



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'impact des confinements liés à la crise sanitaire de la COVID-19
sur les troubles du comportement alimentaire : une étude
rétrospective au CHRU de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 18 mars 2022 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Héloïse DELATTRE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Madame le Docteur Caroline MEZERETTE

Monsieur le Docteur Abdalla MOSSAD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Abdalla MOSSAD

Avertissements

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

Liste des abréviations

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

FST : Formation spécialisée transversale

TCA : Trouble du comportement alimentaire

AN : Anorexie mentale

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

TCC : Thérapies comportementales et cognitives

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine

HB : Hyperphagie boulimique

COVID-19 : Maladie à coronavirus 2019

IMC : Indice de masse corporelle

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CNIL : Commission nationale informatique et libertés

Table des matières

Résumé.....	6
I. Introduction.....	8
A. Objectif.....	9
B. Les troubles du comportement alimentaire, généralités	10
1. L'anorexie mentale.....	10
2. La boulimie.....	13
3. L'hyperphagie boulimique (ou accès hyperphagiques ou binge-eating disorder)	16
C. Chronologie des différentes mesures appliquées pendant la crise sanitaire de la COVID-19.....	19
D. Données de la littérature concernant l'impact des confinements et de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale et les troubles du comportement alimentaire	21
1. Impact de la crise sanitaire sur les troubles psychiatriques.....	21
2. Impact de la crise sanitaire sur les troubles du comportement alimentaire ..	24
II. Matériels et Méthodes	29
A. Objectif et organisation de l'étude.....	29
B. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	31
1. Critères d'inclusion	31
2. Critères d'exclusion	31
C. L'information des patients.....	31
D. Les variables étudiées	32
E. Les analyses statistiques	34
III. Résultats	35
A. Population de l'étude	35
B. Diagramme de flux	37
C. Analyses descriptives.....	38
1. Les données qualitatives.....	38
2. Les données quantitatives.....	41
D. Analyses comparatives des deux périodes	42
IV. Discussion	52

A.	<i>Reprise des résultats principaux de l'étude</i>	52
B.	<i>Forces et limites</i>	52
1.	Forces de l'étude.....	52
2.	Limites de l'étude	53
C.	<i>Perspectives pour l'avenir</i>	54
D.	<i>Les effets positifs des confinements sur la santé mentale</i>	55
V.	Conclusion	57
VI.	Bibliographie	58

Résumé

Contexte: Les années 2020 et 2021 ont été marquées par la crise sanitaire de la COVID-19 avec un impact sans précédent sur le plan médical et social mais également par les mesures restrictives qui ont été appliquées. L'objectif de notre travail a été d'étudier l'impact des confinements liés à la crise sanitaire de la COVID-19 sur les TCA.

Méthode: Nous avons étudié l'impact sur les demandes initiales de prise en soin concernant un TCA à travers une étude rétrospective et comparative dans le service de l'hôpital Michel Fontan 2 du CHRU de Lille, avant et après les confinements liés à la crise sanitaire de la COVID-19. Les patients étaient comparés sur plusieurs variables (l'âge, le sexe, l'IMC, le type de TCA et son contexte de survenue, la durée d'évolution du trouble et l'antécédent de prise en soin). L'aggravation liée aux confinements a aussi été étudiée.

Résultats: 316 patients ont été inclus, avec une majorité de femmes et l'anorexie était le TCA le plus représenté, avec un contexte de survenue le plus fréquemment associé au régime alimentaire. La majorité des participants avaient déjà été suivis. Concernant la comparaison entre les deux périodes on retrouve un âge significativement plus bas ($p=0.03$) pour la deuxième période avec une moyenne de 27.42 (+/-12.37) et une médiane de 23 (18-33) pour la première période, une moyenne de 24.46 (+/-10.01) et une médiane de 20 (17-30) pour la seconde période et une durée d'évolution significativement plus courte ($p=0.03$) pour la deuxième période avec une moyenne et une médiane de 7.59 (+/-9.19) et 3 (1-11.5) pour la première période et 5.7 (+/-7.71) et 2 (0.83-8) pour la seconde période.

Conclusion: L'étude retrouve donc un impact sur les consultations de première demande pour un TCA avec une apparition plus récente du trouble et chez des patients plus jeunes. La pandémie de COVID-19 et les mesures sanitaires restrictives telles que les confinements ont eu un impact non négligeable sur les personnes atteintes de TCA et sur la décompensation de TCA. L'impact a pu être négatif mais parfois aussi positif dans certains cas.

I. Introduction

Les TCA correspondent à des perturbations significatives et durables de la prise alimentaire.(1)

La classification DSM-5 de l'American Psychiatric Association définit trois principaux types de TCA : l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique.(1)

L'origine des TCA est multifactorielle, elle inclut des facteurs de vulnérabilité (génétiques, biologiques), des facteurs déclenchants (comme les régimes, les évènements de vie stressants) et des facteurs d'entretien (comme les bénéfices relationnels et psychologiques ou les déséquilibres biologiques induits par le trouble).(1)

Les années 2020 et 2021 ont été marquées par la crise sanitaire de la COVID-19 à l'échelle mondiale. Cette crise a eu un impact sans précédent sur le plan médical et social. Des mesures sanitaires ont ainsi été prises à travers le monde pour enrayer la pandémie.

En France, deux confinements sanitaires ont été appliqués sur la période de notre étude ainsi que de nombreuses mesures restrictives sur le plan sanitaire et social qui ont bouleversé le quotidien des Français.

Des études commencent à voir le jour et certaines ont déjà pu décrire les premiers impacts de ces mesures sur la santé mentale de la population.

A. Objectif

L'objectif de notre travail était d'étudier l'impact des confinements liés à la crise sanitaire de la COVID-19 sur les troubles du comportement alimentaire.

Nous avons tenté d'étudier l'impact sur les demandes initiales de prise en soin concernant un trouble du comportement alimentaire à travers une étude rétrospective et comparative dans le service de l'hôpital Michel Fontan 2 du CHRU de Lille.

Pour cette étude, l'objectif était de comparer les populations assistant à ces consultations sur plusieurs critères, avant et après la période de confinements sanitaires.

L'hypothèse initiale et principale était que les décompensations de TCA étaient plus fréquentes suite aux périodes de confinement.

Une hypothèse secondaire était que les profils des patients en consultation de première demande étaient différents notamment concernant, l'âge, le sexe, l'IMC, le type de TCA et son contexte de survenue, la durée d'évolution du trouble et l'antécédent de prise en soin) et que le trouble alimentaire pouvait s'être aggravé suite aux confinements.

B. Les troubles du comportement alimentaire, généralités

1. **L'anorexie mentale**

a) Définition

La classification DSM-5 définit l'AM comme :

- une restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas ;
- une 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 ;
- une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou un manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

L'AM peut être de deux types :

- type restrictif : régime, jeûne et/ou exercice physique excessif ;
- type accès hyperphagiques/purgatifs : accès hyperphagiques et/ou vomissements provoqués ou comportements purgatifs tels que laxatifs ou diurétiques.

Le seuil de sévérité peut être :

- léger : IMC supérieur ou égal à 17 kg/m²
- moyen : IMC compris entre 16 et 16,99 kg/m²
- grave : IMC compris entre 15 et 15,99 kg/m²

- extrême : IMC inférieur à 15 kg/m²

D'un point de vue clinique, on retrouve souvent des traits de personnalité obsessionnels, un surinvestissement intellectuel et de nombreuses distorsions cognitives telles que les croyances erronées concernant l'alimentation ou le corps, l'altération de la flexibilité cognitive, les préoccupations excessives et l'altération de l'image du corps, l'évitement alimentaire et le déni du trouble.(1)

b) Epidémiologie

La prévalence de l'AM en population générale est de 0,9 à 1,5% chez la femme et de 0,2 à 0,3% chez l'homme.(2)

Il s'agit d'un trouble qui touche donc majoritairement les femmes et notamment les adolescentes, au moment de la puberté.

Quand il survient chez l'homme, il est de plus mauvais pronostic.(1)

L'origine est multifactorielle avec des facteurs de vulnérabilités psychologiques, biologiques et génétiques mais aussi des facteurs environnementaux, familiaux et socio-culturels.(2)

On retrouve des groupes à risque tels que les danseuses, mannequins, sportives.(1)

c) Pronostic

L'AM peut se compliquer de troubles somatiques et psychiques nombreux.(2)

Les complications somatiques principales sont les atteintes osseuses et cutanées (ostéoporose, œdèmes, amyotrophie, altération cutanée et des phanères), les atteintes cardiovasculaires, les troubles digestifs et rénaux, les perturbations du bilan

sanguin (anémie carencielle, leucopénie, thrombopénie, lymphopénie) et les troubles hydro-électrolytiques.(1)

Au niveau psychiatrique, on retrouve des comorbidités telles que les troubles anxieux (phobie sociale, trouble anxieux généralisé, troubles obsessionnels compulsifs), les troubles de la personnalité état limite, les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles addictifs.(1)

Après 5 ans d'évolution deux tiers des patients guérissent, à terme 50% guérissent, 21% présentent un trouble chronique. Le risque de décès est élevé et concerne 5 à 6% des patients.(3)

Le décès peut survenir pour des complications somatiques mais aussi par suicide. Il s'agit de la pathologie psychiatrique qui engendre le plus de décès (jusqu'à 10 % dans les études concernant un suivi de plus de dix ans).(2)

d) Prise en soin

La prise en soin de l'AM est pluridisciplinaire, à la fois somatique, psychologique, nutritionnelle et sociale.

Des thérapeutiques médicamenteuses peuvent être utilisées en cas de comorbidités psychiatriques comme la dépression ou les TOC mais aucune ne s'est montrée efficace dans le traitement spécifique de l'anorexie mentale.(4)

Concernant les traitements non médicamenteux, les psychothérapies utilisées sont principalement les thérapies cognitivo-comportementales (notamment pour la correction des distorsions cognitives), la psychoéducation, les traitements d'approche comportementale (efficace pour la reprise pondérale), la thérapie interpersonnelle (pour aborder les difficultés relationnelles) et la thérapie motivationnelle.(4)

2. La boulimie

a) Définition

La classification DSM-5 définit la boulimie comme :

- La survenue récurrente d'accès hyperphagiques (c'est-à-dire l'absorption en un temps limité d'une quantité de nourriture supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient dans les mêmes circonstances et avec un sentiment de perte de contrôle).
- La survenue de comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids (comme les vomissements provoqués, la prise de diurétiques, laxatifs ou autre médicament, le jeûne ou l'exercice excessif).
- Ces conduites surviennent en moyenne au moins une fois par semaine pendant trois mois.
- L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des périodes d'anorexie mentale.

Le seuil de sévérité peut être :

- Léger : en moyenne 1 à 3 comportements compensatoires par semaine
- Moyen : en moyenne 4 à 7 épisodes par semaine
- Grave : 8 à 13 épisodes par semaine
- Extrême : au moins 14 épisodes par semaine

Chez les personnes atteintes de boulimie, on retrouve souvent des difficultés de gestion émotionnelle, une forte impulsivité, ou encore un trouble de la personnalité de type borderline.(1)

b) Épidémiologie

La boulimie concerne environ 1.5% des 11-20 ans et touche environ 3 jeunes filles pour un garçon. Elle survient également le plus souvent à l'adolescence et chez l'adulte jeune.(5)

Le diagnostic peut être fait tardivement car le poids et l'IMC peuvent être normaux.(6)

Les populations à risque peuvent concerner également les adolescents ayant une faible estime de soi. Il faut donc rechercher le trouble chez les jeunes présentant des conduites à risques, des idées suicidaires, des symptômes dépressifs.(6)

Les adolescents souffrant d'anorexie mentale ou ayant un antécédent d'anorexie mentale sont également une population à risque (30 à 50% d'entre eux présenteront des épisodes de boulimie).(6)

On retrouve également, comme pour l'anorexie, les personnes pratiquant des sports où le poids est important ou celles qui suivent des régimes alimentaires.(6)

c) Pronostic

Là aussi on retrouve des complications multiples possibles, tant sur le plan somatique que psychiatrique/psychologique.

Sur le plan somatique on retrouve notamment les complications liées aux vomissements (érosion dentaire, perturbation du bilan sanguin et notamment

hypokaliémie, pouvant entraîner des troubles cardiaques, parotidomégalie, troubles oesophagiens, douleurs abdominales, excoriations cutanées métacarpo-phalangiennes ; signe de Russel) mais également à la prise de laxatifs (atonie intestinale, troubles du transit, oedèmes, déshydratation, hyponatrémie et troubles rénaux).(6,7)

On peut également retrouver les complications induites par les restrictions alimentaires évoquées pour l'anorexie mentale.

D'un point de vue psychiatrique, on retrouve des comorbidités telles que les syndromes anxiodépressifs et tentatives de suicide, la phobie sociale, les troubles addictifs et les troubles du contrôle des impulsions (comme les scarifications par exemple), on note également des dysfonctions sexuelles.(1)

d) Prise en soin

La prise en soin est pluridisciplinaire, somatique, sociale, nutritionnelle et psychiatrique. Elle peut se faire en ambulatoire ou en hospitalisation selon le seuil de gravité.

Sur le plan psychiatrique/psychologique, plusieurs psychothérapies ou outils thérapeutiques sont recommandés.

Les outils d'auto-support (self-help) par exemple, peuvent être utilisés en début de prise en soin ou avant l'initiation.(8)

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) individuelles sont recommandées en première intention pour la prise en charge de la boulimie. Concernant les thérapies comportementales dialectiques, elle peuvent être utilisées pour les patients ayant un trouble de la personnalité borderline associé.(8)

D'autres thérapies peuvent être utilisées comme les thérapies interpersonnelles, les thérapies psychanalytiques et les thérapies familiales.(8)

D'un point de vue pharmacologique et en deuxième ligne, les antidépresseurs ISRS (inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine) peuvent être utilisés, comme la FLUOXETINE® par exemple, à des posologies plus conséquentes que pour la dépression, mais toujours en association à la prise en charge psychologique.(1,8)

3. L'hyperphagie boulimique (ou accès hyperphagiques ou binge-eating disorder)

a) Définition

Elle est définie par la classification DSM 5 comme :

- La survenue récurrente d'accès hyperphagiques associés à au moins trois caractéristiques parmi lesquelles :
 - manger beaucoup plus rapidement que la normale
 - manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
 - manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
 - manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
 - se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé
- Les accès hyperphagiques provoquent une détresse et surviennent en moyenne au moins une fois par semaine pendant trois mois.

- Ces accès ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés contrairement à la boulimie et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Le seuil de sévérité peut être :

- léger : 1 à 3 accès hyperphagiques par semaine
- moyen : 4 à 7 par semaine
- grave : 8 à 13 accès par semaine
- extrême : au moins 14 accès par semaine

b) Epidémiologie

La prévalence de l'HB sur la vie entière serait comprise entre 3 et 5% avec environ un homme pour deux femmes et concernerait 30 à 50% des personnes atteintes d'obésité.(1)

Le trouble est plus particulièrement diagnostiqué chez les patients de poids normal, en surpoids, atteint d'obésité ou demandeur d'une prise en soin pour perte de poids.(9)

L'origine est plurifactorielle, avec notamment des facteurs physiologiques, comportementaux, environnementaux ou génétiques.(9)

Une étude publiée par l'Encéphale® a notamment étudié les liens entre l'hyperphagie, la personnalité et l'émotionnalité positive et négative et retrouve une association entre l'hyperphagie et l'affectivité négative qu'elle soit inscrite comme tendance de la personnalité ou considéré en tant que ressenti émotionnel.(9)

On retrouve une confusion entre les signaux émotionnels, d'anxiété et de faim et un renforcement négatif lié à la culpabilité.(1)

On note également des traits associés tels que les symptômes anxio-dépressifs, les troubles addictifs et du contrôle des impulsions, l'impulsivité et les troubles de la personnalité.(1)

c) Pronostic

L'HB peut conduire à des répercussions sur le plan somatique et psychologique/psychiatrique.

Sur le plan somatique, on retrouve notamment des complications telles que le surpoids et l'obésité et les conséquences qu'ils entraînent comme le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les troubles lipidiques et les cancers.(10)

On retrouve également des troubles de la fertilité (hypofertilité voire infertilité), des troubles digestifs (stéatose hépatique, troubles du transit, reflux gastro-œsophagien, ballonnements et douleurs abdominales, halitose, mauvais état nutritionnel voire dénutrition).(1)

Sur le plan psychiatrique, on retrouve comme comorbidités les troubles anxieux et la phobie sociale, les troubles addictifs, le risque suicidaire, les troubles bipolaires et les épisodes dépressifs caractérisés.(1)

d) Prise en soin

La prise en soin doit être pluridisciplinaire (psychologique, somatique, nutritionnelle, sociale et familiale), adaptée à l'âge du patient et l'intensité du trouble. Plus la prise en charge est précoce, meilleur est le pronostic.(11)

Sur le plan psychologique on retrouve la psychothérapie individuelle, de groupe ou la thérapie cognitivo-comportementale.(10)

Les thérapies médicamenteuses ne sont pas recommandées en première intention.(1)

C. Chronologie des différentes mesures appliquées pendant la crise sanitaire de la COVID-19

Cette partie a pour objectif de retracer chronologiquement les principales mesures sanitaires et les restrictions depuis le début de la pandémie de la COVID-19.

Depuis le début de l'année 2020 se sont succédé de multiples mesures de restrictions qui ont pu avoir un impact sur la santé mentale de la population.

Le 14 février 2020 a lieu le premier décès en France de la COVID-19.(12)

Le 8 mars, les rassemblements non indispensables de plus de 1000 personnes sont interdits.(12)

Le 12 mars, les crèches, écoles, collèges, lycées et universités sont fermés, le 13 mars, les rassemblements de plus de 100 personnes sont interdits.(12)

Le 16 mars, a lieu l'allocution du président de la République décrivant les mesures du premier confinement prenant effet le 17 mars pour une durée minimale de 15 jours

Il annonce alors l'interdiction des déplacements essentiels, des réunions familiales ou amicales, les sanctions encourues en cas de non-respect des mesures, la

fermeture des frontières de l'espace Schengen, la suspension des voyages entre les pays non européens et l'union européenne.(13)

Le 27 mars, la prolongation du confinement jusqu'au 15 avril est annoncée puis à nouveau le 13 avril concernant une prolongation jusqu'au 11 mai.(12)

Le 11 mai a lieu le déconfinement progressif de la France.(12)

Le 14 octobre, la mise en place d'un couvre-feu est annoncée pour au moins 4 semaines en Ile de France et pour au moins 8 métropoles et débutera le 17 octobre. Les rassemblements sont limités à 6 personnes. Le 22 octobre, il sera étendu à 38 nouveaux départements ainsi qu'aux 16 départements déjà concernés entièrement ou partiellement par le couvre-feu du 17 octobre.(12)

Le 28 octobre, un second confinement est annoncé et prendra effet le 30 octobre avec une prolongation au moins jusqu'au 1^{er} décembre. Les commerces non essentiels sont alors fermés, les déplacements non essentiels à nouveau interdits, les écoles, collèges, lycées et universités restent ouverts.(13)

Le 24 novembre un déconfinement progressif est envisagé avec la reprise d'un nouveau couvre-feu, plan qui sera remis en question début décembre devant la situation sanitaire avec une annonce le 7 janvier 2021 d'une prolongation du confinement jusqu'au 20 janvier.(13)

En février, des confinements locaux vont commencer à être mis en place pour les villes les plus touchées, d'abord le weekend puis en semaine.(13)

Le confinement prendra fin le 03 mai 2021 avec réouverture progressive des restaurants, lieux de loisir et culture, commerces à partir de la mi-mai et allègement progressif des différentes mesures.(13).

D. Données de la littérature concernant l'impact des confinements et de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale et les troubles du comportement alimentaire

1. Impact de la crise sanitaire sur les troubles psychiatriques

a) La peur de la maladie

La pandémie de COVID-19 a pu être source d'anxiété à plusieurs niveaux.

Dans un premier temps, nous pouvons évoquer la crainte concernant la maladie ressentie par les populations, qui plus est d'une maladie qui était encore non connue de la population avec une description de ses formes graves et de ses conséquences au travers des médias, des journaux ou autres sources de documentation. A cela s'ajoute la peur liée à l'insuffisance des équipements de santé face à une situation sanitaire inédite.(14)

Les images de pénurie véhiculées par les médias et la peur de manquer ont pu constituer également des facteurs de stress.(15)

On peut ajouter aussi l'impact psychologique du deuil face au décès de personnes proches ou l'anxiété face à l'hospitalisation de membre de la famille parfois dans des états de santé critiques.

Cette situation s'est montrée anxiogène pour la population générale mais a pu notamment être source de souffrance pour les personnes atteintes de troubles psychiques, population plus vulnérable et plus sensible à des facteurs de stress.

En effet, une étude publiée dans l'Encéphale® et portant sur les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie de SARS-CoV-2, évoque une vulnérabilité à plusieurs niveaux de cette population, notamment liée aux

comorbidités médicales, aux troubles cognitifs pouvant entraver les mesures sanitaires, à l'âge et aux complications psychosociales.(16)

b) L'impact du confinement

Un article de Franck et Zante évoque l'impact du confinement sur la santé mentale avec notamment un stress engendré sur la population, une augmentation des symptômes de dépression et d'anxiété.(14)

A cela s'ajoute la crainte liée à l'insécurité sur le plan économique mais aussi l'incertitude face à des mesures sanitaires en constante évolution et ayant des répercussions sociales, familiales ou professionnelles.(14)

Dans leur article, ils évoquent également, une étude (Rolland et al, 2020) dans laquelle est mis en avant le lien entre le bien-être mental et les modifications des comportements à risque d'addiction. L'analyse retrouve un lien entre la réduction du bien-être mental associée à l'épidémie et la modification des comportements alimentaires, informatiques et toxiques, et met en avant une augmentation globale des consommations.(14)

Une étude portant sur l'impact psychologique de la crise sanitaire sur 85 patients souffrant essentiellement de troubles anxio-dépressifs, retrouve notamment une dégradation de l'humeur chez une partie des patients pendant le confinement, une recrudescence de troubles anxio-dépressifs, de troubles du sommeil et de problématiques addictives.(15)

Cette étude évoque également une majoration des troubles obsessionnels compulsifs avec des pensées répétitives au sujet du virus, des compulsions

concernant le nettoyage, les croyances dysfonctionnelles et les peurs pouvaient être alimentées par la limitation des connaissances au sujet de la COVID-19.(15)

Une étude portant sur les conséquences psychopathologiques du confinement évoque également le trouble stress post-traumatique, les conduites suicidaires, les violences domestiques, le lien entre isolement social et hallucinations.(17)

c) Conséquences sur l'offre de soin

Le système de soin a également été perturbé par la pandémie de COVID-19 et le confinement. D'une part concernant les établissements qui n'étaient pas préparés pour faire face à une telle épidémie avec le manque de lit, le report de certains actes ou consultations pour plusieurs spécialités mais aussi concernant la fermeture d'établissements et la réorganisation de l'offre de soin. Notons également que des personnes ont volontairement interrompu leur suivi ou reporté des consultations ayant peur de la maladie et de la contagion.

Une étude de Malzac, Mathieu et Einaudi consacrée à l'accompagnement des personnes vulnérables en contexte de confinement souligne notamment l'impact sur les personnes vulnérables de la fermeture de certaines structures comme les établissements sociaux, médico-sociaux, les hôpitaux de jours, les CAMSP. Ils évoquent le retard de prise en charge pour les soins urgents ou encore l'émergence de négligence et de maltraitance dans des familles où le contexte social est déjà compliqué, avec une fragilisation accentuée par le confinement et la perte de repère par le suivi.(18)

L'étude évoque également l'exacerbation des violences intrafamiliales et conjugales dans un contexte parfois ponctué de promiscuité, isolement et précarité.(18)

2. Impact de la crise sanitaire sur les troubles du comportement alimentaire

Nous avons tenté dans un premier temps de nous appuyer sur les données de la littérature disponibles concernant l'impact au sens général sur les troubles du comportement alimentaire, décompensation ou troubles déjà existants et leur suivi.

L'impact des confinements sur les TCA reste encore peu connu et il faudra encore de nombreuses études pour confirmer les hypothèses actuelles.

a) Une population fragilisée

Tout d'abord, les patients atteints de TCA peuvent être plus vulnérables d'un point de vue somatique. Que ce soit des patients avec un poids trop faible, comme les patients atteints d'AM par exemple ou de boulimie, avec une altération de l'immunité cellulaire, mais aussi celles atteintes d'autres troubles alimentaires, avec un poids élevé comme les personnes atteintes d'HB ou d'obésité.(17)

Il s'agit de personnes qui ont une santé plus fragile et peuvent présenter des complications ou formes plus sévères d'infection à la COVID-19, d'où une source d'anxiété qui peut provoquer des rechutes concernant le trouble alimentaire.(17)

b) Un contexte stressant, source de rechute

Selon cette même étude sur les conséquences psychopathologiques du confinement, les symptômes dépressifs ou anxieux causés par le confinement pourraient être des facteurs de risque de restrictions alimentaires, d'alimentation émotionnelle et d'accès hyperphagiques.(17)

Une autre étude portant sur les premiers impacts de la COVID-19 sur 1000 personnes aux Etats-Unis et aux Pays-Bas ayant rapporté un trouble du comportement alimentaire, souligne que les participants ont décrit une augmentation marquée de l'anxiété et des préoccupations importantes concernant l'impact de la COVID-19 sur leur santé physique et mentale.(19)

c) L'impact des médias sur les troubles du comportement alimentaire

Les confinements ont également été source d'exposition aux médias, que ce soit dans les journaux, à la télévision ou encore à la radio.

On a pu entendre de nombreux sujets concernant la dimension alimentaire comme la prise de poids des français pendant le confinement liée au manque d'activité physique ou encore la naissance de programmes de sport à la maison pour inciter la population à pratiquer une activité physique. Ces messages auraient pu avoir un impact important sur les personnes atteintes de TCA et notamment d'anorexie mentale, qu'on connaît très impliquées dans les stratégies d'amincissement et très fragiles face à ce genre de messages.

d) Un accès à l'alimentation et des rituels renversés

On a pu également entendre des reportages concernant d'éventuelles pénuries alimentaires à venir poussant certaines personnes à faire des « stocks » alimentaires au domicile. Les stimuli alimentaires et les TCA ont donc pu être renforcés.(17)

Cela aurait donc pu constituer une source de stress importante pour les personnes atteintes de TCA, comme les patients atteints d'anorexie qui ont pu voir leurs rituels et habitudes se modifier brutalement ou encore les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique, pouvant être mises en difficultés face au stockage alimentaire.

En effet, l'étude citée précédemment portant sur 1000 participants aux Etats-Unis et aux Pays-Bas retrouve chez les participants souffrant d'AM, une augmentation des restrictions et des préoccupations concernant la possibilité de trouver des aliments conformes à leur régime alimentaire.(19)

Cette même étude retrouve chez les participants atteints de boulimie, une augmentation des crises de boulimie et des compulsions alimentaires.(19)

L'exposition à des publications alimentaires pourrait également susciter un « craving » alimentaire avec des compulsions alimentaires et une prise de poids.(17)

Une autre étude réalisée en Australie, porte sur les comportements alimentaires et l'activité sportive chez les personnes atteintes de TCA et en population générale pendant la pandémie de COVID-19.Elle s'est basée sur le projet du COLLATE (COvid-19 and you: mentaL heaLth in AusTralia now survEy), une enquête nationale lancée en Australie le 1^{er} avril 2020. Cette étude retrouve, chez les

personnes atteintes de TCA une augmentation des restrictions et compulsions alimentaires mais aussi une augmentation des crises de boulimie et des pratiques d'exercices. En population générale, elle retrouvait une augmentation des restrictions et des compulsions alimentaires mais une diminution de l'activité physique.(20)

e) Une restriction de la vie sociale et des activités quotidiennes

Les habitudes alimentaires rigides et stéréotypées ont pu être renforcées par la diminution des repas pris avec autrui, les stratégies d'ajustement habituelles (comme les activités sociales, les loisirs, les sorties) ont pu être limitées alors que celles portant sur l'alimentation ont pu être renforcées, les restrictions alimentaires ont pu être plus nombreuses par peur de prendre du poids en lien avec la diminution de l'activité physique.(17)

Une autre étude portant sur la COVID-19 et les TCA pendant le confinement et notamment sur les facteurs associés à la résilience ou l'aggravation du trouble évoque une détérioration post-COVID de la symptomatologie chez un quart des participants souffrant de TCA ce qui pourrait être lié notamment à des capacités d'adaptation et des stratégies d'ajustement diminuées.(21)

f) Un parcours de soin parfois bouleversé

Un autre impact des confinements liés à la crise sanitaire de la COVID-19 concerne le parcours de soin et le suivi des patients atteints de TCA.

En effet, qu'il s'agisse des consultations de première demande ou de consultation de suivi, les rendez-vous n'ont pas toujours pu être maintenus dans les mêmes conditions, avec parfois un espacement des consultations ou encore leur réalisation

en visioconférence. Les patients ont peut-être également modifié leurs habitudes concernant leur suivi avec une probable crainte de fréquenter les milieux hospitaliers dans ce contexte.

En effet l'étude citée précédemment sur 1000 participants, montrait que ceux qui étaient suivis ont été passés à des téléconsultations à un rythme similaire mais avec une transition parfois complexe avec 47% des participants américains et 74% des néerlandais qui déclaraient un suivi de moins bonne qualité. Les auteurs précisent tout de même qu'il s'agissait d'une période où les professionnels faisaient tout juste la transition vers les soins à distance.(19)

Une autre étude a étudié les effets de la pandémie sur les symptômes des TCA et d'autres aspects psychologiques chez d'anciens patients hospitalisés atteints d'AM. Elle retrouve une augmentation pour 70% des patients, des préoccupations concernant l'alimentation, le poids et la forme, de la volonté de pratiquer une activité physique, de la solitude, de la tristesse et de la tension interne. Elle retrouve aussi une diminution de l'accès à des psychothérapeutes et à des visites chez le médecin (y compris pour les contrôles de poids) respectivement de 37% et 46%.(22)

Toutefois, un patient sur 5 seulement déclarait une altération profonde du suivi.(22)

Dans cette même étude, un sous-ensemble non négligeable de personnes ne rapportait pas d'aggravation du trouble. Elles ne rapportaient pas de nouveau symptôme et parvenaient à maintenir le poids. La plupart des patients ont également utilisé des stratégies d'adaptation.(22)

Une autre étude au Royaume-Uni s'est intéressée aux impacts de la pandémie chez les personnes ayant une expérience de TCA.

Les résultats suggèrent un impact profond et abordent huit thèmes importants : la perturbation de la situation de vie, l'augmentation de l'isolement social, la réduction de l'accès au réseau de soutien habituel, une modification de l'activité physique, une réduction de l'accès aux services de santé, une perturbation de la routine et de la sensation de contrôle perçu, une modification dans la relation avec la nourriture et une augmentation de l'exposition à des messages déclencheurs et aux résultats positifs.(23)

II. Matériels et Méthodes

A. Objectif et organisation de l'étude

Notre étude a été réalisée à l'hôpital Michel Fontan 2 du CHRU de Lille au sein du service des troubles du comportement alimentaire.

Il s'agit d'une étude quantitative et qualitative, rétrospective visant à comparer les populations de patients ayant consulté pour un trouble du comportement alimentaire avant et après les deux premiers confinements liés à la crise sanitaire de la COVID-19.

Il s'agit des consultations « de première demande » uniquement, c'est-à-dire des rendez-vous concernant des patients n'ayant pas de suivi en cours à l'hôpital Fontan 2.

La comparaison concerne la période de mars 2019 à février 2020 et celle de mars 2020 à février 2021.

L'objectif pour nous était d'évaluer l'impact des confinements sur la décompensation des troubles du comportement alimentaire.

L'hypothèse est que suite aux confinements, les consultations de premières demandes pourraient être différentes de celles d'avant la crise sanitaire, en étant des premières décompensations plus nombreuses et concerner des patients plus jeunes, avec un contexte de survenue qui pourrait être différent, davantage lié au confinement, avec un seuil de gravité qui pourrait être plus important (IMC plus faible) et concerner des patients n'ayant pas de suivi auparavant et dont le trouble se serait déclenché après les confinements.

Une autre hypothèse concerne les personnes qui avaient déjà un trouble du comportement alimentaire, les confinements ayant pu entraîner une récurrence ou une aggravation du trouble.

La recherche porte sur l'analyse des données recueillies lors des consultations de première demande.

Le recueil des données s'est fait à partir du dossier médical informatique et papier du service qui contenait les informations recueillies sur le plan médical, diététique, et psychologique.

Les dossiers étaient récupérés à partir des listes de patients figurant sur les plannings informatisés des différents médecins consultant sur la période d'inclusion.

Les données étaient ensuite collectées sur un tableur EXCEL en étant reportées de façon anonyme avec un numéro d'inclusion.

Le recueil de données a débuté au début du mois de mai 2021 et s'est achevé à la fin du mois de septembre 2021.

Nous avons effectué une première lecture des dossiers avec un recueil des informations nécessaires, puis une seconde afin de récupérer un maximum de dossiers disponibles.

Une déclaration à la CNIL et la validation a été faite avant le début de l'étude.

B. Les critères d'inclusion et d'exclusion

1. Critères d'inclusion

Tous les patients consultant pour une « première demande » à l'hôpital Fontan 2 et pour lesquels un dossier était accessible ont été inclus. Il s'agit d'un service accueillant les adolescents (à partir de 15 ans et 3 mois) et les adultes.

2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion concernaient les patients pour lesquels le dossier était inaccessible au moment du recueil (notamment ceux qui ne se sont pas présentés à la consultation ou ceux pour lesquels le dossier n'était pas accessible, utilisé par le service par exemple) et ceux qui ne correspondaient pas à une consultation de première demande pour un trouble du comportement alimentaire (consultations de suivi ou concernant un autre motif).

C. L'information des patients

Les patients ont été informés de l'étude à partir de la brochure du CHRU de Lille qui mentionne l'activité de recherche mais également via le site du CHRU de Lille sur lequel une mention a été faite décrivant l'étude.(24)

Ils avaient la possibilité de s'opposer au recueil de données en le mentionnant sur le site du CHRU de Lille.

D. Les variables étudiées

Les données recueillies étaient strictement anonymes et incluait l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, le type de trouble et le contexte de survenue, l'âge de survenue du trouble et sa durée d'évolution ainsi que l'existence ou non de prise en soin précédente concernant le trouble du comportement alimentaire. Nous avons également relevé la notion d'aggravation post-confinements.

Les variables étaient codées de la façon suivante dans le tableur:

NUMERO : numéro d'inclusion

PERIODE : année concernée (1= période de mars 2019 à février 2020, 2=période de mars 2020 à février 2021)

AGE : âge en années

SEXE : 0=Homme 1=Femme

IMC : indice de masse corporelle en kg/m²

TYPE_TROUBLE_ALIMENTAIRE : type de trouble du comportement alimentaire :

- 1=Anorexie mentale

- 2=Anorexie mentale atypique

- 3=Hyperphagie psychogène

- 4=Boulimie
- 5=Boulimie atypique
- 6=Vomissement psychogène
- 7=Trouble de l'alimentation, sans précision
- 8=Absence de TCA

CONTEXTE_SURVENUE : contexte de survenue du trouble alimentaire :

- 0=non renseigné ou spontané,
- 1=régime alimentaire,
- 2=perte de poids non volontaire, secondaire (par exemple suite à des soucis de santé)
- 3=remarques sur le physique de la personne
- 4=psycho-traumatisme sans caractère sexuel
- 5=harcèlement scolaire,
- 6=confinement,
- 7=autre évènement stressant (comprend les troubles relationnels familiaux, sentimentaux, professionnels et les autres évènements stressants ayant pu perturber le patient)
- 8=psycho-traumatisme à caractère sexuel (comme les agressions sexuelles, le viol, etc.)
- 9= multiples (=plusieurs facteurs déclenchants associés)

AGE_DEBUT_TROUBLE : âge de survenue du trouble du comportement alimentaire en années

ANTECEDENT_PRISE_EN_SOIN : antécédent de prise en soin spécialisée pour trouble du comportement alimentaire, c'est-à-dire suivi psychiatrique, psychologique, nutritionnel (0=non, 1=oui)

DUREE_EVOLUTION : durée d'évolution du trouble en années

AGGRAVATION_CONFINEMENT (pour la période 2 uniquement) : notion d'aggravation, nouvelle décompensation ou accélération depuis le confinement sanitaire quand cela est stipulé dans le dossier (0=non ou non mentionné dans le dossier, 1=oui ; aggravation pour les personnes dont le contexte de survenue n'est pas le confinement, 2=patients dont le contexte de survenue est directement lié au confinement)

Les cases « vides » étaient celles où l'information n'était pas trouvée.

E. Les analyses statistiques

Les données qualitatives sont présentées en effectif et en pourcentage. Les données quantitatives sont exprimées par la moyenne et l'écart-type et/ou la médiane et l'intervalle interquartile. La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et par le test du Shapiro-Wilk.

Les deux périodes d'analyses (avant et après confinements) sont comparées par les tests du Chi-deux ou du Fisher exact sur les paramètres qualitatifs (le sexe, le type de trouble alimentaire, le contexte de survenue et l'antécédent de prise en soin) et par le test U de Mann-Whitney sur les paramètres quantitatifs (l'âge, l'indice de masse corporelle et la durée d'évolution).

Nous avons également décrit l'aggravation du trouble en lien avec le confinement.

Le seuil de significativité retenu est fixé à 5%. L'analyse statistique est réalisée à l'aide du logiciel SAS, version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA) par l'Unité de Biostatistiques du CHU de Lille.

Concernant les variables « type de trouble alimentaire » et « contexte de survenue », il n'y a pas de test réalisé car les effectifs sont trop faibles pour certaines catégories qui elles-mêmes sont nombreuses. Des regroupements ont donc été tentés entre les différentes catégories afin de réaliser les tests comparatifs.

Pour la variable « aggravation suite au confinement », il n'y a pas de test car cette variable ne concerne que la deuxième période.

III. Résultats

A. Population de l'étude

Au total, 383 patients figuraient sur le planning de consultation de première demande des différents médecins concernant la période d'inclusion.

208 concernaient la première période et 175 la deuxième période.

316 personnes ont été incluses, 169 pour la première période et 147 pour la seconde.

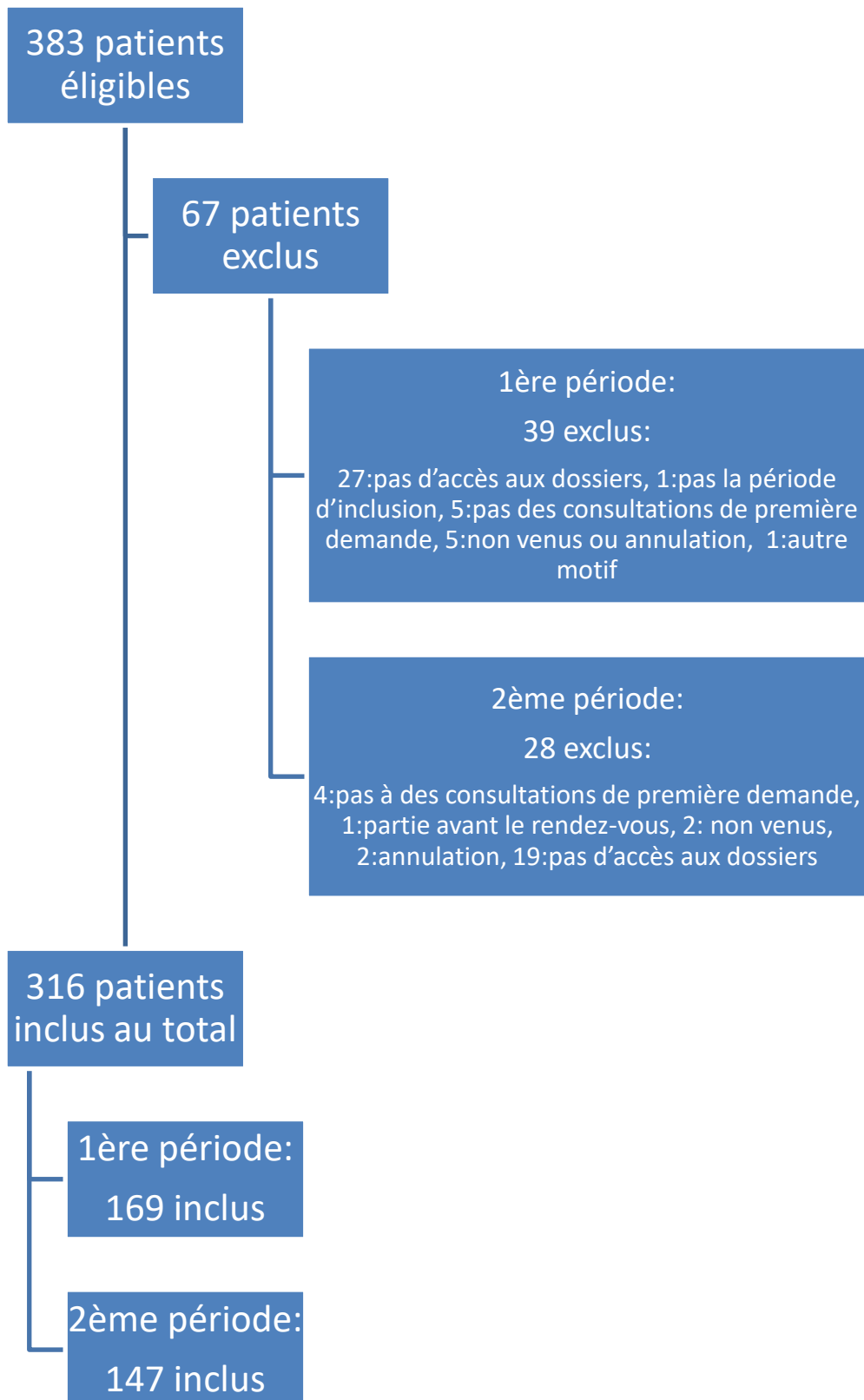
39 patients ont été exclus pour la première période, 27 pour lesquels il n'y avait pas d'accès aux dossiers, 1 qui ne correspondait finalement pas à la période d'inclusion, 5 qui ne correspondaient pas à des consultations de première demande,

5 qui ne sont pas venus ou ont annulé le rendez-vous et un qui est venu pour un autre motif qu'un trouble du comportement alimentaire.

Pour la seconde période, 28 personnes ont été exclues dont 4 qui ne correspondaient pas à des consultations de première demande, une personne qui est partie avant le rendez-vous, deux qui ne sont pas venues, deux personnes qui ont annulé et 19 pour lesquelles il n'y avait pas d'accès aux dossiers.

Une personne a fait valoir son droit d'opposition au recueil de données et à la participation à l'étude, mais après vérification, ne faisait pas partie des personnes éligibles et n'a donc pas été incluse.

B. Diagramme de flux



C. Analyses descriptives

1. Les données qualitatives

Tableau 1 : Répartition des participants concernant le sexe pour l'ensemble de la population:

SEXE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	19	6.01	19	6.01
1	297	93.99	316	100.00

On retrouve sur l'ensemble des participants 19 hommes et 297 femmes, soit environ 94% de femmes pour 6% d'hommes.

Tableau 2 : Répartition des participants concernant le type de TCA pour l'ensemble de la population:

TYPE_TROUBLE_ALIMENTAIRE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	160	51.12	160	51.12
2	44	14.06	204	65.18
3	21	6.71	225	71.88
4	31	9.90	256	81.79
5	14	4.47	270	86.26
6	2	0.64	272	86.90
7	26	8.31	298	95.21
8	15	4.79	313	100.00
Frequency Missing = 3				

Pour trois personnes, la donnée était manquante. Pour le reste de la population, on retrouve une majorité de patients souffrant d'AM soit 51% environ et 14% d'AM atypique puis presque 10% concernant la boulimie.

Les autres types de TCA étaient moins fréquents avec 8% de trouble de l'alimentation sans précision, presque 7% d'hyperphagie psychogène, 4.8% d'absence de TCA, 4.5% de boulimie atypique et 0.64% de vomissement psychogène.

Tableau 3 : Répartition des participants concernant le contexte de survenue du trouble pour l'ensemble de la population:

CONTEXTE_SURVENUE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	68	21.86	68	21.86
1	81	26.05	149	47.91
2	19	6.11	168	54.02
3	16	5.14	184	59.16
4	5	1.61	189	60.77
5	9	2.89	198	63.67
6	17	5.47	215	69.13
7	75	24.12	290	93.25
8	13	4.18	303	97.43
9	8	2.57	311	100.00
Frequency Missing = 5				

On retrouve 5 données manquantes sur la population étudiée.

Le contexte de survenue principal était le régime avec 26% environ des participants suivi du contexte « autre évènement stressant » avec 24% des participants et du contexte « non renseigné ou spontané » avec environ 22% des participants.

Les autres contextes de survenue sont retrouvés dans le tableau ci-dessus.

Le confinement représente 5% environ des participants pour l'ensemble de la population, donc sur la période de deux ans (mais en réalité seule la période 2 est concernée par les confinements sanitaires).

Tableau 4 : Répartition des participants concernant l'antécédent de prise en soin pour l'ensemble de la population:

ANTECEDENT_PRISE_EN_SOIN	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	94	30.23	94	30.23
1	217	69.77	311	100.00
Frequency Missing = 5				

5 données étaient manquantes, près de 70% des participants avaient un antécédent de prise en soin.

Tableau 5 : Répartition des participants concernant l'aggravation suite aux confinements pour la période 2:

AGGRAVATION_CONFINEMENT	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	99	69.23	99	69.23
1	27	18.88	126	88.11
2	17	11.89	143	100.00
Frequency Missing = 4				

4 données étaient manquantes.

Sur la deuxième période, 19% environ des personnes présentaient une aggravation du trouble alors que le contexte de survenue n'était pas associé au confinement.

Pour environ 12% des patients de cette période, on retrouvait un contexte de survenue directement lié au confinement.

2. Les données quantitatives

Tableau 6 : Analyse des données quantitatives

Variable	N	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	Median	Lower Quartile	Upper Quartile
AGE	316	26.04	11.41	14.00	66.00	21.00	17.00	31.50
IMC	313	18.50	4.88	9.81	53.00	17.46	15.39	20.48
AGE_DEBUT_TROUBLE	305	19.39	8.98	3.00	65.00	17.00	15.00	20.00
DUREE_EVOLUTION	305	6.72	8.58	0.08	47.00	3.00	1.00	10.00

Les effectifs concernant l'âge au moment de la consultation, l'IMC, l'âge de début du trouble et la durée d'évolution du trouble étaient respectivement de 316, 313, 305 et 305.

L'âge moyen de consultation était de 26.04 ans (+/- 11.41) et l'âge médian de 21 ans (17-31.5).

L'IMC moyen était de 18.5 (+/- 4.88) avec une médiane de 17,46 (15.39-20.48).

L'âge moyen du début du trouble était de 19.39 ans (+/- 8.98) pour une médiane de 17 ans (15-20).

La durée d'évolution du trouble était de 6.72 an (+/- 8.58) avec une médiane de 3 ans (1-10).

D. Analyses comparatives des deux périodes

Tableau 7 (a,b) : Comparaison des populations concernant le sexe selon les deux périodes:

a)

Table of PERIODE by SEXE			
PERIODE	SEXE		
Frequency Percent Row Pct Col Pct	0	1	Total
1	11 3.48 6.51 57.89	158 50.00 93.49 53.20	169 53.48
2	8 2.53 5.44 42.11	139 43.99 94.56 46.80	147 46.52
Total	19 6.01	297 93.99	316 100.0 0

b)

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.1583	0.6907
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.1591	0.6900
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0258	0.8724
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.1578	0.6912
Phi Coefficient		0.0224	
Contingency Coefficient		0.0224	
Cramer's V		0.0224	

Pour la période 1 on retrouve 11 hommes pour 158 femmes, pour la seconde 8 hommes pour 139 femmes. Les analyses ne retrouvent pas de différence significative entre les deux périodes ($p=0.7$).

Tableau 8 (a,b) : Comparaison des populations concernant l'antécédent de prise en soins selon les deux périodes:

a)

Table of PERIODE by ANTECEDENT_PRISE_EN_SOIN			
PERIODE	ANTECEDENT_PRISE_EN_SOIN		
Frequency Percent Row Pct Col Pct	0	1	Total
1	49 15.76 29.34 52.13	118 37.94 70.66 54.38	167 53.70
2	45 14.47 31.25 47.87	99 31.83 68.75 45.62	144 46.30
Total	94 30.23	217 69.77	311 100.00
Frequency Missing = 5			

b)

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.1336	0.7148
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.1335	0.7149
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0584	0.8090
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.1331	0.7152
Phi Coefficient		-0.0207	
Contingency Coefficient		0.0207	
Cramer's V		-0.0207	

Pour la première période 118 patients avaient des antécédents de prise en soin et 49 n'en avaient pas. Pour la seconde période 99 patients avaient déjà été suivis et 45 n'avaient pas d'antécédent de prise en soin.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux périodes (p=0.71)

Tableau 9 : Comparaison des populations concernant le type de trouble du comportement alimentaire selon les deux périodes :

Table of PERIODE by TYPE_TROUBLE_ALIMENTAIRE									
PERIODE	TYPE_TROUBLE_ALIMENTAIRE								
Frequency Percent Row Pct Col Pct	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
1	69 22.0 4 41.0 7 43.1 3	30 9.58 17.8 6 68.1 8	19 6.07 11.3 1 90.4 8	17 5.43 10.1 2 54.8 4	9 2.88 5.36 64.2 9	1 0.32 0.60 50.0 0	17 5.43 10.1 2 65.3 8	6 1.92 3.57 40.0 0	168 53.6 7
2	91 29.0 7 62.7 6 56.8 8	14 4.47 9.66 31.8 2	2 0.64 1.38 9.52	14 4.47 9.66 45.1 6	5 1.60 3.45 35.7 1	1 0.32 0.69 50.0 0	9 2.88 6.21 34.6 2	9 2.88 6.21 60.0 0	145 46.3 3
Total	160 51.1 2	44 14.0 6	21 6.71	31 9.90	14 4.47	2 0.64	26 8.31	15 4.79	313 100.00
Frequency Missing = 3									

Tableau 10 : Comparaison des populations concernant le contexte de survenue selon les deux périodes:

Table of PERIODE by CONTEXTE_SURVENUE											
PERIODE	CONTEXTE_SURVENUE										
Frequency Percent Row Pct Col Pct	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
1	38 12.22 22.62 55.88	40 12.86 23.81 49.38	14 4.50 8.33 73.6 8	11 3.5 4 6.5 5 68. 75	3 0.96 1.79 60.0 0	6 1.93 3.57 66.6 7	0 0.00 0.00 0.00	43 13.83 25.60 57.33	8 2.57 4.76 61.54	5 1.61 2.98 62.5 0	168 54.02
2	30 9.65 20.98 44.12	41 13.18 28.67 50.62	5 1.61 3.50 26.3 2	5 1.6 1 3.5 0 31. 25	2 0.64 1.40 40.0 0	3 0.96 2.10 33.3 3	17 5.47 11.8 9 100. 00	32 10.29 22.38 42.67	5 1.61 3.50 38.46	3 0.96 2.10 37.5 0	143 45.98
Total	68 21.86	81 26.05	19 6.11	16 5.1 4	5 1.61	9 2.89	17 5.47	75 24.12	13 4.18	8 2.57	311 100.0 0
Frequency Missing = 5											

Pour le type de trouble alimentaire et le contexte de survenue, les tests comparatifs n'ont pas pu être effectués au vue du nombre faible de personnes dans chaque catégorie. Des regroupements entre catégories ont été tentés mais les tests sont revenus non significatifs, ainsi nous avons uniquement décrit la répartition des patients selon le type de trouble et le contexte pour chaque période (cf tableaux ci-dessus).

Tableau 11 (a,b) : Comparaison des population concernant l'âge selon les deux périodes:

a)

Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable AGE Classified by Variable PERIODE					
PERIODE	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score
1	169	28565.50	26786.50	808.7604 27	169.02662 7
2	147	21520.50	23299.50	808.7604 27	146.39795 9
Average scores were used for ties.					

b)

Wilcoxon Two-Sample Test					
Statistic	Z	Pr < Z	Pr > Z	t Approximation	
				Pr < Z	Pr > Z
21520.50	- 2.199 0	0.013 9	0.0279	0.014 3	0.0286
Z includes a continuity correction of 0.5.					

L'âge était significativement plus bas pour la deuxième période avec $p=0.03$.

Tableau 12 (a,b) : Comparaison des populations concernant l'IMC selon les deux périodes:

a)

Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable IMC Classified by Variable PERIODE					
PERIODE	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score
1	169	27643.50	26533.0	797.9799 12	163.571 006
2	144	21497.50	22608.0	797.9799 12	149.288 194
Average scores were used for ties.					

b)

Wilcoxon Two-Sample Test					
Statistic	Z	Pr < Z	Pr > Z	t Approximation	
				Pr < Z	Pr > Z
21497.5 0	- 1.391 0	0.082 1	0.1642	0.0826	0.1652
Z includes a continuity correction of 0.5.					

Il n'y avait pas de différence significative pour l'IMC sur les deux périodes (p=0.16).

Tableau 13 (a,b) : Comparaison des populations concernant la durée d'évolution du trouble selon les deux périodes:

a)

Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable DUREE_EVOLUTION Classified by Variable PERIODE					
PERIODE	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score
1	164	26746.50	25092.0	766.161008	163.088415
2	141	19918.50	21573.0	766.161008	141.265957
Average scores were used for ties.					

b)

Wilcoxon Two-Sample Test					
Statistic	Z	Pr < Z	Pr > Z	t Approximation	
				Pr < Z	Pr > Z
19918.50	-2.1588	0.0154	0.0309	0.0158	0.0316
Z includes a continuity correction of 0.5.					

Elle était significativement plus courte pour la deuxième période avec $p=0.03$.

Tableau 14 : Reprise des résultats concernant l'âge, l'IMC et la durée d'évolution selon les deux périodes:

PERIODE	N Obs	Variable	N	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	Median	Lower Quartile	Upper Quartile
1	169	AGE	169	27.42	12.37	15.00	66.00	23.00	18.00	33.00
		IMC	169	18.96	5.48	9.81	53.00	17.64	15.50	20.90
		DUREE _EVOL UTION	164	7.59	9.19	0.17	44.00	3.00	1.00	11.50
2	147	AGE	147	24.46	10.01	14.00	62.00	20.00	17.00	30.00
		IMC	144	17.95	4.02	11.25	35.90	16.95	15.24	20.16
		DUREE _EVOL UTION	141	5.70	7.71	0.08	47.00	2.00	0.83	8.00

On retrouve donc des tests significatifs pour l'âge au moment de la consultation et pour la durée d'évolution.

L'âge est en effet significativement plus bas pour la deuxième période avec une moyenne de 27.42 (+/-12.37) et une médiane de 23 (18-33) pour la première période et une moyenne de 24.46 (+/-10.01) et une médiane de 20 (17-30) pour la seconde période.

La durée d'évolution est plus courte pour la deuxième période avec une moyenne et une médiane de 7.59 (+/-9.19) et 3 (1-11.5) pour la première période et 5.7 (+/-7.71) et 2 (0.83-8) pour la seconde période.

IV. Discussion

A. Reprise des résultats principaux de l'étude

La comparaison des deux périodes retrouve donc une différence significative concernant l'âge au moment de la consultation, significativement plus jeune concernant la période 2, et pour la durée d'évolution du trouble, significativement plus courte pour la période 2.

On ne retrouve pas de différence significative concernant les autres variables étudiées.

B. Forces et limites

1. Forces de l'étude

La force de notre étude réside dans le fait qu'il s'agit d'une recherche originale, portant sur un sujet d'actualité et pour lequel il n'existe encore que peu d'études disponibles.

De plus, certaines données sont cohérentes avec la littérature, notamment concernant le contexte de survenue du trouble, la majorité étant représentée par un régime, ce qui est cohérent avec la littérature. En effet, ce serait au moins les deux tiers des patients qui signaleraient s'être mis au régime dans les semaines ou mois précédents selon la littérature.(25)

Un autre exemple concerne la répartition selon le sexe, les femmes sont en effets plus représentées dans l'étude, ce qui correspond aux données de la littérature.(2)

Il s'agit également d'un sujet de santé publique d'une importance cruciale, la COVID-19 concernant la population à l'échelle mondiale.

Une autre force de l'étude concerne son côté analytique, avec un travail réalisé au sein d'un service spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire, services peu nombreux en France.

Il s'agit donc d'une étude inédite.

D'autre part, l'étude a porté sur un grand nombre de patients, plus de 300 participants, avec un taux d'exclusion faible. Les formulaires types contenus dans les dossiers médicaux étaient similaires pour la plupart des dossiers avec un document standard pour les consultations, pouvant limiter le biais subjectif au remplissage des dossiers.

2. Limites de l'étude

L'étude comporte cependant plusieurs limites.

Premièrement on peut citer un biais de sélection car certains dossiers n'étaient pas accessibles.

De plus, il s'agit d'informations récupérées dans les dossiers informatisés mais aussi papiers, remplis par plusieurs professionnels de santé, les informations n'ont donc peut-être pas été reportées de la même manière pour tous les médecins.

On peut ajouter également un biais concernant la subjectivité des différents intervenants au moment de la consultation pour le remplissage du dossier.

Les informations sont ensuite collectées par mes soins, avec forcément une limite subjective et un biais de classement également au moment de la lecture du

dossier, la récupération des données et leur codage. Le nombre de participants éligibles, le nombre de personnes exclues et le motif d'exclusion ont été calculés et relevés manuellement par mes soins ce qui peut être également une source d'imprécision.

De plus pour certains dossiers, des informations étaient manquantes.

On peut ajouter également un biais concernant le codage des données, parfois mentionnées comme manquantes ou négatives au même titre et donc ne pouvant pas être différenciées.

On peut citer aussi une limite concernant la durée d'évolution du trouble, qui pour certaines personnes a pu représenter un biais car elle ne permettait pas d'estimer le début du trouble avant ou après les confinements, notamment pour le début de la deuxième période ou pour les personnes avec des durées d'évolution du trouble importantes et incluses en deuxième période.

Pour finir, le nombre de patients, plus important pour la première période que pour la deuxième peut être biaisé en raison des conditions de consultations qui ont pu être perturbées pendant les confinements.

C. Perspectives pour l'avenir

La pandémie de COVID-19 a constitué un bouleversement important dans notre société, que ce soit sur le plan médical, humanitaire, social, économique ou professionnel. Les impacts ont été nombreux et la société a dû se réadapter sans cesse et trouver de nouvelles stratégies pour tenter de lutter contre les conséquences néfastes de cette pandémie.

Le système de santé a été mis à l'épreuve à de nombreuses reprises et a lui aussi dû s'adapter pour tenter d'apporter la meilleure offre de soin possible à la population dans cette situation inédite.

Les suivis de patients se sont parfois transformés en consultations à distance, en visioconférences ou en rendez-vous téléphoniques, avec parfois un rythme qui n'était peut-être pas si soutenu qu'à l'habitude et avec des conséquences sur la qualité de soin et le vécu des patients.

Cette expérience, qu'elle soit positive ou négative, pourrait donc permettre de réfléchir à la construction du parcours de soin et à d'éventuels outils permettant d'aider les patients et d'assurer un suivi de la meilleure qualité possible dans des situations de confinement sanitaire ou de difficultés d'accès aux soins, que connaissent encore malheureusement de nombreuses personnes.

D. Les effets positifs des confinements sur la santé mentale

Notre étude s'est concentrée sur les impacts notamment négatifs des confinements sur les troubles du comportement alimentaire. Il est toutefois intéressant de porter attention aux effets positifs qui eux aussi sont parfois abordés dans certaines études.

En effet les modifications engendrées dans le quotidien, souvent perçues comme contraignantes ont parfois pu aider certaines personnes. On pourrait imaginer que l'application du télétravail en majorité a pu apaiser des personnes angoissées par l'ambiance au travail ou le regard de leurs collègues. Les confinements en famille ont pu être source de stress comme nous l'avons dit précédemment mais ont peut-être rapproché aussi les membres de certains foyers.

Une étude citée précédemment montre notamment que plus d'un tiers de leurs participants décrivaient des changements positifs dans leur vie liés à la COVID-19 comme un sentiment de connexion avec leur famille et leurs amis, une concentration plus importante sur les objectifs de rétablissement et les stratégies adaptatives.(19)

Une autre étude déjà citée précédemment, s'est intéressée aux aspects positifs à travers des questions ouvertes aux participants. Elle cite parmi les réponses, une diminution des symptômes du TCA, une prise de responsabilité concernant la rémission, une flexibilité plus importante concernant les repas, une volonté de vivre, l'essai d'une thérapie et l'acceptation de l'incertitude de la vie.(22)

Une autre étude réalisée à Montpellier dans le cadre d'une thèse d'exercice médical et portant sur l'impact du confinement dans les TCA et la place du médecin généraliste avec 29 patientes incluses a été réalisée et retrouve une absence d'aggravation au cours du suivi. Elle retrouve une amélioration significative des symptômes alimentaires, de l'insatisfaction corporelle et de l'alimentation émotionnelle chez les participantes atteintes de boulimie ou binge eating disorder pendant le premier confinement. Elle retrouve pour les participantes atteintes d'anorexie mentale une diminution de la restriction alimentaire et de l'insatisfaction corporelle et un IMC qui s'est élevé au cours du suivi. Pour finir, cette étude retrouve dans plus de 90 % des cas un accompagnement par un professionnel de santé, et dans un cas sur deux par le médecin généraliste, qui s'appuie notamment sur la téléconsultation.(25)

V. Conclusion

Ce travail montre donc que la crise sanitaire de la COVID-19 et les mesures sanitaires employées, notamment les confinements, ont eu des impacts chez les personnes souffrant de TCA.

La littérature retrouve des impacts négatifs tant sur le déclenchement du trouble que sur son évolution ou sa prise en soin. Elle retrouve également certains effets positifs.

Notre étude a montré que les patients consultant pour une demande initiale à l'hôpital Michel Fontan 2 pour un TCA étaient plus jeunes et que la durée d'évolution du trouble était plus courte. D'autres études sont néanmoins nécessaires pour confirmer ou étayer ces hypothèses.

Une réflexion sur les stratégies thérapeutiques concernant l'encadrement et l'organisation des soins en période de confinement sanitaire pourrait également s'avérer intéressante afin de pouvoir aider au mieux ces patients souvent vulnérables et fragilisés dans un tel contexte sanitaire.

VI. Bibliographie

1. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie . 2016.
2. reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf
3. Anorexie mentale [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
4. Thibault I, Pauzé R, Lavoie É, Mercier M, Pesant C, Monthuy-Blanc J, et al. Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale. Santé Ment Au Qué. 2017;42(1):379-90.
5. Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elementes-generaux-de-prise-en-charge
6. de Tournemire R. Les crises de boulimie à l'adolescence. Arch Pédiatrie. 1 nov 2013;20(11):1265-70.
7. Les symptômes de la boulimie [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. 2012 [cité 5 juill 2021]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=boulimie_pm-evaluations-depistage-et-complications
8. fs_boulimie_prise_en_charge_pluri_v2.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_prise_en_charge_pluri_v2.pdf
9. Dorard G, Khorramian-Pour M. Hyperphagie boulimique : liens avec la personnalité et l'émotionnalité. L'Encéphale. 1 avr 2017;43(2):114-9.
10. L'hyperphagie, qu'est-ce que c'est ? [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. 2017 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=hyperphagie_pm
11. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge : méthode recommandations pour la pratique clinique. J Pédiatrie Puériculture. 1 nov 2019;32(6):289-309.
12. Info Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>

13. Chronologie de la pandémie de Covid-19 en France. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Chronologie_de_la_pand%C3%A9mie_de_Covid-19_en_France&oldid=185799403
14. Franck N, Zante É. La santé mentale à l'épreuve du confinement. *Prat En Sante Ment.* 15 mars 2021;67e année(1):6-13.
15. Pellegrina U, Quaglino V, Deligne H. [Covid-19, impacts on the mental health of people suffering from anxiety and depression]. *Soins Psychiatr.* déc 2020;41(331):29-33.
16. Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca P-M, Thomas P, Bocher R, et al. Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *L'Encéphale.* 1 juin 2020;46(3, Supplement):S3-13.
17. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale.* 1 juin 2020;46(3, Supplement):S43-52.
18. Malzac P, Mathieu M, Einaudi MA. Quel accompagnement pour les personnes vulnérables en contexte de confinement ? *Éthique Santé.* 1 déc 2020;17(4):220-5.
19. Termorshuizen JD, Watson HJ, Thornton LM, Borg S, Flatt RE, MacDermod CM, et al. Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *Int J Eat Disord.* nov 2020;53(11):1780-90.
20. Phillipou A, Meyer D, Neill E, Tan EJ, Toh WL, Van Rheenen TE, et al. Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Int J Eat Disord.* juill 2020;53(7):1158-65.
21. Baenas I, Caravaca-Sanz E, Granero R, Sánchez I, Riesco N, Testa G, et al. COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* nov 2020;28(6):855-63.
22. Schlegl S, Maier J, Meule A, Voderholzer U. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic-Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* nov 2020;53(11):1791-800.
23. Branley-Bell D, Talbot CV. Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *J Eat Disord.* 2020;8:44.
24. Rgpd-recherche [Internet]. CHU Lille. [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.chu-lille.fr/rgpd-recherche/>

25. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Anorexie : les causes - Association Autrement [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-991-anorexie-les-causes.htm>
26. Cinque Martinez C. Impact du confinement lié à l'épidémie à SARS-CoV2 dans les troubles du comportement alimentaire et place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2021.

AUTEURE : Nom : DELATTRE

Prénom : Héloïse

Date de soutenance : 18 mars 2022

Titre de la thèse : l'impact des confinements liés à la crise sanitaire de la COVID-19 sur les troubles du comportement alimentaire : une étude rétrospective au CHRU de Lille

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : psychiatrie

DES + FST/option : psychiatrie

Mots-clés : troubles du comportement alimentaire, confinement, crise sanitaire, COVID19

Résumé :

Contexte: Les années 2020 et 2021 ont été marquées par la crise sanitaire de la COVID-19 avec un impact sans précédent sur le plan médical et social mais également par les mesures restrictives qui ont été appliquées. L'objectif de notre travail a été d'étudier l'impact des confinements liés à la crise sanitaire de la COVID-19 sur les TCA.

Méthode: Nous avons étudié l'impact sur les demandes initiales de prise en soin concernant un TCA à travers une étude rétrospective et comparative dans le service de l'hôpital Michel Fontan 2 du CHRU de Lille, avant et après les confinements liés à la crise sanitaire de la COVID-19. Les patients étaient comparés sur plusieurs variables (l'âge, le sexe, l'IMC, le type de TCA et son contexte de survenue, la durée d'évolution du trouble et l'antécédent de prise en soin). L'aggravation liée aux confinements a aussi été étudiée.

Résultats: 316 patients ont été inclus, avec une majorité de femmes et l'anorexie était le TCA le plus représenté, avec un contexte de survenue le plus fréquemment associé au régime alimentaire. La majorité des participants avaient déjà été suivis. Concernant la comparaison entre les deux périodes on retrouve un âge significativement plus bas ($p=0.03$) pour la deuxième période avec une moyenne de 27.42 (+/-12.37) et une médiane de 23 (18-33) pour la première période, une moyenne de 24.46 (+/-10.01) et une médiane de 20 (17-30) pour la seconde période et une durée d'évolution significativement plus courte ($p=0.03$) pour la deuxième période avec une moyenne et une médiane de 7.59 (+/-9.19) et 3 (1-11.5) pour la première période et 5.7 (+/-7.71) et 2 (0.83-8) pour la seconde période.

Conclusion: L'étude retrouve donc un impact sur les consultations de première demande pour un TCA avec une apparition plus récente du trouble et chez des patients plus jeunes. La pandémie de COVID-19 et les mesures sanitaires restrictives telles que les confinements ont eu un impact non négligeable sur les personnes atteintes de TCA et sur la décompensation de TCA. L'impact a pu être négatif mais parfois aussi positif dans certains cas.

Composition du Jury :

Président : Professeur O.COTTENCIN

Assesseurs : Docteur C.MEZERETTE, Docteur A.MOSSAD

Directeur de thèse : Docteur A.MOSSAD