

# L'Anorexie: De la prépuberté à l'adolescence

**Catherine PIRON.** Psychologue. Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation. Université de Liège

**Martine STASSART.** Chef de travaux. Chargée de cours adjointe au service de Psychologie clinique de l'enfant et de l'adolescent. Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Université de Liège

La visée de cette étude exploratoire consistait à aller à la rencontre de trois jeunes filles anorexiques prépubères, de leur histoire, de l'histoire familiale et de l'histoire de leur trouble alimentaire. Nous avons tenté de dégager certains processus intrapsychiques et recherché les spécificités du trouble anorexique prépubère par la comparaison de ce moment d'apparition du trouble avec celui qui se déclare après la puberté.

## PRÉSENTATION THÉORIQUE

L'anorexie mentale des enfants prépubères est grave et mal connue. En effet, les études portant sur ce moment d'apparition du trouble n'incluent généralement qu'une vingtaine de cas'. Cependant, cette pathologie serait non exceptionnelle et en augmentation, attirant de ce fait de plus en plus l'attention'. Selon certains auteurs', on peut distinguer deux «formes» d'anorexie prépubère: une qui apparaît aux alentours de la période de latence et l'autre proche des premières modifications pubertaires qui se rapproche de l'anorexie de l'adolescence. P. Jeammet (2004) et P. Alvin (1996) estiment que, lorsqu'il y a signe de puberté à l'exception de la ménarche, l'anorexie est pubère avec aménorrhée primaire. Ils parlent dans ce cas d'anorexie péripubertaire.

1. Mémoire de fin d'étude
2. OLIVRY & CORCOS, 1999.
3. HALFON & al., 1989; MOUREN-SIMEONI, FONTANON, BOUVARD & DUGAS, 1990, 1993; MOUREN SIMEONI & BOUVARD, 1993; LE HEUZEY, 2003; JEAMMET, 2004.
4. AGMAN & al., 1994; ALVIN, 1996; FERRARI, 1998; OLIVRY & CORCOS, 1999

L'anorexie prépubère est similaire cliniquement à l'anorexie qui se déclare à l'adolescence avec un aspect paroxystique et des particularités liées au développement'. Un ralentissement ou un arrêt de croissance peuvent apparaître'. La peur de grossir et le désir de maigrir sont difficilement verbalisés'. Ces préoccupations sont plutôt exprimées en termes de plaintes somatiques telles que des douleurs abdominales ou encore des vertiges'. Les troubles de la perception de l'image du corps sont également peu verbalisés'.

L'anorexie est souvent restrictive et par conséquent le recours aux vomissements, aux conduites boulimiques et à l'usage de laxatifs est exceptionnel". La cachexie est particulièrement marquée, ce qui peut s'expliquer par la faible quantité de tissus adipeux avant la puberté.

Lorsqu'il y a une perte de poids, on peut observer, avant celle-ci, une longue absence de prise de poids et un retard de croissance". Le faible poids peut également résulter d'une difficulté de prise de poids avec l'âge plutôt que d'une perte de poids avérée'.

Au niveau de la pathologie pré morbide, des troubles alimentaires peuvent être présents dans l'enfance". Avant l'apparition du trouble, des perturbations" relationnelles, comportementales et affectives peuvent apparaître mais aussi des symptômes phobiques et obsessionnels". Au niveau familial, il est possible de retrouver des problèmes alimentaires".

Concernant les troubles associés, une restriction hydrique peut être observée". La composante obsessionnelle est particulièrement intense et les symptômes dépressifs" sont retrouvés dans la majorité des descriptions cliniques. Des conduites autodestructrices telles que des automutilations et des tentatives de suicide peuvent être remarquées".

5. MOUREN-SIMEONI, FONTANON & al., 1990, p. 533.
6. JEAMMET & al., 1984; HALFON & al., 1989; ALVIN, 1996.
7. MOUREN-SIMEONI, FONTANON & al., 1990 ; ARNOW & al., 1999; SWENNE & THURFJELL, 2003
8. COOK-DARZENS, 2002; SWENNE & THURFJELL, 2003.
9. COOK-DARZENS, 2002; SWENNE & THURFJELL, 2003.
10. LE HEUZEY, 2004.
11. SWENNE & THURFJELL, 2003.
12. LASK & BRYANT-WAUGH; JACOBS & ISAACS, 1986 cités par GOWERS & al., 1991.
13. JACOBS & ISAACS, 1985; HALFON & al., 1989; MOUREN-SIMEONI & BOUVARD, 1993; ARNOW & al., 1999.
14. JACOBS & ISAACS, 1985.
15. WARREN, 1968 cité par OLIVRY & CORCOS, 1999; JEAMMET & al., 1984; MOUREN-SIMEONI & BOUVARD, 1993; BRUSSET, 1998.
16. HALFON et al., 1989; Brusset, 1998; OLIVRY & CORCOS, 1999; ARNOW & al., 1999.
17. IRWIN, 1984 cité par MOUREN-SIMEONI, FONTANON, & al., 1993 HALFON & al.

La psychopathologie de l'anorexie prépubère se spécifie par une fragilité intense de la personnalité ainsi que par la massivité et la rigidité des défenses (déni, clivage)-. Lorsque un retard de croissance est présent, il va progressivement être reconnu par la jeune fille et être vécu comme humiliant par rapport aux autres jeunes filles". C'est la dimension narcissique qui va être au premier plan. Les anorexies prépubères peuvent survenir dans un tableau de troubles sévères de la personnalité où le contexte dépressif est habituel ainsi que des carences affectives au niveau de la relation parents enfant'. Lorsque l'anorexie apparaît à l'adolescence, c'est la puberté qui va être révélatrice et va mettre à l'épreuve les acquis ainsi que les éventuelles faiblesses déjà présentes dans l'enfance.

Cependant, comme l'évoquent E. Olivry et M. Corcos (1999, p.102), chez les anorexiques prépubères «Leur grande fragilité narcissique, leur dépendance plus étroite à l'égard du milieu familial ne rendent même pas nécessaire, pour remettre en cause leur équilibre, l'impact traumatique de la puberté (...). Il suffit du premier événement traumatique, d'un conflit pour qu'elles décompensent (divorce des parents, grossesse d'une soeur, intervention chirurgicale...).

D'un point de vue systémique, des perturbations importantes, comme des difficultés de communication intrafamiliale ou encore une intrusivité, sont présentes dans les familles des jeunes filles anorexiques". P. Jeammet & al. (1984, p. 237) évoquent à ce sujet: «le climat émotionnel dans ces familles est particulièrement et constamment lourd, chargé de tension et d'affects violents, mais il n'est ni parlé, ni même agi au niveau de l'expressivité comportementale». Les conflits et l'agressivité sont en effet très difficiles à gérer pour ces familles.

Les auteurs sont pessimistes par rapport à l'évolution de cette forme d'anorexie

surtout lorsqu'elle est précoce par rapport au développement pubertaire. Certains facteurs<sup>25</sup> de gravité du trouble ont été identifiés tels que son apparition précoce, des symptômes dépressifs associés, une structure familiale particulière (cohabitation de plusieurs générations, familles monoparentales...), etc.

Les réserves" quant au pronostic se situent essentiellement au niveau de la persistance d'une fragilité intense de la personnalité et de la dépendance massive à l'entourage. De plus, la mobilisation du symptôme ainsi que la reprise de croissance staturo-pondérale sont difficiles. B. Brusset (1998, p. 38) évoque à ce sujet: «l'installation dans la maigreur et dans un comportement ritualisé et imbriqué dans des réactions familiales peut avoir un impact plus considérable qu'à l'adolescence et évoluer sur un mode chronique avec mise en échec des tentatives thérapeutiques ». Le pronostic est plus favorable lorsque cette forme d'anorexie débute aux alentours de la puberté.

## QUESTIONS DE RECHERCHE

Nous nous sommes interrogée sur les spécificités de l'anorexie qui se déclare à la prépuberté. Notre réflexion a été guidée par certains constats réalisés lorsque nous avons parcouru la littérature:

- le dysfonctionnement présent dans les familles d'anorexiques serait exacerbé chez les anorexiques prépubères";
- un stresseur alternatif à la puberté pourrait favoriser l'apparition de la conduite anorexiques;
- les perturbations dans le chef de la jeune fille lors de l'enfance et avant l'apparition du trouble seraient importantes";  
la fragilité narcissique serait particulièrement intense".

## POPULATION ÉTUDIÉE

Pour réaliser cette étude, nous avons rencontré trois jeunes filles âgées de 11 à 17 ans.

- Sophie a 15 ans lorsque nous la rencontrons. Les médecins parlaient déjà d'anorexie à l'âge de 4 ans et demi mais le diagnostic d'anorexie restrictive a vraiment été posé lorsqu'elle avait 9 ans. Concernant la situation familiale, Sophie vit avec ses parents et son petit frère.
  - Jessica est âgée de 11 ans lors de nos entretiens. Elle souffre d'anorexie restrictive, le diagnostic a été posé à l'âge de 8 ans. Jessica vit avec sa mère, son beau-père et son grand-frère.
  - Julie a 17 ans lors de nos entrevues. Depuis l'âge de 12 ans, elle souffre d'anorexie. Celleci était restrictive jusqu'à l'âge de 16 ans. Depuis lors, elle présente des conduites boulimiques et elle consomme des purgatifs. Julie habite avec ses parents. Elle a deux demi soeurs du côté paternel avec qui elle n'a jamais vécu.

## OUTILS UTILISÉS

Concernant les outils utilisés, le développement affectif et social des jeunes filles, l'histoire de leur famille et les troubles alimentaires ont été étudiés sur base d'un entretien semi-structuré qui a été réalisé avec les jeunes filles et leur mère tandis que certains processus intrapsychiques ont pu être dégagés grâce à l'analyse du Rorschach.

27. JACOBS & ISAACS, 1985; FONTANON & al., 1989 cité par MOUREN-SIMEONI, FONTANON & al., 1990. 28. JACOBS & ISAACS, 1985.

29. JACOBS & ISAACS, 1985; HALFON & al., 1989; MOUREN-SIMEONI & BOUVARD, 1993; ARNOW & al., 1999. 30. JEAMMET & al., 1984; OLIVRY & CORCOS, 1999.

## DISCUSSION

A des degrés divers, un dysfonctionnement serait présent au sein de chacune des familles. Nous avons émis les hypothèses suivantes:

Celle d'un déni du trouble de la part des parents de Sophie et de ceux de Julie. En effet, alors que Julie était en «danger vital» selon le corps médical, les parents, sous l'emprise de leur fille, étaient venus la rechercher à l'hôpital. Concernant Sophie, bien que les professionnels parlaient déjà de troubles alimentaires à l'âge de 4 ans et demi, ses parents ne la trouvaient pas différente des autres enfants excepté sur un aspect: «Elle ne voulait même pas regarder les dessins animés!». La mère explique que lorsque les médecins ont parlé de troubles alimentaires, ça les faisait sourire et qu'ils n'y croyaient pas.

Nous avons également émis l'hypothèse d'un enchevêtrement relationnel caractérisé par des limites mal définies entre les générations et les rôles familiaux. La mère de Sophie évoque que lorsqu'elle était enceinte de son fils: «*C'était Ici famille à trois qui attendait le petit garçon*». De son côté, Sophie explique qu'elle a toujours dormi avec ses parents avant la naissance de son frère et que lorsqu'il est né, c'est avec lui qu'elle dormait. Lors d'un entretien réalisé avec Sophie et sa mère, au moment où nous avons évoqué la naissance du petit frère, Sophie a pris la parole en disant: «*J'ai continué à faire mes activités. En fait, il ne pleurait jamais. Il ne demandait jamais qu'on s'occupe de lui. Plus facile que lui c'est difficile*».

Cet exemple conduit à l'hypothèse d'une parentification<sup>31</sup> dans la relation que Sophie entretient avec son frère. Cette jeune fille verbalise d'ailleurs qu'elle aime «faire la petite maman, aller chercher son frère à l'école, faire avec lises devoirs». Une parentification est également apparue dans la relation que Julie entretient avec sa mère. Julie explique qu'elle évite de confier à cette dernière des événements qui pourraient l'attrister, elle reste auprès d'elle lorsqu'elle est au domicile familial parce qu'elle sait qu'elle s'ennuie sans elle.

L'hypothèse d'une inversion au niveau du triangle oedipien chez Julie a été avancée. Après avoir entretenu une relation fusionnelle avec sa mère, Julie semble en quelque sorte avoir pris la place de celle-ci pour former un «couple avec son père». Julie se rapproche de ce dernier et elle adopte un comportement protecteur et maternant vis-à-vis de sa mère. Le père est difficilement reconnaissable en tant que «mari de sa femme» supportant la triangulation oedipienne. A travers le discours de Julie, nous avons pu identifier une certaine complicité entre elle et son père: «*Maman radote tout le temps et comme papa s'en va et qu'il ne l'écoute pas, alors moi, je fais semblant de l'écouter*».

31. Selon le modèle de la parentification proposé par E. DESSOY (2003), la parentification est définie comme le fait, pour un enfant, d'avoir des responsabilités envers son parent, le plaçant au même niveau générationnel.

Une **intrusion au niveau de l'espace personnel** de chacun des membres de la famille de Sophie et de Julie pourrait être présente. Par exemple, Julie raconte: «*Maman est envahissante, elle prend mon courrier, elle écoute mes conversations téléphoniques, elle fouille mes poubelles*».

Nous avons aussi émis l'hypothèse d'une «**hyperprotection réciproque**» notamment au sein de la famille de Sophie. Dans cette famille, chacun des membres est très concerné par le bien-être de l'autre. Sophie se tracasse pour l'alimentation de son frère, la grandmère prend des nouvelles de ses petits enfants tous les jours. Sophie décrit d'ailleurs cette dernière comme étant «*envahissante*». Elle explique également en parlant de sa famille nucléaire: «*Maintenant, on dit quand on est triste ou quand on est content. Alors qu'avant, j'ai l'impression que chacun gardait un peu pour soi pour ne pas tracasser l'autre*». Cet exemple illustre également la répression des **émotions** et des

conflits dans la famille de Sophie. De même, dans la famille de Julie, le partage des émotions et l'expression des conflits semblent être évités. Cette dernière dira: «*Je déteste les conflits alors je les évite en passant à autre chose*». On peut également évoquer à ce niveau, qu'au sein du protocole Rorschach de toutes les jeunes filles un contrôle et une répression des affects apparaissent à des degrés divers.

Nous avons également émis l'hypothèse de la présence de **perturbations**, spécifiques à chacune des jeunes filles, déjà présentes dans la **petite enfance**. Chez Sophie et Jessica, nous avons pu relever une **anxiété intense**, des **bouleversements aux niveaux des rythmes biologiques de base** et du **développement staturo-pondéral**, ainsi que des **troubles du comportement alimentaire**. La situation de Sophie illustre ces éléments: elle exprime s'être toujours sentie angoissée avant de s'endormir, elle a toujours eu peur que l'on vienne cambrioler à son domicile. La mère explique qu'à la maternité, Sophie était suivie par un kinésithérapeute qui lui faisait faire des exercices pour la fatiguer. Elle n'a jamais su aller dormir à des heures régulières, elle «*tombait plutôt de sommeil*». Avant d'être hospitalisée, elle réalisait cinq activités chaque semaine. Elle s'est développée harmonieusement jusqu'à l'âge de un an, puis elle a continué à grandir mais n'a plus pris de poids. Bébé, Sophie «*prenait difficilement le biberon, elle s'étranglait, elle se fatiguait et elle ne réclamait jamais à manger (...)*». Lorsque ses parents ont commencé à dissocier les aliments, Sophie les mettait de côté et les triait en fonction de leur couleur.

En outre, des **troubles obsessionnels** et **phobiques** ont été mis en évidence chez Sophie, celle-ci nous expliquera que depuis qu'elle est petite, elle a des «*tocks*» (comme le besoin de vérifier plusieurs fois si les portes sont bien fermées) et elle nous parlera également de sa peur de vomir qu'elle éprouve depuis qu'elle est enfant.

32. MINUCHIN & al., 1978, cité par APFELDORFER, 1995; PAUZÉ & CHARBOUILLOT-MANGIN, 1996; POMELEREAU & al., 2001; GLOWACZ & BOURGUIGNON, 2001; DUMAS, 2002; COOK-DARZENS, 2002.

Des difficultés relationnelles sont apparues chez les trois jeunes filles rencontrées. Sophie évoque la difficulté qu'elle éprouve à avoir des relations avec des groupes de pairs non familiers comme ceux de l'école. Elle explique: «*J'ai peur de me retrouver dans un groupe. J'ai peur quand c'est les copains de l'école mais pas quand c'est les enfants des amis de mes parents*». Elle ajoute: «*Ça m'énerve d'être obligée d'avoir des relations avec des gens que je ne connais pas bien*». Avant l'apparition de l'anorexie, Jessica éprouvait des difficultés relationnelles avec l'entourage familial et scolaire. Elle était très nerveuse et agitée, elle avait des attitudes «provocantes» à l'égard de sa mère et des manifestations d'agressivité et de jalousie envers son grand-frère. Julie explique quant à elle n'avoir eu qu'une seule amie lors de sa scolarité primaire, depuis lors, elle invente ses amis. L'analyse du Rorschach de Julie permet également de repérer une souffrance relationnelle.

Lorsque nous avons rencontré ces jeunes filles, la **composante obsessionnelle**, la présence d'anxiété et des **symptômes dépressifs** étaient associés à l'anorexie. Ces différents éléments ont été relevés à travers les données anamnestiques et médicales. Des **perturbations au niveau des rythmes biologiques de base** ont également pu être dégagées chez chacune d'entre elles avec de l'hyperactivité et des troubles du sommeil. Notons également que l'analyse du Rorschach nous a permis d'observer une coloration dépressive au sein du protocole de Julie et de Sophie.

Concernant le contexte d'apparition du trouble, des «événements précipitants» ont pu être pointés. Le diagnostic d'anorexie a été posé à l'âge de 9 ans chez Sophie après un voyage scolaire qui l'aurait affaiblie et à l'âge de 8 ans chez Jessica, d'après les dires de la mère, suite à des difficultés relationnelles et d'apprentissage à l'école. Quant à Julie, son trouble se serait manifesté après qu'elle ait arrêté de subir des sévices sexuels. Tous ces événements pourraient intervenir comme des révélateurs de traumatismes déjà présents dans l'enfance lors du processus précoce d'attachement. De nombreux auteurs soulignent en effet le lien entre troubles des conduites alimentaires et troubles relationnels précoces à la mère. Ils montrent bien le rôle déterminant de la qualité de l'attachement, de l'interaction et de l'investissement dont l'enfant a été l'objet dans les modalités particulières d'investissement par l'enfant de son propre corps.

Une **fragilité narcissique** est perceptible dans le discours des jeunes filles et de leur mère: Sophie et Julie évoquent un manque de confiance en elles et un désir d'obtenir la reconnaissance de l'entourage; la mère de Jessica parle du découragement de sa fille et de son sentiment d'impuissance face à sa scolarité.

Au test de Rorschach, des indices témoignent également d'une fragilité narcissique. Nous avons pu observer, à des degrés divers, l'utilisation de barrières protectrices toutes puissantes limitant les échanges entre le monde interne et le monde externe, le moi et le non moi. Ce besoin d'affermir les limites reflète un mode interne fragile demandant à être protégé contre les intrusions du monde extérieur. Comme l'évoque C. Chabert (1998, p. 99):

«L'importance accordée aux limites, la nécessité de se présenter comme contenant lisse et sans faille sont là pour camoufler le tissu à trous qui caractérise la psyché narcissique». Par ailleurs, nous avons mis en exergue la transparence, la porosité des barrières limitantes entre monde interne et monde externe. Concernant cette labilité des frontières entre le monde interne et le monde externe, la définition de J. McDougall (2002, p.38) est éloquente :

*«L'anorexique présente une sorte d'enveloppe corporelle et psychique caractérisée par une angoisse d'écoulement, de vidange, d'effondrement».*

Ces failles narcissiques trouveraient leurs origines dans les relations précoces aux objets d'attachement. A cet égard, Jessica a eu une enfance douloureuse, elle est née dans un climat de «stress», ses parents se séparent alors qu'elle est âgée de 2 ans. A l'âge de 4 ans, elle subit des attouchements sexuels de la part du père. De surcroît, suite à un placement en maison d'accueil, elle vit une rupture au niveau de la relation de proximité qu'elle entretient avec sa mère. Après quoi, elle déménage à deux reprises. Notons qu'un besoin de contact et de soin a été relevé dans l'analyse du protocole Rorschach de Jessica. Dans celui de Sophie, une carence au niveau des relations précoces est apparue. La présence de contenu régressif dans le protocole de Julie laisse transparaître son désir de rester dans une position d'enfant qui a besoin d'être maternée. Le Rorschach de ces trois jeunes filles atteste d'une représentation de la relation à la mère qui apparaît comme peu sécurisante, peu rassurante.

Nous avons également émis l'hypothèse d'une problématique au niveau du **processus d'attachement** chez Sophie. Plusieurs éléments nous ont interpellée à ce niveau: selon les dires de la mère, les premières séparations entre elle et sa fille n'ont pas été problématiques. Lors de la rentrée à l'école maternelle, c'est avec les puéricultrices de la crèche que la séparation a été douloureuse. La mère évoque les soins qui ont été procurés à sa fille mais ne se positionne à aucun moment comme étant actrice de ceux-ci. Il serait dès lors intéressant, dans une étude ultérieure, d'approfondir cette question de l'attachement chez les jeunes filles anorexiques.

Concernant l'**insécurité affective** de ces trois jeunes filles et leur dépendance à l'égard du milieu familial, les propos de Julie sont éloquents «*Je me rends bien compte que je vais bientôt devoir être autonome, enfin... je suis déjà très autonome, je fais beaucoup de choses toute seule et mes parents ne sont pas au courant de ce que je fais*». Par ailleurs, au Rorschach, c'est le caractère fusionnel du lien qui domine et qui traduit «*L'importance de la dépendance, la contrainte inéluctable de prendre appui sur la recherche de support*». Ainsi, comme l'évoque T. Vincent (2000, p.131), l'anorexie

reflète : «Une impossibilité d'élargir sa dépendance et sa différenciation, une impossibilité à jouer la perte de l'objet (...»).

À côté de cette dépendance, ces jeunes filles semblent être fortement concernées par leur **espace personnel**. Ces éléments ont été relevés à travers les données anamnestiques et au sein de l'analyse du Rorschach. En effet, toute préoccupation à leur égard et particulièrement à ce qui touche à leur trouble paraît être ressentie comme une intrusion dans leur espace propre. Par exemple, lorsque Julie évoque son désir d'habiter seule, elle explique : «*Comme ça je pourrais avoir mon coin à moi, je pourrais m'organiser comme je veux, manger ce que je veux sans qu'on me regarde*». Notons que cette préoccupation concernant leur espace personnel pourrait également être liée à l'intrusion des membres de la famille au sein de leurs aires d'intimité dans un système familial où les relations sont enchevêtrées.

33. CHABERT, 1998, p. 150.

## Bibliographie

ALESSI, N.E., KRAHN, D., BREHM, D., & WITTEKINDT, J. (1989). *Prepubertal anorexia nervosa and major depressive disorder*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28(3), 380-384.

ALVIN, P. (1996). *Anorexies à l'adolescence*. Paris: Doin.

APFERLDORFER, G. (1995). *Anorexie, boulimie, obésité*. Paris: Flammarion.

ARNOW, B., SANDERS, M.J. & STEINER, H. (1999). *Premenarchal versus post menarchal*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 4(3), 403-414.

BRUSSET, B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris: Dunod. CHABERT, C. (1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. France: Psychismes. COOK-DARZENS, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*. Paris: Dunod.

CORCOS, M. (n.d.). *Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale, une passivité créatrice: ceci n'est une femme*. Retrieved June, 5, 2006 [from](http://www.cprs.ch/modules.php?name=Downloads&d=6) <http://www.cprs.ch/modules.php?name=Downloads&d=6> op=getit&lid=6

DESSOY, E. (2003). L'homme et son milieu. Etudes systémiques. Louvain-la-Neuve, Belgique: CIACO.

DUMAS, J.E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: De Boeck.

GLOWACZ, F. & BOURGUIGNON, J.P. (2001). «*L'adolescente anorexique et sa famille: quelles perspectives thérapeutiques?*», in: M. CRAHAY & C. GOFFINET (Eds), *Regards croisés sur l'anorexie* (pp. 127-142). Liège: Les Editions de l'Université de Liège.

HALFON, O., ALBERT, E., MOUREN-SIMÉONI, M.C. & DUGAS, M. (1989). *L'anorexie mentale prépubère: à propos d'une observation clinique*. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 37(4), 191-196.

JACOBS, B.W. & ISAACS, S. (1985). *Pre-pubertal anorexia nervosa: a retrospective controlled study*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27(2), 237-250.

JEAMMET P. (2004). *Anorexie, boulimie: les paradoxes de l'adolescence*. France: Hachette Littérature.

JEAMMET, P., HURVY, D., BARREAU, J.P., PIOUARD-GAUVIA, A., & FLAVIGNY, H. (1984). *Anorexie mentale et retard de croissance*. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 32(5-6), 221-239.

LE HEUSEY, M.F. (2003). *Dépistage et prise en charge de l'anorexie mentale chez l'enfant et le jeune adolescent*. Médecine et Nutrition, 39(3),103-108.

LE HEUSEY, M.F. (2004). *Les troubles alimentaires chez les 6-12 ans*. Objectif Nutrition, 3-9.

MCDougall, J., MARINOV, V., BRELET-FOULARD, F., LANOUZIÈRE, F., & al. (2002). *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris: Presses Universitaires de France.

MOUREN-SIMÉON I, M.C., & BOUVARD, M.P (1993). *Anorexie mentale chez l'enfant prépubère: particularités cliniques et évolutives*. Neuropsychiatrie de l'enfance, 41(5-6),291-295.

MOUREN-SIMÉONI, M.C., FONTANON, M., BOUVARD, M.P., & DUGAS, M. (1990). *L'anorexie mentale chez l'enfant pré pubère: aspects cliniques et thérapeutiques*. LaMédecine Infantile, 97(7),533-541.

MOUREN-SIMÉONI, M.C., FONTANON, M., BOUVARD, M.P., & DUGAS, M. (1993). *L'anorexie mentale chez l'enfant prépubère*. Revue Canadienne de Psychiatrie, 38(1),51-55.

OLIVRY, E., & CORCOS, M. (1999). *Troubles des conduites alimentaires: l'anorexie mentale prépubertaire*. La Presse Médicale, 28(2),100-102.

PAUZÉ, R., & CHABOUILLOT-MANGIN, B. (1996). *L'anorexie chez les adolescentes*. Toulouse, France: Erès.

POMERLEAU, G. (2001). *Anorexie et boulimie: comprendre pour agir*. Ville, Canada: Gaëtan Morin.

THIERRY, V. (2000). *L'anorexie*. Paris: Odile Jacob.