

Dr Renate Eiber*, Dr Ivan Berlin**

* Psychiatre, 16, chemin du Calquet, F-31100 Toulouse. Courriel : eiber.renate@wanadoo.fr

** Faculté de médecine, Université Paris VI, INSERM U 677/894, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Reçu septembre 2008, accepté novembre 2008

Troubles des conduites alimentaires et tabagisme chez les femmes

Résumé

Certaines fumeuses utilisent le tabagisme pour maîtriser leur poids. Il est concevable que des patientes ayant des troubles des conduites alimentaires (TCA) fument pour cette raison. Objectifs : décrire les caractéristiques du tabagisme chez les femmes ayant un TCA, dégager des différences en fonction du type de TCA et identifier les facteurs motivant le tabagisme dans cette population. Sujets et méthode : étude rétrospective recrutant 200 femmes diagnostiquées TCA selon les critères de la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10) ; recueil des données sociodémographiques, des caractéristiques tabagiques et évaluation de la dépendance tabagique par le questionnaire de Fagerström (FTND). Résultats : l'indice de masse corporelle (IMC) était identique chez les non-fumeuses avec TCA et les fumeuses avec TCA. Chez ces dernières, le score au FTND et la consommation journalière des cigarettes montraient une différence significative en fonction des sous-groupes de TCA. L'âge de la première cigarette fumée, celui du début du tabagisme quotidien et les raisons de fumer ne montraient pas de différences significatives entre les sous-groupes diagnostiques. Le tabagisme quotidien était plus fréquent parmi les boulimiques. Conclusion : notre travail n'a pas permis de montrer que le tabagisme est utilisé dans une stratégie de maîtrise du poids chez les femmes souffrant de TCA.

Mots-clés

Tabagisme – Trouble des conduites alimentaires – Maîtrise de poids.

L'effet anorexigène du tabac et/ou de la nicotine est bien connu. La sévérité de certains troubles des conduites alimentaires (TCA) semble associée au tabagisme. Inversement, les préoccupations alimentaires paraissent être accentuées chez les fumeurs (1). Le tabagisme est l'un des moyens le plus fréquemment évoqué

Summary

Eating disorders and smoking in women

Some women use smoking to control their weight. It is conceivable that some women with eating disorders (ED) may smoke for this reason. Objectives: to describe the characteristics of smoking in women with an ED, to identify differences as a function of the type of ED and to identify factors motivating smoking in this population. Subjects and method: retrospective study recruiting 200 women with ED diagnosed according to the criteria of the WHO International Classification of Diseases (ICD10); collection of sociodemographic data, smoking characteristics and evaluation of nicotine dependence by the Fagerström questionnaire (FTND). Results: body mass index (BMI) was identical in nonsmokers with ED and smokers with ED. In smokers with ED, the FTND score and daily cigarette consumption differed significantly as a function of ED subgroups. The age of the first cigarette, the age of onset of daily smoking and the reasons for smoking did not reveal any significant difference between diagnostic subgroups. Daily smoking was more frequent among bulimic women. Conclusion: this study demonstrated that smoking is used as part of a weight control strategy in women with ED.

Key words

Smoking – Eating disorders – Weight control.

pour contrôler le poids. Pour certains fumeurs, en particulier les fumeuses, le contrôle du poids motive la poursuite du tabagisme. Par ailleurs, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les personnes présentant un TCA que dans la population générale, et il semble exister des différences de prévalence du tabagisme en

fonction du type de TCA (2). Les objectifs de la présente étude étaient de décrire les caractéristiques du tabagisme et d'identifier les facteurs motivant celui-ci en fonction du type de TCA, et ce, dans le cadre d'une pratique clinique habituelle spécialisée dans la prise en charge des TCA.

Sujets et méthode

Entre 2003 et 2007, nous avons évalué 200 patientes consécutives se présentant pour un TCA à une consultation privée spécialisée dans ces troubles. Le diagnostic des TCA a été établi selon les critères de la Classification internationale des maladies, 10^{ème} édition (CIM 10) (3) permettant le diagnostic d'anorexie restrictive, d'anorexie-boulimie, de boulimie, d'hyperphagie et de frénésies alimentaires. Les patientes ont répondu à un questionnaire (annexe 1) conçu spécifiquement pour cette étude et évaluant, d'une part, les données sociodémographiques et, d'autre part, la présence ou l'absence de tabagisme, l'âge de la première cigarette, l'âge du début du tabagisme quotidien, les antécédents de tabagisme, la consommation tabagique, les motifs de la consommation, les tentatives antérieures de cessation de la consommation tabagique et les motifs des rechutes, ainsi que l'existence d'une addiction associée. La dépendance tabagique a été évaluée par le questionnaire de Fagerström (4).

Pour ce qui concerne l'analyse des données, les fréquences ont été comparées à l'aide du test du χ^2 . Les variables continues ont été comparées par le test de Kruskal-Wallis. Les indices de masse corporelle (IMC) ont été comparés à l'aide d'une analyse de variance multivariée avec pour facteurs les groupes diagnostiques et le statut tabagique. Une différence a été considérée significative si $p \leq 0,05$. Les données sont décrites par leur moyenne \pm écart type ou

par le nombre de patientes et les pourcentages. Les analyses statistiques ont été effectuées par le logiciel SPSS® version 11.5.

Résultats

76 % (n = 153) de l'échantillon correspondaient aux catégories diagnostiques de TCA : boulimie, hyperphagie et frénésie alimentaire (tableau I). Le niveau de scolarisation était similaire quel que soit le type de TCA. Il y avait significativement plus de femmes célibataires parmi les anorexiques, en lien avec une forte corrélation entre le statut matrimonial et l'âge ($r = 0,66$, $p < 0,0001$). Comme attendu, les anorexiques avaient un IMC significativement inférieur ($p < 0,0001$) aux boulimiques, hyperphages et femmes présentant une frénésie alimentaire. Il existe une différence significative pour l'âge entre les sous-groupes diagnostiques. 14 patientes de l'échantillon total rapportaient avoir consommé d'autres substances psychoactives (alcool et cannabis).

37 % (n = 74) des patientes rapportaient être fumeuses actuelles. L'IMC des fumeuses était de $26,04 \pm 10$ kg/m², celui des non-fumeuses de $28,12 \pm 10$ kg/m², la différence, ajustée sur l'âge, étant non significative. L'analyse de variance multivariée de l'IMC montrait qu'il existait un lien statistiquement significatif entre les différentes catégories de TCA et l'IMC ($p < 0,0001$), mais pas entre le statut tabagique et l'IMC ($p = 0,782$). La prévalence du tabagisme actuel (fumeuses quotidiennes et occasionnelles) était la plus faible parmi les hyperphages ; toutefois, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les sous-groupes diagnostiques de TCA ($\chi^2 = 7,2$, ddl = 5, $p = 0,2$). Le nombre de patientes évoquant un tabagisme quotidien – une mesure reflétant mieux l'imprégnation tabagique que la réponse catégorielle sur le statut taba-

Tableau I : Troubles des conduites alimentaires et prévalence du tabagisme de l'échantillon

Caractéristiques	Anorexie	Anorexie atypique	Anorexie-boulimie	Boulimie	Hyperphagie	Frénésie alimentaire (Binge eating)	Échantillon total
N	25	8	14	47	58	48	200
Âge	30,36 \pm 11,6	24,75 \pm 8,5	26,14 \pm 6,8	27,04 \pm 9,0	40,72 \pm 12,4	37,50 \pm 12,5	33,81 \pm 12,6
Scolarisation (an)	12,5 \pm 2,5	11,8 \pm 3,5	13,6 \pm 1,2	13,2 \pm 2,3	12,8 \pm 3,4	13 \pm 3,2	12,9 \pm 2,9
Statut matrimonial							
Célibataire	17 (68 %)	4 (50 %)	11 (79 %)	33 (70 %)	17 (29 %)	23 (48 %)	105 (52 %)
Mariée	6 (24 %)	3 (37 %)	2 (14 %)	11 (24 %)	30 (52 %)	19 (40 %)	71 (35 %)
Divorcée	2 (8 %)	1 (13 %)	1 (7 %)	2 (4 %)	9 (16 %)	4 (8 %)	19 (10 %)
Veuve	0	0	0	1 (2 %)	2 (3 %)	2 (4 %)	5 (3 %)
Indice de masse corporelle (kg/m ²)	15,92 \pm 1,9	21,11 \pm 2,4	15,8 \pm 2,0	22,46 \pm 3,8	34,65 \pm 8,8	33,63 \pm 8,5	27,33 \pm 10,1
Fumeuses quotidiennes et occasionnelles	13 (52 %)	3 (37 %)	5 (36 %)	22 (47 %)	16 (28 %)	15 (31 %)	74
Fumeuses quotidiennes	13 (52 %)	3 (37 %)	5 (36 %)	21 (45 %)	12 (21 %)	11 (23 %)	65

Annexe 1. – Questionnaire Tabac – Troubles des conduites alimentaires (TCA)

Date de passation Patient n° Type TCA
 Indice de masse corporelle – IMC Âge
 Fume actuellement Oui Non
 A arrêté de fumer depuis années
 Fume de temps en temps
 N'a jamais fumé

1 - Historique de la consommation

- âge de la première cigarette
 - âge de la consommation régulière

2 - Consommation actuelle

Journalière
 Si consommation irrégulière
 - les jours de la semaine
 - week-end

Raisons de fumer
 - envie forte de fumer s'il/elle ne fume pas
 - coupe-faim
 - contrôle de poids
 - contrôle envie pour le sucré
 - contrôle envie pour le salé
 - équilibre l'humeur
 - diminue l'anxiété
 - augmente performance intellectuelle
 - autres raisons

3 - Test de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?
 - dans les 5 minutes 3
 - de 6 à 30 minutes 2
 - de 31 à 60 minutes 1
 - après 60 minutes 0

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ?
 - oui 1
 - non 0

À quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?
 - la première 1
 - une autre 0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
 - 10 ou moins 0
 - 11 à 20 1
 - 21 à 30 2
 - 31 ou plus 3

Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?
 - oui 1
 - non 0

Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?
 - oui 1
 - non 0

4 - Sevrage

Essai d'arrêt sur la vie entière > 24 h
 Oui Non

Si oui : nombre d'essais
 Seul
 Avec aide Avec aide médicamenteuse

Si reprise : raison de la rechute
 - trop forte envie de fumer
 - problèmes d'humeur
 - problème d'anxiété
 - augmentation de l'appétit
 - envie forte de manger sucré
 - envie forte de manger salé
 - changement de poids Oui Non
 a) augmentation du poids Oui Non
 b) diminution du poids Oui Non
 - peur de la prise du poids Oui Non

5 - Intention d'arrêt dans les 6 mois

Oui Non

6 - Consommation d'autres toxiques

Alcool Oui Non
 Cannabis Oui Non
 Autres Oui Non
 Opiacés
 Cocaïne

7 - Données sociodémographiques

Origine ethnique
 - caucasien
 - noir
 - asiatique
 - nord-africain

Nombre d'années d'étude à partir de l'âge de 6 ans :

Profession :
 - sans
 - étudiant
 - salarié
 - libéral
 - chômeur

État matrimonial
 - célibataire
 - marié(e)
 - divorcé(e)
 - veuf(ve)

Tableau II : Caractéristiques tabagiques et raisons de fumer des fumeuses présentant un trouble des conduites alimentaires

Tabagisme	Anorexie	Anorexie atypique	Anorexie-boulimie	Boulimie	Hyperphagie	Frénésie alimentaire (Binge eating)
Questionnaire de Fagerström*	3,0 ± 2,8	0,5 ± 0,7	3,4 ± 2,2	2,7 ± 3,1	0,8 ± 1,4	3,7 ± 2,9
Âge de la 1 ^{ère} cigarette	14 ± 4	11 ± 4	15 ± 3	14 ± 4	16 ± 3	14 ± 5
Âge de la consommation régulière	17 ± 4	18 ± 2	16 ± 2	17 ± 3	18 ± 5	18 ± 4
Consommation journalière (cigarettes/j) *	12 ± 9	4 ± 3	12 ± 8	12 ± 8	6 ± 4	16 ± 5
Raisons de fumer :						
Envie de fumer	7 (19,4 %)	1 (2,8 %)	2 (5,6 %)	13 (36,1 %)	3 (8,3 %)	10 (27,8 %)
Coupe-faim	3 (13,6 %)	0	1 (4,5 %)	10 (45,5 %)	4 (18,2 %)	4 (18,2 %)
Contrôle du poids	3 (21,4 %)	0	2 (14,3 %)	4 (28,6 %)	3 (21,4 %)	2 (14,3 %)
Contrôle d'envie de sucre	1 (11,1 %)	0	1 (11,1 %)	4 (44,4 %)	2 (22,2 %)	1 (11,1 %)
Contrôle d'envie de salé	0	0	1 (50 %)	1 (50 %)	0	0
Équilibrer l'humeur	8 (20,5 %)	0	2 (5,1 %)	13 (33,3 %)	8 (20,5 %)	8 (20,5 %)
Équilibrer l'anxiété	11 (22,4 %)	2 (4,1 %)	4 (8,2 %)	16 (32,7 %)	7 (14,3 %)	9 (18,4 %)
Améliorer la performance intellectuelle	1 (16,7 %)	0	0	2 (33,3 %)	1 (16,7 %)	2 (33,3 %)
Autres	1 (10 %)	0	0	3 (30 %)	4 (40 %)	2 (20 %)

* p < 0,05.

gique – est significativement plus élevé chez les boulimiques, comparativement aux autres sous-groupes diagnostiques de TCA ($\chi^2 = 13,37$, ddl = 5, p = 0,02).

Le score au FTND et la consommation journalière de cigarettes montraient une différence significative (tableau II). Le score au FTND, reflétant la dépendance tabagique, était plus élevé chez les patientes avec frénésie alimentaire, suivi des anorexiques-boulimiques, des anorexiques restrictives et des boulimiques. Le nombre de cigarettes fumées par jour est le plus élevé parmi les patientes avec une frénésie alimentaire suivi, de manière égale, des boulimiques, des anorexiques-boulimiques et des anorexiques. L'âge de la première cigarette fumée et l'âge du début du tabagisme quotidien étaient similaires.

Les réponses aux questions visant à évaluer les raisons de fumer ne montraient pas de différences significatives entre les sous-groupes diagnostiques de TCA. Seule la raison "coupe-faim" frôle la significativité ($\chi^2 = 10,35$, ddl = 5, p = 0,065). Les effectifs par sous-groupe de TCA pour chaque raison de fumer invoquée sont assez faibles, ce qui rend ces analyses peu puissantes. Malgré nos attentes, il n'y avait pas de corrélation entre l'IMC et la consommation tabagique (r = 0,11, p = 0,41).

69 % des fumeuses (n = 45) ont tenté d'arrêter de fumer. Le nombre d'essais d'arrêt varie de un à dix. La moitié des patientes fumeuses (37/74) ont essayé d'arrêter seules. Les préoccupations alimentaires pour contrôler le poids n'interviennent pas dans la rechute ; 15 patientes fumeuses ont déclaré vouloir arrêter de fumer dans les six mois à venir.

Discussion

Le résultat le plus saillant de notre étude est l'absence de différence d'IMC entre fumeuses et non-fumeuses dans cette population spécifique de femmes présentant un TCA, que l'on prenne en compte l'ensemble de l'effectif ou les sous-groupes diagnostiques. L'âge de la première cigarette fumée et le début du tabagisme quotidien est identique entre les groupes. Le tabagisme quotidien est plus fréquent chez les boulimiques. Les anorexiques restrictives, les anorexiques-boulimiques, les boulimiques et les patientes avec frénésies alimentaires sont les plus dépendantes. Nous n'avons pas pu montrer de motif particulier de fumer tant pour la totalité des fumeuses qu'en fonction du type de TCA.

Wiseman et al. (5) et Anzenruber et al. (2) ont observé une fréquence plus faible de tabagisme chez les adolescentes anorexiques restrictives et une prévalence plus élevée chez les boulimiques par rapport aux contrôles. Il semble que le tabagisme débute plus tardivement que le TCA. Les auteurs mettent en évidence une dépendance nicotinique plus élevée chez les sujets avec TCA que chez les contrôles. Les fumeuses présentant un TCA ont un IMC plus bas que les non-fumeuses (2). En revanche, selon Frank et al. (6), le comportement boulimique est fortement associé à la consommation de tabac et d'alcool. Contrairement aux observations faites chez les adolescents sans TCA et utilisant la cigarette (et l'alcool) pour contrôler leur poids, et contrairement à notre attente, les patientes adultes avec TCA de notre étude ne semblent pas utiliser la consommation de cigarettes pour maîtriser leur poids. Les scores de FTND indiquent une dépendance modérée, sauf

chez les patientes avec hyperphagie ou anorexie-boulimie chez lesquelles le score de Fagerström indique l'absence de dépendance tabagique, car il ne renseigne que sur la dépendance physique, mais non sur la dépendance comportementale et gestuelle. Il est donc concevable que nos patientes fument essentiellement à cause de leur dépendance tabagique qui peut être indépendante de leur TCA.

Le besoin du contrôle du poids chez les adolescents semble être un facteur de risque de comportements nocifs pour la santé. Cependant, le tabac ne paraît pas y jouer un rôle important (7). Par contre, deux autres études (8, 9) montrent dans une population d'adolescents des deux sexes que les sujets sans TCA utilisent prioritairement les cigarettes (et l'alcool) pour satisfaire leur image corporelle et leurs préoccupations alimentaires. Les résultats de l'étude de White et al. (1) indiquent un lien entre préoccupations alimentaires et pondérales et la croyance dans l'efficacité du tabac dans le contrôle pondéral. Dans une étude prospective, Field et al. (10) montrent que les préoccupations pondérales chez les filles sont prédictives de l'initiation au tabagisme. Toutefois, ces données concernent des adolescents sans diagnostic de TCA, indiquant une population différente de celle de personnes adultes avec TCA. Seulement 14 patientes rapportaient avoir consommé d'autres toxiques, essentiellement de l'alcool et du cannabis. En effet, l'abus de substance est relativement rare chez les adolescentes anorexiques restrictives et plus élevé chez les adolescentes boulimiques (12, 13).

Notre étude présente un certain nombre de limites. Le recrutement en consultation spécialisée en ambulatoire réduit la représentativité de l'échantillon. Des patientes hospitalisées présentent des TCA plus sévères, et donc la relation TCA-tabagisme peut être différente. Notre étude est rétrospective, ce qui introduit un biais de mémoire ; les données de la consommation peuvent donc être sous-déclarées. Le statut tabagique est basé sur la déclaration des patientes sans vérification biologique, comme la cotinine plasmatique ou salivaire. Notre échantillon est relativement âgé car nous avons inclus toute la gamme des troubles alimentaires et pas seulement l'anorexie et la boulimie ; il ne peut pas être comparé aux échantillons d'adolescents avec ou sans TCA décrits dans des publications antérieures. Il est relativement petit, notamment dans certains sous-groupes de troubles alimentaires.

Conclusion

Le tabagisme chez les adultes présentant un TCA est peu documenté et pourrait avoir d'autres causes que le

contrôle pondéral. De ce fait, il aurait été intéressant de comparer notre population à un groupe de fumeuses sans TCA. ■

R. Eiber, I. Berlin

Troubles des conduites alimentaires et tabagisme chez les femmes
Alcoologie et Addictologie 2009 ; 31 (2) : 115-119

Références bibliographiques

- 1 - White MA, McKee SA, O'Malley S. Smoke and mirrors: magnified beliefs that cigarette smoking suppresses weight. *Addic Behav* 2007 ; 32 : 2200-2210.
- 2 - Anzengruber D, Klump KL, Thornton L et al. Smoking in eating disorders. *Eating Behaviors* 2006 ; 7 : 291-299.
- 3 - OMS. Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Paris : Masson, 1994.
- 4 - Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC et al. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Brit J Addiction* 1991 ; 86 : 1119-1127.
- 5 - Wiseman CV, Turco RM, Sunday SR et al. Smoking and body image concerns in adolescent girls. *Int J Eat Disord* 1998 ; 24 : 429-433.
- 6 - Frank RE, Serdula M, Abel GG. Bulimic eating behaviors: association with alcohol and tobacco. *Am J Public Health* 1987 ; 77 : 369-370.
- 7 - Neumark-Sztainer D, Story M, Dixon LB et al. Adolescents engaging in unhealthy weight control behaviors: are they at risk for other health-compromising behaviors? *Am J Public Health* 1998 ; 88 : 952-955.
- 8 - Croll J, Neumark-Sztainer D, Story M et al. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *J Adolesc Health* 2002 ; 31 : 166-175.
- 9 - Granner ML, Black DR, Abood DA. Levels of cigarette and alcohol use related to eating-disorder attitudes. *Am J Health Behav* 2002 ; 26 : 43-55.
- 10 - Field AE, Austin S, Frazier AL et al. Smoking, getting drunk, and engaging in bulimic behaviors: in which order are the behaviors adopted? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002 ; 41 : 846-853.
- 11 - Wiederman MW, Pryor T. Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addic Behav* 1996 ; 21 : 269-972.
- 12 - Stock SL, Goldberg E, Corbett S et al. Substance use in female adolescents with eating disorders. *J Adolesc Health* 2002 ; 31 : 176-182.