisation personnelle. Un score élevé à l'échelle déficit d'introspection indique un degré significatif de confusion lié à l'identification des émotions de même qu'une détresse relativement aux émotions intenses. Enfin, un score relativement élevé à l'échelle manque de régulation émotionnelle reflète un degré significatif d'instabilité de l'humeur, d'impulsivité, d'insouciance, de colère et d'autodestruction (Garner, 2004). Le résultat obtenu au *BDI II* (Beck *et al.*, 1996) indique la présence de sentiments dépressifs d'intensité moyenne.

Impact de la maladie sur le fonctionnement familial

Au plan familial, selon les résultats obtenus au *FACES* (Olson *et al.*, 2006), la jeune et ses deux parents reconnaissent que la cohésion et la flexibilité de leur famille sont de niveau acceptable. La communication familiale est perçue plus positivement par la jeune que par les parents. En outre, tous les répondants se disent insatisfaits du fonctionnement familial actuel. Ces résultats concernant la communication et la satisfaction familiale s'expliquent en bonne partie, selon les parents, par le fait que la pathologie de la jeune influence considérablement le climat familial et les interactions entre les membres de la famille. Cette observation va dans le sens des constats faits par Cook-Darzens (2002) chez plusieurs jeunes présentant un trouble alimentaire.

CONCLUSION

Cette histoire de cas permet de constater que cette adolescente présente à la fois des traits caractéristiques de l'anorexie mentale et de

l'orthorexie, ce qui permet de mettre en évidence la difficulté de bien les distinguer. En effet, cette adolescente satisfaisait tous les critères diagnostiques de l'anorexie mentale, mais aussi ceux relatifs à l'orthorexie proposés par Varga et ses collaborateurs (2013), soit la préoccupation excessive pour une saine alimentation, les préoccupations importantes pour l'état de santé, l'isolement social ainsi que la perte de poids.

Il appert que la principale distinction entre l'anorexie mentale et l'orthorexie semble se situer au niveau de l'objectif visé : perdre du poids de façon à obtenir un corps parfait selon la perception de la personne qui présente le trouble (anorexie mentale) *versus* avoir une alimentation parfaitement saine afin d'obtenir un corps et une santé exemplaire (orthorexie). Contrairement aux adolescentes atteintes d'anorexie, la jeune présentée dans cette histoire de cas ne cherche pas à perdre sans cesse du poids et ne refuse pas de s'alimenter. Au contraire, elle consomme de grandes quantités de nourriture, mais celle-ci doit respecter plusieurs critères et l'alimentation est très ritualisée. Cette alimentation vise à améliorer l'apparence physique afin d'obtenir un corps dont les muscles sont parfaitement dessinés. Cette préoccupation pour l'alimentation saine est le concept central de l'orthorexie. Dans cette histoire de cas, il s'agit de l'élément permettant d'identifier un problème d'orthorexie alors qu'au premier abord cette adolescente répondait aux critères d'anorexie mentale. Afin de bien distinguer les deux troubles, il apparaît essentiel de bien comprendre les préoccupations de la personne. Il s'avère toutefois ardu de bien comprendre les motivations derrière les diètes, car la plupart des personnes ayant un trouble alimentaire vont d'abord justifier leur diète avec un argumentaire relatif à la santé (Varga *et al.*, 2013). L'étude des facteurs prédisposants, précipitants et de maintien de la maladie peuvent permettre de mieux discerner les deux troubles.

Dans cette étude de cas, l'obsession pour la nourriture saine et la poursuite acharnée d'une image corporelle parfaite semblent être une réponse à des difficultés importantes sur le plan de l'insertion sociale, défi qui caractérise le passage à l'adolescence (facteurs précipitants). Il est probable que la grande stabilité du milieu familial et scolaire ait fait en sorte que cette jeune ait peu développé la capacité à s'adapter à de nouveaux milieux (facteurs prédisposants). Ces difficultés seraient nourries par certaines vulnérabilités tempéramentales et psychologiques : une forte dépendance à la récompense, de l'insécurité interpersonnelle et de l'aliénation interpersonnelle (facteurs prédisposants). La réponse adaptative à ces difficultés (avoir des résultats scolaires bien au-dessus de la moyenne, être irréprochable sur le plan de l'alimentation et s'entraîner de façon rigoureuse afin d'avoir un corps parfait, donc estimable par la jeune et les autres – facteurs précipitants) serait soutenue par certains traits tempéramentaux et psychologiques : une faible tendance concernant

la recherche de nouveauté ainsi qu'une forte tendance au perfectionnisme et à l'ascétisme (facteurs prédisposants). À ce sujet, certains chercheurs établissent un lien entre un tempérament obsessionnel et l'orthorexie ainsi qu'entre la présence d'orthorexie et une anxiété relative à l'apparence physique (Bağcı Bosi *et al.*, 2007; Mathieu, 2005; Varga *et al.*, 2013). Avec le temps, il semble qu'un glissement se soit opéré : les conduites de cette adolescente sont devenues de plus en plus rigides, ses rituels de plus en plus incontournables, son anxiété a augmenté et les problèmes familiaux ont émergé (facteurs de maintien).

En somme, la question du diagnostic différentiel apparaît centrale afin de mieux étudier et comprendre l'orthorexie compte tenu de la difficulté à poser un diagnostic. À ce jour, aucune étude ne s'est attardée à cette question (Varga *et al.*, 2013). Réaliser des études dans ce champ permettrait de mieux opérationnaliser les critères diagnostiques de l'orthorexie et de documenter la pertinence de distinguer l'orthorexie de l'anorexie. Cette question est primordiale pour mieux documenter la taxonomie de la maladie et ajuster l'intervention en conséquence (Moffitt, 1993). Toutefois, la grande proximité entre l'anorexie mentale et l'orthorexie expose l'importance de bien comprendre les motivations sous-jacentes à la diète, malgré le temps et les difficultés que cela implique.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association - APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV-TR*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA. (2009). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV-TR*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth edition*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Bağcı Bosi, A. T., Çamur, D., & Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661-666.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory BDI-II manual*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 55-60.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A Guide to its development and use*. St. Louis, MD : Washington University Press.
- Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique : Approche systémique intégrée*. Paris : Dunod.
- Desmarais, D., Blanchet, L., & Mayer, R. (1982). Modèle d'intervention en réseau au Québec. *Cahiers critiques en thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 4(5), 109-118.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory – II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89.
- Franklin, C., Streeter, C. L., & Springer, D. W. (2001). Validity of the FACES IV family assessment measure. *Research on Social Work Practice*, 11(5), 576-596.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources Inc.

Étude de cas d'une jeune orthorexique

- Garner, D. M. (2004). *Eating disorder inventory-3*. Lutz, FL : Psychological Assessment Resources Inc.
- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510-1512.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Olson, D. H., Gorall, D. M., & Tiesel, J. W. (2006). *FACES IV package-administration manual*. Minneapolis, MN : Life Innovations, Inc.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Genève : Organisation mondiale de la santé 2009.
- Osman, A., Downs, W. R., Barrios, F. X., Kooper, B. A., Gutierrez, P. M., & Chiro, C. E. (1997). Factor structure and psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory- II. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19(4), 359-376.
- Segura-García, C., Papaianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., et al. (2012). Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders*, 17(4), e226-e233.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 103-111.

RÉSUMÉ

La symptomatologie de l'orthorexie est de plus en plus objet d'intérêt, mais ce trouble et les caractéristiques associées demeurent peu circonscrits. Cette étude de cas portant sur une adolescente vise à mieux définir les caractéristiques de l'orthorexie et à tenter de les distinguer de celles de l'anorexie. Selon les données d'évaluation, cette adolescente estime avoir perdu trop de poids et souhaite en reprendre. Elle est excessivement préoccupée par les questions relatives à la santé et présente des traits obsessionnels se manifestant dans les conduites alimentaires ou l'exercice physique. Le fonctionnement personnel, social et familial est affecté par le trouble.

MOTS CLÉS

orthorexie, tempérament, environnement, famille, social, adolescente, étude de cas

ABSTRACT

Orthorexia symptomatology is an increasing object of interest, but this disorder and its associated characteristics remain sparsely circumscribed. This case story is about an adolescent girl and aims to better define orthorexia characteristics, as well as try to distinguish them from those of anorexia. According to the evaluation results, the adolescent believes she has lost too much weight and wishes to regain some. She is extremely concerned about health issues and presents obsessive features expressed by her eating or physical exercise behavior. The personal, social and family functioning are affected by the disorder.

KEYWORDS

orthorexia, eating disorder, family environment, social environment, adolescent girl, case study
