

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenu publiquement le 13 juin 2017  
Par Mlle Bettina ROUZÉ**

---

**L'anorexie mentale : physiopathologie,  
diagnostic et prise en charge**

---

**Membres du jury :**

**Président :** Monsieur Thierry DINE, Professeur des Universités, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

**Assesseur(s) :** Monsieur Bernard GRESSIER, Professeur des Universités, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

**Membre(s) extérieur(s) :** Monsieur Hervé Brumain, Docteur en Pharmacie, Pharmacie Centrale de Billy-Montigny



## Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX  
☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64  
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



### Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Éric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Murielle GARCIN Professeur Annabelle DERAM Professeur Muriel UBEDA SAILLARD Monsieur Ghislain CORNILLON Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Madame Nathalie ETHUIN Madame Iona LEMAITRE
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

### Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 <sup>er</sup> assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie STANDAERT
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia MELNYK
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe BOCHU
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe CHAVATTE
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas MORGENROTH
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

### Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
Mme	RENNEVILLE	Aline	Hématologie
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

## Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Éric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M	TARTAR	André	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WILLAND	Nicolas	Laboratoire de Médicaments et Molécules

## Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

## Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation

Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie (80%)
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

### Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation

### Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

### Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

### Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

## AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

## ***Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX  
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64  
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier **Mr le Professeur Gressier**, pour l'intérêt porté à mon sujet de thèse, votre aide et votre patience. Merci aussi à **Mr le Professeur Dine**, merci de m'honorer de votre présence dans le jury. Je tiens d'ailleurs à souligner la très bonne qualité des enseignements que vous nous avez tous les deux dispensés durant ces 6 années d'études.

J'apporte toute ma gratitude à **Mr le Docteur Brumain** : merci de m'avoir si bien accueillie dans votre officine et de m'avoir donné confiance en la profession, et en mes capacités à exercer ce métier. Et merci d'avoir accepté de faire partie du jury et pour le temps consacré à la lecture de cette thèse.

Je dédie ce travail à **mes parents**, sans qui je n'aurais pas eu la chance de faire des études de pharmacie.

Je souhaite aussi remercier toutes les personnes qui m'ont aidée dans l'élaboration de cette thèse, notamment **Mr le Professeur Cottencin**, **Mr le Docteur Lapierre** et le service des Troubles du Comportement Alimentaire du CHRU de Lille.

Je remercie enfin **mes amis et mon entourage**, pour leur présence et les moments passés avec chacun. Evidemment, Gabin je ne t'oublie pas, car sans toi je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui. Je remercie également ta famille pour la générosité, la bienveillance et le soutien qu'ils m'ont apportée depuis le début. Merci aussi à l'équipe de choc de la Pharmacie Centrale de Billy-Montigny : travailler avec vous pendant ces 2 années a été l'élément le plus formateur de toute ma formation. Et Gaspard, merci de faire partie de ma vie.



## ▪ SOMMAIRE ▪

GLOSSAIRE .....	12
INTRODUCTION .....	13
<b>1<sup>ère</sup> PARTIE – ANOREXIE MENTALE : PHYSIOPATHOLOGIE ET</b>	
<b>DIAGNOSTIC .....</b>	<b>15</b>
<b>▶ PHYSIOPATHOLOGIE ◀ .....</b>	<b>15</b>
<b>1. <u>Classification des symptômes et épidémiologie.....</u></b>	<b>15</b>
A. Classification des symptômes.....	15
B. Epidémiologie .....	16
<b>2. <u>Symptômes typiques de l'anorexie mentale .....</u></b>	<b>17</b>
A. Les symptômes somatiques .....	17
→ <i>La perte de poids</i> .....	17
→ <i>L'aménorrhée chez les femmes/filles</i> .....	17
B. Les symptômes psychiques .....	19
→ <i>Le rapport à l'alimentation</i> .....	19
→ <i>Le lien étroit avec la boulimie</i> .....	21
→ <i>L'envahissement</i> .....	21
→ <i>La dysmorphophobie</i> .....	23
→ <i>Le déni dans le comportement anorexique</i> .....	24
→ <i>L'hyperactivité physique</i> .....	25
→ <i>L'hyperinvestissement intellectuel</i> .....	26
→ <i>Les troubles psychiques associés</i> .....	26
→ <i>L'alexithymie, ou l'hypercontrôle des émotions</i> .....	28
→ <i>L'état borderline, ou état limite</i> .....	29
→ <i>L'ascétisme</i> .....	29
<b>3. <u>Symptômes paracliniques et complications .....</u></b>	<b>32</b>
B. Les désordres ioniques et métaboliques.....	32
C. Les troubles hormonaux.....	32
D. L'altération de l'état général .....	33
E. Les complications osseuses .....	33
F. Les complications hémodynamiques et cardiaques.....	34
G. Les complications digestives .....	34
H. Les complications neuronales et psychiques .....	35
I. Les complications néphrologiques et urologiques .....	36
<b>4. <u>Etiologies .....</u></b>	<b>37</b>
A. Facteurs psychologiques .....	37

B.	Le contexte familial .....	39
C.	Facteurs culturels et rôle des médias.....	40
D.	L'influence génétique et l'hérédité de l'anorexie mentale .....	41
<b>5.</b>	<b><u>Mécanismes biologiques</u></b> .....	<b>44</b>
A.	Au niveau des neuromédiateurs .....	44
→	<i>Généralités sur le système de récompense</i> .....	44
→	<i>La situation dans l'anorexie mentale</i> .....	44
B.	Au niveau des hormones de régulation de l'appétit .....	45
C.	Au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire .....	46
<b>6.</b>	<b><u>Evolution de la pathologie</u></b> .....	<b>47</b>
A.	Le pronostic à court terme et à long terme .....	47
B.	Les facteurs pronostiques .....	48
C.	La théorie du « continuum » .....	49
D.	La chronicisation.....	49
<b>▶</b>	<b>DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE ◀</b> .....	<b>53</b>
<b>1.</b>	<b><u>Repérage</u></b> .....	<b>53</b>
A.	Les signes évocateurs d'une anorexie mentale.....	53
B.	Questions à poser.....	54
C.	Autres outils nécessaires au repérage .....	55
<b>2.</b>	<b><u>Confirmation du diagnostic</u></b> .....	<b>57</b>
A.	Au niveau somatique.....	57
B.	Au niveau nutritionnel.....	59
C.	Au niveau psychique et neurologique.....	59
D.	Attitude du praticien ayant posé le diagnostic initial.....	59
E.	Les difficultés de diagnostic.....	60
<b>3.</b>	<b><u>Evaluation de la gravité de la pathologie chez le patient</u></b> .....	<b>62</b>
<b>4.</b>	<b><u>Evaluation de la motivation au changement</u></b> .....	<b>64</b>
A.	Principe.....	64
B.	Attitude du soignant lors de l'approche motivationnelle .....	64
<b>2<sup>ème</sup></b>	<b><u>PARTIE – PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE</u></b> .....	<b>66</b>
<b>1.</b>	<b><u>Introduction</u></b> .....	<b>66</b>
A.	Les objectifs de la prise en charge à court terme .....	67
B.	Les objectifs de la prise en charge à long terme .....	68
C.	Le contrat de soins .....	68
D.	Les différents intervenants.....	69
<b>2.</b>	<b><u>Les différents types de prise en charge</u></b> .....	<b>70</b>
A.	La prise en charge ambulatoire .....	70

B.	La prise en charge hospitalière.....	71
→	<i>L'hospitalisation de jour</i> .....	71
→	<i>L'hospitalisation à temps complet HTC</i> .....	73
<b>3.</b>	<b><u>Le traitement nutritionnel : la renutrition</u></b> .....	<b>78</b>
A.	La nutrition par voie orale .....	78
B.	La nutrition entérale.....	79
C.	Les risques de la renutrition .....	81
→	<i>Le syndrome de renutrition inappropriée (SRI)</i> .....	82
D.	La surveillance de la renutrition .....	85
<b>4.</b>	<b><u>Le traitement psychologique</u></b> .....	<b>87</b>
A.	La psychothérapie individuelle .....	88
→	<i>La psychothérapie cognitivo-comportementale (ou remédiation cognitive)</i> .....	88
→	<i>La psychothérapie cognitivo-corporelle</i> .....	90
→	<i>La psychothérapie d'inspiration analytique (la psychanalyse)</i> .....	91
→	<i>La thérapie d'intégration neuro-émotionnelle et la réappropriation de sa propre personnalité</i> .....	92
B.	La psychothérapie de groupe .....	92
<b>5.</b>	<b><u>La prise en charge familiale</u></b> .....	<b>94</b>
A.	La thérapie familiale .....	94
B.	Le module multifamilial.....	95
C.	Les groupes de parole pour les familles .....	95
<b>6.</b>	<b><u>Le traitement des symptômes et des complications somatiques</u></b> .....	<b>97</b>
A.	Le traitement du retentissement osseux et l'ostéoporose .....	97
B.	Le traitement de l'aménorrhée et de l'infertilité et la grossesse sous AM.....	98
C.	Le traitement des conduites de purge et de leurs conséquences .....	100
D.	Le traitement des troubles digestifs.....	100
<b>7.</b>	<b><u>La place des médicaments dans le traitement de fond de l'AM</u></b> .....	<b>102</b>
A.	Les ISRS .....	103
B.	Les antidépresseurs tricycliques.....	103
C.	Les benzodiazépines.....	103
D.	Les neuroleptiques .....	103
<b>8.</b>	<b><u>Les difficultés et les obstacles à une bonne prise en charge</u></b> .....	<b>106</b>
	Le risque de rechute.....	107
<b>9.</b>	<b><u>Le suivi du patient à long terme</u></b> .....	<b>109</b>
<b>10.</b>	<b><u>Exemple d'un cas clinique</u></b> .....	<b>112</b>
A.	Présentation de la patiente et histoire de la maladie .....	112
B.	Symptômes présentés .....	112

C.	1 <sup>ère</sup> hospitalisation – En HDJ.....	113
D.	2 <sup>ème</sup> hospitalisation – En HTC – Du 27/01 au 13/04/2015.....	113
	→ <i>L'entrée en hospitalisation</i> .....	113
	→ <i>En quoi a consisté la prise en charge ?</i> .....	113
	→ <i>Bilan de l'hospitalisation</i> .....	115
E.	3 <sup>ème</sup> hospitalisation – En HDJ – Du 21/04 au 30/06/15.....	115
	→ <i>En quoi a consisté la prise en charge ?</i> .....	116
	→ <i>Bilan de l'hospitalisation</i> .....	116
F.	Entre-temps – Eté 2015 jusque décembre 2015.....	117
G.	4 <sup>ème</sup> hospitalisation – En HTC séquentielle – Du 01/12 au 15/12/15.....	117
	→ <i>En quoi a consisté la prise en charge ?</i> .....	118
	→ <i>Bilan de l'hospitalisation</i> .....	119
H.	5 <sup>ème</sup> hospitalisation – En HTC – Du 28/01 au 28/04/16.....	119
	→ <i>Le séjour en réanimation du 29/01 au 16/02/16</i> .....	119
	→ <i>Retour dans le service de TCA</i> .....	120
	→ <i>Bilan de l'hospitalisation</i> .....	123
I.	Conclusion générale .....	123
	CONCLUSION .....	125
	BIBLIOGRAPHIE .....	127
	ANNEXE 1 .....	131
	ANNEXE 2 .....	132
	ANNEXE 3 .....	136
	ANNEXE 4 .....	138
	ANNEXE 5 .....	139
	ANNEXE 6 .....	141
	ANNEXE 8 .....	146
	ANNEXE 9 .....	148

## GLOSSAIRE

<b>AINS</b>	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (tels que l'ibuprofène, le kétoprofène, l'aspirine...).
<b>AJR</b>	Apports Journaliers Recommandés.
<b>Alliance thérapeutique</b>	Collaboration et engagement entre le personnel soignant, le patient et son entourage, dans le but d'optimiser la prise en charge et de parfaire la continuité de soins.
<b>AM</b>	Anorexie Mentale
<b>AMM</b>	Autorisation de Mise sur le Marché (pour un médicament ou tout autre produit de santé).
<b>Clivage du mode de pensée</b>	Mécanisme de défense chez les personnes atteintes de trouble de personnalité, permettant de se protéger. C'est l'incapacité de percevoir en même temps les caractéristiques positives et négatives d'une personne, d'un événement ou d'une chose, incluant la perception de soi-même (tout est blanc ou tout est noir).
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>Craving</b>	Envie irrépressible et incontrôlable de consommer une substance, ou, dans le cas de l'AM, de faire une crise de boulimie.
<b>ECG</b>	Électrocardiogramme
<b>FSH</b>	Hormone Folliculo-Stimulante = une des 2 hormones produites par l'hypophyse chez la femme, agissant sur les ovaires, stimulant et l'ovulation et favorisant le bon déroulement des cycles menstruels.
<b>Gastroplégie aiguë</b>	Paralysie brutale de l'estomac.
<b>Guidelines de l'APA</b>	Recommandations de l'Association Psychiatrique Américaine.
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé.
<b>HDJ</b>	Hospitalisation de Jour.
<b>HTC</b>	Hospitalisation à Temps Complet.
<b>Iatrogène</b>	Se dit d'un trouble ou d'une maladie provoqués par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin.
<b>IMC</b>	Indice de Masse Corporelle (poids/taille <sup>2</sup> ).
<b>ISRS</b>	Inhibiteur Sélectif de Recapture de la Sérotonine
<b>LH</b>	Hormone Lutéinisante = une des 2 hormones produites par l'hypophyse chez la femme, agissant sur les ovaires, stimulant et l'ovulation et favorisant le bon déroulement des cycles menstruels.
<b>LH-RH</b>	Luteinizing Hormone Releasing Hormone = hormone produite par l'hypothalamus et qui régule la sécrétion de LH et de FSH par l'hypophyse.
<b>PANOS</b>	Protocole ANorexie Os
<b>Per os</b>	Par voie orale.
<b>PMA</b>	Procréation Médicalement Assistée.
<b>Potomanie</b>	Besoin irrépressible de boire constamment.
<b>SNG</b>	Sonde Naso-Gastrique.
<b>TCA</b>	Troubles du Comportement Alimentaire.
<b>THS</b>	Traitement Substitutif Hormonal.
<b>TOC</b>	Troubles Obsessionnels du Comportement.

## INTRODUCTION

Tout au long de sa vie, l'alimentation d'un individu reflète son état psychique, son rapport à l'environnement et à soi-même, sa capacité d'adaptation au monde qui l'entoure. Cela peut donc se traduire par des perturbations transitoires du comportement alimentaire, comme un appétit démesuré chez une personne anxieuse ou au contraire une perte d'appétit chez une personne déprimée. Malheureusement, ces perturbations peuvent s'installer durablement : apparaît alors un trouble du comportement alimentaire (TCA), qui peut avoir de graves conséquences sur la santé de l'individu.

Ces troubles sont à ce jour considérés comme des addictions comportementales (sans drogues) et témoignent d'un mal-être sous-jacent. On les observe plus particulièrement chez les jeunes filles et les femmes ; toutefois, ils atteignent de plus en plus la population masculine.

Il existe ainsi différents types de TCA :

- Les plus connus sont l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse ;
- Les TCA non spécifiés : ce sont des formes subsyndromiques de TCA, c'est-à-dire des formes atténuées ou incomplètes

Quand on parle d'anorexie, on pense souvent à la maladie mentale qui touche les adolescentes et dont on entend régulièrement parler dans les médias d'une manière un peu tabou. Or le terme « anorexie » désigne d'abord une simple perte d'appétit, qui peut être secondaire à une maladie organique, comme le cancer, ou la maladie d'Alzheimer. Il faut donc bien distinguer les anorexies d'origine fonctionnelle (provoquées par une autre pathologie), et l'anorexie mentale qui est le sujet de cette thèse.

L'anorexie mentale (ou anorexie primaire psychogène) est donc définie comme la perte ou la diminution d'appétit **provoquée par un refus actif** de nourriture, avec déni de la sensation de faim (conscient ou non). Elle n'est pas engendrée directement par une autre pathologie, elle apparaît de manière isolée et inopinée.

Même si elle est de plus en plus étudiée, c'est une pathologie qui demeure très complexe, car :

- Elle découle de divers facteurs psychologiques, sociologiques et culturels ;
- La frontière entre de simples préoccupations alimentaires temporaires et une vraie anorexie est mince ;
- Les modes d'expression et les symptômes de cette maladie sont très variés car ils dépendent du vécu, du tempérament et du mode de vie de chaque patient ;
- La prise en charge est individualisée et dynamique dans le temps selon l'évolution.

La première partie de ce texte sera consacrée à comment se manifeste la pathologie, comment elle apparaît et comment elle évolue. Elle exposera également la procédure à suivre pour le diagnostic de l'anorexie mentale. La deuxième partie, elle, détaillera l'ensemble de la prise en charge et ses différents abords, qu'elle ait lieu en ambulatoire ou à l'hôpital. Elle se terminera par ailleurs par l'étude du cas d'une patiente prise en charge à l'hôpital Fontan 2 de Lille en service de TCA.

Tout au long de la thèse, pour chaque partie abordée, le rôle du pharmacien sera analysé.

### Le rôle du pharmacien

*D'une manière générale, le pharmacien est un professionnel de santé essentiel dans le parcours de soin de tout patient, notamment dans les soins de premiers secours, et ce sans rendez-vous.*

*Le pharmacien est donc un acteur majeur dans la prise en charge des TCA, et ceux à tous les niveaux, car c'est le premier professionnel de santé sollicité par la population. Il est très facilement accessible aux patients et à leur entourage, de par son activité au comptoir et son rôle central de conseils. Sa grande disponibilité doit ainsi être mise à profit pour prévenir l'apparition de troubles, dépister et accompagner les patients anorexiques.*

*De plus, le pharmacien peut facilement engager le dialogue avec un patient ou son entourage, en tout cas peut-être plus aisément qu'un médecin qui détient parfois une certaine autorité. Le pharmacien se trouve dans une attitude d'empathie et décontractée, qui permet au patient de se confier sans impression de jugement. Il peut éventuellement, si le patient ou la famille le désire, discuter avec eux dans l'espace de confidentialité.*

## **► PHYSIOPATHOLOGIE ◀**

### **1. Classification des symptômes et épidémiologie**

L'expression clinique de l'anorexie mentale est **très complexe** et les symptômes sont **très variables** en fréquence et en intensité. C'est pour cela que la symptomatologie répond à différentes classifications, dont la plus utilisée est le DSM-V (classification internationale). On retrouve aussi la CIM-10 (qui est une classification française), qui est globalement identique au DSM-V, avec quelques subtilités. <sup>(1)</sup>

Ces classifications reposent sur un certain nombre de critères nécessaires pour poser le diagnostic d'anorexie mentale. À ces critères de base, s'ajoutent des symptômes somatiques et psychiques fréquemment retrouvés (mais pas toujours).

#### **A. Classification des symptômes**

Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est un outil de classification des troubles mentaux, créé par l'association américaine de psychiatrie et considéré comme la classification de référence au niveau international. Il permet de poser le diagnostic d'anorexie mentale ou non.

La révision en vigueur actuellement est la 5<sup>ème</sup> révision (le DSM-V), publié en mai 2013.

Pour pouvoir poser le diagnostic d'anorexie mentale, le tableau symptomatologique doit répondre à 3 critères :

- A = restriction d'apport d'énergie par rapport aux besoins, par refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille, par exemple :
  - Perte de poids conduisant au maintien du poids corporel à moins de 85 % du poids attendu.
  - Incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu.
- B = peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, comportement permanent de maîtrise du poids, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C = altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, déni de la gravité de la maigreur actuelle.

La différence avec le DSM-IV est que celui-ci comportait un critère D : l'aménorrhée (absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs) chez la femme post-pubère, ou pas de 1<sup>ère</sup> ménarche chez la jeune fille prépubère. <sup>(2)</sup> Ce critère a été retiré du DSM-



V car le DSM-IV excluait trop de patientes du diagnostic d'anorexie mentale. Cela est dû à plusieurs raisons :

- Il existe des formes de vraie anorexie mentale avec une activité menstruelle ponctuelle ;
- Ce critère est difficilement applicable aux jeunes filles avant leurs 1ères règles, aux femmes ayant une contraception orale (« fausses règles » engendrées par la contraception), aux femmes post-ménopausées, aux hommes.

Le problème des classifications est qu'**elles ne prennent pas en compte l'origine des symptômes ni la personnalité du patient** qui accompagne ces symptômes.

Si un sujet ne présente pas les 3 critères (mais seulement 1 ou 2), il est qualifié de **TCA non spécifié** (ou EDNOS : Eating Disorders No Otherwise Specified).

## **B. Epidémiologie**

L'anorexie mentale est loin d'être une maladie rare : en France, elle touche 5 personnes pour 100 000 habitants (contre 1 à 8 pour 100 000 aux Etats-Unis).

Elle concerne essentiellement 2 catégories de population :

- Les adolescents : 3 à 4 % des jeunes de 14 à 25 ans souffrent d'un TCA, avec un pic à l'âge de 16 ans. La maladie survient à un âge de plus en plus précoce ;
- Les femmes : 9 cas sur 10 sont des femmes, seuls 10 % des cas sont des hommes.

L'anorexie mentale est donc essentiellement décelée chez des jeunes filles de 14 à 20 ans.

L'anorexie est néanmoins le TCA le moins fréquent (la boulimie nerveuse étant le trouble le plus représenté).

La durée moyenne des troubles est de 7 ans, mais cela est très variable d'un patient à un autre, car elle peut aller de 6 mois à 30 ans.

Au bout de 5 ans, 2/3 des patients sont guéris. 1/3 souffrent toujours d'une forme chronique, et 5 à 10 % des cas sévères décèdent. <sup>(3)</sup>

## 2. Symptômes typiques de l'anorexie mentale

### A. Les symptômes somatiques

#### → La perte de poids

Elle est directement provoquée par :

- **La restriction quantitative de l'alimentation** : les apports nutritionnels sont insuffisants par rapport aux dépenses énergétiques du patient ;
- **La restriction qualitative de l'alimentation** : on parle d'éviction de certains aliments. Le plus souvent, les patients diminuent leur consommation (voire suppriment) les matières grasses, les féculents et les protéines (perçus comme trop caloriques et faisant grossir), au profit des fruits et légumes (perçus comme sains) ;
- **Les stratégies de contrôle du poids**, qui accompagne la restriction alimentaire : les conduites de purge (pas systématiques) et l'hyperactivité physique.

La perte de poids peut être légère au début (avec un régime amaigrissant « banal », fréquemment observé à l'adolescence), mais elle s'accroît rapidement à cause de la dysmorphophobie : un sujet anorexique peut ainsi perdre au début de ses troubles plusieurs kg par semaine.

Chez les sujets les plus jeunes (en période de croissance), il peut ne pas y avoir de perte de poids mais une **absence de prise de poids**, qui aboutit donc à une situation de maigreur.

La perte de poids représente souvent le but du comportement anorexique (initié par un régime amaigrissant), mais pas toujours. Elle peut aussi être un but secondaire : le comportement anorexique débute pour une autre raison (ou finalité), puis suite à l'amaigrissement rapide, la perte de poids (ou le maintien d'un poids trop faible) devient une obsession pour le patient, qui y trouve alors un objectif à atteindre. Et plus cet objectif est atteint, plus cela procure au patient un sentiment de satisfaction et d'accomplissement personnel qui le pousse à poursuivre son comportement anorexique.

#### → L'aménorrhée chez les femmes/filles

L'aménorrhée est l'absence de règles pendant au moins 3 mois consécutifs chez une femme qui était déjà réglée, ou l'absence d'apparition des premières règles chez une jeune fille en âge de les avoir eues.

L'aménorrhée est en général **réversible** : les cycles menstruels reviennent rapidement dès que l'IMC de la patiente revient à la normale minimale (IMC à 17-18).

Elle est très souvent présente, mais **pas systématique**, c'est pourquoi elle a été retirée des critères du DSM.

L'aménorrhée est due à une diminution de la production d'œstrogènes et de progestérone. Elle est directement liée à la dénutrition et l'hyperactivité physique, provoquant une carence en acides gras exogènes (par éviction des aliments gras) et en acides aminés. Cela entraîne progressivement un déficit en leptine (normalement synthétisée à partir du cholestérol), et donc un blocage de la synthèse de LH-RH, FSH et LH par l'hypothalamus. Ces 3 hormones sont nécessaires à la stimulation de la production d'œstrogènes par les ovaires.

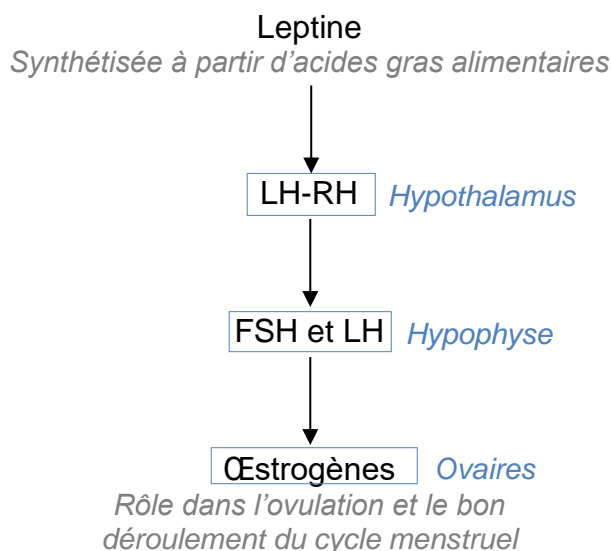


Fig. 1 – Cascade de synthèse des œstrogènes

*La leptine stimule la production de LH-RH par l'hypothalamus. La LH-RH stimule la production de FSH et de LH par l'hypophyse. Ces 2 hormones stimulent la production d'œstrogènes par les ovaires.*

En fait, il y a un retour à un profil hormonal pré-pubertaire. L'aménorrhée s'accompagne donc d'une **régression des caractères sexuels secondaires** et d'une **perte de libido**.

Chez les adolescentes, l'aménorrhée est rarement perçue comme un problème. Toutefois, elle peut permettre à la patiente de prendre conscience de son trouble du comportement alimentaire, et cela peut être un terrain d'approche pour le professionnel de santé pour amorcer le dialogue avec elle.

C'est tardivement, chez des femmes plus âgées, que des inquiétudes autour de ce symptôme peuvent apparaître, notamment concernant leur fécondité future. En effet, l'arrêt de production de LH et de FSH empêche l'ovulation : on admet ainsi que la fécondité diminue de 90 % dans l'anorexie mentale <sup>(4)</sup>.

Attention, une aménorrhée peut apparaître avant l'amaigrissement, à un IMC correct, si la patiente fait une éviction totale des graisses. Cela est aussi très probablement provoqué par des facteurs psychologiques, indépendamment de la dénutrition.

Une aménorrhée reste dans tous les cas un symptôme **inquiétant et prédictif d'une santé altérée**, même si elle ne met pas la vie de la patiente en jeu. Elle témoigne juste d'un état de malnutrition débutant et potentiellement d'un début de TCA.

L'aménorrhée s'accompagne à terme d'un **arrêt de l'ovulation**, qui est généralement réversible après la normalisation du poids. 16 % des femmes en consultation de PMA (procréation médicalement assistée) souffriraient d'un TCA (le plus souvent non traité), ce qui n'est pas négligeable.

Mais pour des formes débutantes ou peu avancées d'anorexie mentale, l'ovulation est toujours présente malgré l'aménorrhée et la patiente peut avoir l'impression d'être sous « contraception naturelle ». Les professionnels de santé prenant en charge la patiente (les médecins mais aussi le pharmacien) doivent donc la prévenir que même si elle n'a plus de règles, le risque de tomber enceinte est toujours présent.

Attention, chez les patientes sous contraception oestro-progestative ou progestative (pilule, patch, anneau, stérilet), des fausses menstruations persistent, même avec un IMC très diminué. Cela peut nuire à la prise de conscience de la pathologie par la patiente, d'où le rôle des professionnels de santé l'encadrant pour l'informer sur la gravité de son état.

L'aménorrhée persiste parfois après retour à un poids normal. Plusieurs études ont été effectuées sur ce point, et globalement :

- 85 % des patientes ont retrouvé leurs règles après 6 mois de stabilisation à un poids suffisant (soit 2 kg au-dessus du poids d'arrêt des règles).
- 13 à 30 % des patientes sont encore en aménorrhée au-delà de 6 mois à 1 an. Chez ces patientes, cela est probablement dû soit à la persistance de troubles alimentaire résiduels, soit à l'influence de facteurs psychologiques.

A savoir que l'hypo-oestrogénie (carence en œstrogènes) provoquée par l'AM n'est pas spécifique aux femmes : elle est aussi observable chez les hommes (carence en testostérone), et cela se traduit par une perte de libido.

## **B. Les symptômes psychiques**

### **→ Le rapport à l'alimentation**

Chaque patient a sa manière de se restreindre. Cela peut aller :

- D'un **hypercontrôle de l'alimentation** (orthorexie) : le patient est obsédé par le fait de manger sain et équilibré. Les 3 composantes principales sont maintenues (fruits et légumes/féculents/protéines), mais les rations sont très petites.
- A un **arrêt presque total de manger** : le moindre fait d'avaler quelque chose est considéré comme un échec. Le patient ne se nourrit que du strict minimum (par exemple quelques morceaux de légumes crus non assaisonnés).

Une caractéristique commune à ces comportements est **l'éviction d'aliments « interdits »** : chaque patient a sa liste d'aliments considérés « malsains ». Ce sont souvent les aliments gras et sucrés, la viande et les féculents.

Toute prise alimentaire est perçue comme une **menace** par le sujet : celle de prendre du poids ou de perdre le contrôle. <sup>(5)</sup>

Chez le patient anorexique, l'alimentation est hypercontrôlée : il n'y a pas de place au hasard et à la spontanéité, le patient prévoit très en avance ses prochains repas.

On observe une perte du plaisir de manger : dans les formes évoluant depuis longtemps, manger devient quelque chose d'automatique, ce n'est plus un moment de plaisir dans la journée, mais un **automatisme incontrôlable** (paradoxalement au comportement de privation). On perçoit bien ici l'aspect addictif de la pathologie. Manger devient une épreuve de chaque jour, où le moindre « dérapage » est considéré comme un échec inacceptable pour le patient, une perception de faiblesse, qui va favoriser encore son manque d'estime de soi et sa culpabilité intense.

L'alimentation devient donc un calvaire : le jeûne est vécu comme un plaisir, un soulagement, alors que la phase d'alimentation est une contrainte, une agression.

L'alimentation devient rapidement un sujet tabou : parler de nourriture apporte un sentiment de culpabilité pour le patient, il ne se donne pas le droit de parler de ce contre quoi il « lutte » et de ce qui pourrait le faire « déraper », d'éprouver du plaisir à parler de ses repas. Ce tabou, même s'il est atténué, est souvent encore présent après la guérison du patient.

Le patient perd progressivement les sensations de faim et de satiété : ce n'est qu'après une certaine période de restriction que la sensation de faim disparaît, ce qui induit l'auto-renforcement de la conduite. <sup>(6)</sup>

Dans un second temps, lorsque les conduites de restriction perdent leur valeur de satisfaction, la sensation de faim peut réapparaître et le patient la reconnaît alors avec **honte et culpabilité**.

Le patient doit contrôler ce qu'il mange mais aussi la façon dont les repas sont préparés et dont les courses sont faites. Cela peut créer de nouvelles tensions au sein de la famille et renforcer l'état dépressif associé à la pathologie.

Le patient anorexique met en place des « **rituels alimentaires** » dans une visée d'hypercontrôle, par exemple :

- La pesée de tous les aliments à chaque préparation de repas ;
- Le tri minutieux des aliments dans l'assiette ;
- Le fractionnement des portions indéfiniment ;
- La lenteur des repas, qui peuvent durer plus d'1h ce qui est énorme en comparaison avec la faible quantité (le fait de mâcher excessivement et de faire durer le repas donne l'impression d'avoir pris un repas normal) ;
- Une séquence des plats inappropriée ;

- L'emploi de condiments en excès ;
- Le refus de consommer de la nourriture qui n'a pas été préparée par le sujet.

Il peut même apparaître des comportements paradoxaux incessants, reflétant un **intérêt soudain, temporaire et excessif autour de la nourriture**, tels que :

- Le vol, le stockage et la dissimulation de nourriture ;
- La préparation de repas pour les autres ;
- La collection de fiches de recettes ;
- ...

### → Le lien étroit avec la boulimie

20 à 50 % des sujets anorexiques développeront des crises de boulimie au cours de l'histoire de leur maladie.

Le comportement anorexique est souvent restrictif au début. Mais les privations entraînent rapidement des **frustrations** et le patient perd le contrôle : c'est là qu'apparaissent les crises de boulimie. Le patient ingère rapidement et en grande quantité des aliments dits « interdits » (aliments que le sujet s'interdit de manger hors crise). S'ensuit alors un sentiment de **culpabilité intense**, qui incite le patient à repartir dans une période de restriction (cercle vicieux), associée en plus à des **comportements de compensation** de ce « débordement ».

Ces comportements de compensation, qui sont récurrents, sont représentés par :

- Les **conduites de purge** (vomissements provoqués, usage de laxatifs et de diurétiques, potomanie) ;
- **L'hyperactivité physique.**

Dans une forme d'anorexie à tendance boulimique, apparaît progressivement le dégoût de sensation d'« estomac plein » : le patient ne supporte pas le fait d'ingurgiter quelque chose et ne peut s'empêcher de vomir. Et c'est là que peuvent apparaître des vomissements dits « provoqués » (ils ne sont pas systématiques).

Dans 50 à 64 % des cas, l'anorexie est restrictive initialement et les crises de boulimie apparaissent secondairement. Parfois, l'anorexie est d'emblée associée à des vomissements. Mais les vomissements précèdent rarement l'anorexie. <sup>(7)</sup>

### → L'envahissement

Cela désigne l'envahissement psychique du patient par des préoccupations alimentaires et corporelles. Les pensées concernant l'alimentation et le comptage des calories deviennent **obsessionnelles** et occupent l'esprit tout entier. Le patient devient incapable de se concentrer pour quoi que ce soit (notamment au niveau professionnel ou scolaire), car il ne pense qu'à la programmation de ses prochains repas, à sa faim

(s'il la ressent), à la pesanteur gastrique (s'il vient de manger) ... Les aliments et l'acte de manger deviennent l'unique objet de ses pensées.

Outre les rituels alimentaires, le psychisme du sujet est envahi par de multiples **manies** dans la vie quotidienne :

- Les pesées corporelles quotidiennes (voire pluriquotidiennes, notamment post-prandiales) ;
- La prise régulière des mensurations (tour de cuisse, de hanche, de taille), à la recherche de « rondeurs » ;
- La séance de sport en pré ou post-prandial (hyperactivité physique) ;
- S'exposer au froid (en ouvrant les fenêtres par exemple), se découvrir volontairement et refuser de se vêtir.

Ces rituels témoignent du **caractère actif et envahissant** de la conduite, et visent à **contenir l'anxiété** liée à la prise alimentaire.

Selon la HAS, au début de la maladie, le patient vit une « **lune de miel** » : la restriction lui procure un sentiment de réconfort et de maîtrise. En luttant contre la faim et en faisant échec à ses pulsions, l'anorexique éprouve un sentiment de puissance et de domination sur lui-même. La dénutrition apaise les tensions psychologiques par un sentiment de maîtrise. Des chercheurs parlent même d'une « jouissance de l'anorexique », ce qui constitue un obstacle au traitement. Puis il est rapidement dépassé par les contraintes que ce comportement impose. La maladie contribue alors à développer des symptômes anxieux et dépressifs, que le sujet va tenter de colmater par un renforcement de sa restriction alimentaire. Et c'est l'installation du **cercle vicieux** de la pathologie. Le sujet croit s'être affranchi de sa dépendance à autrui et de sa fragilité, mais il est devenu dépendant au contrôle, au manque, au vide, malgré lui et par lui-même.

Le patient est en permanence apeuré à l'idée de perdre le contrôle de sa restriction et à faire une crise de boulimie. Manger, c'est inévitablement ingérer ce que l'on aime et la punition, c'est l'empoisonnement, les toxines, le grossissement, et enfin, la perte de contrôle et le débordement pulsionnel. L'anorexique ne s'autorise pas de faux-pas et se prive donc au maximum.

Dans un premier temps, le patient conserve une pseudo-adaptation sociale, et même se surinvestit dans certaines activités (notamment au niveau professionnel ou scolaire). Puis **il se replie sur lui-même**. On observe alors fréquemment un isolement progressif, un refus de sorties et de contacts sociaux, notamment en ce qui concerne les sorties aux restaurants, les repas de famille...

Si le patient anorexique a une tendance boulimique, la nourriture devient alors **une drogue** : il dépense non seulement une somme d'argent conséquente dans la nourriture « réservée aux crises », mais aussi beaucoup de temps dans la période pré-crise pour trouver de quoi manger. Là encore, on peut apparenter l'anorexie mentale (à tendance boulimique) aux autres addictions avec substance.

A long terme, le patient va ressentir un **sentiment d'emprisonnement dans ce comportement hyper-rigide**, la maladie domine alors sa vie et le malade ne sait plus comment s'en sortir : il est tellement ancré dans ses rituels et ses habitudes qu'il est impossible pour lui de s'en défaire. Il se retrouve complètement impuissant.

Ce qui est aussi très caractéristique dans la maladie est **l'impossibilité pour le sujet de se projeter dans l'avenir**, puisque son psychisme est monopolisé par les ruminations concernant l'alimentation. Le sujet est complètement englouti dans des ruminations mentales sans fin, qui le coupent à terme de son corps et de son ressenti. Il perd alors tout référentiel personnel et ne sait plus comment faire pour sentir, exprimer et interpréter ses émotions.

Le sujet perd également tout repère interne (signaux de faim, de fatigue, de sommeil) et s'en remet à des repères extérieurs (nombre de calories dépensées ou ingérées, heures fixes des repas s'il y en a...). Cela renforce un peu plus la mise en place de rituels rigides.

### → **La dysmorphophobie**

Elle est définie par des préoccupations excessives à propos d'un défaut corporel imaginaire ou minime. Elle n'est pas spécifique à l'anorexie mentale, mais elle est systématiquement observée dans cette pathologie.

La dysmorphophobie pourrait concerner 2 à 3 % de la population <sup>(5)</sup>. Il convient de ne pas confondre une « préoccupation normale » au niveau de l'apparence corporelle avec une dysmorphophobie : la dysmorphophobie est **irrationnelle et envahissante**.

Le patient a une perception altérée de son propre corps : il se voit plus gros qu'il ne l'est, voire obèse. Il n'est satisfait ni par son poids, ni par sa morphologie (il est important de bien distinguer les 2).

Cela est lié au découplage entre la vue (ce que le patient voit dans le miroir) et l'interprétation qu'il en fait. Plus l'IMC est faible, plus le patient se trouve « gros » : son cerveau s'adapte au fur et à mesure qu'il maigrit à l'image que renvoie le miroir, et sa maigreur lui devient normale.

Cette dysmorphophobie provoque une **peur intense, infondée et permanente de grossir** et de prendre du poids, avec la recherche d'une minceur idéale (souvent impossible à atteindre et dangereuse pour la santé). La graisse est notamment appréhendée comme une souillure répugnante, l'obésité comme laid et une perte totale de sa propre valeur, face à l'idéal du corps mince. L'anorexie apparaît à terme comme une obsession de la minceur. <sup>(6)</sup>

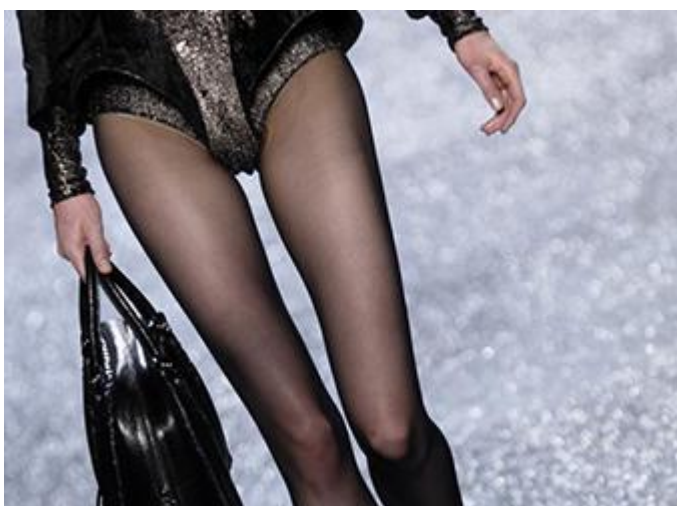
Le patient entretient avec son corps un **rapport de force et de conflit** : il faut le maîtriser à tout prix, car il n'est pas ce qu'il souhaite.



Les distorsions de l'image corporelle se focalisent surtout au niveau des cuisses, du ventre, des bras. Chez la jeune fille adolescente, la dysmorphophobie s'observe particulièrement sur les parties corporelles considérées comme spécifiquement féminines, en lien avec un mal-être pubertaire. Il y a un **rejet massif du corps et des transformations qu'impose la puberté**, avec un refus de la sexualité génitale. Lors de sa métamorphose rapide et apparente, l'adolescente perçoit les regards masculins sur son corps comme une intrusion persécutrice, plutôt que comme une gratification narcissique, et a donc tendance à vouloir garder un corps enfantin. Ce comportement a aussi été observé chez des femmes ayant subi une agression sexuelle. <sup>(6)</sup>

La dysmorphophobie est un **cercle vicieux** car l'estime de soi est intimement liée à la perception de son corps. Or le patient anorexique est caractérisé par une très faible estime de soi (parfois même nulle), et cela s'accroît avec la perte de poids.

La dysmorphophobie témoigne aussi de **l'hypercontrôle permanent** caractéristique de la maladie : le sujet doit contrôler pleinement sa morphologie, même certains points qui sont physiologiquement incontrôlables (un exemple caractéristique : l'obsession du thigh gap, l'écart entre les cuisses. Certaines personnes ont naturellement un thigh gap et d'autres n'en auront jamais, sauf en situation de maigreur).



*Fig. 2 – Exemple d'un "thigh gap". <sup>(27)</sup>*

Même si elle est traitée lors de la prise en charge du sujet, **l'altération de la perception corporelle persiste souvent** bien après la levée des conduites de restriction et la reprise du poids.

Parfois, la dysmorphophobie n'est pas présente pour certains patients : ils nient leur peur de prendre du poids, se reconnaissent maigres et nient se percevoir trop gros. Ils représentent 20 % des patients anorexiques soignés en centre spécialisé et sont ainsi qualifiés de formes subsyndromiques (TCA non spécifiés).

### → **Le déni dans le comportement anorexique**

Il est très souvent présent dans l'anorexie mentale. Il peut être **conscient** (totalement volontaire par le patient), mais aussi **inconscient** (le patient n'a vraiment pas conscience de sa pathologie).

Le patient ne se sent pas malade et est pleinement actif dans son comportement. **Il cherche à maigrir ou à se restreindre** et ne veut pas changer ce comportement, qui

est motivé. Les TCA sont des affections à fort potentiel addictif, ce qui explique en partie le déni de la maladie.

En dépit de la perte de poids et de la maigreur, le sujet affiche un **sentiment de bien-être et de force, de satisfaction et de fierté**, et dénie ou ne perçoit pas son état de fatigue.

L'anorexique masque son comportement par des ruses ingénieuses et le minimise auprès de l'entourage.

C'est un **élément de gravité de la pathologie**, car il entraîne un retard de consultation, donc de diagnostic, ce qui favorise l'apparition de complications somatiques et la chronicité de la maladie.

### → **L'hyperactivité physique**

Il ne faut pas entendre ici « l'hyperactivité » comme on l'entend dans l'inconscient collectif et ne pas la confondre avec le syndrome de TDAH (Troubles Déficitaires de l'Attention avec Hyperactivité).

Ici, l'hyperactivité physique représente le fait de **pratiquer du sport à outrance**, ou des mouvements physiques **visant à brûler des calories et à perdre du poids**. L'activité physique est pratiquée en excès par rapport aux dépenses énergétiques du patient.

Ce peut être par exemple :

- Une activité sportive pratiquée en excès (fitness, musculation, cardio, jogging...);
- Des déambulations incessantes (le patient marche sans arrêt sans but) ;
- La station debout prolongée (le patient refuse ou ne supporte pas de rester assis, car pour lui c'est un signe de sédentarité et donc de risque de prise de poids) ;
- Le refus de prendre l'ascenseur ;
- Se tenir sur une jambe...

L'hyperactivité physique peut être associée à une **restriction du temps de sommeil**, par incapacité de s'accorder le moindre repos.

L'hyperactivité est présente chez **70 % des patients anorexiques** (restrictifs ou boulimiques) <sup>(8)</sup>, ce qui peut paraître paradoxal car une dénutrition entraînerait logiquement une perte des capacités énergétiques.

En fait, c'est un phénomène de **compensation**, en réponse aux crises boulimiques, ou de maintien du poids, de consolidation de la perte de poids. L'hyperactivité est aussi une caractéristique de **l'apologie d'une hygiène de vie saine**. Mais les activités s'exercent **sans plaisir**, de manière solitaire et contrainte, rigide et automatique, sans

la pratique desquelles le patient est envahi par **une anxiété et une culpabilité** importantes.

L'hyperactivité est donc souvent une attitude intentionnelle, bien que certains experts remettent en cause cette intentionnalité en mettant en évidence un mécanisme biologique (voir partie « Mécanismes biologiques »). Elle peut aussi être vécue comme **hors de contrôle du patient**, notamment à un stade avancé de la maladie. Le patient ne peut s'en empêcher (rituel dont il ne peut se défaire, ce qui démontre là encore l'aspect addictif), sous peine de devoir faire face à une anxiété très importante.

Des études ont été menées chez l'animal et ont prouvé que le refus de manger génère une hyperactivité physique, dont le but est de le pousser à manger. Par ailleurs, pendant un effort physique soutenu, la faim est inhibée, d'où le cercle vicieux de l'anorexie mentale.

L'hyperactivité devient rapidement une obsession (notion de « rituels »), et c'est un angle sur lequel il faut travailler avec le patient pour pouvoir guérir.

L'hyperactivité physique altère le jugement du malade, mais aussi du thérapeute et favorise la minimisation de la gravité des troubles (« il peut faire 10 km à pied à 35 kg, c'est qu'il va bien »). <sup>(8)</sup>

### → **L'hyperinvestissement intellectuel**

Il est habituel et classique (notamment chez les adolescentes, un peu moins chez les garçons adolescents), mais il n'est pas constant. Il s'inscrit dans une démarche de **recherche excessive de perfection**, une quête anxieuse et toujours insatisfaite de résultats irréprochables.

Le sujet obtient alors de très bons résultats dans les domaines faisant appel à l'apprentissage, mais pas dans ceux faisant appel à la créativité, puisque celle-ci nécessite de laisser de la liberté à son psychisme. Or, dans l'anorexie mentale, le psychisme est hypercadre, ne laissant pas place à l'imagination. Le sujet se fixe des règles et des limites concernant son alimentation, et ce cadre qu'il s'impose est extrapolé pour tout dans sa vie quotidienne.

### → **Les troubles psychiques associés**

**La personnalité du sujet anorexique est véritablement modifiée.** On décrit 2 types de patients dans l'anorexie mentale :

- Le patient alexithymique ;
- Le patient borderline.

Des experts revendiqueraient même l'existence d'un fonctionnement intellectuel ou cognitif particulier, spécifique à la pathologie, mais serait-il conséquent à la perte de poids ou préexistant et justement un facteur déclenchant de ces troubles ?

D'autres troubles psychiatriques sont fréquemment associés, tels que :

- Une **anxiété** importante, du fait de la restriction, des frustrations qu'elle engendre et du risque de perte de contrôle et du passage en crise de boulimie ; et d'une manière plus générale, l'apparition de doutes innombrables qui crée une atmosphère d'anxiété permanente ;
- Un **état dépressif** quasi-constant (voire une dépression), provoqué par la dénutrition, les privations et les tensions en lien avec la pathologie dans l'entourage du patient ;
- Des **troubles du sommeil** ;
- Des **TOC** (par intensification des rituels et des manies) ;
- **D'autres addictions** (notamment l'alcoolisme ou la toxicomanie), puisque la présence d'une addiction entraîne une prédisposition à d'autres (surtout observable chez les patients boulimiques) ;<sup>(9)</sup>
- Des **conduites suicidaires ou d'automutilation**, toujours dans l'optique d'extériorisation d'une souffrance psychique ou par dégoût de soi après une crise par exemple (scarifications, pincements, tailladage des poignets, brûlures) ;
- Un **manque d'estime de soi et de confiance en soi** très important, un sentiment d'impuissance, qui s'accroissent avec la baisse de l'IMC ;
- Un **sentiment de persécution** (l'entourage « force » le patient à manger), d'inadéquation sociale, une phobie ou anxiété sociale (jouant un rôle majeur dans la non-acceptation de soi).

D'un point de vue global, chaque patient souffrant d'anorexie mentale présente des troubles du registre affectif et de l'identité.

Les troubles psychologiques peuvent parfois être d'une gravité telle qu'ils représentent une **décompensation psychiatrique** et nécessitent une hospitalisation d'urgence en service de psychiatrie (par exemple en présence d'un état de mal de boulimique, où le patient peut aller jusqu'à une dizaine de crises par jour, mettant clairement en jeu son pronostic vital).

Parfois, les symptômes dépressifs et anxieux peuvent seulement apparaître lors de la prise en charge, quand la renutrition est amorcée et que les symptômes alimentaires sont abandonnés, puisqu'ils assuraient une fonction de lutte contre l'effondrement dépressif.<sup>(7)</sup>

## → L'alexithymie, ou l'hypercontrôle des émotions

L'alexithymie est la difficulté dans la reconnaissance et l'expression verbale de ses états émotionnels et de ceux d'autrui. C'est un défaut de conscience intéroceptive qui entraîne un déficit de régulation émotionnelle : on observe réellement une dissociation sensorielle et émotionnelle. <sup>(10)</sup>

L'hypercontrôle des émotions est à relier à l'hypercontrôle de l'alimentation : **l'hypercontrôle rassure le patient** face à une difficulté quelconque dans sa vie. C'est un moyen pour lui de se raccrocher à quelque chose, d'éviter d'avoir à affronter ce problème en déviant sa souffrance dans un objectif qu'il s'est fixé (la restriction, la perte de poids). Plutôt que de faire face au problème et s'investir pour le régler, le patient fuit et s'investit dans un comportement d'extériorisation de sa souffrance.

En restreignant le champ de son alimentation, **le sujet anorexique se coupe d'expériences émotionnelles** (procurées par la découverte de nouvelles saveurs et le partage de repas), et va perdre encore un peu plus la lecture de ses émotions.

Le patient alexithymique se « barricade » émotionnellement et ne laisse plus rien transparaître. Ce comportement peut être **conscient** (volontaire), ou alors **inconscient** : le patient ne sait plus reconnaître, extérioriser et verbaliser ses émotions, quelles qu'elles soient (la joie, la tristesse, la colère...). Ce symptôme représente une grande partie du travail du psychiatre, car réapprendre à gérer ses émotions implique de savoir les reconnaître et les accepter. Ce travail est essentiel pour permettre au patient de se libérer d'une emprise psychologique qu'il s'inflige lui-même, et donc pour la guérison de la pathologie. **La guérison sans le recouvrement de la pleine conscience de ses propres émotions est impossible.**

L'hypercontrôle des émotions renforce le repli sur soi-même et l'isolement socio-affectif, mais avec parfois un rapprochement et un agrippement aux parents (notamment chez les adolescents, à un âge qui normalement est marqué par l'autonomisation et la découverte du monde extérieur à la famille).

Ce comportement est **étroitement lié aux antécédents de vie du patient** (ses relations familiales, les événements aversifs qu'il a vécus). L'alexithymie joue donc un **grand rôle dans le pronostic** de la maladie, puisqu'elle participe à sa chronicisation.

De même, la sexualité est souvent massivement refoulée, car elle est considérée dans sa dimension de désir et de plaisir, sentiments qui sont rejetés chez le patient anorexique. Ceci est d'autant plus vrai lorsque le comportement anorexique s'installe à la suite d'un événement sentimental.

Chez l'adolescent, un 1<sup>er</sup> émoi amoureux peut même être l'élément déclencheur et provoquer un débordement des capacités de contenance de son psychisme, ce qui conduit à l'installation du comportement anorexique, dans une visée de gestion et de mise à distance de la charge affective qui est suscitée.

## → L'état borderline, ou état limite

L'état limite est un problème de gestion des émotions : **chaque émotion est démesurément intense** et l'état émotionnel du patient est très instable. On observe chez ce type de patient une labilité thymique et émotionnelle, des sautes d'humeur très fréquentes (plusieurs fois par jour). Le patient ne sait pas gérer ses émotions et elles « explosent ». On dit souvent que chez ce type de patient c'est « tout ou rien ».

Ce syndrome est caractérisé par :

- Une impulsivité et une agressivité ;
- Une ambivalence (désirer simultanément 2 choses qui sont opposées) ;
- Un clivage du mode de pensée ;
- Une victimisation et un sentiment de persécution important.

**L'ambivalence est très souvent présente dans l'AM**, même sans trouble de personnalité, car elle fait en fait partie de toute conduite addictive.

La tendance thymique générale du sujet borderline est plutôt une **déprime chronique** mais le patient peut entrer dans des accès de joie intense et incontrôlable.

L'image de soi est souvent mal définie, instable et négative. Le patient subit une souffrance psychique telle que seules des conduites autodestructrices peuvent apaiser temporairement, il a besoin de donner une composante physique pour donner du sens à la douleur psychique.

L'état limite est à ne pas confondre avec le trouble bipolaire : les symptômes sont très semblables mais les crises sont beaucoup plus rapprochées dans l'état limite que dans le trouble bipolaire.

Le TCA serait plutôt considéré comme une conséquence de l'état borderline (surtout pour la boulimie), bien qu'il soit parfois difficile de déterminer s'il en est une cause ou une conséquence. <sup>(11)</sup>

## → L'ascétisme

L'ascétisme se définit comme une discipline volontaire du corps et de l'esprit cherchant à **tendre vers une perfection**, par une forme de renoncement ou d'abnégation. On peut trouver cette pratique dans le jeûne social, à bien différencier du comportement anorexique : le jeûne social est solidaire, dans le but de protester ouvertement contre quelque chose, par hygiénisme ou par religion. Le comportement anorexique est solitaire, c'est une **maladie qui est subie malgré sa dimension active**. Les seuls thèmes qu'ils ont en commun sont le contrôle de soi et la purification.

Le jeûne anorexique est perçu comme un moyen de purification, il permet de tendre vers un idéal à la fois esthétique (se sentir bien), esthétique (avoir un beau corps) et

éthique (capacité de volonté, de contrôle et de force). La privation est perçue comme libératrice : la purification est extérieure (avec la recherche d'une perte de poids visible) et intérieure (avec la recherche du vide, les conduites de purge).

Ce qui est typique chez l'adolescente est notamment **l'intolérance aux restrictions alimentaires des autres, le désir d'être la seule, la plus mince**. L'anorexie mentale révèle alors un besoin de se démarquer des autres, d'être visible des autres (à cause de la maigreur, du comportement « rebelle » vis-à-vis de l'alimentation). C'est un moyen d'exister. <sup>(6)</sup>

## Conclusion

Il existe donc une multitude de symptômes qui rendent la pathologie très complexe et variable d'un individu à l'autre. Mais ces symptômes sont aussi variables d'un sexe à l'autre : en effet, des études mettent en évidence des **spécificités propres aux formes masculines**, notamment :

- Un hyper-investissement intellectuel moins marqué, mais une hyperactivité physique au contraire très fréquente ;
- Des préoccupations concernant le poids et l'apparence corporelle différentes : les garçons expriment davantage le désir de perdre « de la graisse » (plutôt que de s'affiner et de perdre du poids global), avec comme idéal un corps musclé (plutôt qu'un corps fin).
- Une plus grande susceptibilité à développer des complications osseuses.

Dans tous les cas, l'anorexie mentale altère considérablement la qualité de vie des sujets, que ce soit par l'isolement et les conflits qu'elle engendre (même dans les formes débutantes) ou les complications somatiques qui en résultent à terme.

### Pourquoi l'AM est-elle considérée comme une addiction ?

L'AM est une addiction comportementale, une addiction au contrôle (contrôle de l'alimentation, du poids mais aussi des émotions, dans une visée de maîtrise totale de sa vie).

Elle représente en fait un objet sur lequel le patient s'appuie pour extérioriser une souffrance ou déplacer son attention : ici, la privation.

Lorsqu'il ressent le manque, le vide engendré par le jeûne, le patient anorexique ressent un **bien-être temporaire** (diminution de l'anxiété, fierté face à la perte de poids et la lutte contre la faim pulsionnelle). Idem pour l'hyperactivité physique (par libération d'endorphines).

Mais comme pour toute addiction, le bénéfice tiré du comportement anorexique **s'estompe au cours du temps**, et le sujet perd petit à petit tout intérêt à se priver.

*Mais il lui est impossible de sortir de l'anorexie tout simplement, car la prise de poids fait peur et les habitudes sont trop ancrées.*

*La valorisation que le sujet ressentait (ou croyait ressentir) au début de son comportement disparaît au fil du temps, ce qui le mène à développer un **état dépressif**, et complique la prise en charge.*

*Concernant les crises de boulimie, certains patients sont **prêts à tout** pour pouvoir les faire (dépenser beaucoup d'argent pour la nourriture, chercher tout moyen pour pouvoir vomir, se cacher pour manger ou vomir ...).*

*L'abord addictif de l'AM est aussi très bien représenté par l'**envahissement du psychisme** du patient, ses pensées obsessionnelles concernant l'alimentation et le poids, les rituels et les manies.*

*Le comportement anorexique est aussi marqué par une **ambivalence** très fréquente chez le sujet : il patient souhaite retrouver une vie « normale » et des relations sociales, mais ne veut pas arrêter ce comportement dans lequel il est ancré. Le patient dit vouloir s'en sortir, mais qu'il ne le peut pas.*

*Comme toute conduite addictive, **les rechutes sont très fréquentes** : le patient a besoin de se priver en réponse à chaque stress, besoin qui lui est insurmontable. Il est donc indispensable de rechercher des stratégies d'évitement.*

*Enfin, le comportement anorexique s'accompagne souvent **d'autres conduites addictives** (comme le tabagisme, l'addiction à l'alcool ou d'autres drogues), puisque le psychisme du sujet fait qu'il est comme prédisposé à rechercher un moyen d'échapper à tout conflit par la consommation d'une substance ou par la privation, comportements qui lui procurent (temporairement et à tort) un soulagement.*



### **3. Symptômes paracliniques et complications**

**La morbi-mortalité de cette pathologie est importante.** Elle entraîne de nombreuses complications, somatiques, métaboliques et psychologiques. La plupart sont **réversibles** avec la normalisation du poids et des conduites alimentaires, mais certaines sont irréversibles. Dans tous les cas, les complications sont préoccupantes, et **s'aggravent à long terme** sans prise en charge efficace. <sup>(17)</sup>

#### **B. Les désordres ioniques et métaboliques**

Ils sont notamment dus au **déséquilibre énergétique prolongé**, à la cachexie et aux **vomissements**, et apparaissent **rapidement** après l'installation de la maladie. On retrouve notamment :

- Une hypokaliémie (due aux vomissements), qui est systématiquement recherchée lors de l'étape diagnostique et suivie lors de la prise en charge ;
- Une hyponatrémie ou une hypernatrémie ;
- Une hypo-phosphorémie ;
- Une hypo-magnésémie ;
- Une hypoglycémie ;
- Une hypercholestérolémie : par dénutrition, le corps déplace ses stocks de triglycérides du tissu adipeux et des muscles vers le sang, ce qui entraîne une augmentation du taux sérique d'acides gras, et donc du LDL-cholestérol et du HDL-cholestérol ;
- Une hyper-amylasémie ;
- Une hypo-albuminémie (par carence en protéines) ;
- Une carence en fer.

#### **C. Les troubles hormonaux**

L'anorexie mentale entraîne un **dysfonctionnement hypo-thalamo-hypophysaire**, avec pour répercussion le dérèglement de plusieurs voies hormonales, notamment :

- La fonction gonadotrope : hypo-oestrogénie, baisse de LH et FSH, à l'origine de l'aménorrhée et de la perte de libido ;
- La fonction corticotrope :
  - Hypercorticisme et hyperaldostéronisme ;
  - Désensibilisation et résistance à l'hormone de croissance GH : la dénutrition inhibe la production d'IGF 1 (Insuline-like Growth Factor 1), ce qui augmente le taux de GH par rétrocontrôle négatif (mais qui ne suffit pas à relancer la production d'IGF-1).
- La fonction thyroïdienne : baisse de T3 et T4.

Les désordres hormonaux se normalisent généralement avec la renutrition. Mais ils sont notamment à l'origine d'un **retard de croissance staturo-pondéral** chez l'adolescent (voire un arrêt de la croissance chez les plus jeunes), ce qui peut être très préoccupant car il n'y a pas toujours de récupération totale de la croissance.

### **D. L'altération de l'état général**

Il est très facile à envisager et est directement provoqué par la dénutrition, qui entraîne une **fonte musculaire**, une **hypoplasie de la moelle osseuse**, une **carence martiale** et une **carence en folates**.

Les signes fréquemment observés sont :

- Un visage émacié et ridé, des membres squelettiques, et chez les femmes, la disparition des formes féminines ;
- Une peau sèche, des ongles cassants, des cheveux secs et cassants (dû à la carence en acides gras essentiels) ;
- Un lanugo (apparition d'un duvet infantile notamment sur le visage et le dos) et une hypertrichose.

Dans les cas sévères, le sujet présente :

- Une impossibilité de passer de la position assise à la position debout sans s'aider des mains ;
- Une pâleur et une fatigue importante, une intolérance au froid, une hypothermie ;
- Une acrocyanose, la froideur des extrémités, des œdèmes de carence.

Certains signes sont spécifiques aux vomissements provoqués :

- Des callosités et des éraflures sur le dos des doigts ;
- Une hypertrophie fibreuse des parotides (irréversible).
- Un mauvais état dentaire, par acidité du liquide gastrique (caries, érosion de l'émail, jusqu'au déchaussement des dents).

### **E. Les complications osseuses**

Ces complications (et notamment l'**ostéoporose**) sont certainement les plus connues et donc les mieux prévenues. Elles surviennent aussi bien chez la femme que chez l'homme.

En effet, la dénutrition inhibe l'action des ostéoblastes et favorise celle des ostéoclastes. Ceci est dû à la combinaison :

- De l'hypo-oestrogénie (arrêt de la production en œstrogènes et gonadotrophine) ;

- Du taux bas d'IGF-1 ;
- De l'hyper-cortisolémie ;
- De l'hyperactivité physique (en temps normal, elle augmente l'action des ostéoblastes, mais a l'effet inverse dans un contexte de dénutrition) ;
- La carence prolongée en lipides, en calcium et en vitamine D.

Il y a donc un risque élevé de **fractures spontanées**, mais aussi chez la femme un risque plus important de développer une **ostéoporose post-ménopausique**.

Si l'ostéoporose apparaît après une certaine période d'anorexie mentale et n'est donc pas constante, **l'ostéopénie elle est toujours présente** chez l'anorexique et doit être systématiquement traitée.

Malgré une prise en charge en rapide, **la déminéralisation osseuse n'est pas complètement réversible** : selon une étude, 1/3 des patientes ayant développé une anorexie mentale à l'adolescence ont une ostéopénie persistante, notamment au niveau du rachis lombaire. <sup>(7)</sup>

## **F. Les complications hémodynamiques et cardiaques**

Elles sont observables à un IMC significativement faible (inférieur à 14) et sont dues aux désordres électrolytiques, à une stimulation du système parasympathique, et aux conduites de purge.

Ce sont notamment :

- Une hypovolémie, une hypotension orthostatique ;
- Une bradycardie sinusale et des troubles du rythme, notamment due à l'hypokaliémie (troubles de conduction auriculo-ventriculaire, arythmies respiratoires, auriculaires ou ventriculaires, torsades de pointe) ;
- Des palpitations (lors des vomissements) ;
- Une péricardite ;
- Une insuffisance cardiaque (avec défaillance de la valve mitrale, et plus rarement de la valve tricuspide) ;
- Une cardiomyopathie obstructive si la dénutrition est importante, qui est irréversible même si l'anorexie est guérie.

## **G. Les complications digestives**

Certaines sont dues à :

- La diminution de la motricité gastrique et intestinale ;
- La perte des muscles abdominaux et pelviens ;
- La diminution des sécrétions gastriques acides (par mise au repos du fait de la restriction alimentaire) ;
- La prise de laxatifs.

Ces signes sont constamment retrouvés :

- Constipation ou diarrhées ;
- Digestion difficile, ballonnements.

Les vomissements provoquent typiquement à long terme une atteinte des voies aérodigestives supérieures, avec notamment :

- Des ulcérations œsophagiennes et du pharynx (provoquant douleurs et érythème), une œsophagite ;
- Une gastrite ;
- Un reflux gastro-œsophagien.

Une étude a par ailleurs démontré le lien entre l'anorexie mentale et un risque accru de cancer épidermoïde de l'œsophage, chez des patientes hospitalisées : en effet, ce risque est multiplié par 16 par rapport à la population générale. Ce risque est notamment favorisé par les carences nutritionnelles, les agressions thermiques, l'usage concomitant fréquent d'alcool et de tabac. <sup>(12)</sup>

## **H. Les complications neuronales et psychiques**

Même si dans un 1<sup>er</sup> temps le sujet nie sa fatigue et présente un surinvestissement intellectuel, la dénutrition entraîne progressivement un **ralentissement cognitif, une confusion, un déficit de concentration, un défaut d'idéation** : le patient ne sait plus se concentrer, ne sait plus suivre de conversations ou lire un texte. Il met plusieurs secondes de délai à répondre à une question (même simple), ce qui est très marquant lors d'entretiens avec le médecin.

Le jugement du sujet sur soi-même et sur l'environnement est altéré, à cause de la dénutrition mais aussi de la dysmorphophobie.

Ces complications sont dues à la **carence profonde en acides gras**, qui sont nécessaires au bon fonctionnement des neurones (et notamment pour la formation de la gaine de myéline). On observe donc à l'IRM une perte de substance neuronale blanche et grise).

Dans les cas sévères et de longue durée d'évolution, le déficit cognitif peut être **partiellement irréversible**.

De plus, l'existence d'une forme atténuée de TCA chez l'adolescent serait un **facteur de risque important de développement de troubles psychiques et physiques** à l'âge adulte (troubles anxiodépressifs, troubles du sommeil, asthénie chronique, tentatives de suicide...). <sup>(7)</sup>

## I. Les complications néphrologiques et urologiques

Elles sont liées à la **déshydratation générale**, qui est provoquée par les troubles électrolytiques (hyponatrémie et hypokaliémie), le bas débit cardiaque et les conduites de purge (aussi bien les vomissements provoqués que les laxatifs et les diurétiques). Elle peut ainsi entraîner :

- Un diabète insipide infraclinique ;
- Une néphropathie hypokaliémique ;
- Une insuffisance rénale fonctionnelle, réversible si elle est débutante mais irréversible à un stade plus avancé.

On peut aussi observer une incontinence urinaire et une pollakiurie, qui sont dues à 2 phénomènes :

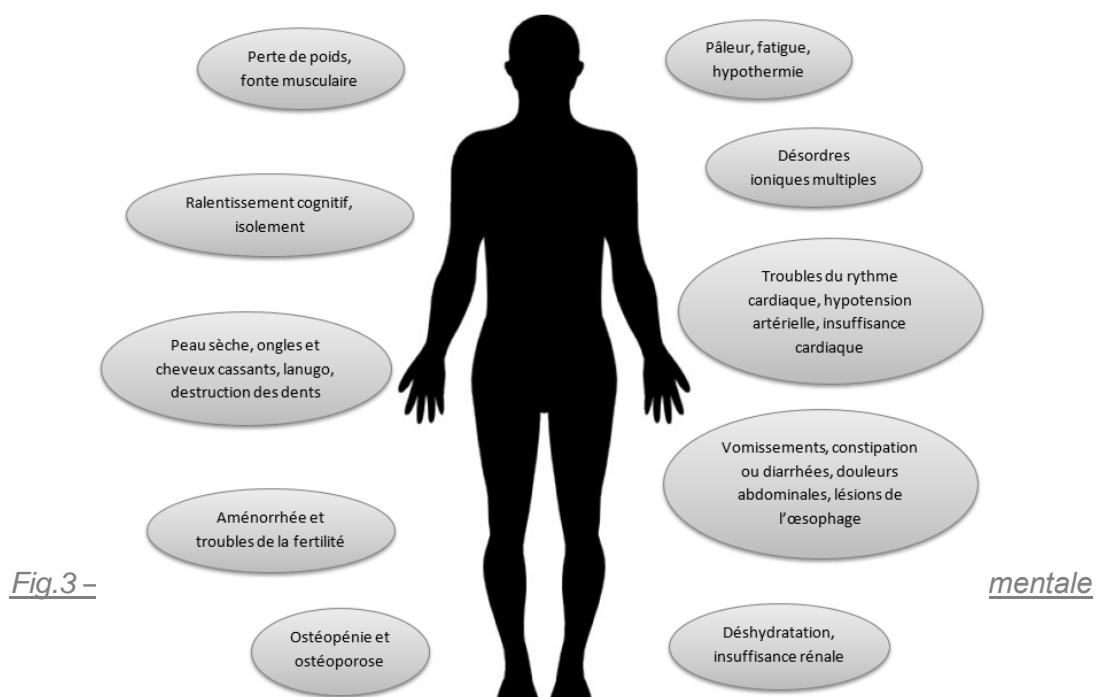
- La désensibilisation à l'hormone antidiurétique (notamment à cause de la potomanie et de la dénutrition) ;
- La perte de muscles du plancher pelvien (par fonte musculaire).

L'insuffisance rénale fonctionnelle, les troubles cardiaques et hormonaux peuvent engendrer l'apparition d'œdèmes des jambes et des chevilles.

La potomanie (polydipsie) peut aussi entraîner une **intoxication à l'eau**, qui se manifeste par des céphalées, des vomissements, une ataxie, jusque par des convulsions et un œdème cérébral.

## Conclusion

L'anorexie mentale ne se limite pas qu'à un symptôme alimentaire : ses symptômes et ses complications peuvent toucher tous les organes, et sont très variables d'un patient à l'autre.



## 4. Etiologies

Comme tous les TCA d'origine mentale, l'anorexie mentale est **multifactorielle**. Et puisqu'elle dépend directement de la personnalité et du vécu du patient, chaque forme a une origine bien individuelle. L'anorexie mentale peut ainsi être liée à :

- Des facteurs psychologiques et personnels ;
- Le contexte familial (très important, surtout chez les adolescents et jeunes adultes qui sont les plus touchés) ;
- La société et la culture ;
- Une vulnérabilité génétique. <sup>(1)</sup>

### A. Facteurs psychologiques

La maladie débute souvent en lien avec un **évènement à connotation de rupture** (adolescence, puberté...), de **conflit** ou de **choc intense** (problèmes familiaux, agression sexuelle). Ce peut être :

- Un conflit familial ;
- Une agression sexuelle : une femme victime peut alors se dénourrir pour ne plus avoir de formes féminines et ainsi ne plus être « désirable ». Selon les études, les antécédents d'abus sexuels existent dans 20 à 50 % des cas ; <sup>(7)</sup>
- L'adolescence et la puberté : cette période de la vie est toujours critique dans les maladies mentales car c'est une période d'instabilité psychique. L'anorexie mentale peut alors être la manifestation d'un refus de passage à l'âge adulte (intentionnel ou non).

Le patient est alors dépassé par ses émotions, il refuse de faire face à ces nouveaux problèmes et « **déplace** » **ses préoccupations**. Ici, c'est sur l'alimentation et le régime : je recadre mon attention vers quelque chose que je peux contrôler, mon poids. <sup>(5)</sup> Altérer son comportement alimentaire obéit à un besoin, qui n'est pas perçu comme une maladie, mais comme une nécessité en réponse à un ou plusieurs facteurs déstabilisateurs. La maladie est une mauvaise réponse à un vrai problème, c'est le seul moyen que le sujet a trouvé pour dévier ses angoisses, retrouver un sentiment de maîtrise qui lui échappe à un moment de sa vie, ou combler un vide.

Le problème est que si cette conduite anorexique persiste, elle perd progressivement ses liens de signification avec les conflits qui lui avaient donné naissance. **Le comportement anorexique devient alors un moyen quasi-automatique de réponse à toute tension**. Cela explique pourquoi il est très difficile d'en guérir définitivement (il y a toujours un risque de rechute), d'où le rapprochement aux conduites addictives.

L'obsession est en fait un choix de « confort », un domaine « choisi » inconsciemment par le sujet pour ne pas avoir à affronter des angoisses plus importantes. Il se focalise sur un domaine particulier pour anesthésier d'autres problèmes, et cette obsession devient alors nécessaire à l'équilibre du sujet.

La maladie tombe toujours sur un terrain de **vulnérabilité psychique**, qui est connu ou non, et peut donc en être la révélation. C'est une manière d'extérioriser une souffrance intérieure, un sentiment de culpabilité. Le patient a besoin de s'auto-dénigrer et de s'auto-détruire, il « mérite de souffrir » selon lui. Le comportement anorexique devient donc un rituel d'automutilation. La maladie devient une mauvaise réponse à un problème, et c'est insidieusement que le choix de maigrir et de se faire vomir se transforme en TCA.

Le patient peut aller jusqu'à développer une relation sadomasochiste avec son corps. Le caractère de contrainte et d'obligation du comportement anorexique a donc une fonction fondamentale de soulagement d'une culpabilité inconsciente.

Dans une interview concernant le domaine du mannequinat <sup>(13)</sup>, Maurice Corcos (chef du département de psychiatrie pour adolescents et jeunes adultes de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris) a dit que l'anorexie **n'est pas due au fait de vouloir maigrir. L'entrée en anorexie dévoile un problème sous-jacent. Le régime (ou le spectacle de la mode) ne génère pas l'anorexie, c'est un élément déclencheur. Il faut que ça tombe sur une vulnérabilité préalable.**

C'est pourquoi une anorexie mentale est **d'autant plus grave si elle apparaît chez l'adolescent**, car en plus d'être une période de croissance déterminante pour le reste de la vie, l'adolescence est aussi un moment de remise en question et de perte de repères, de développement de formes (qui peut être mal accepté), d'exploration de ses propres limites et de désir de contradiction des règles instaurées dans son mode de vie. L'adolescent s'expose à différentes perturbations physiologiques et psychologiques, et à un changement de statut, familial et social.

De plus, chez l'adolescente, la croissance au moment de la puberté est plus précoce et plus brutale que chez les garçons, désynchronisme qui peut accentuer un mal-être déjà présent.

Un autre point qui explique pourquoi l'anorexie mentale touche surtout les adolescents, est que cette période de la vie favorise et accentue les craintes dysmorphophobiques (à cause des médias et du jugement facile des jeunes).

Il existe un **profil-type** (mais pas obligatoire) de patient anorexique : l'anorexie mentale (et autres TCA) surviendrait préférentiellement chez des femmes ayant un caractère de maîtrise, de perfectionnisme excessif et de persévérance, allié à une faible estime de soi. De fait, la pathologie est souvent observée chez des adolescentes ayant de bons résultats scolaires. On retrouve aussi comme autres caractéristiques psychologiques des difficultés d'autonomisation et de gestion de la colère.

L'anorexie mentale (et les autres TCA) s'observe aussi chez des patients ayant eu une **éducation rigide**, notamment :

- Au niveau de l'alimentation étant enfants : une privation de repas en guise de punition, certains aliments « interdits » car mauvais pour la santé... ;
- Au niveau d'une pratique sportive intensive, requérant un certain niveau de forme, voire un poids à maintenir.

Il est important de savoir que certains patients **ne savent pas pourquoi** ils ont une conduite anorexique (ou ne veulent pas l'admettre). C'est alors ici que se fonde tout le travail du psychiatre, car il faut absolument trouver la cause de l'anorexie mentale pour pouvoir la traiter.

L'anorexie mentale peut révéler une dépression psychique préexistante, voire un trouble de personnalité sous-jacent.

## **B. Le contexte familial**

Le rôle de la famille est très important dans l'installation de la maladie et sa chronicisation. **La famille représente l'entourage le plus proche du patient, celui auquel il s'identifie et recherche un appui et de l'affection.** Lorsqu'une personne souffre d'anorexie mentale dans une famille, il existe une relation d'emprise réciproque entre le patient et sa famille, alimentée par les interactions négatives autour du symptôme. <sup>(13)</sup>

La conduite anorexique s'organise dans une **situation de conflit avec l'entourage familial**. Chez l'adolescent, l'ambivalence du comportement est caractérisée à la fois par la recherche d'affection et de combat pour une identité autonome : concrètement, pouvoir refuser de se nourrir, c'est se sentir autonome, s'assurer que l'on peut fonctionner sans apport extérieur. <sup>(6)</sup>

Un mauvais contexte familial (notamment de la maltraitance subie par le patient) peut donc être le facteur déclencheur de la pathologie (à l'image d'une dépression ou d'une tentative de suicide). Le patient peut alors chercher à attirer l'attention de ses proches sur son mal-être (victimisation), même s'il y a un déni du TCA. <sup>(14)</sup>

Des familles « anorexigènes » ont été décrites : les relations sont fusionnelles, enchevêtrées, rigides, les membres sont assez fermés au monde extérieur et évitent les conflits. Toutefois, les études menées sur le rôle de la famille dans l'installation de l'AM ont montré des organisations familiales très diverses, et souvent normales. <sup>(8)</sup>

Le sentiment de **culpabilité** devient alors omniprésent au sein du climat familial, tant du côté du patient (qui culpabilise de faire subir sa maladie à sa famille) que du côté de l'entourage (qui culpabilise de ne pas savoir comment aider le malade et d'être dépassée par la situation). L'anorexie mentale engendre des difficultés de communication, une détérioration des relations et les repas deviennent sources de conflits. <sup>(15)</sup>



En conclusion, le contexte familial peut être autant **un facteur de risque qu'un facteur de protection**, et il joue un rôle fondamental dans l'évolution de la maladie, dans un sens comme dans l'autre (amélioration ou aggravation). <sup>(16)</sup>

### **C. Facteurs culturels et rôle des médias**

Depuis quelques années dans notre société actuelle, les médias et la culture véhiculent en permanence une image obsessionnelle de « manger sain et équilibré », « bio ». **La société occidentale moderne est dominée par l'apogée de la minceur et l'exigence de performance sans limite**, qui représentent un mode de vie valorisant et actif. Pour donner un autre exemple, les tailles des vêtements dans les magasins sont en décalage par rapport à la réalité, ce qui peut renforcer un sentiment de frustration ou d'anormalité chez une grande majorité de personnes qui ne peuvent atteindre ces critères.

La femme moderne est sous contrôle (et sous auto-contrôle) : contrôle de sa vie, de son image, mais aussi de son alimentation et de son poids. L'anorexie peut alors en devenir l'expression paroxystique. <sup>(5)</sup>

Mais certaines personnes ne sont pas capables de construire leur propre opinion sur ce sujet et sont incapables d'apprécier les limites raisonnables de ces propos. Ces propos, qui n'ont que pour but initial d'améliorer la santé publique, peuvent être mal interprétés et favoriser notamment **l'orthorexie** (l'obsession de manger équilibré) et la **bigorexie** (l'obsession de pratiquer du sport). Ces comportements peuvent alors déboucher sur un TCA.

Les enfants sont d'autant plus vulnérables à ces informations, notamment ceux étant trop seuls, trop responsables et soumis à des préoccupations d'adulte trop rapidement. Les adolescents sont aussi très sensibles à ces idées, notamment à cause d'images et de discours idéalisant le comportement anorexique relayés par les réseaux sociaux et certains sites « pro-ana » (en grand développement durant ces 10 dernières années). Ces sites vont jusqu'à **personnifier l'anorexie mentale** en lui donnant un nom : Ana pour les filles, Rex pour les garçons. Ce serait comme une 2<sup>ème</sup> personne qui prendrait le contrôle du malade, dominerait sa vie et ses pensées, et deviendrait « son ami ». Le sujet s'identifie par sa maladie. C'est une sorte d'**acceptation de la pathologie** dans la personnalité propre du patient, une manière de **banaliser** ce comportement pour nier sa dangerosité. De même, le comportement boulimique est personnifié sous le nom de Mia pour les filles, Bill pour les garçons.

Une étude a été réalisée par l'université de Pittsburgh aux USA (et publiée le 5 mai 2016 dans le Journal of the academy of nutrition and dietetics). Elle démontre que l'addiction aux réseaux sociaux et les TCA sont liés. <sup>(17)</sup> Cette étude a suivi 1765 participants de 19 à 32 ans. Les résultats montrent que ceux qui passaient le plus de temps sur les réseaux sociaux présentent un risque de 2,2 à 2,6 fois plus élevé d'être concernés par un souci avec l'alimentation.

Ce risque serait dû aux images de corps fuselés, d'assiettes équilibrées, de challenges de perte de poids express véhiculées sur des réseaux sociaux comme Instagram ou Facebook.

Néanmoins, cette étude est à relativiser car elle ne met pas en évidence un lien de causalité établi, mais juste une association.

Les TCA liés à Internet se développent notamment dans des zones géographiques où la prise en charge est insuffisante. Cela serait lié aux défaillances des hôpitaux, aux déserts médicaux. Les personnes se tournent vers Internet parce qu'elles n'ont pas trouvé d'écoute souhaitable chez le médecin traitant. <sup>(17)</sup>

Il serait trop exagéré de dire que l'influence sociale et culturelle provoque elle-même un TCA, mais elle peut tout de même favoriser la résolution d'un problème psychologique dans une désorganisation alimentaire.

## **D. L'influence génétique et l'hérédité de l'anorexie mentale**

La composante génétique de l'anorexie mentale est actuellement très explorée, notamment à l'Inserm.

**Aucun gène de prédisposition n'a été démontré à ce jour**, mais il existe des gènes et allèles associés à l'anorexie mentale.

Des études de cohorte ont démontré que certains gènes sont associés à des troubles psychiatriques fréquemment liés à l'anorexie mentale (tels que dépression, TOC).

Les gènes « candidats » (liés à la survenue d'anorexie mentale) ainsi démontrés sont ceux ayant un rôle dans l'appétit et la satiété, la gestion du stress et certains tempéraments spécifiques. Les gènes les plus impliqués sont ceux codant pour un élément du système sérotoninergique.

L'un des gènes les plus étudiés est celui codant pour le **récepteur sérotoninergique 5HT2A**. Une association significative a été démontrée pour la 1<sup>ère</sup> fois en 1997 entre l'anorexie mentale et un polymorphisme de ce gène, surtout chez les patients à forte dimension obsessionnelle. Mais il ne faut pas confondre association et liaison. L'allèle en question a juste un rôle dans un sous-groupe de patients.

Des chercheurs parlent d'**héritabilité** de l'anorexie mentale. L'héritabilité est le pourcentage d'explication de la maladie due aux différences (polymorphismes) interindividuelles du génome. Mais elle comprend les facteurs génétiques additifs (le poids de chaque allèle, leurs interactions entre eux). Ainsi, une forte héritabilité n'indique pas forcément qu'un gène candidat a un poids considérable. L'héritabilité doit donc plutôt être considérée comme le seuil maximal de ce que la génétique peut apporter plutôt que la portée à venir des gènes candidats révélés.

L'anorexie mentale aurait donc une héritabilité de 70 %, mais l'allèle de vulnérabilité le plus impliqué n'augmenterait le risque de développer une anorexie mentale que d'1,8 (risque relatif).

De nombreuses études ont été effectuées dans des cohortes familiales, et notamment chez des jumeaux. Plusieurs d'entre elles réalisées entre 1965 et 1997 montrent que **pour une personne atteinte d'anorexie mentale, la fréquence d'atteinte d'un autre membre de sa famille est de 1 à 10 %** (contre une prévalence de 0,1 % dans la population générale). C'est surtout pour l'anorexie mentale restrictive qu'on observe une augmentation significative du risque d'atteinte dans la famille (par rapport à l'AM boulimique). Cette concentration familiale est d'autant plus forte chez les femmes anorexiques.

Mais la fiabilité de ces résultats reste discutée car il y a un problème de spécificité du spectre phénotypique, à cause du lien de l'anorexie mentale avec les autres maladies psychiatriques (TOC, dépression, psychoses, addictions).

Une étude de l'Inserm s'est penché sur l'influence génétique d'un des symptômes de l'anorexie, la peur intense de grossir. Elle démontre qu'il faudrait plutôt parler d'un **plaisir de maigrir**, lié à un effet récompense de la perte de poids. <sup>(18)</sup>

Les chercheurs ont montré des images de personnes de poids normal ou en surpoids à 70 patientes atteintes de TCA, et à des sujets sains : la vision de ces images a provoqué à peu près la même réaction dans les 2 groupes.

Puis ils ont montré des images corporelles de maigreur : la vision de ces images a provoqué chez les patientes TCA des **émotions évaluées comme positives**, mesurées par une augmentation rapide et automatique de la transpiration, alors que les sujets sains n'ont pas eu de réaction particulière.

Un des gènes les plus souvent associés à l'anorexie mentale code pour le BDNF, un facteur impliqué dans la survie des neurones et la neuroplasticité. L'étude a mis en évidence que l'augmentation de la transpiration à la vue des images de maigreur corporelle s'explique par la présence d'un allèle spécifique de ce gène. En outre, cette étude a notamment permis d'orienter les **travaux de recherche sur les circuits de récompense** plutôt que sur l'évitement phobique, et c'est là que les traitements médicamenteux peuvent entrer en jeu (dans la lignée des traitements d'addiction aux substances).

## **Conclusion**

En conclusion, l'anorexie mentale se déclare chez des sujets « prédisposés », sous l'effet de facteurs déclenchants (tels que l'insatisfaction du sujet sur lui-même, un régime qui a dérapé, la puberté, un deuil, une séparation quelconque...), et est entretenue par des facteurs pérennisants (notamment la dénutrition en elle-même, mais aussi la réaction des autres, le nouvel équilibre psychique qui s'installe par acquisition d'habitudes).

A savoir que les facteurs prédisposants à la maladie ne sont pas spécifiques à l'anorexie mentale, et sont communs à d'autres troubles psychiatriques.

## 5. Mécanismes biologiques

Même si l'anorexie mentale est considérée comme une maladie psychiatrique, il a été démontré l'implication de certains circuits biologiques et le dérèglement de systèmes hormonaux. Ces modifications peuvent être à l'origine de la maladie ou en être la conséquence. <sup>(19)</sup>

### A. Au niveau des neuromédiateurs

#### → Généralités sur le système de récompense

C'est une partie spécifique du système limbique, qui transmet des informations au noyau accumbens au niveau cérébral.

A la réception d'une récompense (lors de la consommation d'une substance par exemple), il y a une **libération de dopamine** (la molécule du plaisir et de la récompense), associée à une **libération de sérotonine et d'endorphines**. Cela met le sujet dans un état de bien-être psychique, qui deviendra alors un signal d'apprentissage pour favoriser une nouvelle consommation de cette substance.

Mais à terme, la libération de dopamine se fait avant la consommation. Ce relargage massif de dopamine a un **rétrocontrôle négatif sur le nombre de récepteurs dopaminergiques**, et les récepteurs dopaminergiques **perdent en sensibilité**. La substance en question a donc de moins en moins d'effets, et il faut donc augmenter les doses de cette substance pour en retrouver l'effet bénéfique recherché, sous peine de subir des symptômes de sevrage (dont la tristesse, l'anxiété, l'irritabilité) qui incitent le sujet à reconsommer pour les éviter. C'est là qu'apparaît le phénomène de dépendance.

#### → La situation dans l'anorexie mentale

##### Au niveau du système dopaminergique

Dans l'anorexie mentale, le système de récompense (médié par la sérotonine et la dopamine) est mis en jeu (d'où le rapprochement avec les conduites addictives). Ici, il n'y a pas de « substance consommée » : **c'est le comportement de restriction et l'activité physique qui sont à l'origine de la libération de dopamine** et donc de l'activation du système de récompense. Et à terme, ils vont eux aussi créer un phénomène de dépendance, ce qui va favoriser l'apparition de cravings et de sensations de manque : le patient devient accro à ses rituels de privation et de contrôle du poids, à la sensation de faim et de vide.

C'est pourquoi on parle plus de « plaisir de maigrir » plutôt que de « peur de grossir ».

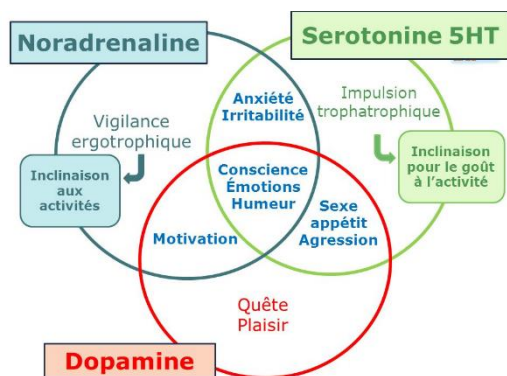
Lorsque les phénomènes de tolérance et de dépendance sont mis en place, on observe une diminution des récepteurs dopaminergiques : des chercheurs ont démontré que **cette diminution peut entraîner une « surconsommation d'aliments »**. Ce mécanisme pourrait expliquer le passage de l'anorexie mentale vers la boulimie. <sup>(20)</sup>

### Au niveau du système sérotoninergique

En parallèle de l'impact sur le système dopaminergique, la dénutrition provoque globalement une **mise au repos de toutes les fonctions neurologiques**, avec un défaut de synthèse de plusieurs neuromédiateurs (la sérotonine, les endorphines et les cannabinoïdes), qui induit donc une hypersensibilité des récepteurs correspondants.

Plus particulièrement, la dénutrition, qui est notamment protéique, provoque une carence en tryptophane, acide aminé précurseur de la sérotonine. La sérotonine est donc insuffisamment produite, ce qui provoque une augmentation de la synthèse des récepteurs sérotoninergiques post-synaptiques 5HT2C et 5HT4. Il y a donc une **hypersensibilisation du système sérotoninergique**, et donc du système de récompense.

De plus, **l'activation du système sérotoninergique stimule l'activité physique** : c'est pourquoi l'hyperactivité physique n'est pas qu'une conséquence psychogène de l'AM, mais s'explique aussi par un mécanisme physiologique. La sérotonine est aussi impliquée dans les phénomènes de dépression.



*Fig. 4 – Schéma des rôles de la sérotonine et de la dopamine. <sup>(32)</sup>*

*La dopamine est essentiellement impliquée dans les phénomènes d'addiction, mais elle est potentialisée par la sérotonine. La sérotonine, elle, participe au « goût pour l'activité physique ».*

## **B. Au niveau des hormones de régulation de l'appétit**

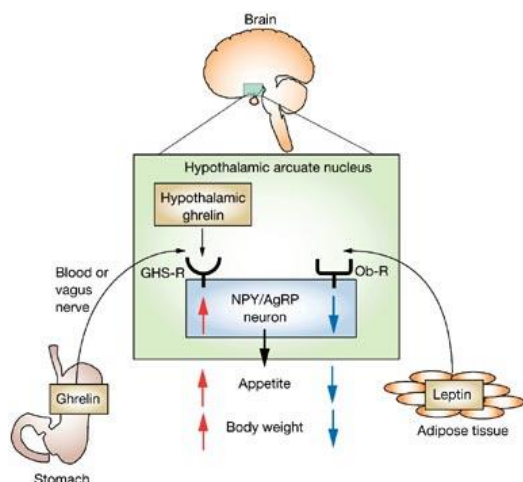
Le système hormonal de l'appétit et de la satiété est composé de :

- La ghréline, hormone qui stimule l'appétit ;
- La leptine, hormone qui stimule la satiété.

La dénutrition entraîne donc une **augmentation de la production de ghréline**, et donc une **désensibilisation progressive des récepteurs de la ghréline**. C'est

pourquoi l'anorexique, sensible à la faim au début des troubles, ne la ressent plus à terme.

On observe à l'inverse un **déficit en leptine**, du fait de la fonte du tissu adipeux.



*Fig. 5 – Les mécanismes d'action de la ghréline et de la leptine.*

*La ghréline est synthétisée par le foie, la leptine par le tissu adipeux. La ghréline agit au niveau de l'hypothalamus pour stimuler l'appétit et la prise de poids, alors que la leptine agit au niveau de l'hypothalamus pour les inhiber.*

De manière générale, moins le sujet mange, plus il a besoin de manger car son cerveau le pousse à le faire. C'est là qu'intervient le risque de basculer dans les crises de boulimie et les vomissements provoqués.

### C. Au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire

L'axe hypothalamo-hypophysaire est perturbé. 2 voies sont touchées :

- L'axe corticotrope : on observe une activation de cette voie, avec une hypercortisolémie secondaire (perturbation impliquée dans le retard de croissance chez les jeunes, l'aménorrhée et le lanugo) ;
- L'axe gonadotrope : on observe un hypogonadisme, avec une diminution de la sécrétion pulsatile de FSH et de LH (perturbation impliquée dans l'aménorrhée et l'ostéoporose).

## **6. Evolution de la pathologie**

L'anorexie mentale est une pathologie **d'évolution plutôt longue** : la pathologie s'installe sur plusieurs mois et évolue sur 1 à 2 ans en général, voire plus. En effet, **le patient va passer par plusieurs stades différents**.

Etant de plus en plus relayée dans les médias, l'anorexie mentale a tendance à être banalisée. Mais cette pathologie est loin d'être anodine. En effet :

- C'est la **maladie psychiatrique la plus mortelle** (devant l'abus de substances et la schizophrénie) ;
- C'est aussi la **maladie la plus mortelle chez l'adolescent**, toutes pathologies confondues même somatiques (donc devant les cancers).

Une étude a calculé dans une cohorte de patients anorexiques une mortalité 6,2 fois plus élevée que dans la population générale.

Selon Maurice Corcos <sup>(13)</sup>, **c'est le retard de diagnostic qui en est la 1<sup>ère</sup> cause** (puis les complications métaboliques).

### **A. Le pronostic à court terme et à long terme**

Les différentes études menées sur l'évolution de l'anorexie mentale montrent globalement les mêmes résultats. On observe donc :

- **1/3 de guérison** à 5 ans d'évolution : elle est tout à fait possible et peut même être spontanée (même après plusieurs années d'évolution). Mais cela s'observe plutôt pour des formes débutantes et peu profondes de la pathologie ;
- **1/3 d'évolution intermédiaire** : les patients améliorent leur état mais conservent une forme résiduelle à long terme (persistance de symptômes alimentaires, d'un sous-poids, d'une aménorrhée) ;
- **1/3 de chronicisation ou d'aggravation** de la maladie.

Ainsi, l'anorexie mentale entraîne **5 à 10 % de décès**, par suicide ou complications somatiques (notamment par arrêt cardiaque). Le taux de mortalité est plus élevé chez les sujets avec une composante boulimique.

Par ailleurs, **le pronostic est meilleur chez les adolescents** :

- 50 à 70 % de guérison ;
- 20 % de formes résiduelles ;
- 20 % de chronicisation. <sup>(7)</sup>

Une équipe de médecins allemands a suivi un échantillon de 13 patients souffrant de TCA, pendant 12 ans. Ces sujets ont bénéficié d'une hospitalisation de 4 mois en moyenne. L'IMC moyen des sujets à l'admission était de 14,3 kg/m<sup>2</sup>.



Au bout de 2 ans, 6 ans et 12 ans, différents facteurs ont été mesurés et les sujets ont été évalués sur les plans clinique, psychique et social.

Mais ce qui ressort surtout, ce sont les résultats à 12 ans d'évolution de la maladie et de sa guérison.

L'IMC moyen des sujets au bout de 12 ans de prise en charge est de 18,5 kg/m<sup>2</sup> : 63 % ont un IMC supérieur à 18, 37 % ont encore un IMC inférieur à 18.

Concernant la qualité de vie des sujets (en prenant en compte des critères physiques, psychiques et sociaux et en établissant un score), il apparaît que :

- 27,5 % ont retrouvé une vie normale ;
- 25,3 % ont un score intermédiaire ;
- 39,5 % ont un score mauvais ;
- 7,7 % sont décédés.

Concernant les troubles alimentaires en eux-mêmes :

- 19 % des sujets sont toujours anorexiques ;
- 9,5 % sont toujours boulimiques, avec des vomissements provoqués ;
- 19 % présentent des TCANS.

Donc plus de 50 % souffrent toujours d'un TCA après 12 ans de suivi.

**Le pronostic des TCA n'est donc pas jugé favorable**, d'où la nécessité d'un dépistage précoce et d'un suivi à long terme.

## **B. Les facteurs pronostiques**

L'anorexie mentale n'est pas forcément de mauvais pronostic, puisqu'un tiers des patients guérissent spontanément.

Le pronostic de la maladie dépend de :

- La personnalité et l'histoire du patient ;
- Le fonctionnement de l'entourage du patient ;
- La sévérité et la durée d'évolution de la maladie ;
- La présence de complications ou non.

Les facteurs de bon pronostic sont :

- Un âge de début des troubles précoce ;
- La qualité, la souplesse et la richesse du fonctionnement de l'entourage du patient ;
- La vitesse de la reprise de poids pendant la prise en charge : en effet, une étude a démontré que chez des patients hospitalisés, une prise de poids d'au moins 0,8 kg par semaine diminuerait le risque de rechute dans l'année suivant la sortie de l'hospitalisation, par rapport à ceux dont la prise de poids était plus

modeste et plus lente. Mais les chercheurs n'ont pas su dire s'il y avait un lien de causalité ou si c'était un marqueur de bonne tolérance du patient et d'acceptation à la reprise du poids. <sup>(7)</sup>

A l'inverse, les facteurs de mauvais pronostic sont par exemple :

- Le retard de diagnostic et de prise en charge ;
- Des relations familiales difficiles et conflictuelles ;
- L'importance initiale de la perte de poids (notamment un IMC inférieur à 13 en début de prise en charge) ;
- L'association à un trouble de personnalité ou une dépression avérée ;
- Un nombre et une durée élevées d'hospitalisation à répétition ;
- Une durée d'évolution longue de la maladie : la mortalité est plus importante chez les patients chroniques évoluant depuis longtemps.

Le pronostic est globalement **plus sévère chez les patients souffrant d'anorexie restrictive pure** que chez les boulimiques hyperphagiques, car chez ces-derniers la dénutrition est moindre (donc les conséquences somatiques sont moindres) et le patient se trouve dans un état d'ambivalence avec lequel le psychiatre peut travailler (conflit entre le comportement anorexique et le comportement boulimique).

### **C. La théorie du « continuum »**

Au cours de l'histoire de la maladie, le patient anorexique change fréquemment de catégorie diagnostique de son TCA. En effet, la classification individualise bien les 3 types de TCA (anorexie mentale, boulimie nerveuse, TCA non spécifiés), mais l'évolution se fait bien souvent dans un continuum. **Le patient passe continuellement d'une forme à l'autre**, d'une forme d'anorexie restrictive pure à une forme d'anorexie boulimique. C'est pourquoi on ne peut parler de l'anorexie sans parler de la boulimie.

### **D. La chronicisation**

Le comportement anorexique est clairement un cercle vicieux.

En effet, le corps et l'esprit s'adaptent progressivement à la restriction alimentaire prolongée : les systèmes de régulation de l'appétit, du métabolisme et de l'humeur sont profondément modifiés. L'anorexique perçoit un **sentiment de satisfaction, de fierté, de récompense, voire de jouissance**, grâce à la perte de poids progressive et visible, sa capacité à défier la faim et ses pulsions alimentaires ; et tout cela participe au renforcement de la maladie.

En fait, la chronicité est aussi expliquée d'un point de vue biologique. Plus la durée du jeûne est importante, plus les dysfonctionnements apparaissent : ralentissement de la vidange gastrique, constipation par hypotonie colique. Ainsi, moins le sujet mange,

moins il est en capacité de manger. C'est pour cela que la renutrition devra être très prudente.

De plus, chez la femme, l'apport de protéines et d'énergie (par l'alimentation) stimule l'activité sexuelle, et les hormones sexuelles favorisent l'appétit. Donc chez la patiente anorexique, moins elle mange, plus la sécrétion d'hormones sexuelles est inhibée et moins il est possible de manger.

A terme, le patient se crée un cadre hyper-rigide et est dans un **état de « gel psychique »**. Il ne sait plus se défaire de ses habitudes de restriction et de stratégies de contrôle du poids obsédantes, même s'il ne trouve plus d'intérêt dans son comportement. Donc les rituels et les ruminations incessantes s'auto-entretiennent et s'accroissent, ce qui est aussi favorisé par la dénutrition progressive.

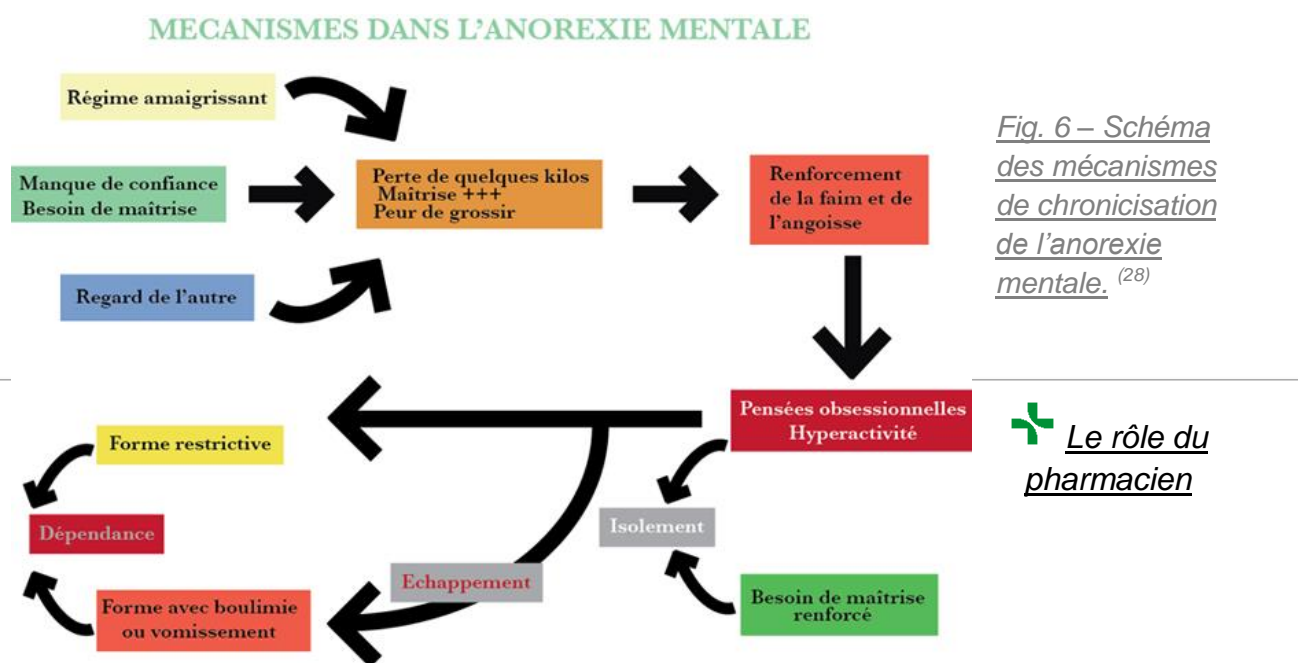
**Le déni joue aussi un rôle dans la chronicisation**, puisqu'il participe au retard de diagnostic : le patient n'est pas dans une visée de guérison puisqu'il ne se sent ou ne s'admet pas comme malade.

Il en est de même avec les comorbidités psychiatriques, puisque l'anxiété et la dépression :

- Aggravent le besoin du malade de recourir à son TCA pour gérer ses émotions ;
- Accentuent le TCA ou en modifient la forme (passage à la forme boulimique) ;
- La dépression nuit à la prise en charge du TCA et favorise donc sa chronicité.

Le risque de chronicité est particulièrement élevé chez les jeunes anorexiques dont le déficit pondéral n'est pas très inquiétant, qui ne se mettent pas en danger au niveau somatique, et qui stagnent à un faible poids depuis plusieurs années, mais qui souffrent d'un appauvrissement de l'insertion sociale.

Néanmoins, le professeur Maurice Corcos estime que **l'apparition des crises de boulimie est un facteur de bon pronostic**, car cette perte de contrôle prouve que le patient a changé de comportement et qu'il a dépassé la phase de « lune de miel » de la pathologie. Le professionnel de santé a moyen de jouer sur cette « faille » pour amener le patient à entrer dans le processus de prise en charge. <sup>(13)</sup>



## La prévention de l'AM

Le pharmacien est bien placé pour délivrer des conseils pour éviter l'entrée d'un patient dans un TCA, notamment face à une famille en détresse ou un patient qui évoquerait des problèmes avec son alimentation. D'autant plus qu'il propose des produits pour la perte de poids dans son officine, donc il doit bien recentrer l'intérêt d'une perte de poids et les dangers d'un dérapage et juger de la pertinence d'une demande d'un produit amincissant.

Il peut ainsi rappeler la nécessité d'avoir une alimentation équilibrée et sans restriction : il faut manger varié et il est normal de se faire plaisir de temps en temps. Il doit aussi rappeler les bienfaits nutritionnels des nutriments indispensables, qui peuvent être supprimés dans un comportement anorexique (les féculents et les glucides, la viande et les protéines, les différentes matières grasses). Pour cela, il peut appuyer son discours de brochures de l'INPES, qui rappellent les bonnes règles de nutrition pour chaque âge. <sup>(29)</sup>



Fig. 7 – Guides alimentaires de l'INPES

Chez l'enfant et l'adolescent, il faut rappeler de vérifier régulièrement la courbe statur pondérale, à la recherche d'une stagnation de la prise de poids ou même d'une cassure dans la courbe. Ces signes doivent mener à consulter rapidement un médecin.

Il doit aussi mettre en garde un patient qui se renseigne simplement pour un régime ou un désir de perte de poids : le régime ne doit pas être trop restrictif, au risque de tomber dans l'engrenage de l'AM. Il doit être indéniablement associé à une activité physique régulière, qui permet de maintenir un poids de forme et un taux de masse musculaire corrects et de rendre le régime efficace.

Dans l'absolu, un « régime » tel qu'on l'entend est inutile : il convient juste de rééquilibrer l'alimentation et de manger en quantité normale, dont l'efficacité est beaucoup plus durable qu'un régime restrictif intensif mené pendant quelques jours.

De plus, il faut « casser » certains préjugés :

- *Boire ne fait pas maigrir ;*
- *Les diurétiques font perdre de l'eau et des sels minéraux, mais en aucun cas ils ne feront perdre de la graisse ; <sup>(30)</sup>*
- *Les laxatifs stimulants (type Dulcolax ®) sont dangereux car ils altèrent de manière irréversible la paroi intestinale, ce qui crée à terme des carences par malabsorption. Il convient donc de ne les délivrer qu'en dernière intention et de ne les utiliser que très ponctuellement, pour l'indication à laquelle ils sont indiqués.*

*Enfin, le pharmacien peut mettre en garde le sujet sur les dangers des médias et les fausses informations qu'ils divulguent au sujet de l'idéal de la minceur.*

## ► DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE ◀

### 1. Repérage

La première demande de soins pour un patient présentant des troubles alimentaires est le plus souvent à l'origine des parents ou de l'entourage, du fait du déni, de la peur ou de l'indifférence apparente du sujet. Le premier soignant sollicité est le médecin traitant, à proximité du patient depuis longtemps, donc le mieux placé pour dépister précocement les troubles. Néanmoins, d'autres praticiens ont un rôle prépondérant : les médecins scolaires et universitaires, les médecins du sport et les médecins du travail.

Les signes qui motivent le sujet à consulter spontanément sont surtout **l'aménorrhée** (et la peur de l'infertilité), **la constipation chronique**, **la frilosité**, voire **les fractures de fatigue**. L'aspect psychologique des troubles n'est par ailleurs pas toujours évoqué d'emblée.

Le repérage d'une anorexie mentale doit dans tous les cas se faire **le plus précocement possible**, afin :

- D'agir avant la chronicisation de la maladie ;
- D'agir avant l'apparition de complications (notamment somatiques) ;
- D'obtenir une alliance plus facilement, avant que le patient ne soit trop entraîné dans la spirale anorexique.

**La précocité du repérage est donc un facteur pronostic très important.**

Un repérage ciblé est d'autant plus recommandé sur certaines populations à risque : les adolescents (en particulier les filles), les personnes dans le milieu de la mode, les sportifs de haut niveau, les personnes atteintes de pathologies imposant un régime (diabète de type 1, hypercholestérolémie familiale).

### A. Les signes évocateurs d'une anorexie mentale

On ne parle pas ici des critères du DSM, mais plutôt des **premiers signes à rechercher par le médecin** lors des premières consultations : ils sont simples à visualiser, et peuvent être expliqués à l'entourage pour les aider à détecter si le patient souffre de cette pathologie. Ces signes varient en fonction de l'âge du patient.

Les signes les plus marquants d'une anorexie mentale (débutante ou avérée) sont :

- Un sujet qui se referme progressivement sur lui-même, s'éloigne de son entourage social habituel ;
- Des préoccupations autour de la nourriture qui envahissent le fonctionnement psychique et les relations sociales, une importance prise par la nourriture et le poids dans la vie du sujet ;
- Le refus de manger certains aliments ;

- Des pesées corporelles très fréquentes ;
- Un isolement au moment des repas ;
- La visite régulière de sites internet vantant les bienfaits du comportement anorexique (sites pro-anas) ;
- Des conflits avec l'entourage en rapport avec l'alimentation du sujet ;
- L'apparition de vomissements provoqués ;
- La pratique soudaine d'une activité sportive, voire à outrance ;
- La rigidité des conduites de restriction ;
- Une culpabilité et une anxiété massives si le patient enfreint ses règles proprement fixées concernant sa restriction, ou liées au poids ;
- Une systématisation de la conduite de restriction, avec une accentuation rapide ;
- Une hyperpilosité, l'apparition d'un duvet (lanugo).
- Une aménorrhée (primaire ou secondaire), des cycles menstruels particulièrement irréguliers, une infertilité. Attention : l'aménorrhée peut être masquée si la patiente est sous contraception oestro-progestative, avec la persistance de fausses règles (hémorragies de privation) ;
- Une perte de mémoire, un manque de concentration.

Chez l'enfant, d'autres signes sont parlants :

- Une croissance ralentie ;
- Des nausées ou des douleurs abdominales répétées.

Chez l'adolescent, on peut spécifiquement rechercher :

- Un retard pubertaire ;
- Un surinvestissement intellectuel soudain et inexplicable (notamment à l'école).
- Une perte marquée de la libido ou de la capacité érectile chez l'homme. <sup>(21)</sup>

## **B. Questions à poser**

En plus de la recherche de signes socio-cliniques évocateurs, le médecin doit entamer un **dialogue avec le patient et son entourage**. Cela lui permet d'observer la réaction du patient à l'évocation de ses troubles et d'objectiver son état psychique.

Il existe ainsi plusieurs questionnaires différents que le médecin peut utiliser pour parfaire son repérage.

Par exemple, **le questionnaire DFTCA** (ou Scott-F) comporte plusieurs questions :

- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
- Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?
- Vous faites-vous vomir parce que vous avez l'impression d'avoir trop mangé ?



S'il y a au moins 2 réponses positives, le repérage se dirige vers un diagnostic fortement en faveur d'un TCA.

Un autre questionnaire, plus rapide mais plus général, est basé sur 2 questions :

- Pensez-vous avoir un problème actuellement ou dans le passé avec votre alimentation ou votre poids ?
- Une personne de votre entourage pense-t-elle que vous ayez un problème avec votre alimentation ou votre poids ? <sup>(21)</sup>

### **C. Autres outils nécessaires au repérage**

Le **calcul de l'IMC** au moment de la consultation permet d'apprécier la profondeur de la maigreur du sujet.

Le **suivi de la courbe staturo-pondérale** est primordial, notamment chez l'enfant et l'adolescent : elle permet de rechercher une cassure de la courbe, un changement de couloir. Ce suivi doit d'ailleurs être réalisé dans tous les cas chez l'enfant sain pour détecter le plus rapidement possible un trouble de croissance.

Une **enquête alimentaire** doit être entreprise : le médecin demande alors au patient de décrire une journée-type de repas, en détaillant la répartition des composantes nutritionnelles (féculents, protéines, fruits et légumes, lipides, sucres), et en recherchant d'éventuels aliments évités.

### **Conclusion**

A la suite du diagnostic de la pathologie, il convient au praticien de diriger le patient vers la prise en charge la mieux adaptée. Pour cela, il peut s'aider des recommandations du Vidal concernant celle-ci. (*Annexe 1*)



#### **Le rôle du pharmacien**

#### **Le repérage de l'AM**

*Le pharmacien joue un rôle important dans le dépistage de TCA, car les sujets souffrant de ces troubles évitent de prendre rendez-vous avec leur médecin (de peur de se voir diagnostiquer un TCA avéré, ou par honte, ou par déni). En revanche, ils continuent à se déplacer à la pharmacie pour de l'automédication, des produits cosmétiques etc.*



*Le dépistage de TCA doit se faire au même titre que le dépistage d'une HTA ou d'une dénutrition chez une personne âgée. Actuellement, elle n'est pas encore assez développée dans les officines, mais pourtant elle doit absolument devenir une activité de routine, devant l'augmentation de l'incidence de cette pathologie et sa mortalité.*

*Il peut détecter un sujet qui demande un peu trop souvent des médicaments laxatifs, diurétiques (plantes) ou des médicaments pour maigrir.*

*Il peut aussi détecter une perte de poids conséquente pour un sujet qu'il voit régulièrement.*

*Le pharmacien peut s'aider des recommandations de la HAS quant aux bonnes pratiques de repérage de l'AM (notamment la liste des signes évocateurs, et la liste de questions à poser).*

*Le pharmacien peut aussi mettre à disposition dans son officine une plaquette de dépistage de TCA, qui peut notamment être utile pour un patient ou un proche d'un patient qui ne souhaite pas engager la discussion avec le pharmacien à ce sujet-là. Un document d'information destiné aux familles a été rédigé par la HAS. (Annexes 2 et 3)*

*S'il suspecte un sujet de développer un TCA, le pharmacien doit veiller à déculpabiliser le sujet et sa famille. Il doit aussi les rassurer en disant que c'est une maladie guérissable, à condition d'être rapidement suivi par un médecin spécialisé, un psychiatre, un diététicien. Une hospitalisation n'est pas forcément nécessaire. Il peut ainsi orienter le patient et son entourage vers une structure d'accueil spécialisée dans les TCA, ou lui fournir une liste d'associations d'aide aux personnes souffrant de TCA.*

## **2. Confirmation du diagnostic**

Après avoir repéré une anorexie mentale chez un patient, les consultations suivantes (avant le démarrage de la prise en charge) ont pour but :

- De confirmer le diagnostic, et donc d'évaluer la gravité de la pathologie et de rechercher d'éventuelles complications ;
- De trouver la bonne orientation de prise en charge (ambulatoire ou hospitalière) ;
- D'établir un climat de confiance avec le sujet, qui permettra une alliance thérapeutique primordiale avec lui et son entourage.

L'enjeu majeur du diagnostic est **l'adaptation individuelle et rapide** de la prise en charge, avec **l'implication active de l'entourage**.

La prise en charge sera ainsi **progressive**, et l'étape du diagnostic sera répartie en différentes consultations, afin d'évaluer le sujet sur un abord à la fois. Cela permet de ne pas brusquer le sujet, de ne pas l'apeurer, et d'établir doucement une relation de confiance avec lui.

Après le repérage de signes en faveur d'une anorexie mentale, le diagnostic formel est posé si le patient présente tous les critères du DSM-V. S'il y a au moins 1 critère manquant, le médecin pose le diagnostic de syndrome anorexique sub-syndromique (ou TCANS). A côté des critères du DSM, le médecin recherche **la présence de symptômes typiques** de l'anorexie mentale (tels que décrits dans la 1<sup>ère</sup> partie).

Il convient alors de préciser de **quel type** d'anorexie mentale souffre le sujet :

- Anorexie mentale pure (de type restrictif) : pendant l'épisode actuel, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie, ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements) ;
- Anorexie mentale mixte (avec crises de boulimie/conduites de purge) : pendant l'épisode actuel, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie, ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

Après le diagnostic posé, le médecin évalue l'état de santé du patient à différents niveaux. <sup>(21)</sup>

### **A. Au niveau somatique**

Le médecin recherche **la présence de complications** grâce à des examens paracliniques, dont certains sont à faire  systématiquement, et d'autres plus facultatifs.

Le choix des examens est **à adapter au profil de chaque patient**, car un excès de bilans et de surveillance serait contre-productif et délétère. Il pourrait sérieusement impacter le psychisme du patient et engendrer une fascination de ses troubles, un

accroissement du déni, une décompensation anxiodépressive, ou installer un rapport sadomasochiste à sa pathologie.

Chez tous les patients, il est recommandé de procéder à :

- La mesure du poids et de la taille évidemment, avec évaluation de l'IMC, à inscrire dans le carnet de santé du patient ;
- Un examen clinique complet, incluant :
  - La forme musculaire (test assis, debout et sans les bras) ;
  - Un examen cutané et des phanères pour rechercher la présence d'acrocyanose, de lanugo, de sécheresse cutanée...
- La mesure de la fréquence cardiaque (pour rechercher des troubles du rythme, une bradycardie) ;
- La prise de la tension artérielle (pour rechercher une hypotension) ;
- La mesure de la T°C corporelle (pour rechercher une hypothermie) ;
- Une évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent (pour rechercher un retard pubertaire) ;
- Une NFS ;
- Un ionogramme sanguin avec dosage de la natrémie, la kaliémie, la chlorémie, la réserve alcaline, la calcémie (et la 25-OH-vitamine D3) ;
- Un dosage de la glycémie ;
- Un dosage de la protéinémie plasmatique (albumine, pré-albumine, CRP) ;
- Un bilan rénal avec dosage de l'urée et de la créatinine plasmatiques (à interpréter en fonction du poids) ;
- Un bilan hépatique avec dosage des transaminases ;
- Un électrocardiogramme (pour évaluer plus précisément le rythme cardiaque) ;
- Une ostéodensitométrie pour évaluer le retentissement osseux de la maladie (cet examen sera à répéter 1 fois par an, en considérant la possibilité d'une évolution rapide).

En cas de dénutrition sévère (soit un IMC inférieur à 13), il faudra faire en plus :

- Un ionogramme sanguin plus précis, avec dosage de la phosphorémie, la magnésémie ;
- Une recherche d'une souffrance multiviscérale, par dosage du taux de prothrombine et des CPK ;
- Une échographie cardiaque (pour rechercher une anomalie au niveau des valves ou de la structure du cœur, une insuffisance cardiaque) ;
- Une clairance de la créatinine sur urines des 24h.

En cas de potomanie, il est nécessaire de surveiller tout particulièrement la diurèse, la densité urinaire et l'ionogramme sanguin.

En cas de vomissements provoqués, il faudra réaliser :

- Un examen stomatologique rigoureux (avec recherche d'une hypertrophie des parotides) ;
- Une surveillance rapprochée de l'ionogramme (notamment de la kaliémie) ;

- La recherche de lésions au niveau des mains et des doigts. <sup>(7)</sup>

## **B. Au niveau nutritionnel**

Le médecin retracera l'**histoire pondérale** du sujet (poids minimal et maximal atteint et les IMC correspondants, les différents poids atteints en fonction du temps).

Une **enquête alimentaire** approfondie sera à ré-effectuer, afin d'établir le profil nutritionnel type du patient, de mettre en évidence ses évictions et ses rituels autour de l'alimentation. On recherchera aussi la présence de conduites de purge, d'une potomanie et de stratégies de contrôle du poids. La présence d'une hyperactivité physique sera à préciser, notamment au niveau de sa fréquence et de son intensité, du type d'activité pratiquée.

## **C. Au niveau psychique et neurologique**

Le médecin, qu'il soit psychiatre ou non, doit évaluer l'état psychique du patient, avec la recherche **d'idées noires ou suicidaires**, d'un **syndrome anxiodépressif**, d'une **phobie sociale** etc.

Il revient aussi sur la notion de **dysmorphophobie**, et cherche les zones du corps du patient qui le complexent. Il peut par ailleurs demander au patient à quelle célébrité il aimerait ressembler par exemple, pour observer la divergence entre son idéal et la réalité de sa maigreur.

Le médecin recherche la **présence de conduites addictives associées** (alcool, tabac, psychotropes...), qui sont souvent présentes. Il retrace les **antécédents psychologiques du patient et de son entourage** (troubles de personnalité, tentatives de suicide, automutilation, syndrome anxiodépressif, TOC...).

Le médecin va aussi approfondir **l'évaluation de l'environnement familial et social** du patient.

Le dialogue du médecin avec le sujet va ainsi lui permettre de l'évaluer sur le plan neurologique et d'observer s'il y a un ralentissement neurologique, une asthénie, une difficulté d'accomplissement de mouvements basiques.

Une des spécificités de la maladie est qu'elle nécessite de refaire un diagnostic complet très régulièrement, puisqu'il est très évolutif étant donné que le patient peut passer réversiblement d'une forme d'anorexie restrictive pure à une forme boulimique, en passant par un TCANS. L'évaluation de la gravité sera notamment à répéter **tous les mois**.

## **D. Attitude du praticien ayant posé le diagnostic initial**

A l'annonce du diagnostic, l'attitude du praticien envers le patient et son entourage conditionne toute la suite de la prise en charge. Il doit absolument garder une **attitude empathique et chaleureuse** pour éviter le déni et la résistance de la part du patient.

L'information sur la pathologie sera délivrée au patient et à son entourage, qui doit être activement impliquée à partir de ce moment d'annonce de la pathologie.

Le discours sera évidemment adapté à l'âge du patient, à sa capacité de compréhension (s'il y a un ralentissement cognitif dû à la dénutrition).

Il convient alors de :

- **Nommer la maladie avec tact**, sans stigmatiser le patient dans une vision controversée par la société actuelle ;
- **Ne pas banaliser les troubles**, et préciser que sans prise en charge rigoureuse la maladie risque de devenir chronique ou d'entraîner des complications graves ;
- **Ne pas banaliser la souffrance du patient**, et l'informer que la maladie met en relief un mal-être sous-jacent, qui peut en effet être inconnu du patient lui-même. <sup>(7)</sup>

Le médecin informe dans un premier temps le patient et sa famille sur la pathologie en général, ses causes et ses facteurs pérennisants, les différents types de prise en charge possibles et celle qui est la mieux adaptée à la situation présente.

Le praticien décrit alors les différents versants de la prise en charge envisagée, qui sera aussi bien médicale que psychique dans tous les cas. Elle consistera le plus souvent en une première étape de renutrition pour rechercher un début de prise de poids, qui sera ensuite consolidée par un suivi psychosocial.

## **E. Les difficultés de diagnostic**

Le diagnostic peut être parasité par différents obstacles, à l'origine soit d'un retard de diagnostic, soit d'un diagnostic faussé. Le retard de diagnostic est particulièrement fréquent, estimé à 2 à 4 ans en moyenne. <sup>(13)</sup>

Les difficultés à diagnostiquer ou les éléments empêchant l'étape du diagnostic sont principalement représentés par :

- **Le déni et la banalisation des troubles** par le patient, face à son entourage (qui donc ne sont pas tentés de consulter) et au médecin (qui donc ne retrouve pas tous les éléments nécessaires pour poser le diagnostic d'AM) ;
- La présence de **fausses menstruations** sous contraception oestro-progestative chez l'adolescente et la femme ;

- **L'hétérogénéité des conduites alimentaires** dans la population : la conduite alimentaire individuelle dépend de chaque personne, et la perception d'une conduite normale n'est pas universelle ;
- **La variabilité interindividuelle de l'IMC** et de sa signification : une personne peut avoir un IMC faible de base en ayant une alimentation correcte et inversement.

Cela souligne donc l'importance de considérer tous les symptômes dans leur ensemble et dans le contexte actuel.

### 3. Evaluation de la gravité de la pathologie chez le patient

L'évaluation de la gravité est indispensable pour déterminer **si une hospitalisation d'emblée est nécessaire**. Elle permet aussi au patient de se rendre compte du retentissement global de son TCA.

Dans un premier temps, la sévérité est appréciée par le déficit pondéral. 3 facteurs sont à prendre en compte :

- Le poids total perdu (différence entre le poids maximal atteint et le poids lors du diagnostic) ;
- La vitesse de l'amaigrissement (poids total perdu rapporté à la durée d'évolution depuis le début des troubles) ;
- L'IMC, qui permet de déterminer la sévérité de la dénutrition. <sup>(21)</sup>

IMC	Classification
< 10	Dénutrition grade V
10 à 12,9	Dénutrition grade IV
13 à 14,9	Dénutrition grade III
15 à 16,9	Dénutrition grade II
17 à 18,4	Dénutrition grade I
18,5 à 24,9	Normal

*Fig. 8 – Définition de l'état nutritionnel chez l'adulte de moins de 70 ans, selon l'OMS.*

La brutalité autant que l'intensité de l'amaigrissement constituent un indice de gravité : plus elle est rapide, moins elle est bien tolérée au niveau somatique, avec un risque accru de bradycardie, d'hypotension, d'hypothermie.

La sévérité sera ensuite appréciée grâce aux examens cliniques et paracliniques et les anomalies qu'ils mettent en évidence. <sup>(7)</sup>

Une hospitalisation d'urgence sera donc indiquée devant la présence de certains critères de gravité somatique :

<b><u>Critères de gravité cliniques</u></b>	<b><u>Critères de gravité biologiques</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Perte de poids rapide ou supérieure à 30 % du poids total ;</li><li>- IMC inférieur à 13 ;</li><li>- Fréquence cardiaque inférieure à 40 battements/minute ou supérieure à 100 battements/minute ;</li><li>- Douleurs rétrosternales, palpitations, troubles du rythme ou de la conduction cardiaque ;</li><li>- Hypothermie inférieure à 36°C ;</li><li>- Aphagie totale ;</li><li>- Atteinte marquée de l'œsophage ;</li><li>- Syndrome d'occlusion haute ;</li><li>- Epuisement physique (surtout s'il est reconnu par le patient, car cette reconnaissance dépasse la volonté de déni) ;</li><li>- Ralentissement du débit verbal et idéique ;</li><li>- Convulsions (qui pourraient être dues à un œdème cérébral par hyponatrémie de dilution).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hypokaliémie inférieure à 2,5 mmol/L ;</li><li>- Hyponatrémie inférieure à 125 mmol/L ;</li><li>- Hypomagnésémie inférieure à 0,5 mmol/L ;</li><li>- Hypophosphorémie inférieure à 0,5 mmol/L ;</li><li>- Glycémie inférieure à 2,5 mmol/L ;</li><li>- Leucopénie inférieure à 2 000/mm<sup>3</sup> ;</li><li>- Thrombopénie inférieure à 10 000/mm<sup>3</sup> ;</li><li>- Signes d'insuffisance rénale fonctionnelle ;</li><li>- Bilan hépatique perturbé.</li></ul>

Les situations d'urgence sont principalement liées aux conséquences hémodynamiques (hypotension artérielle et troubles cardiaques).

Parfois, l'absence de complications et un bilan biologique quasi-normal contrastent avec l'importance de la dénutrition et du déficit pondéral. Un bilan clinique et biologique normal ne doit donc pas faussement rassurer, et il est essentiel de considérer l'ensemble des symptômes et du vécu de la maladie.



## **4. Evaluation de la motivation au changement**

### **A. Principe**

L'évaluation de la motivation au changement, appelée aussi **approche motivationnelle**, est primordiale avant toute décision de prise en charge. Elle est réalisée lors de consultations qu'on appelle « **entretiens motivationnels** ». Elle a pour but :

- Dans un premier temps, de justement d'adapter cette prise en charge à l'état d'esprit du patient et de l'optimiser.
- Par la suite, de travailler avec le patient pour lui permettre de passer les étapes de changement une à une (du déni et de la réticence au changement à la volonté de reprendre du poids).

L'obtention de **l'alliance thérapeutique** du sujet est primordiale. Pour que la prise en charge soit efficace et la guérison durable, le patient ne doit plus nier sa pathologie et doit émettre sa volonté de reprendre du poids et de se renutrir. <sup>(22)</sup>

L'approche motivationnelle a donc **une visée diagnostique mais aussi thérapeutique**. Elle peut être entreprise par le médecin référent du sujet, le psychiatre ou un psychologue.

Le médecin va alors discuter avec le patient pour déterminer dans quel stade il se situe au moment du diagnostic.

L'évolutivité de la motivation au changement du sujet explique aussi pourquoi la répétition régulière de diagnostics est essentielle.

L'anorexie mentale faisant partie des pathologies addictives sans substance, on peut décrire les stades de changement selon le **cycle de Prochaska** (*Annexe 4*). Il convient alors d'aider progressivement le patient à passer chacune des étapes, pour aboutir à une rémission durable et efficace des troubles.

### **B. Attitude du soignant lors de l'approche motivationnelle**

L'attitude du soignant doit être d'une grande justesse, sinon il y a un risque d'abandonisme du sujet (sentiment d'être abandonné si le soignant se montre trop distant et clinique) ou de repli du patient (sentiment d'intrusion excessive de la part du soignant qui se montrerait trop proche). On parle donc de **neutralité bienveillante** : le soignant doit se montrer disponible, empathique et à l'écoute, mais tout en gardant une distance et une fermeté professionnelles.

Il convient de poser des **questions ouvertes** au sujet, pour le pousser à développer ses idées et aller profondément dans ses réflexions.

Il est important de **valoriser le sujet en permanence**, en mettant en évidence ses forces et ses ressources pour lui faire prendre conscience de sa capacité à changer et pour renforcer le sentiment d'efficacité personnelle.

L'action d'écoute du soignant doit se montrer **réflective**, en renvoyant le discours du patient en miroir et en résumant, en reformulant ce qu'il dit. Cela permet de lui montrer que le soignant a écouté ce qu'il a dit et qu'il a compris.

Enfin, il faut laisser venir la motivation au changement d'elle-même, elle doit émaner du patient et **ne doit jamais être imposée** par le patient. Le soignant a un rôle d'information, de dialogue, d'accompagnement et de soutien afin d'agir sur l'ambivalence, mais sans jamais imposer de décision au patient.

L'usage d'une telle attitude est valable pour le soignant tout au long de la prise en charge du sujet.

### **1. Introduction**

La prise en charge doit être démarrée **le plus rapidement possible** après que le diagnostic d'anorexie mentale ait été posé : plus le délai est court entre la première consultation et le début de la prise en charge, meilleur est le pronostic.

Etant donné la diversité des formes d'anorexie mentale, il est évident que chaque type et parcours de prise en charge seront différents d'un patient à l'autre. D'ailleurs, il n'existe pour l'instant aucun consensus, contrairement à certaines maladies. La prise en charge dépendra donc :

- De l'acceptabilité et de la motivation du patient ;
- Des complications somatiques et psychiques ;
- De la gravité clinique ;
- De la durée d'évolution ;
- Des ressources locales.

Pour être efficace, la prise en charge doit prendre en compte le patient dans son contexte actuel, au niveau physiopathologique mais aussi psychosocial. Elle doit tenir compte des conséquences engendrées directement ou indirectement par le comportement anorexique.

La prise en charge d'une anorexie mentale comprend **différents niveaux d'intervention** (médical, psychiatrique, nutritionnel, socio-familial) et fait donc intervenir différents professionnels de santé qui travaillent ensemble, en continuité pendant toute la durée d'évolution.

On associe donc toujours une prise en charge du comportement alimentaire à celle des difficultés psycho-relationnelles du sujet pour avoir une efficacité durable. De même, **il n'y a pas de guérison somatique et psychique possible sans restauration du poids.**

Selon l'intensité et la gravité des troubles, cette prise en charge pourra être simplement ambulatoire, ou s'approfondir en milieu hospitalier.

Quel que soit le type de prise en charge choisi, un **contrat de soins** sera établi avec le sujet et son entourage dès le début de la prise en charge : ce sera le fil conducteur pendant toute la durée des soins, impliquant les différents professionnels de santé que le patient rencontrera, et définissant des objectifs de soins à court terme et à long terme. Ces objectifs, discutés et sélectionnés en accord avec le patient, créent une ligne directrice et structurent le parcours de prise en charge.

## **A. Les objectifs de la prise en charge à court terme**

La prise en charge recherche en priorité à court terme :

- Une **amélioration symptomatique** au niveau pondéral (et somatique) ;
- Un **assouplissement des modalités défensives et relationnelles** du sujet.

Les objectifs à court terme sont à repreciser régulièrement avec le sujet, à chaque consultation, qu'ils aient été atteints ou non.

L'objectif pondéral est à discuter avec le sujet. On choisira un poids à atteindre très progressivement, par étapes, pour donner un sens à la prise en charge et rassurer le patient sur le fait que la prise de poids sera douce et acceptable.

Parfois, il sera nécessaire de différer la détermination du poids-cible à atteindre chez un patient en situation préoccupante, qui n'est pas capable de participer correctement à sa prise en charge, et on attendra alors qu'il soit dans de meilleures conditions pour en discuter avec lui (l'objectif premier étant alors de traiter les troubles somatiques).

(21)

**La valeur-cible choisie ne doit pas être un moyen de pression et de négociation**, ni un enjeu à respecter obligatoirement avec une récompense à la clé. Cette prise de poids ne doit plus être perçue comme une menace par l'anorexique, c'est pourquoi elle doit être valorisée : le sujet doit comprendre que la prise de poids est dans son intérêt, qu'elle est la base et la finalité de la guérison.

Ce poids-cible est choisi par le médecin avec le patient en fonction de son âge, ses antécédents pondéraux, mais aussi du poids qui permettrait la réapparition des cycles menstruels chez une femme ou adolescente en aménorrhée.

La reprise pondérale se fera donc en 2 étapes :

- **L'arrêt de la perte de poids** dans un premier temps ;
- **Un gain de poids progressif**, d'une rapidité différente selon le type de prise en charge :
  - 1 kg par mois en moyenne pour une prise en charge ambulatoire ;
  - 0,5 à 1 kg par semaine en moyenne pour une prise en charge hospitalière.

Comme dit précédemment, l'attitude du soignant doit être bienveillante et accompagnatrice, mais elle doit aussi être ferme. L'anorexie mentale est typiquement une « **pathologie du cadre** » : le patient se met des règles strictes dans ses rituels et ses conduites de restriction, donc les soins doivent s'inscrire dans la même lignée, donc dans un cadre strict (d'où l'instauration de contrats de soins lors des hospitalisations). Il est nécessaire d'« imposer doucement » des choses, surtout chez les patients états limites.

Il est très important de laisser des **délais** à l'atteinte des objectifs fixés : il faut définir des petits objectifs successifs réalisables, mais toujours dans une optique de cadre

(notion de temps imparti pour atteindre un but). Cela permet de réveiller la motivation du sujet, et de dévier le besoin de défi et de dépassement de soi dans un processus de guérison (la prise de poids et la restauration d'une alimentation normale), plutôt que dans des conduites extrêmes autodestructrices (la restriction et les conduites de purge).

Dans tous les cas (surtout chez l'adolescent), il ne doit jamais y avoir de rapport de force entre les soignants et le sujet, venant répéter les relations et attitudes familiales actuelles autour de l'alimentation.

## **B. Les objectifs de la prise en charge à long terme**

Ce sont les mêmes pour tout patient, mais il est du devoir du soignant de les préciser au sujet en début de prise en charge, pour qu'il sache dans quelle direction s'organise les soins. Ces objectifs sont :

- La **restauration d'un poids normal** chez le sujet (représenté par le poids minimal qu'il avait avant le début des troubles) ;
- La prise d'**apports énergétiques compatibles** avec le maintien de ce poids ;
- Avoir un **comportement alimentaire normal**, sans peur et sans reproche ;
- La **lutte contre l'anxiété, la dévalorisation de soi, le narcissisme et le perfectionnisme** mis en exergue par la pathologie ;
- La **restauration de relations sociales et familiales correctes**.

## **C. Le contrat de soins**

L'anorexie mentale étant une « pathologie du cadre » et dominée par une certaine ambivalence, un contrat de soins doit être établi entre le sujet, son entourage et l'équipe soignante, dès les premiers entretiens. Il est **écrit ou oral**. Il permet de garantir l'**engagement** de chacun des 3 acteurs autour d'un projet thérapeutique cohérent et a un rôle de **médiateur** dans les relations entre patient et soignants. Il permet en outre d'éviter une rupture dans la continuité des soins : c'est donc un véritable fil conducteur tout au long de la prise en charge.

Le contrat de soins définira alors les objectifs recherchés de la prise en charge du patient, mais aussi éventuellement :

- Une période de séparation avec son milieu de vie habituel ;
- Un contrat d'activité physique encadrée. <sup>(21)</sup>

## **D. Les différents intervenants**

La pathologie étant d'origine multifactorielle, la prise en charge de l'anorexie mentale est toujours **pluridisciplinaire**. Cette diversité des abords thérapeutiques a plusieurs intérêts :

- Elle permet au sujet de distinguer les différents niveaux d'action ;
- Elle permet d'aborder tous les axes de soins de manière **complémentaire**, avec un interlocuteur différent pour chacun ;
- Elle évite l'installation d'une relation trop fusionnelle et embrigadante entre le patient et UN SEUL soignant.

Il doit y avoir dans tous les cas **au moins 2 intervenants** :

- Un somaticien (qui peut être le médecin traitant du patient) ;
- Un professionnel qui interviendra au niveau psychologique (un psychiatre, un pédopsychiatre, un psychologue).

On peut ainsi aussi y ajouter un nutritionniste-diététicien, un gynécologue, un endocrinologue, un dentiste...

La HAS recommande néanmoins de désigner un **médecin coordonnateur**, en choisissant en priorité celui a posé le diagnostic. Le but est de garder une cohérence et une continuité des soins tout au long de la durée d'évolution, qui est relativement longue. Ses rôles sont notamment de :

- Rechercher des **signes de gravité** ;
- Rechercher l'**alliance thérapeutique** du patient, mais aussi de sa famille ;
- Veiller à la **cohérence et la continuité des soins** dans la durée (surtout s'il y a une alternance entre des soins hospitaliers et ambulatoires). C'est lui qui a une vue d'ensemble de la prise en charge et qui peut ainsi mettre en lien les différents interlocuteurs ;
- **Décider de la marche à suivre** et prescrire les soins à un moment donné.

Ce coordonnateur sera choisi en fonction :

- Du profil du patient (son âge, l'évolution et la sévérité de la maladie, mais aussi son désir en ce qui concerne ce choix) ;
- Des professionnels de santé impliqués : on choisira en particulier celui qui a la plus grande expérience dans le domaine et la plus grande disponibilité pour le sujet en question.

Pour parfaire cette continuité des soins, des **liens permanents** doivent être échangés entre les différents soignants (par entretiens téléphoniques, réunions de synthèse, envois de comptes-rendus de consultations ou d'hospitalisation, réseaux de santé, dossier médical partagé). L'existence de structures institutionnelles avec plusieurs niveaux de prise en charge (telles que le service de TCA au CHRU de Lille) sont notamment utiles pour les enfants et les adolescents, mais aussi les sujets vivant dans un milieu qui n'est pas favorable aux soins.

## 2. Les différents types de prise en charge

### A. La prise en charge ambulatoire

C'est la prise en charge initiale de **première intention**, suffisante dans la majorité des cas, sauf s'il y a une urgence somatique ou psychiatrique.

Elle consiste en l'association de **consultations** avec différents soignants (médecin somaticien, psychiatre, psychologue, diététicien-nutritionniste, et éventuellement assistant social), qu'ils exercent en libéral ou en établissement de santé. Ces consultations sont ponctuées par des **entretiens familiaux**, et parfois des **périodes d'hospitalisation**.

La durée du suivi en ambulatoire est très variable : elle peut s'étendre de quelques entretiens à plusieurs années, selon l'évolution naturelle de la pathologie, les difficultés psycho-pathologiques rencontrées, la mobilisation du patient et de son entourage, les ressources professionnelles à disposition.

Lors des premiers entretiens suivant la pose du diagnostic, il convient à chaque soignant différent d'évaluer indépendamment :

- La problématique du sujet ;
- La dynamique familiale ;
- Le retentissement des manifestations symptomatiques ;
- Les capacités de changement du patient et de son entourage.

Les transmissions de chaque intervenant sont alors **mises en commun** pour avoir une bonne vision d'ensemble du sujet et de son contexte de vie. La prise en charge ambulatoire nécessite beaucoup de disponibilité de la part de l'équipe soignante pour assurer la coordination des soins.

A chaque consultation, **un retour du sujet sur son vécu à court terme** est recueilli par le soignant. Il analyse alors les problèmes rencontrés dernièrement, les efforts du sujet, les freins et leviers sur lesquels il va pouvoir jouer. Des objectifs à court terme sont alors redéfinis à chaque fois avec le sujet, qu'il doit essayer de remplir pour la prochaine consultation. Ces objectifs doivent impliquer le sujet dans une **démarche active** et réveiller sa motivation à changer par lui-même. Le soignant a ici un vrai rôle d'accompagnateur.

Par exemple, en service de TCA du CHR de Lille, les patients venant en consultations régulières avec le médecin spécialisé sont d'abord accueillis par un infirmier, qui va alors prendre à chaque visite le poids du sujet, sa tension artérielle et sa glycémie (non à jeûn). Il va aussi revenir sur l'état de l'alimentation du sujet depuis la dernière consultation.

Si le patient le souhaite, son poids peut lui être caché pour éviter une décompensation anxiogène, mais il est tout de même préférable de le « mettre devant le fait accompli » pour qu'il prenne conscience de son évolution.

## **B. La prise en charge hospitalière**

Elle n'est pas systématique, et doit avoir un réel intérêt pour le patient. Différents types d'hospitalisation sont utilisés :

- L'hospitalisation de jour (HDJ) ;
- L'hospitalisation à temps complet programmée (HTC) ;
- L'hospitalisation d'urgence ;
- L'hospitalisation sous contrainte.

L'hospitalisation est donc parfois alternée avec la prise en charge ambulatoire, permettant ainsi de dynamiser le processus de soins. <sup>(21)</sup>

### → **L'hospitalisation de jour**

L'HDJ propose un mode d'accompagnement conçu pour **soutenir la motivation personnelle** à abandonner des comportements alimentaires problématiques, et pour alléger les souffrances induites par le retour à une alimentation adaptée.

Elle fait partie des guidelines de l'APA.

Elle peut correspondre à différentes étapes de la prise en charge :

- L'initialisation de la prise en charge (dans un but d'évaluation du sujet) ;
- Le renforcement des soins (s'il y a un enlèvement de la prise en charge ambulatoire) ;
- Une alternative à l'HTC (même si elle ne peut pas remplacer l'HTC) ;
- Après une sortie d'HTC (pour consolider les soins apportés et poursuivre le suivi du sujet).

Elle permet notamment de retarder une HTC, de faire une transition entre les soins de ville et l'hôpital avant une hospitalisation. L'avantage par rapport à l'HTC réside dans **l'apport et le maintien des liens sociaux**, qui sont déjà mis à mal par le TCA : elle permet donc de diminuer la désinsertion sociale.

A l'hôpital de Lille, les conditions pour être admis en HDJ sont :

- Etre âgé d'au moins 15 ans ;
- Habiter à moins d'1 h du centre ;
- Etre en capacité physique de tolérer la prise de repas « normaux » et de s'engager vers divers ateliers thérapeutiques ;
- Etre entouré de proches prêts à s'engager dans les soins, afin de garantir un bon environnement quotidien (pour la prise des repas et la prévention des crises de boulimie et des vomissements).

Les *Annexes 5 et 6* sont le règlement intérieur et le planning de l'HDJ à l'hôpital Fontan 2 du CHR de Lille.



L'HDJ permet une approche psychothérapeutique globale : elle propose ainsi :

- Des consultations avec un somaticien et un psychiatre ;
- Des activités de médiation corporelle et artistique ;
- De la psycho-éducation et de l'éducation nutritionnelle ;
- Des repas thérapeutiques avec les soignants, pris dans des contextes variés ;
- Des sorties culturelles ;
- Des entretiens familiaux, des groupes de thérapie familiale et multifamiliales (regroupement de plusieurs familles pendant la journée complète).

L'implication de la famille et de l'entourage du sujet doit toujours être activement recherchée, pour installer un environnement stable et sécurisant à domicile.

L'HDJ tend à **développer les propres ressources du sujet**, qui est capable de les activer.

De plus, un service social est proposé pour toute question relative à des aménagements de vie :

- Projet d'Accueil Individualisé avec l'établissement scolaire ;
- Organisation d'un rattrapage des cours ;
- Communication avec les directeurs des études dans l'enseignement supérieur ;
- Collaboration avec la médecine du travail ;
- Projets d'autonomie (foyers jeunes travailleurs, résidence universitaire, clinique soins-études...).

L'accompagnement repose sur un **engagement** du patient et de son entourage sur **plusieurs semaines** : le sujet vient ainsi 1 à 5 journées par semaine à l'hôpital, dans un service spécifique à l'HDJ. La fréquence des visites est en effet fixée selon la gravité médicale et psychologique : contrairement à ce que l'on pourrait croire, **plus le patient reprend du poids, plus il est convoqué en HDJ** (car il y a un fort risque de rechute).

Le sujet reste donc la majorité du temps dans son environnement habituel, ce qui lui laisse quand même une grande part d'autonomie (que ce soit quand il est chez lui ou lors des activités pendant l'HDJ). C'est pourquoi **l'HDJ n'est possible que pour les patients qui savent gérer un repas**.

De plus le fait que le sujet retourne quotidiennement au domicile lui permet **d'appliquer concrètement** toutes les informations données pendant les séances, sans délai, dans son environnement quotidien.

Avant d'être intégré dans un dispositif d'HDJ, le sujet est reçu en **visite de pré-admission** (VPA), pendant laquelle un premier dossier patient est créé. Elle permet aussi de définir les objectifs attendus de cette hospitalisation et d'établir un premier contrat de soins. (L'*annexe 7* présente les éléments recueillis dans le dossier d'entrée, aussi bien en HDJ qu'en HTC).

La durée d'une intégration en HDJ est variable : elle peut aller de **4 semaines à 9 mois**. Un **compte-rendu** de l'avancée de la prise en charge est réalisé tous les mois, et adressé au sujet et à son médecin traitant.

Afin de ne pas interférer dans le processus de continuité des soins, il est convenu que **toute autre prise en charge du TCA s'interrompt pendant l'HDJ**.

L'HDJ est actuellement un processus de prise en charge relativement efficace, puisque le taux de rémission moyen est de 27 à 70 % selon les structures (mesuré par la normalisation pondérale et l'absence de symptômes spécifiques à la maladie à terme).

Le problème de l'HDJ est que la plupart des structures d'accueil se situent en zones urbaines, donc parfois peu accessibles à des patients vivant en milieu rural.

L'HDJ est contre-indiquée dans les cas suivants :

- Risque médical somatique aigu ;
- Décompensation psychotique aiguë ou risque suicidaire avéré, antécédents de tentative d'autolyse ;
- IMC inférieur à 16 (critère adaptable selon les patients) ;
- Echec d'un suivi hospitalier antérieur ;
- Crises de boulimie très fréquentes.

### → **L'hospitalisation à temps complet HTC**

Elle n'est pas systématiquement prescrite pour tout patient, son choix dépendant de l'état du sujet et de son environnement de vie. En effet, l'hospitalisation est indiquée dans les cas suivants :

- Présence de **critères de gravité somatiques ou psychiatriques** (idées suicidaires, épisode dépressif caractérisé) ;
- **Enlèvement de la prise en charge ambulatoire** ;
- **Chronicisation des troubles** avec un poids très faible, ou syndrome anorexique rigide, avec peu de volonté de changement démontré par le sujet ;
- **Difficultés d'organisation de la vie familiale**.

La décision d'une hospitalisation est prise par le médecin coordonnateur, après examen clinique complet (somatique, psychiatrique, évaluation des facteurs environnementaux) et après coordination des avis des différents intervenants. Elle se décide au cas par cas avec la famille du sujet, en tenant compte des structures proches disponibles.

L'HTC vise à corriger les critères de gravité somatiques, pondéraux, nutritionnels, psychiques et sociaux du sujet. Les objectifs sont multiples :

- La normalisation des troubles hydro-électrolytiques et des complications éventuelles ;
- L'atteinte et le maintien d'un poids-cible, déterminé en accord avec le patient à l'admission, et conditionnant sa sortie d'hospitalisation ;
- Le sevrage des conduites de purge ;
- La sortie de l'anorexique de l'état de « gel psychique » à l'origine de la chronicité de la pathologie ;
- La restauration d'une adaptation sociale et relationnelle.

La durée de cette prise en charge sera **aussi longue que nécessaire**, selon le rythme du patient. Elle peut aller d'une quinzaine de jours à plusieurs mois. Néanmoins, elle ne doit pas être trop longue au risque d'être iatrogène pour la restauration des relations sociales, surtout chez le sujet jeune.

L'HTC peut être :

- **Programmée** (dates décidées à l'avance) avec le sujet et sa famille ;
- **D'urgence**.

Dans tous les cas, elle ne doit jamais être présentée comme une menace, une punition, un échec, un moyen de pression ou de chantage, mais comme une **étape nécessaire dans l'évolution de la pathologie** et dans sa prise en charge.

### L'HTC habituelle

Elle se déroule dans un **service spécialisé** dans le traitement des TCA, proposant dans une même structure des soins multidisciplinaires avec l'intervention de différents professionnels de santé. <sup>(21)</sup>

Avant l'hospitalisation, le sujet est convoqué en **visite de pré-admission**, pendant laquelle un travail de préparation est réalisé avec le patient par le médecin du service, pour clarifier ses attentes et ses inquiétudes vis-à-vis de cette hospitalisation.

La VPA est l'occasion de faire un bilan d'admission, qui est en fait un examen complet du sujet au niveau somatique, nutritionnel et psychique.

Un **entretien motivationnel** peut aussi être intéressant avant l'hospitalisation, pour évaluer la motivation au changement du sujet et son ambivalence. Il permettra ainsi de mieux orienter la marche à suivre pendant le séjour.

Enfin, la VPA permettra de fixer une date d'entrée, en concordance avec la situation professionnelle ou scolaire du sujet.

Il est possible de choisir un **programme d'HTC séquentiel** : le sujet sera hospitalisé à plusieurs reprises pendant de courtes durées. Cela permet d'alterner les soins entre

le milieu ambulatoire et le milieu hospitalier, de varier les approches thérapeutiques. Les différentes hospitalisations permettent aussi de faire le point avec le sujet sur son évolution à chaque fois qu'il rentre à domicile.

Pendant l'hospitalisation, les entretiens motivationnels seront évidemment poursuivis. La recherche d'une **alliance thérapeutique** est primordiale avec le sujet et son entourage. Le plus souvent, l'alliance n'est initialement obtenue qu'avec l'entourage car le sujet dénie son état. Mais parfois, certains patients sont sensibles à certains symptômes (tels que les problèmes de concentration, l'irritabilité, la perte de cheveux, la frilosité permanente...) et s'impliquent tout de suite dans les soins.

Le séjour du patient consiste en l'alternance d'entretiens quotidiens avec un psychiatre attitré et d'activités en groupe avec les autres patients du service. Les repas sont pris tous ensemble (et avec le cadre infirmier), mais chaque sujet a sa propre ration en fonction de son stade de prise en charge et de sa capacité à manger. Après chaque repas, au service de TCA du CHR de Lille, les chambres des patients et les toilettes sont fermées à clé pendant 1h30 pour éviter les conduites de purge post-prandiales.

Il est nécessaire d'instaurer un **cadre thérapeutique ferme**, mais aussi une **relation de confiance** avec le sujet.

Comme dans tous les cas de figure de prise en charge, l'accompagnement de la famille est indispensable et son implication dans les soins est activement recherchée.

Il est recommandé que l'HTC ait lieu **à proximité du domicile** dans la mesure du possible, pour :

- D'une part maintenir des liens avec l'environnement habituel du sujet pendant l'hospitalisation ;
- D'autre part favoriser la continuité des soins à sa sortie.

Pour cela, les **visites régulières** des proches et **thérapies familiales** sont d'une grande utilité. Des **permissions** sont aussi fortement recommandées (sorties du sujet pendant quelques heures), mais à un certain stade de rémission (elles ne sont en général pas autorisées à un IMC inférieur à 14). Elles permettent au sujet de tester sa capacité à se comporter de façon autonome en communauté, sans le cadre médical soignant. La prise d'un repas libre est conseillée lors d'une permission.

A chaque rentrée de permission du sujet, le médecin ou un infirmier discute avec lui pour recueillir son ressenti et sur la gestion du repas pris.

Les permissions jouent aussi un rôle dans le retour à domicile progressif.

Toutefois, un **contrat de séparation** peut être fixé : les visites de la famille et les permissions (sortie de quelques heures) sont proscrites, tant que le sujet n'a pas atteint un certain poids ou IMC.

La mise en place d'un tel contrat a plusieurs intérêts pour le patient :

- Se retrouver lui-même ;

- Retrouver les autres autrement ;
- Eviter que les symptômes alimentaires et anorexiques ne soient au centre de ses relations familiales et sociales.

En aucun cas le contrat de séparation implique l'isolement du sujet (qui lui serait toxique ou traumatique). Il est en fait coupé de son environnement quotidien pendant quelque temps, mais des liens sont dûment maintenus, notamment avec les autres patients et l'équipe soignante. Des nouvelles régulières de la famille doivent aussi être apportées malgré tout.

La séparation temporaire avec le cadre familial peut être un avantage comme un inconvénient (elle peut accentuer l'éloignement du sujet avec ses relations sociales).

Finalement, l'HTC a plusieurs avantages :

- L'exécution des soins dans un **climat d'apaisement**, différent du milieu de vie habituel du sujet : la sortie du sujet de sa routine l'aide à se libérer de ses habitudes rigides créées par le comportement anorexique ;
- Des **modalités relationnelles différentes**, en décalage par rapport au quotidien du sujet et favorisant un investissement complet de sa part dans la prise en charge ;
- Une **réflexion du sujet** sur les conflits intrafamiliaux, souvent exacerbés par l'anorexie.

### L'hospitalisation d'urgence

L'hospitalisation d'urgence est indiquée en présence des critères de gravité détaillés dans la partie « évaluation de la gravité ».

Dans ce cadre, le sujet n'est pas hospitalisé dans un service spécialisé de TCA, qui est plus orienté pour un traitement de fond de la maladie. Le sujet est adressé soit :

- En **service de réanimation**, s'il y a des perturbations métaboliques graves ou une défaillance d'organe avec un pronostic vital engagé à court terme ;
- En **service de nutrition clinique ou de pédiatrie** ;
- En **service de psychiatrie** (adulte ou pédiatrique), s'il y a une urgence psychique immédiate ou une crise familiale. <sup>(21)</sup>

Les urgences somatiques sont généralement traitées en quelques heures à quelques jours. Ces urgences sont principalement dues à :

- Une hypokaliémie sévère, avec troubles du rythme cardiaque observés à l'ECG ;
- Une cytolysé hépatique importante, avec signes biologiques d'insuffisance hépatocellulaire ;
- Une insuffisance cardiaque décompensée ;
- Une défaillance multiviscérale par SRI ;
- D'autres conséquences de la dénutrition (septicémie, infection pulmonaire hypoxémiant, atteinte neurologique centrale ou périphérique...).

Après stabilisation d'un état correct du sujet, le relais de soins se fera ensuite vers le service spécialisé dans les TCA (un IMC minimal de 13 est recommandé).

### **Conclusion**

La sortie d'hospitalisation d'un patient ne se fera qu'après obtention d'un poids correct et stabilisé, sinon le risque de rechute est trop important.

Il est important de comprendre qu'un patient sortant d'hospitalisation est loin d'être guéri. Il faut que les soins hospitaliers soient relayés pendant au moins plusieurs mois soit par :

- Une HDJ ;
- Une HTC séquentielle ;
- Des consultations régulières pendant au moins plusieurs mois.

### **3. Le traitement nutritionnel : la renutrition**

Une prise en charge uniquement psychologique, sans changement des habitudes alimentaires et du poids, est précaire et non durable. C'est pourquoi le traitement nutritionnel est un élément central de cette prise en charge.

Le traitement nutritionnel est en fait d'abord une renutrition, qui doit être progressive, puis le maintien d'une bonne conduite alimentaire. Le but de ce traitement est donc un reconditionnement, une réorganisation de l'alimentation. <sup>(21)</sup>

Les objectifs à long terme sont les suivants :

- **Atteindre et maintenir un poids correct** adapté chez l'adulte, une vitesse de croissance normale chez l'enfant et l'adolescent ;
- Obtenir une **alimentation spontanée, régulière et diversifiée**, avec un retour à un comportement, des choix alimentaires et des apports énergétiques adaptés ;
- **Sevrer les crises de boulimie** s'il y en a ;
- Obtenir une **attitude détendue et souple face à l'alimentation**, savoir s'alimenter en public ;
- **Retrouver les sensations de faim et de satiété**, et savoir y répondre de manière adaptée.

L'enjeu majeur de la prise en charge alimentaire est une renutrition progressive, pour éviter les complications de la renutrition (surtout si la dénutrition est sévère).

Les professionnels de santé intervenant dans ce domaine sont :

- Le médecin somaticien, dont les rôles sont la surveillance de l'état clinique pendant la renutrition, la prévention et le dépistage des complications ;
- Le diététicien-nutritionniste, pour maintenir de bonnes habitudes alimentaires.

Néanmoins, l'intervention d'un diététicien n'est pas primordial dans un premier temps, puisque l'alimentation n'est que l'incarnation d'une souffrance structurelle circonstancielle.

#### **A. La nutrition par voie orale**

En règle générale, la renutrition se fait par voie orale, grâce aux **repas**, avec plusieurs objectifs :

- La réintroduction progressive d'un régime alimentaire adapté, en choisissant la ration initiale selon ce que le patient mangeait à domicile et selon sa tolérance à la reprise de poids ;
- Une diversification de l'alimentation ;
- Le réapprentissage des habitudes de table et des dimensions culturelles et relationnelles des repas.

La renutrition par voie orale place le patient dans une démarche de soins active, tant sur le travail de rupture du jeûne que sur le sevrage des crises : **il doit « relever le défi » de savoir manger un repas normalement** et que celui-ci ne tourne pas en crise.

**Les aliments et nutriments évités sont progressivement réintroduits** (corps gras, glucides, viande, qui sont souvent supprimés). La prise de poids n'est pas possible sans la reprise de ces nutriments. Une manière de les amener doucement est de les proposer en petite quantité, de manière exotique (plats chinois, japonais, qui sont souvent perçus comme « sains »).

La **diversification de l'alimentation** est indispensable : plus un sujet anorexique varie ses repas, plus ses chances de guérison augmentent, car il va faire l'expérience de nouvelles sensations.

Une **durée maximale pour manger un repas** est fixée (45 minutes). Le sujet doit réapprendre à se servir une assiette normale, avec une proportion des différents nutriments correcte, et à manger dans un délai normal. Le sujet doit perdre les habitudes et rituels ancrés depuis le début des troubles, ce qui est particulièrement difficile (d'où le rôle de la prise en charge psychologique associée).

Le travail sur la restructuration alimentaire avec le diététicien-nutritionniste n'a pas d'intérêt tant que le patient est dans un état de déni. Il ne peut être envisagé qu'après avoir obtenu une bonne alliance thérapeutique.

Les rations sont progressivement augmentées en fonction des capacités d'acceptation du sujet : en milieu hospitalier, cette augmentation est de l'ordre de **100 kcal/jour** en général. Ainsi, si le sujet mangeait chez lui 500 kcal/jour, on commencera la renutrition à 500 kcal/jour, pour augmenter progressivement jusqu'à une ration normale pour son âge et sa corpulence, et selon ses capacités d'acceptation.

Néanmoins, un apport nutritionnel de moins de 1 600 kcal/jour ne permet de couvrir tous les apports en nutriments et oligo-éléments nécessaires. C'est pourquoi il est possible de compléter l'alimentation par des **compléments alimentaires oraux hyperglucolipidiques** (mais pas hyperprotéiques), de type CLINUTREN\*.

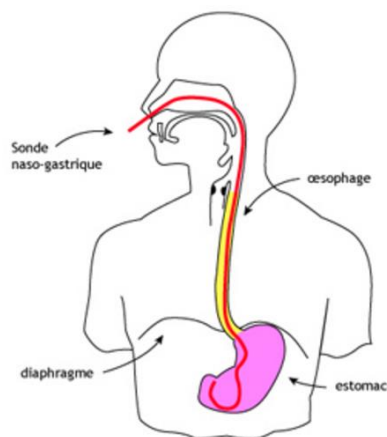
## **B. La nutrition entérale**

Dans certains cas, la renutrition par voie orale n'est pas suffisante et une réalimentation par voie entérale est associée. Elle consiste en la **perfusion de poches nutritives** avec une pompe, à l'aide d'une **sonde naso-gastrique**. Les indications de ce choix sont :

- Une dénutrition sévère qui engage le pronostic vital ou avec une stagnation pondérale prolongée ;
- Des difficultés face à la réalimentation orale (résistance ou anxiété du sujet).



On utilise pour cela des **mélanges polymériques isocaloriques** (1 mL de produit vaut 1 kcal), de type NUTRISON\* ou FRESUBIN ORIGINAL\*.



*Fig. 9 – Schéma d'une sonde nasogastrique* <sup>(23)</sup>

La renutrition entérale doit être **très encadrée** et suivie par une équipe expérimentée. Elle a lieu essentiellement en milieu hospitalier, mais peut aussi être menée en ambulatoire lorsque le traitement est bien stabilisé et toléré par le patient.

Dans le cas de l'anorexie mentale, le patient n'est perfusé qu'une **durée limitée** dans la journée (de 3 à 12h, à raison d'une poche pour 3h). Il peut éventuellement être perfusé la nuit. L'avantage est que la pompe est portable et les poches discrètes, ce qui permet au sujet de continuer ses activités quotidiennes.

La nutrition entérale vient donc en complément des repas par voie orale.

Néanmoins, si les crises de boulimie sont très fréquentes, le sujet ne mange rien par voie orale pendant quelques jours et est exclusivement nourri par voie entérale, le temps que les crises disparaissent ou s'atténuent.

Plus la dénutrition est sévère, plus la renutrition entérale doit être progressive.

La nutrition entérale a fait preuve de son efficacité, que ce soit dans l'anorexie mentale restrictive ou associée à des crises de boulimie. Elle est efficace sur :

- La prise de poids, qui est plus rapide à court terme et de meilleure qualité que la nutrition *per os* seule (meilleure prise de masse musculaire) ;
- Le raccourcissement de la durée d'hospitalisation (puisque la prise de poids est plus rapide) ;
- L'amélioration de l'anxiété et de l'humeur, des troubles du sommeil, des troubles de relation interpersonnelle ;
- La réduction de l'hyperactivité physique et intellectuelle (le cerveau n'étant plus en carence, la sécrétion de catécholamines favorisant l'activité physique diminue).

Fondamentalement, elle permet d'apporter des nutriments au cerveau et de récupérer un stock de vitamines, de calcium, de fer et d'oligo-éléments correct, en attendant que

la nutrition par voie orale soit suffisante pour cela. **Le cerveau étant mieux nourri, l'état cognitif du sujet s'améliore et cela facilite le travail psychothérapeutique effectué en parallèle.**

La nutrition entérale reste actuellement le **moyen le plus efficace de stopper les crises de boulimie à court terme** (il faut toujours qu'elle soit associée à des soins psychologiques pour maintenir cet arrêt). La disparition des crises a même été durable pour un certain nombre de patients <sup>(8)</sup> <sup>(23)</sup>

En effet, la présence de la sonde dans les voies digestives leurre le cerveau et donne l'impression qu'une crise a lieu. Cela bloque alors le besoin de faire une crise et la capacité de vomir. De plus, comme le cerveau est irrigué par les poches, il est moins en demande de nourriture.

L'alimentation par voie entérale peut être perçue comme un soulagement par le patient (elle lui retire le poids et l'angoisse du repas), ou alors comme une contrainte (sentiment de gavage, qui peut pousser certains sujets à arracher leur sonde car ils ne la supportent pas). C'est pourquoi la voie entérale n'est que **provisoire** et doit être perçue comme telle par le sujet. Ce n'est qu'un soutien d'appoint pour mieux accepter la renutrition orale par la suite : il est ainsi primordial de renforcer sa motivation et d'aider le malade à mieux exprimer ses émotions et ses angoisses.

La durée du traitement dépend de chaque sujet et du poids à prendre. Dans le cas d'une anorexie restrictive pure, le but est généralement une prise de poids de 2 kg par mois, et la restauration d'une alimentation orale conforme.

Dans le cas où il y a aussi des crises de boulimie, le but premier de la nutrition

entérale est le sevrage de ces crises, qui doit se faire en quelques jours. **Si les crises de boulimie n'ont pas disparues au bout d'1 semaine, il est inutile de poursuivre la nutrition entérale.**

Pour information, on n'utilisera jamais la nutrition parentérale dans le traitement de l'anorexie mentale, car il n'y a pas de trouble d'absorption du tube digestif, et il y a un risque infectieux majeur sur un terrain dénutri.

### **C. Les risques de la renutrition**

Ils surviennent essentiellement si la renutrition est **trop rapide** (surtout par voie entérale) et sont représentés par :

- Une **occlusion intestinale** ;
- Une **gastroplogie aiguë** ;
- Des troubles métaboliques, regroupés sous le nom de **syndrome de renutrition inappropriée**.
- Le **renforcement des obsessions alimentaires**, par la prescription de règles diététiques trop strictes, avec un repli du sujet. On peut retrouver des dissimulations de nourriture par des patients en milieu hospitalier si les rations sont trop importantes ou si le but de la renutrition n'est pas bien expliquée.

## → Le syndrome de renutrition inappropriée (SRI)

Le SRI est l'ensemble des manifestations adverses qui surviennent lors de la renutrition (orale, entérale ou parentérale) de patients dénutris ou ayant subi un jeûne prolongé. Il n'est donc pas spécifique au traitement de l'anorexie mentale. C'est un syndrome qui **peut être prévenu et donc évité**, mais qui peut être grave s'il n'est pas rapidement traité.

### Physiopathologie

Pendant le jeûne, le défaut d'apport en glycogène force l'organisme à s'adapter pour redémarrer la néoglucogénèse : il y a donc une lipolyse et une protéolyse massives, provoquant une fonte musculaire, une déshydratation et une perte en minéraux.

Dès que débute la renutrition (surtout si les apports glucidiques sont importants), on observe 2 phénomènes :

- La sécrétion d'insuline s'emballe, induisant un **flux massif de glucose, phosphore, potassium et d'eau dans le milieu intracellulaire** ;
- La filtration glomérulaire du phosphore est soudainement réactivée.

Tout cela entraîne une **hypophosphorémie** et un effondrement des taux de composés phosphorés riches en énergie (ATP, 2,3-diphosphoglycérate), et rapidement, un **déficit énergétique cellulaire majeur**.

A cela, s'ajoute une **carence en vitamine B1** installée par la dénutrition. Le manque de vitamine B1 lors de la renutrition induit une **accumulation de lactates**.

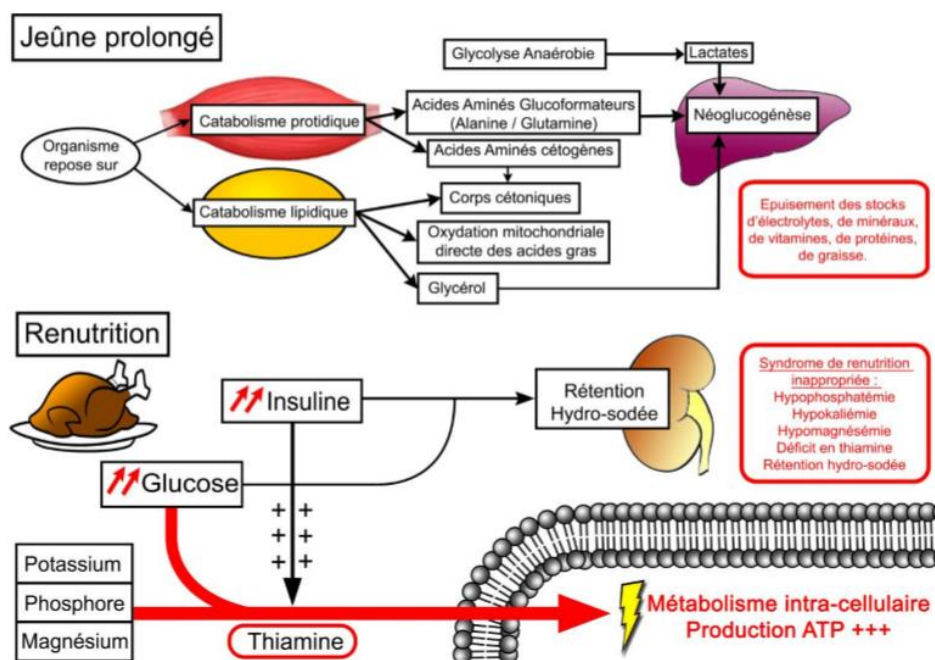


Fig. 10 – Schéma simplifié des mécanismes du SRI. <sup>(34)</sup>

La susceptibilité individuelle au risque de SRI est très variable. Néanmoins, il survient plus fréquemment si plusieurs facteurs sont combinés :

- Un IMC inférieur à 16 ;
- Une perte de poids involontaire de plus de 15 % en 3 à 6 mois ;
- Une période de jeûne supérieure à 10 jours.

Le SRI a des répercussions sur l'ensemble de l'organisme, avec notamment :

- **Des symptômes cardiovasculaires :**
  - Une hypocontractilité myocardique (par atrophie des myocytes et déplétion des réserves en ATP) ;
  - Une dyspnée par augmentation de la pré-charge (par rétention hydrosodée) ;
  - Une bradycardie et des troubles du rythme tels que des extrasystoles, des arythmies ventriculaires (par diminution de la masse cardiaque) ;
  - Des symptômes musculaires :
  - Une faiblesse musculaire pouvant aller jusqu'à une rhabdomyolyse (détectée par des myalgies diffuses) ;
  - Une myopathie proximale visualisée par des troubles de la déambulation ;
  - Une insuffisance respiratoire aiguë ;
- **Des symptômes neurologiques :**
  - Au niveau périphérique : des paresthésies ;
  - Au niveau central : des troubles de conscience, des convulsions, un coma ;
  - Une encéphalopathie de Gayet-Wernicke ;
- **Des symptômes hématologiques :**
  - Des troubles d'apport en O<sub>2</sub> par les globules rouges ;
  - Une hémolyse ;
  - Une thrombopénie dans les cas sévères.

L'évolution du SRI peut aller jusqu'à un syndrome de défaillance multiviscérale.

Pour repérer l'apparition d'un SRI, l'hypophosphatémie est l'élément le plus précoce et le plus fréquemment observé, c'est donc le **marqueur le plus évocateur du SRI**. Toutefois, d'autres anomalies biologiques sont significatives :

- Une hypokaliémie ;
- Une hypomagnésémie ;
- Une carence en vitamine B1 et en folates ;
- Une hyperglycémie ou une hypoglycémie ;
- Une anémie ou une cytopénie.

## Prise en charge

La prise en charge du SRI dépend des troubles métaboliques observés. Dans tous les cas :

- Elle débute par un **arrêt total de la nutrition par voie orale**, avec substitution par voie veineuse pendant 24 à 48h, le temps de la normalisation du bilan biologique.
- Une **supplémentation en vitamines et oligo-éléments** est prescrite, à réaliser avant le début de la renutrition : concernant la vitamine B1, on débutera par un bolus de 300 mg en IV, puis une dose de 100 mg/jour en entretien.
- Un **apport en phosphate** est mis en place, dont la dose est à adapter selon la phosphorémie :
  - Si la phosphorémie est normale ou légèrement abaissée (supérieure à 0,6 mmol/L) : apport de 0,3 à 0,6 mmol/kg par jour, par voie orale.
  - Si l'hypophosphorémie est moyenne (entre 0,3 et 0,6 mmol/L) : apport de 9 mmol sur 12h par IV à la seringue électrique.
  - Si l'hypophosphorémie est sévère (inférieure à 0,3 mmol/L) : apport de 18 mmol sur 12h par IV à la seringue électrique.

D'autres recommandations sont émises pour chaque type d'apport :

<b>Apports caloriques</b>	Quantité à apporter définie selon le <b>poids actuel</b> du sujet. <ul style="list-style-type: none"><li>- Débuter à 10-15 kcal/kg par jour (maximum 500 kcal par jour pendant les 3 premiers jours).</li><li>- Augmentation progressive tous les 3 à 5 jours, pour atteindre une ration-cible de 30 à 40 kcal/kg par jour.</li></ul>
<b>Apports protéiques</b>	Quantité à apporter définie selon le <b>poids idéal souhaité</b> . Dose de 1,2 à 1,5 g/kg par jour.
<b>Apports en eau</b> (même s'il y a une rétention hydrosodée)	En général : 40 ml/kg par jour Si rétention hydrosodée : 20 ml/kg par jour
<b>Apports en sodium</b>	Apports réduits au maximum
<b>Apports en potassium</b>	4 mEq/g d'azote
<b>Apports en magnésium</b>	10 mmol/jour

La surveillance d'un SRI doit être très rapprochée, avec **contrôle très régulier de l'ionogramme sanguin** : quotidiennement la 1<sup>ère</sup> semaine, puis 3 fois la 2<sup>ème</sup> semaine. On surveillera de même étroitement la fonction rénale et l'ionogramme urinaire.

## Prévention du SRI

**L'identification des sujets à risque** reste le meilleur moyen de prévenir la survenue du SRI. On considère ainsi que **tout patient dont les apports énergétiques sont négligeables depuis plus de 5 jours doit être considéré comme à risque**, et donc suivi tout particulièrement par une équipe soignante.

D'une manière générale, il est nécessaire d'être vigilant sur plusieurs points pour éviter un SRI :

- Procéder à une renutrition orale **prudente et progressive** (même si un SRI est parfois inévitable chez un sujet très susceptible) ;
- Pratiquer une **surveillance très étroite** pendant la 1<sup>ère</sup> semaine de renutrition ;
- **Supplémenter en phosphore, vitamines et oligo-éléments** *per os* dès le début de la renutrition, même avant l'apparition d'un SRI ;
- **Arrêter tout médicament hépatotoxique** et l'alcool (pour éviter les atteintes hépatiques).

*Exemples de médicaments potentiellement hépatotoxiques :*

- *Le paracétamol à haute dose ;*
- *Les AINS (tels que l'ibuprofène) ;*
- *Certains antidépresseurs : la miansérine, la mirtazapine, la tianeptine, la duloxétine, l'agomélatine ;*
- *La plupart des antibiotiques ;*
- *Certains antifongiques (tels que la terbinafine et le kétoconazole) ;*
- *L'isotrétinoïne (anti-acnéique).*

## **D. La surveillance de la renutrition**

La renutrition (qu'elle soit orale ou entérale) doit être suivie de près puisqu'elle intervient sur un terrain dénutri, donc avec un métabolisme complètement perturbé.

La surveillance se fait à différents niveaux :

- Une **surveillance clinique** (plusieurs fois par jour si la dénutrition est sévère), avec la mesure du pouls, de la tension artérielle, de la température et la recherche d'œdèmes ;
- Une **surveillance pondérale**, avec des pesées 2 fois par semaine. Elles font partie à part entière du traitement et ont plusieurs finalités :
  - Eviter une prise de poids trop rapide ;
  - Faire prendre conscience au patient des résultats de la renutrition.Les pesées se font en présence d'un soignant et font l'objet d'une discussion avec le sujet, pour lui permettre d'exprimer son ressenti face à la prise (ou la perte) de poids qui en résulte, ses angoisses.
- Une **surveillance hydro-électrolytique** par ionogramme sanguin, pour limiter les risques cardiovasculaires d'un déséquilibre ionique ;
- Une **surveillance biologique** par prise de sang, avec notamment le dosage des transaminases ;

- Une **surveillance du transit**.

S'il y a une stagnation pondérale malgré la renutrition, cela peut s'expliquer de 2 manières :

- La prise de poids est compensée par la perte d'une rétention hydrosodée présente avant la renutrition ;
- Le sujet détourne les apports alimentaires (cache la nourriture proposée par le service pour ne pas la manger), poursuit ses conduites de purge ou son hyperactivité.

#### **4. Le traitement psychologique**

Toute la problématique de fond de l'anorexie mentale est prise en charge par la psychothérapie, l'abord pharmacologique étant limité et juste accompagnateur.

Elle ne peut être démarrée que **lorsque le pronostic vital n'est plus engagé et que la renutrition est bien stabilisée**. Elle n'est jamais une priorité chez un sujet très dénutri, les soins étant alors essentiellement centrés sur la renutrition.

La psychothérapie a donc lieu en milieu hospitalier comme en ambulatoire (avec une continuité des soins).

La psychothérapie a pour objectif d'aider le sujet à :

- Obtenir l'adhésion thérapeutique et la motivation au traitement ;
- Comprendre et coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle (pour diminuer le risque somatique) ;
- Comprendre et modifier les attitudes alimentaires anormales liées au TCA, sevrer les crises et les rituels, diminuer les ruminations envahissantes (pour encourager la reprise de poids et atteindre une alimentation équilibrée) ;
- Améliorer ses relations sociales et interpersonnelles, se sentir plus en confiance et en sécurité pour avancer dans la vie ;
- Traiter les comorbidités psychiatriques, les personnalités pathologiques, les conflits qui renforcent le TCA.

C'est un travail profond qui est demandé sur soi-même, visant à un changement et un bien-être durables.

Les professionnels de santé impliqués dans ce versant de la prise en charge sont **le psychiatre, le psychologue et les infirmiers** lors d'une hospitalisation.

La psychothérapie est divisée en 3 abords distincts :

- La thérapie individuelle ;
- La thérapie de groupe ;
- La thérapie familiale.

La psychothérapie est **l'approche thérapeutique qui durera le plus longtemps** dans le traitement de l'anorexie mentale : il est recommandé de la poursuivre jusqu'au moins 1 an après l'amélioration clinique significative. Elle peut donc durer plusieurs années selon le risque de rechute, d'où l'importance d'une bonne cohérence des soins dans le temps.



## **A. La psychothérapie individuelle**

Le choix d'utiliser et d'adapter la psychothérapie individuelle se fait en fonction :

- De l'âge, de la motivation du sujet (du déni) et du stade d'évolution ;
- De la formation du soignant et des ressources locales.

Elle est utilisée en seconde intention chez l'adolescent, car **on privilégie dans ce cas la psychothérapie familiale.**

La psychothérapie individuelle s'organise par des séances régulières avec le psychiatre, lors de consultations avec un psychiatre en ville ou en ambulatoire, ou pendant l'hospitalisation. Le psychiatre va alors travailler avec le patient sur :

- Son histoire de vie et ses relations sociales, familiales et professionnelles, pour tenter de trouver une cause au TCA (puisque le traitement de l'anorexie mentale ne peut être durable que s'il est étiologique) ;
- Les différentes difficultés rencontrées à cause des troubles (dysmorphophobie, anxiété concernant l'alimentation, rituels, envahissement, hyperactivité...) ;
- Les troubles psychologiques associés (dépression, addictions...) : la présence de comorbidités psychiatriques modifie l'approche thérapeutique.

Une écoute active du soignant envers le sujet est primordiale dans la prise en charge de l'AM, car **le patient, même s'il nie être malade, a besoin de s'exprimer** sur son mal-être, les problèmes qu'engendrent la maladie, les causes des rechutes, ses attentes concernant la prise en charge... Tout l'enjeu repose sur l'écoute, la verbalisation, l'observation des mouvements physiques et oculaires du sujet, la reformulation.

La fonction du thérapeute est donc de favoriser le déplacement de l'attention et de la réflexion vers d'autres éléments structurels que les pensées envahissantes sur l'alimentation et le poids.

Les entretiens doivent être réguliers, et **très rapprochés au début**, pour maintenir l'alliance thérapeutique avec le sujet et éviter que le patient soit « perdu » dans le système de soins, avec un risque de rechute.

Les activités sont adaptées à chaque sujet et à sa réceptivité. Plusieurs techniques sont utilisées : aucune n'est particulièrement reconnue dans le traitement des TCA, mais il est judicieux pour le psychiatre d'avoir plusieurs techniques d'approche pour contrer les points de résistance et les freins du sujet, et pour trouver les leviers d'action.

(22)

→ **La psychothérapie cognitivo-comportementale (ou remédiation cognitive)**

Elle permet d'améliorer le fonctionnement de l'individu dont les fonctions cognitives et exécutives ont été altérées suite à un traumatisme ou une pathologie. Elle doit aider le patient à **trouver les liens entre son comportement alimentaire et ses émotions**, et à identifier les pensées dysfonctionnelles, qu'elles soient alimentaires ou non. <sup>(8)</sup>

Elle vise aussi à apprendre au sujet des **stratégies compensatoires** aux crises de boulimie, aux conduites de purge.

Pour mieux aborder les différents symptômes de la maladie, il est nécessaire de revenir sur la représentation de la pathologie, son parcours et les relations familiales. Pour cela, il est possible d'utiliser **des dessins, des collages, des métaphores**, pour contourner l'expression verbale qui semble aux malades mal exprimer leurs souffrances et leurs difficultés.

Il convient de **déculpabiliser** le malade, et lui faire comprendre qu'il n'a pas choisi de développer son TCA. En fait, c'est le seul moyen qu'il a trouvé pour se sentir mieux, pour avoir le sentiment de maîtriser ou de combler un vide. Dans le cadre d'une anorexie « sacrificielle », le patient est l'élément de la famille qui porte à lui seul le poids des difficultés et des dysfonctionnements de cette famille. Il convient alors de lui faire prendre conscience que ce n'est pas lui qui contrôle, mais que c'est la famille qui le contrôle et décide de son devenir. <sup>(5)</sup>

Le thérapeute doit expliquer que l'alimentation est :

- Une nécessité vitale et qu'il est normal de manger, de ressentir la faim et la satiété, et d'y répondre ;
- Un plaisir individuel, mais aussi collectif (notion de partage). C'est pourquoi il est important de favoriser, dans le traitement de l'AM, les repas en communauté (avec des amis ou la famille, des gens qui n'ont pas d'anxiété par rapport aux repas pour créer un climat de sérénité).

**Un travail sur l'hyperactivité** doit aussi être effectué, puisqu'elle prend une place importante dans la vie du patient anorexique. On recherche ainsi :

- Une disparition de l'hyperactivité physique compulsive ou à type d'endurance,
- Au profit d'une activité physique tonique (sous forme d'effort court et intense) pour acquérir de la masse musculaire.

La pratique d'une activité physique doit par ailleurs être couplée avec une prise alimentaire.

La thérapie cognitivo-comportementale ne traite pas que le symptôme alimentaire : elle vise aussi à **atténuer le sentiment de rejet et l'anxiété sociale**. Pour cela, le thérapeute va proposer au sujet de se confronter progressivement à des situations qui l'angoisse (prise de parole en public, faire valoir son point de vue, être le centre des regards...), dans le but de développer ses compétences sociales. Les techniques employées vont aussi tenter de modifier certains symptômes du manque d'estime de soi (bégaiement, rognure des ongles, voix tremblante, tremblements, palpitations, pensées de fuite, autocritique...).

La thérapie cognitivo-comportementale s'avère efficace : en effet, une étude a été réalisée <sup>(14)</sup> dans un service de TCA auprès de 20 adolescentes anorexiques, qui ont eu 7 à 12 séances de remédiation cognitive de 45 minutes. Elle a ainsi démontré une franche amélioration de la manière dont les patientes traitent les informations données par l'équipe soignante (notamment le psychiatre), avec un gain parallèle significatif d'1 kg/m<sup>2</sup> d'IMC.

### → **La psychothérapie cognitivo-corporelle**

L'approche psychologique n'est pas seulement basée sur l'esprit : elle doit aussi permettre de se reconnecter avec ses sens, de réassocier le corps et l'esprit autour d'un fonctionnement équilibré.

Ainsi, la psychothérapie cognitivo-corporelle est le **travail sur la vision du corps**, pour réapprendre au sujet à aimer son corps et pour faire disparaître la dysmorphophobie, de mieux apprivoiser son corps dans lequel il ne se reconnaît pas.

Pour cela, le psychiatre peut par exemple utiliser :

- **Le test des cordelettes** : 2 cordes sont utilisées, une que le patient utilise pour montrer quel est le tour de taille/cuisse/bras qu'il pense avoir, l'autre que le médecin utilise pour prendre le tour de taille/cuisse/bras réel du sujet, et les 2 cordes sont comparées pour mettre en évidence la dysmorphophobie (divergence entre la perception du sujet et la réalité).
- **Des séances photos** : le médecin prend en photo le sujet à différents moments de la prise en charge (si celui-ci l'accepte), ce qui fera ensuite l'objet d'une discussion sur l'évolution pondérale du sujet, son ressenti par rapport à la vision des photos...
- **Des magazines people, de mode** (notamment chez l'adolescent), pour discuter avec le sujet de sa perception du corps de personnalités influentes.
- **Des images représentant le corps d'une même personne à différents IMC** : le sujet doit alors montrer l'image du corps se rapprochant le plus du sien selon lui, et celle du corps idéal, en cachant les IMC correspondants. Puis les IMC des images sont comparés avec l'IMC réel du sujet.

On peut aussi faire appel à d'autres pratiques médicales, telles que **la kinésithérapie, la balnéothérapie, l'ergothérapie, la psychomotricité, la relaxation progressive, les massages et exercices de toucher, des entretiens avec un socio-esthéticien**... Cet angle de soins permet au sujet de réappréhender son corps d'une autre manière qu'à travers « les yeux de l'anorexie », mais aussi de prendre de la masse musculaire concernant la balnéothérapie et la kinésithérapie.

La psychothérapie cognitivo-corporelle doit aider le patient à s'exprimer sur son dégoût sur son corps, les parties du corps qu'il n'aime pas et le corps idéal selon lui. Le psychiatre doit alors lui faire prendre conscience de son état de maigreur, sa

dysmorphophobie, et dédramatiser la reprise de poids s'il y a. Avoir des « formes » est normal et signe de bonne santé.

La psychothérapie cognitivo-corporelle va permettre au sujet de **retrouver des ressentis physiques**, associés à ses émotions. Elle vise à l'accompagner à travers ses éprouvés corporels vers une meilleure écoute de ses sensations, ses perceptions, ses émotions. Cela va l'aider à établir des liens entre ses éprouvés corporels, ses émotions ressenties et son histoire pour qu'il puisse retrouver une unité. En somme, elle réapprend au patient à « ré-habiter son corps pour à nouveau exister dans la réalité », sans l'anorexie mentale. <sup>(8)</sup>

Après une hospitalisation de 3 mois, la plupart des patients ayant bénéficié d'une telle thérapie disent éprouver une meilleure perception de leur corps, une moindre sensation de morcellement. Ils rapportent aussi qu'ils arrivent mieux à se représenter leur corps à partir des sensations internes, qui sont alors vécues comme moins effrayantes et dangereuses.

### → **La psychothérapie d'inspiration analytique (la psychanalyse)**

Elle a pour but de **donner du sens aux symptômes alimentaires** et donc de permettre au sujet de trouver d'autres moyens que ces symptômes pour lutter contre les angoisses archaïques. Elle vise donc à prévenir la chronicisation des troubles et à restaurer des capacités relationnelles satisfaisantes. <sup>(8)</sup>

La psychothérapie analytique permet aussi de recentrer la maladie sur les éléments corporels et les symptômes physiques, chez des sujets où la tendance à l'intellectualisation des troubles est trop fréquente : le malade est persuadé que « tout est dans la tête, et qu'il ne sert à rien de s'occuper du TCA qui est dans le corps » ; et il ne s'attaque donc pas au trouble en lui-même et aux risques qu'il engendre. Pourtant, la mise à distance de l'inconscient (des éléments corporels et émotionnels) n'est pas souhaitable dans une maladie qui impacte autant le corps.

Le rôle majeur du thérapeute ici est **d'interpréter les paroles du sujet** : l'interprétation donne un cadre rassurant de pensée, où tout peut se dire et il n'y a pas de « choses bêtes » comme le dit le patient. Il est alors primordial de faire remarquer que ces « choses bêtes » sont loin de l'être, mais qu'elles obéissent à une logique propre qui explique l'aberration logique apparente des symptômes alimentaires : cela est profondément rassurant pour le patient, qui prend alors conscience de l'origine de ses troubles.

L'intérêt du thérapeute d'interpréter ce que le sujet dit pendant les séances, lui permettra alors **d'expliquer concrètement les mécanismes de sa maladie**. Le malade sera alors rassuré quant aux connaissances du médecin sur sa pathologie, contrairement à une présence trop silencieuse.

## → La thérapie d'intégration neuro-émotionnelle et la réappropriation de sa propre personnalité

L'intégration neuro-émotionnelle est l'**acceptation en soi de tous les souvenirs** comme constructeurs de l'être : il s'agit ainsi de s'approprier les événements d'une vie, dont ceux qui sont traumatiques, et de les retraiter pour en faire une source nouvelle d'expériences. C'est donc une démarche opposée à celle qu'on observe dans l'anorexie mentale, qui consiste à subir les épisodes de la vie et à les refouler.

Le psychiatre va notamment travailler avec le sujet sur la **réappropriation des émotions**, qui sont souvent hypercontrôlées et reniées par le sujet.

Pour cela, il peut utiliser différents moyens, par exemple :

- Proposer au patient d'écrire un texte sur quelques sujets : ce que serait pour lui une famille idéale, sa vie idéale dans 10 ans ...
- Proposer au patient de « se forcer », 1h par jour, à exprimer les émotions qu'il ressent pendant cette heure-là.

Le praticien aide donc le sujet à accueillir de nouveau ses émotions, à mieux les identifier, les exprimer, les rendre moins envahissantes et déstabilisantes, et à les accepter comme source d'information sur soi, sur les autres et sur le monde.

Toute personne possède en elle les ressources nécessaires pour cela, et le thérapeute doit en faire prendre conscience le sujet que lui aussi a ses propres ressources. Le thérapeute est donc un « révélateur » de ressources. <sup>(8)</sup>

Le sujet anorexique se sent souvent représenté par sa maladie : c'est elle qui le définit. Pour remédier à cela, des **techniques d'externalisation** sont utilisées, pour bien séparer la maladie de la personne humaine. Par exemple, le psychiatre peut proposer au sujet de dessiner son « anorexie », de lui écrire une lettre, ou d'écrire à une partie de son corps qu'il aime ou qu'il déteste.

Le psychiatre va également accompagner le sujet dans son **réapprentissage à envisager l'avenir** et à s'y projeter. La psychothérapie nécessite un retour sur le passé pour mieux préparer l'avenir, et modifier les croyances dominées par les symptômes anorexiques et l'anxiété. Une assistance sociale est particulièrement indiquée dans ce sens.

A terme, la psychothérapie permet ainsi au sujet de retrouver son identité (entrer en pleine possession de soi), sans que la maladie ne le domine et le définisse.

Raconter des épisodes traumatisants de sa vie va réactiver des processus d'angoisse et de peur, ou de dégoût. Il faut donc créer avec le sujet un espace de calme et de sécurité, pour pouvoir générer de nouvelles connexions neuronales.

## **B. La psychothérapie de groupe**

Les activités de groupe sont aussi un versant essentiel à une bonne prise en charge de l'anorexie mentale, **complémentaire à la psychothérapie individuelle**. Elles permettent de :

- Favoriser les échanges avec les autres, à un moment où le sujet est isolé socio-affectivement et de replié sur lui-même ;
- Echanger autour d'un thème commun avec des personnes vivant la même situation ;
- Retrouver le plaisir de relations sociales ;
- Entrer en contact avec ses éprouvés corporels, en se décentrant sur les préoccupations obsédantes.

Ces activités peuvent être :

- Des groupes de parole avec un psychologue, un infirmier, un diététicien etc. ;
- Des ateliers cuisine, avec repas thérapeutique : les patients préparent un repas équilibré en présence d'infirmiers et de nutritionnistes, puis prennent ce repas avec eux.
- Des sorties avec des infirmiers lors d'une hospitalisation (avec repas pris à l'extérieur) ;
- Des ateliers de médiation artistique, d'art-thérapie, de la musicothérapie : ils favorisent l'expression émotionnelle et physique, et facilitent ainsi le travail psychique par la suite ;
- Des ateliers d'expression corporelle, de relaxation (massages, exercices de toucher, exercices de mime, situations d'expression corporelle) ;
- Des jeux entre patients, autour de la notion d'anorexie mentale (mises en situation de jeux ou de créativité, d'expression gestuelle et rythmique), pour leur permettre de s'exprimer plus facilement et d'expérimenter la distance relationnelle, souvent compliquée à gérer en cas de TCA.

La psychothérapie de groupe permet aussi à l'équipe soignante d'observer comment le sujet se comporte en société et son évolution durant la prise en charge.

## 5. La prise en charge familiale

Elle est indispensable, car la maladie s'inscrit souvent dans un contexte familial et relationnel difficile, avec des conséquences psychosociales non négligeables. Elle est particulièrement **recommandée pour les enfants et adolescents où elle reste l'approche de 1<sup>er</sup> choix**, mais aussi pour toute personne dont la maladie est en lien avec la famille. La thérapie familiale est actuellement **plus efficace que la thérapie individuelle à l'adolescence**.

De plus, il est très important de prendre en compte l'entourage dans la globalité de la prise en charge (et notamment sa souffrance), et de l'impliquer activement, ce qui est souvent négligé actuellement. <sup>(21)</sup>

C'est actuellement la thérapie la plus évaluée en recherche dans le traitement de l'AM.

Les buts de l'approche familiale sont :

- De proposer une éducation thérapeutique, se concentrant sur le symptôme et sa gestion optimale ;
- De dénouer certains conflits relationnels qui entretiennent les conduites pathologiques (qu'ils soient la cause ou la conséquence du comportement anorexique), de déculpabiliser le malade ;
- De connaître le point de vue de la famille sur la pathologie et la prise en charge ;
- De redéfinir la place de chaque membre dans la famille, et aider chacun à se positionner face à l'anorexique (non seulement les parents, mais aussi la fratrie, le conjoint etc.) ;
- D'aider la famille à sortir de l'isolement, à prendre conscience et à réfléchir sur ses attitudes face aux symptômes alimentaires ;
- De mobiliser les ressources de la famille pour potentialiser les chances d'amélioration et de limiter l'impact de l'AM et le risque de rechutes.

Les familles souffrent de la stigmatisation de la part de la société. De plus, **elles ont besoin d'informations sur la pathologie, de conseils pratiques pour apprendre les bons comportements à adopter face au patient**. Enfin, elles ont besoin d'interactions avec des familles dans la même situation. <sup>(15)</sup>

La psychothérapie familiale a donc un intérêt pour le patient lui-même, mais aussi pour le bien-être de la famille, qui est souvent profondément atteinte par la situation.

Le dispositif d'accompagnement des familles comporte 3 types d'activité :

- La thérapie familiale ;
- Le module multifamilial ;
- Les groupes de parents et fratries (sans le patient). (*Annexe 8*)

### A. La thérapie familiale

Elle se déroule sous forme d'entretiens avec le sujet et les différents membres de la famille, à raison d'1 fois par mois en général.

Elle permet d'aborder en profondeur certaines fragilités ou perturbation du fonctionnement de la famille, qui dépassent le cadre strict des troubles alimentaires du sujet.

L'objectif de ce dispositif dépend du sujet :

- Il peut être de restaurer le minimum de capacités d'action de la famille, indispensable pour démarrer la prise en charge du sujet dans les meilleures conditions possibles ;
- Il peut être à l'inverse de faciliter une sortie harmonieuse de la prise en charge, et donc de prévenir les rechutes du TCA.

## **B. Le module multifamilial**

Il est proposé aux sujets suivis en **HDJ**. Il consiste en une thérapie regroupant plusieurs patients avec leur famille pendant une journée entière : ils prennent le repas sur place et participent à divers ateliers, qui abordent une multitude d'aspect de la pathologie et du traitement.

Les buts de ce dispositif sont de :

- Mieux connaître la maladie et la manière d'y répondre ;
- D'expérimenter de nouvelles manières d'agir ;
- De retrouver de la confiance par un soutien mutuel entre familles exposées aux mêmes difficultés ;
- D'être mieux armé pour lutter contre les sentiments d'isolement, de culpabilité, de honte émanant du sujet mais aussi de son entourage ;
- De mieux lutter contre les tentations de découragement et d'abandon.

## **C. Les groupes de parole pour les familles**

Ce dispositif vient **en complément** des soins individuels et familiaux habituellement proposés. Elles consistent en des séances de discussion entre les familles, sans la présence des sujets anorexiques.

Les séances ont lieu 1 fois par mois et sont animées par le psychologue, le psychiatre, le diététicien-nutritionniste.

Ces groupes de paroles permettent aux familles de **partager leurs expériences**, ce qui les soutient dans les ajustements nécessaires à effectuer dans leurs manières d'être et d'agir vis-à-vis du patient. Chaque séance aborde donc un thème différent sur la maladie ou son traitement.



Il est indispensable que les parents, mais aussi les frères et sœurs, prennent la parole pendant ces séances, pour leur permettre d'exprimer leur point de vue et leur ressenti, qui sont trop souvent oubliés.

Ici, on ne travaille pas vraiment sur l'alimentation en elle-même, mais plutôt sur la dynamique familiale actuelle, l'histoire intergénérationnelle, les liens actuels entre les différents membres, leur propre vécu de l'anorexie.

Ces séances permettent d'aborder :

- La violence liée au TCA ;
- La culpabilité ressentie par les parents (parfois niée) ;
- L'incompréhension et le rejet de la fratrie par les parents, qui restent trop focalisés sur le sujet anorexique.

Le travail familial sera gradué : il sera initialement centré sur la gestion des symptômes et leur stabilisation, pour ensuite proposer un travail familial plus large.

Il est nécessaire de faire prendre conscience aux parents et à l'entourage que la maladie ne définit pas le sujet. Pour cela, on refait appel aux techniques d'externalisation visant à séparer la personne humaine de la maladie, mais aussi à faciliter le regroupement des énergies familiales contre le problème plutôt que contre le patient (voir la partie psychothérapie). Cela permet d'éviter les attitudes familiales culpabilisantes, critiques et hostiles.

Pour faciliter la communication et l'approche des différents aspects de la pathologie, le psychologue peut utiliser différentes techniques : un génogramme, un dessin de la famille (avec et sans anorexie), des lettres, des photos, un calendrier de l'année à venir...

Si le patient est adulte, une attention particulière est portée au lien avec les enfants de celui-ci et leur éducation (surtout sur le plan alimentaire), pour éviter le report des troubles sur les enfants.

L'enjeu de l'équipe soignante est d'avoir une attitude très empathique et déculpabilisante, face à des proches qui se sentent impuissants, dépassés face à la situation, même parfois honteux.

## **6. Le traitement des symptômes et des complications somatiques**

La plupart de ces symptômes paracliniques **s'améliorent spontanément** à la reprise de poids. Mais certains peuvent persister et nécessiter un accompagnement médicamenteux.

### **A. Le traitement du retentissement osseux et l'ostéoporose**

Les complications au niveau osseux sont à rechercher par ostéodensitométrie, à partir de 6 mois d'aménorrhée. Puis si l'aménorrhée persiste malgré la restauration du poids et des conduites alimentaires, une ostéodensitométrie sera à faire tous les 2 ans. Au CHR de Lille, cela fait partie du protocole PANOS (Protocole ANorexie Os), qui permet de détecter un retentissement et de le prendre en charge de manière spécifique pour un patient anorexique. Ce protocole associe un bilan sanguin, une consultation rhumatologique et une consultation gynécologique.

Le meilleur traitement contre des troubles osseux débutants reste **la reprise de poids**, qui améliore la déminéralisation osseuse même sans reprise des cycles menstruels (donc même sans imprégnation oestrogénique). Un traitement médicamenteux n'est pas systématique, car **aucun médicament n'a fait la preuve de son efficacité** dans le traitement curatif de la déminéralisation osseuse des patients anorexiques, notamment concernant les pilules oestro-progestatives qui sont souvent prescrites dans cette indication.

Toutefois, si des troubles osseux sont avérés, il est d'usage dans les équipes soignantes de prescrire une **supplémentation en calcium et en vitamine D**, associée à une **pilule oestro-progestative** chez la femme.

En effet, la pilule oestro-progestative apporterait des œstrogènes et de la progestérone sur un terrain de carence en ces hormones, ce qui relancerait la formation osseuse. Le calcium et la vitamine D ont pour rôle de renforcer l'ostéosynthèse et de pallier l'ostéopénie.

Néanmoins, les pilules oestro-progestatives doivent être prescrites avec précaution car elles provoquent des saignements mensuels qui tendent à faussement rassurer la patiente, lui donnant l'impression que l'aménorrhée s'est résorbée, ce qui renforce le déni et la banalisation des troubles. Outre ce problème, elles présentent aussi d'autres effets indésirables non négligeables (comme les troubles thrombo-emboliques). On préférera ainsi les pilules oestro-progestatives de 2<sup>ème</sup> génération qui sont les moins à risque.

Exemples de pilules de 2<sup>ème</sup> génération : Leeloo ®, Adepal ®, Minidril ®, Optilova ®, Trinordiol ®.

Il demeure indéniable que **tout traitement médicamenteux n'aura aucun effet sans reprise de poids associée**, et c'est ici un des leviers sur lesquels le médecin peut travailler pour favoriser la motivation du patient au changement.

## **B. Le traitement de l'aménorrhée et de l'infertilité et la grossesse sous AM**

L'aménorrhée se résout souvent d'elle-même puisque on a souvent une restauration des taux normaux d'hormones avec la reprise du poids et l'arrêt des troubles. Toutefois, un traitement peut être prescrit devant une aménorrhée persistante, puisqu'elle peut mettre longtemps à disparaître après le retour à un poids normal.

Une étude <sup>(7)</sup> a démontré que chez 85 % de patientes anorexiques en aménorrhée suivies, il y avait un **retour des règles après 6 mois de stabilisation à un poids suffisant** (correspondant à 2 kg de plus que le poids d'arrêt des règles).

Un traitement médicamenteux de l'aménorrhée ne sera donc prescrit que **sur demande de la patiente**, après information des risques que cela implique. Cette demande est souvent émise par des patientes en aménorrhée ayant un désir de grossesse à court terme, ou qui souhaitent retrouver des cycles menstruels normaux.

Plusieurs possibilités sont envisageables :

- Un traitement hormonal substitutif (THS) : association d'un progestatif et d'œstrogènes (existence de spécialités de progestatifs indiquées dans le traitement des troubles du cycle menstruel même avant la ménopause, mais les œstrogènes ne sont indiqués que dans les troubles de la ménopause. Les œstrogènes sont donc utilisés hors AMM) ;
- L'induction de l'ovulation par injection sous-cutanée de LH-RH (ponctuelle ou continue).

Le THS consiste en l'association d'un médicament oestrogénique et d'un progestatif. Ce sont les œstrogènes qui permettent l'amélioration de l'aménorrhée et la protection contre l'ostéoporose. Les progestatifs ne sont prescrits essentiellement que pour éviter une hyper-oestrogénie et l'augmentation du risque de cancer hormono-dépendant.

L'utilisation de THS doit se faire là aussi avec précaution car il comporte plusieurs effets indésirables : troubles thrombo-emboliques, augmentation du risque de cancer de l'utérus et du sein, hyperlipidémie, hyperglycémie... Il doit ainsi être réévalué tous les ans, avec une durée de prescription maximale de 5 ans.

Exemples de THS :

- Progestatifs : Lutenyl 5 mg ®, Luteran ®, Utrogestan ®...
- Œstrogènes : Estreva ®, Activelle ®, Climaston ®, Divina ®...

Spécialités de LH-RH : LH-RH Ferring ®, Lutreléf ®.

Une étude a démontré un taux de réussite de 91,8% pour la correction d'une aménorrhée hypothalamo-hypophysaire chez un groupe de patientes anorexiques. <sup>(24)</sup>

Avant l'instauration de ce type de traitement, des informations doivent être délivrées par le médecin prescripteur :

- S'il n'y a pas de désir de grossesse, il est primordial de prévenir la patiente du risque de grossesse engendré par le traitement, et de mettre en place un moyen de contraception ;
- S'il y a un désir de grossesse, une grande prudence est requise. La patiente doit être dûment informée des risques encourus d'une grossesse sur un terrain dénutri et en sous-poids, aussi bien pour elle-même que pour le futur enfant.

Si l'aménorrhée est persistante après reprise du poids, il peut être judicieux de chercher une cause sous-jacente, par :

- Dosage de LH, FSH, prolactine et œstrogènes ;
- Echographie ovarienne, chez les plus jeunes, pour évaluer la maturation folliculaire.

Par ailleurs, lors d'une demande de PMA, il faudra toujours dépister une forme sub-syndromique d'anorexie mentale pour la traiter avant de réaliser la PMA.

Le suivi d'une grossesse sur un terrain d'anorexie mentale sera **pluridisciplinaire**, et aura lieu pendant la grossesse et le post-partum. Les buts de ce suivi sont :

- D'assurer une croissance fœtale satisfaisante ;
- D'éviter une dégradation de l'état nutritionnel et psychique (avec notamment la dépression du post-partum qui s'ajouterait aux difficultés psychiques de l'AM) ;
- D'instaurer une bonne relation mère-bébé, dans un environnement d'instabilité psychologique créé par le comportement anorexique.

#### Les risques d'une grossesse chez une femme anorexique

On pourrait imaginer que chez une femme anorexique, une grossesse l'aide à diminuer ses symptômes de TCA, par peur de faire du mal à son bébé, par l'envie de mener à bien cette grossesse. D'ailleurs, dans 2/3 des cas, on observe une régression des troubles à ce moment-là. Néanmoins, ces troubles ne disparaissent pas, et peuvent être parfois majorés après la grossesse devant la prise de poids et de formes qu'elle a engendrée.

Ainsi, il est évident que l'alimentation hypocalorique, les conduites de purge et l'hyperactivité physique vont à l'encontre du bon déroulement de la grossesse.

Les risques de complications de la grossesse et de l'accouchement (pour l'enfant mais aussi pour la mère) sont 3 fois plus importants chez une femme anorexique que dans la population générale.

Une grossesse menée chez une femme dénutrie et en sous-poids peut mener à une mort *in utero*, un accouchement prématuré, une hypotrophie fœtale (enfant de trop petit poids) et des défaillances chez le nouveau-né à la naissance.

Chez la mère, les complications de l'AM sont plus fréquentes pendant la grossesse et en post-partum (malaises, hypotension orthostatique, asthénie, faiblesse musculaire,

anémie par carence en fer ou en vitamine B12). Au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse, les vomissements gravidiques peuvent être plus fréquents et moins bien tolérés, nécessitant alors une hospitalisation pour isolement, perfusion et traitement psychique. De plus, une grossesse chez une femme anorexique augmente le risque de dépression du post-partum. <sup>(4) (25)</sup>

### **C. Le traitement des conduites de purge et de leurs conséquences**

Si le sujet a recours aux vomissements provoqués ou aux purgatifs, il est nécessaire de surveiller régulièrement :

- La kaliémie, car ce comportement favorise les hypokaliémies (dangereuses pour la fonction cardiaque) ;
- L'état dentaire et de l'appareil digestif.

Si une hypokaliémie est détectée, le risque de complications cardiaques est réel, et une **supplémentation en sels de potassium** est prescrite (par DIFFU-K\*, KALEORID\*).

Par ailleurs, les complications digestives des vomissements provoqués peuvent être prévenues par un **rinçage de la bouche** et un **brossage des dents** immédiatement après la crise. Les soins dentaires devront être rigoureux.

### **D. Le traitement des troubles digestifs**

Les troubles digestifs peuvent être présents pendant le comportement anorexique ou survenir au moment de la renutrition. Encore une fois, s'ils proviennent du comportement anorexique, **ils disparaîtront spontanément** à la reprise de poids et à la normalisation de l'alimentation. Dans le cas échéant, ils ne seront que transitoires mais peuvent entraver la prise en charge du sujet et sa motivation. C'est pour cela qu'on peut éventuellement faire appel à des traitements médicamenteux.

Pour la constipation, on préconise l'utilisation de **laxatifs osmotiques** (macrogol, lactulose) et les **lavements** pour les constipation basses (Normacol®), en évitant les laxatifs stimulants qui sont trop irritants pour le tube digestif et trop déshydratants (comme le Dulcolax®).

Pour les diarrhées, on utilisera un **antidiarrhéique** tel que le racécadotril (Tiorfan®), qui est un antisécrétoire intestinal pur, ce qui diminue l'hyper-hydratation des selles.

S'il y a une irritation œsophagienne, un reflux gastro-œsophagien, voire un ulcère gastrique, on utilisera des **médicaments diminuant l'acidité gastrique**. Plusieurs solutions sont envisageables :

- Un inhibiteur de pompe à protons (oméprazole, esoméprazole, rabéprazole...) ;
- Un anti-acide (Gaviscon®).

Tous ces médicaments ne seront prescrits que ponctuellement, pour une durée courte, car la recherche de la régression des symptômes digestifs doit se faire grâce à la restauration d'une alimentation normale.

L'usage d'antivomitifs serait complètement aberrant dans le traitement des crises de boulimie, puisque ce sont des vomissements provoqués et donc ne dépendant pas du centre du vomissement (se trouvant dans le bulbe rachidien).

Dans tous les cas, on veillera à maintenir une **bonne hydratation** du sujet (il doit boire à volonté, même sans soif), ce qui aide à réguler le transit intestinal et éviter la déshydratation (qui pourrait être dangereuse lors de la renutrition).

## **7. La place des médicaments dans le traitement de fond de l'AM**

L'utilisation de médicaments dans le traitement de fond de l'anorexie mentale est actuellement très limitée, et dépend de l'expérience de chaque médecin confronté à cette situation. Il n'y a pas de consensus, et la prescription de telle ou telle molécule est du ressort de chaque équipe médicale, qui se base sur les résultats sur des patients précédents, sur la présomption scientifique et un accord entre les professionnels de santé.

Mais en fait ils font souvent l'objet d'une demande de la part du sujet : la prescription d'un médicament pourrait en effet, pour le sujet, rendre la prise en charge plus « médicale » grâce à l'abord pharmacologique, contrairement à un simple abord psychothérapeutique.

Dans tous les cas, ils ne seront prescrits que **temporairement**, sur une courte durée, pour d'une part **pallier les angoisses** liées au TCA et à sa prise en charge, et d'autre part **limiter l'apparition d'effets indésirables**.

Les doses prescrites seront **les plus faibles possibles** au vu du sous-poids des patients.

On ne préconisera la prescription médicamenteuse que **si les troubles psychiatriques n'ont pas été amélioré par la renutrition**.

Les médicaments antidépresseurs les plus souvent prescrits actuellement dans l'AM sont les ISRS, les anxiolytiques et les neuroleptiques.

Ces médicaments sont utilisés pour **leurs effets orexigène** et/ou **anti-dépresseur** et pour **traiter les troubles psychiques associés à l'AM**. Mais le traitement des troubles anxieux ou dépressifs et des TOC associés à l'AM est discuté, puisque ces troubles disparaissent généralement spontanément à la renutrition. De plus, les médicaments employés sont responsables d'effets indésirables non négligeables sur un terrain dénutri, donc affaibli et plus susceptible à ces effets. Ils sont aussi tous contre-indiqués chez la femme enceinte ou allaitante (sauf les benzodiazépines), et doivent être utilisés avec grande précaution chez les enfants et adolescents.

Pour le moment, seule la fluoxétine (PROZAC\*) est indiquée dans son AMM pour le « traitement de la boulimie, en complément d'une psychothérapie », si le diagnostic de boulimie nerveuse respecte un certain nombre de critères. Elle sera mise en place à faible dose initialement (20 mg en 1 prise le matin, pendant 1 semaine), puis la dose sera progressivement augmentée pour atteindre 40 à 60 mg en 1 prise le matin. Les effets attendus de ce traitement sont la réduction de la fréquence et de l'amplitude des crises et du craving de ces crises.

## **A. Les ISRS**

*Exemples : fluoxétine (Prozac ®), fluvoxamine (Floxyfral ®), paroxétine (Deroxat ®), sertraline (Zoloft ®), citalopram (Seropram ®), escitalopram (Seroplex ®).*

Ils se révèlent efficaces, mais uniquement à un IMC supérieur à 16. Ils n'ont aucun intérêt chez les patients à un IMC inférieur à 14. Pour un IMC entre 14 et 16, l'efficacité dépendra du sujet.

Leurs principaux effets indésirables sont :

- Des nausées et vomissements ;
- Des troubles du rythme cardiaque ;
- Une hyponatrémie ;
- Une levée d'inhibition suicidaire (donc leur utilisation est à surveiller étroitement).

## **B. Les antidépresseurs tricycliques**

*Exemples : amitriptyline (Laroxyl ®), maprotiline (Ludiomil ®), imipramine (Tofranil®), dosulépine (Prothiaden ®), clomipramine (Anafranil ®) ...*

Bien qu'ils soient régulièrement prescrits dans l'AM, ils sont à proscrire en raison de leur effet hypokaliémiant (et donc du risque de torsades de pointe sur un terrain susceptible aux troubles du rythme cardiaque), mais aussi du risque de leur utilisation pour une ingestion médicamenteuse volontaire létale.

## **C. Les benzodiazépines**

*Exemples : oxazépam (Seresta ®), lorazépam (Temesta ®), bromazépam (Lexomil ®), clobazam (Urbanyl ®), prazépam (Lysanxia ®), alprazolam (Xanax ®) ...*

Elles sont très utilisées dans le traitement d'appoint de l'anxiété et des troubles du sommeil associés à l'AM. Néanmoins, il serait convenable de ne les prescrire qu'à faible dose et pour une durée très courte, en raison du risque de dépendance, et de la possibilité de guérison spontanée de ces symptômes.

Les études menées sur ces 3 premières classes pharmacologiques sont assez divergentes du fait de l'hétérogénéité des cohortes et des schémas thérapeutiques utilisés.

## **D. Les neuroleptiques**

Ils sont moins régulièrement prescrits dans l'AM. Les neuroleptiques atypiques sont privilégiés pour leurs effets indésirables moindres, notamment concernant les troubles



extrapyramidaux et les effets anticholinergiques (*exemples : aripirazole (Abilify ®), quétiapine (Xeroquel LP ®), olanzapine (Zyprexa ®)*).

Pourtant, une molécule de cette classe commence à sortir du lot, grâce à différentes études menées sur son efficacité et les résultats obtenus sur quelques patients (notamment au service de Lille) : c'est **l'olanzapine** (Zyprexa ®). Elle a notamment (comme tous les neuroleptiques atypiques) un effet antagoniste des récepteurs 5-HT<sub>2</sub>, récepteurs impliqués dans les effets d'hyperactivité physique et de baisse d'appétit.

Une première étude de 2008 (par Bissada et al) a suivi 2 groupes de patients (n = 34) hospitalisés en HDJ pour une AM restrictive ou mixte. <sup>(35)</sup> Dans le groupe 1 (18 sujets), les sujets ont reçu un placebo pendant 10 semaines. Dans le groupe 2 (16 sujets), leur ont été prescrit de l'olanzapine, à raison de 6,6 mg par jour pendant 10 semaines. L'étude montre ainsi dans le groupe 2 :

- Une prise de poids plus importante ;
- Une atteinte plus rapide de l'IMC cible (différent pour chaque sujet) ;
- Une diminution plus importante des idées obsessionnelles.

Une deuxième étude de 2005 (par Mondray et al) a suivi 2 groupes de patients (n = 15) hospitalisés pour une AMM restrictive ou mixte. <sup>(36)</sup> Dans le groupe 1 (8 sujets), les patients ont reçu de la chlorpromazine (Largactil ®), un autre neuroleptique, à raison de 50 mg par jour en moyenne. Dans le groupe 2 (7 sujets), leur ont été prescrit de l'olanzapine à la posologie de 10 mg par jour. L'étude démontre ainsi dans le groupe 2 une diminution significativement plus franche de l'envahissement, mais pas de différence en terme de gain de poids.

L'olanzapine, en plus de son effet orexigène (comme tous les neuroleptiques), aurait un **effet spécifique sur les préoccupations obsédantes** qui envahissent le psychisme du sujet anorexique. Elle permettrait ainsi de favoriser la prise en charge psychologique et d'accélérer la reprise de poids.

Des études ont aussi été réalisées pour la **quétiapine** (Xeroquel LP ®), mais là elles se contredisent <sup>(37)</sup> <sup>(38)</sup> : elles ont toutes les 2 suivi 2 groupes de patients pris en charge en ambulatoire pour le traitement d'une AM restrictive ou mixte (n = 21 et n = 19), pendant 8 à 12 semaines. Un groupe prenait un placebo, tandis que l'autre prenait de la quétiapine à faible dose (allant de 100 à 400 mg par jour). L'une des études a montré qu'avec la quétiapine, on observait chez les sujets une amélioration physique et psychologique, avec la survenue d'effets indésirables minimes. L'autre n'a pas montré de différence entre les 2 groupes en terme de poids et de critères psychologiques.

Les neuroleptiques atypiques ont pour effets indésirables principaux :

- Des troubles du rythme cardiaque ;
- Une hyperlipidémie, une hyperglycémie, une prise de poids (non associée à la renutrition) ;
- Une somnolence et des vertiges ;
- Une sécheresse buccale...

### **Conclusion**

Il est donc nécessaire de poursuivre les études et l'utilisation empirique de tous ces traitements médicamenteux, pour ainsi avoir de plus en plus de recul et de données fiables dans le traitement de l'AM. De plus, actuellement peu d'études ont été réalisées chez des sujet jeunes (des adolescents), la majorité d'entre elles ayant suivi des adultes de 20 à 30 ans en moyenne.

Par ailleurs, les recherches actuelles se concentrent autour de la leptine et de la ghréline, hormones régulatrices de l'appétit et de la satiété et qui sont perturbées dans l'AM, mais peu de résultats sont disponibles à ce jour.

## **8. Les difficultés et les obstacles à une bonne prise en charge**

La complexité de la pathologie rend sa prise en charge difficile et jalonnée d'obstacles.

Comme toute addiction, la guérison de l'anorexie mentale est difficile et les rechutes sont fréquentes, d'autant plus ici qu'**il n'y a pas de substance addictive** (pas d'objet physique à l'origine de l'addiction). Il ne suffit donc pas d'éviter la substance pour éviter de « consommer » et de rechuter : pour l'anorexie mentale, tout le travail se fait sur le plan psychologique et sur la recherche de stratégies d'évitement, alors que toute la problématique addictive a lieu lors d'une activité quotidienne inévitable, la prise de repas : il est impossible de traiter l'AM en évitant les repas et en évitant de manger.

L'anorexie mentale est aussi caractérisée par son **évolution en cercle vicieux**. Les symptômes s'auto-entretiennent et entraîne le sujet dans une **chronicité** difficile à débloquer. La conduite obsessionnelle est devenue un équilibre pour le malade, un moyen de déplacer son attention dans une « zone de confort » pour ne pas résoudre d'autres problèmes. C'est pourquoi il est difficile de faire entendre raison à ces sujets, qui mettent en jeu leur santé mentale, en reconnaissant l'irrationalité de leurs préoccupations.

La renutrition reste une étape difficile à passer pour le sujet, puisqu'il a perdu les sensations de faim et de satiété. La reprise d'une alimentation normale après une longue période de restriction provoque forcément un **malaise physique** chez le sujet et des **troubles digestifs** difficilement supportables, ce qui entrave la motivation du sujet au changement.

L'anorexie mentale est caractérisée par **l'installation d'habitudes et de rituels très ancrés** : il est très difficile d'arrêter le comptage des calories pour un sujet qui est habitué à gérer ses plusieurs repas quotidiens de cette manière.

De plus, la restriction provoque une **diminution progressive du métabolisme de base**. Dès la renutrition, la prise de poids est donc rapide. Le patient s'habitue réellement à la vision de son corps amaigri, et voir son corps grossir (ou savoir qu'il prend du poids), peut être réellement traumatisant. Avec la **dysmorphophobie**, le patient doit accepter de manger pour grossir, alors qu'il se trouve déjà gros.

Le sujet peut aussi le percevoir comme un échec, lui donnant un **sentiment de perte de contrôle** et donc une tendance à replonger dans le comportement anorexique. Il peut même y avoir un risque de passage réel à une tendance boulimique, avec les tentatives de suicide que cela implique.

C'est pourquoi la renutrition doit être très progressive et associée à un soutien psychologique soutenu, car il faut le temps que le cerveau du sujet se réadapte à une image normale du corps.

La nutrition entérale peut ainsi être une aide pour le sujet en début de renutrition, notamment dans le sevrage des crises de boulimie. Toutefois, il ne faut pas en abuser car elle favorise un comportement passif du sujet. De plus, plus l'utilisation de la

nutrition entérale est prolongée, plus le sujet s'y habitue et la reprise de l'alimentation *per os* sera de plus en plus difficile.

La renutrition est donc difficile au début de la prise en charge, mais c'est juste au début car plus l'IMC augmente, mieux le patient accepte son corps et plus l'estime de soi s'améliore.

De même, l'état psychique du sujet anorexique entrave l'avancée de la prise en charge. Plusieurs éléments favorisent une mauvaise observance et une difficulté d'obtention de l'alliance thérapeutique :

- **L'association à des troubles psychiatriques**, qui renforcent la résistance du sujet et qu'il faut donc traiter en parallèle (notamment les troubles de personnalité) ;
- **Le déni des troubles et le repli du sujet**, qui peuvent être alimentés par l'entourage mais aussi les soignants (par leur attitude trop intrusive ou le cadre trop strict), d'où l'importance d'instaurer une relation de qualité entre patient et soignants dès le début ;
- **L'ambivalence** qui domine le psychisme du sujet (le conflit entre les avantages et les inconvénients du comportement anorexique).

Le déni peut aussi être renforcé par la prise de **pilules oestroprogestatives**, qui donnent l'apparition de fausses règles et qui minimisent la gravité de la pathologie.

Enfin, la dénutrition affaiblit le sujet au niveau physique, cognitif et intellectuel. Chez les sujets très dénutris, il y a donc **peu de flexibilité mentale** avec laquelle travailler l'approche psychothérapeutique. Cela impacte nettement la capacité de réflexivité, la motivation et l'implication du sujet.

### Le risque de rechute

La rechute est très fréquente : elle survient dans près de 50 % des cas après une première période de prise en charge.

Mais **ce n'est pas un facteur de mauvais pronostic**, car il n'y a pas de répétition des formes de TCA à l'identique chez un même sujet. Entre temps, pendant la période de rémission, il aura fait l'expérience de nouvelles sensations corporelles avec la reprise de l'alimentation, et sera à nouveau entré en relation avec les autres, tout cela grâce à la reprise de poids. Ce sont des leviers sur lesquels le médecin peut travailler pour aider le patient à dépasser ses angoisses au changement, puisqu'il aura déjà vécu une reprise de poids et se sera rendu compte des avantages qu'elle apporte.

La rechute fait partie de l'évolution normale de toute conduite addictive. Elle permet de prendre du recul sur la période de rémission qui vient d'être vécue, pour mieux repartir par la suite.

Une équipe de l'Inserm a identifié un marqueur prédictif du risque de rechute précoce, après une hospitalisation. <sup>(26)</sup> C'est **l'hormone de croissance** GH. Il apparaît ainsi que, chez quelques patientes hospitalisées, le dosage de GH était en lien avec leur rechute ou non. En effet :

- Chez les patientes dont le taux de GH était élevé à l'entrée et a fortement diminué pendant l'hospitalisation, il n'y a pas eu de rechute ;
- Chez les patientes dont le taux de GH était initialement bas et a peu varié pendant l'hospitalisation, il y a eu des rechutes.

L'utilisation de ce marqueur reste à valider sur une plus grande échelle, mais il pourrait devenir une aide à la détection des patients les plus vulnérables et donc pour mieux adapter leur prise en charge et le suivi. Chez ces patients, un meilleur encadrement médical et psychiatrique, avec des visites plus fréquentes, serait préconisé.

## 9. Le suivi du patient à long terme

Un suivi à long terme est indispensable, étant donné :

- Le changement permanent de forme de TCA (alternance fréquente entre anorexie restrictive, anorexie mixte et boulimie nerveuse) ;
- La chronicité de la pathologie ;
- Le risque de rechute important pendant la prise en charge.

Le suivi s'étend donc **sur plusieurs années**, au moins 1 an, tant que les troubles sont présents.

La renutrition n'a lieu qu'en début de prise en charge, le temps d'atteindre un IMC-cible qui ne met plus en danger le sujet. A partir de cet IMC, un simple suivi diététique sera poursuivi, pour aider le patient à maintenir un bon équilibre et un bon rythme alimentaire.

Par contre, l'approche psychothérapeutique sera poursuivie bien après le retour à un poids normal, pour les raisons évoquées précédemment. Le retour à un poids normal n'empêche pas la persistance de préoccupations autour de l'alimentation et du poids, et une consolidation de toute la prise en charge est nécessaire.

**L'atteinte d'un IMC minimal de 18,5 n'est pas indispensable** : il est préférable de maintenir un poids un peu faible mais stable, avec lequel le patient ne subit pas trop d'angoisses liées à la prise de poids, plutôt que de vouloir à tout prix atteindre le poids optimal, qui pourrait sembler comme un défi trop irréalisable et menaçant pour le sujet.

Il convient aussi de **réévaluer régulièrement les symptômes** que présente le patient, pour voir s'il y a un changement de diagnostic (de forme de TCA ou de son intensité), et donc de soins nécessaires.

Au niveau biologique, une **surveillance annuelle du bilan hormonal et de la densité osseuse** sera préconisée.

Par ailleurs, il peut être judicieux d'orienter le sujet vers des structures adaptées à un suivi post-thérapeutique, telles que :

- Des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : ce sont des structures intermédiaires entre l'HDJ et un centre médicopsychologique ;
- Des établissements de post-cure ;
- Des dispositifs de soins-étude.

On peut aussi proposer au patient et sa famille une association de malades, proposant des groupes d'entraide ou de psycho-éducation.

## Le rôle du pharmacien

### La prise en charge d'un patient anorexique

Le patient anorexique peut être inclus dans un PPS (programme personnalisé de soins), faisant entrer en jeu le pharmacien au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Dans ce cadre, le pharmacien doit assurer le suivi du sujet et son accompagnement dans son traitement (anti-dépresseurs, neuroleptiques et benzodiazépines, nutrition entérale, traitement des désordres électrolytiques et des carences, THS). Il est aussi impliqué dans la surveillance des effets indésirables associés à ces traitements, et dans l'adaptation des posologies (notamment si des médicaments doivent être pris pendant le repas, ce qui peut être difficile pour certains sujets...).

L'enjeu est alors l'observance du traitement, chez un sujet qui reste parfois dans le déni, l'ambivalence et l'incapacité à se prendre en charge de manière autonome.

Chez les patients à tendance boulimique, le pharmacien peut rappeler de supprimer la consommation de boissons acides et gazeuses, car elles pourraient accentuer les lésions dentaires et œsophagiques créées par les vomissements.

Le pharmacien peut éventuellement proposer des médicaments homéopathiques ou de phytothérapie pour favoriser l'appétit du sujet ou pallier les effets indésirables des médicaments allopathiques. Evidemment, il faut que le patient soit prêt à reprendre l'alimentation et à reprendre du poids. Par exemple, pour favoriser l'appétit, il peut proposer au comptoir des produits de phytothérapie, de gemmothérapie, d'homéothérapie ou d'aromathérapie. <sup>(31)</sup>

- En phytothérapie : on utilise des produits pour leur amertume, saveur qui stimule l'appétit.
    - **Racine de gentiane** (teinture-mère) : 20 à 25 gouttes avant les 3 principaux repas ;
    - **Fenugrec** (Arkogélules ®) ;
    - Infusion de zestes d'**orange amère** : 1 infusion avant les 3 principaux repas ;
    - **Racine de fenouil** (Elusanes ®, Arkogélules ®) ;
    - **Feuilles de pissenlit** ;
    - **Houblon** (Arkogélules ®).
  - En gemmothérapie : on peut proposer des produits à base de **bourgeons de chêne** (Quercus Robur), mais uniquement chez l'adulte, à raison de 50 gouttes matin et soir.
  - En homéothérapie :
    - **Avena Sativa** (en granules ou gouttes) ;
    - Il existe une **formule complexe** (à base de germe de blé, orge germé, avoine germé, Gentiana Lutea, Menyantes Trifoliata, et Echinacea), à prendre en cure de maximum 6 semaines, avec un arrêt d'au moins 3 semaines entre chaque cure.
- En aromathérapie : on peut proposer chez l'adulte les huiles essentielles de **gingembre, camomille romaine, mandarine** ou d'**huile végétale** (à raison de 2

*gouttes dans une demi cuillère à café de miel, avant chaque repas, pendant 10 jours maximum).*

*Outre ces produits, la reprise de l'alimentation peut être facilitée en fractionnant les repas, pour qu'ils puissent être en petite quantité. Le patient doit manger à heures régulières pour qu'il se réhabitue à un certain rythme biologique, et ne pas sauter de repas car cela favorise l'apparition de crises de boulimie.*

*Il peut aussi jouer son rôle de conseil pour le traitement de l'anxiété ou de troubles du sommeil, en proposant par exemple des médicaments à base de plantes (valériane, passiflore...).*

*A long terme, le pharmacien doit poursuivre son rôle d'écoute auprès du sujet, comme dans toute pathologie addictive. Et ce, d'autant plus que la prise en charge est longue et que les rechutes sont très fréquentes. Il peut rassurer le patient en lui disant qu'il le reverra régulièrement à la délivrance d'un éventuel traitement.*



## 10. Exemple d'un cas clinique

Nous allons voir ici le cas d'une patiente, renommée Anna, que j'ai suivie pendant mon stage en service de TCA à l'hôpital Fontan 2 de Lille.

### A. Présentation de la patiente et histoire de la maladie

Anna est née en avril 1997. Au moment des faits, elle est scolarisée au lycée et vit chez sa mère. Ses parents sont séparés depuis qu'elle a l'âge de 3 ans. Elle a une relation fusionnelle avec sa mère, et difficile avec son père. Elle a par ailleurs une demi-sœur de 7 ans avec qui elle a peu de contacts.

Son poids physiologique (poids de forme) est de 52-54 kg selon elle. Elle mesure 1,61 m.

En janvier 2013 (à l'âge de 15 ans), les troubles débutent avec un **mal-être** et des **petites préoccupations corporelles**, mais à ce moment-là, il n'y avait pas de conduite alimentaire d'éviction ou de restriction.

Les **conduites de d'éviction** apparaissent en janvier 2014 (à l'âge de 16 ans), à l'occasion d'un régime avec des amies : elle supprime alors les sucreries et les matières grasses de son alimentation. Elle est à ce moment-là à 54 kg. Son objectif est alors de perdre 4 kg.

A l'été 2014, elle pèse 50 kg. C'est à cette période qu'elle perd le contrôle de ses conduites de restriction et que celles-ci s'accroissent : Anna supprime alors au maximum les féculents et la viande de son alimentation. C'est aussi à ce moment-là qu'apparaît une **hyperactivité physique**.

En novembre 2014, elle atteint le poids de 44 kg. Elle a donc perdu 10 kg en 10 mois, ce qui équivaut à une perte de 19 % de son poids de base.

Le 1<sup>er</sup> contact avec un professionnel de santé est pris par la mère d'Anna en décembre 2014, dans un CMP : le **diagnostic d'anorexie mentale restrictive pure** est alors posé. Anna est orientée vers le service de TCA de l'hôpital Fontan 2 en soins ambulatoires.

### B. Symptômes présentés

Ces symptômes sont relevés par un infirmier et le médecin du service :

- **Aménorrhée secondaire** à partir de décembre 2014 ;
- **Hyperactivité importante et envahissante**, notamment lors des périodes de stress (exercices de musculation à domicile, incapacité à rester en position assise ou couchée, déambulations incessantes) ;
- **Anxiété importante** à l'idée de la prise de poids et à la prise alimentaire ;
- **Dysmorphophobie** : la patiente évoque le désir de « ressembler aux stars d'émissions de télé » ;

- **Altération de l'image de soi**, faible estime d'elle-même (qui dépend fortement de sa corpulence et de sa musculature), déni de sa maigreur ;
- **Cognitions anorexiques envahissantes et persistantes**, notamment en période post-prandiale ;
- **Rituels** : pesées alimentaires systématiques, exercices de fitness pendant la vaisselle...

Au niveau alimentaire, les apports journaliers sont estimés à 700 kcal, avec une éviction totale des matières grasses et des sucres, partielle des féculents et de la viande. (Pour rappel, les AJR chez la femme sont de 1 900 kcal, voire un peu plus chez l'adolescente).

En revanche, il n'y a pas de conduites de purge.

### **C. 1<sup>ère</sup> hospitalisation – En HDJ**

Anna intègre l'HDJ le 22 janvier 2015. Or sa perte de poids s'accélère dès la 2<sup>ème</sup> journée d'hospitalisation. Une HTC est donc prévue pour le 27 janvier 2015.

### **D. 2<sup>ème</sup> hospitalisation – En HTC – Du 27/01 au 13/04/2015**

#### **→ L'entrée en hospitalisation**

Son poids d'entrée est de **37,6 kg**, pour un IMC de **14,41 kg/m<sup>2</sup>**.

Les signes retrouvés à l'examen clinique sont des **douleurs abdominales fluctuantes**, avec un **transit légèrement accéléré**. En revanche, l'état buccodentaire est correct (puisque'il n'y a pas de vomissements provoqués).

Un bilan biologique est effectué systématiquement, notamment pour doser la kaliémie. Le bilan biologique d'Anna ne présente pas d'hypokaliémie, les autres concentrations en électrolytes sont normales.

#### **→ En quoi a consisté la prise en charge ?**

Une approche motivationnelle est mise en place et **l'alliance thérapeutique** avec Anna est recherchée : ce travail est du rôle du psychologue, qui était de réassurer la patiente concernant la compréhension de l'équipe soignant des difficultés qu'engendre sa maladie. L'alliance thérapeutique s'est finalement avérée relativement bonne.

Au niveau somatique, le retentissement osseux de la maladie a été évalué en service de rhumatologie, dans le cadre du **protocole PANOS**.

Sur le plan de la renutrition, la prise en charge consiste d'abord en le **réapprentissage d'apports alimentaires équilibrés**, avec un diététicien. Un travail sur les aversions est réalisé.

Les apports alimentaires journaliers sont augmentés très progressivement. Au début du séjour, Anna est réticente et l'augmentation de la prise alimentaire et de la prise de poids est très difficile. L'équipe soignante décide alors de mettre en place, pendant 1 semaine, une réalimentation entérale partielle par sonde nasogastrique, à raison de 500 kcal par jour, en plus des repas. Par la suite, ce seront des compléments alimentaires par voie orale qui seront prescrits. (*Annexe 9*)

Ainsi, pendant cette hospitalisation, la ration journalière est passée de 500 à 2 700 kcal (2 500 par les repas et 200 via les compléments nutritionnels oraux).

Sur le plan psychologique, Anna est une **patiente typique « borderline »**. Elle se sent « persécutée » et perçoit donc le personnel soignant et la discipline requise dans le service comme une intrusion dans sa vie privée et une agression. De plus, l'ambivalence est très présente chez elle : ses actes pendant l'hospitalisation sont en contradiction avec les objectifs de soins, qu'elle a pourtant acceptés. Par ailleurs, Anna est beaucoup dans la « séduction », c'est-à-dire qu'à plusieurs reprises elle a cherché à négocier son contrat de soins avec son médecin-référent, en se victimisant ou en cherchant à l'amadouer.

Un **travail autour de l'image du corps et de l'estime de soi** est mené : pour cela, plusieurs exercices sont réalisés avec Anna, pour agir sur sa dysmorphophobie et décentrer sa propre estime de soi du contrôle corporel. Selon elle, le corps idéal est fin et, chose inhabituelle pour une personne anorexique, musclé.

Il a fallu aussi trouver la cause de l'apparition des TCA d'Anna. Un **travail sur son histoire de vie** a alors été mené : c'est ici le rôle du psychiatre, qui a discuté avec Anna des difficultés rencontrées dans son entourage. Elles ont ainsi été mises en parallèle avec certains événements positifs qui ont eu lieu dans l'environnement familial. Cela a permis à Anna de chercher les causes de son anorexie, d'apprendre à analyser les événements de la vie et de savoir les gérer émotionnellement, du moins autrement que par le comportement anorexique.

Des **stratégies occupationnelles** ont été recherchées afin de combler les périodes post-prandiales, pour éviter l'apparition d'hyperactivité ou d'anxiété à ce moment-là.

Lors de cette hospitalisation, l'hyperactivité physique n'est pas traitée spécifiquement.

Sur le plan familial, la **thérapie familiale** mise en place a permis d'accompagner la patiente et son entourage, de discuter de la place de chacun au sein des interactions familiales, et de discuter de la pathologie, afin de délier celle-ci de la propre personnalité d'Anna. La maladie ne définit pas la patiente et n'est pas la cause des difficultés familiales rencontrées, mais plutôt la conséquence. La maladie ne doit pas être réduite à un simple symptôme par les parents d'Anna, mais comme une entité multifactorielle.

Quelques **permissions** ont été autorisées, afin de laisser à Anna des périodes d'autonomie pendant lesquelles elle doit gérer ses repas et une journée entière seule (avec un proche, sans le cadre soignant de l'hôpital).

Sur le plan médicamenteux, il a d'abord reposé sur la **prévention classique d'un SRI** pendant les premières semaines d'hospitalisation.

De plus, un **traitement d'appoint de l'anxiété**, de courte durée, est mis en place, avec Atarax ® (hydroxyzine) et Temesta ® (lorazépam). L'apport d'un soutien pharmacologique peut soulager la patiente et la libérer d'un poids, pour qu'elle puisse se concentrer sur la renutrition et la psychothérapie. Il a aussi pour viser de diminuer l'hyperactivité.

### → **Bilan de l'hospitalisation**

La patiente s'est montrée très **en difficulté avec le cadre** en fin d'hospitalisation (du fait de son ambivalence et de son état « borderline »). Cela a donc malheureusement anticipé la sortie d'hospitalisation, même si les permissions ont permis de montrer une bonne évolution d'Anna.

Elle a notamment été aperçue en train d'enfreindre le règlement du service, en faisant des pompes dans sa chambre en cachette.

L'hyperactivité physique persiste donc à la sortie d'Anna, avec tout de même une nette amélioration, grâce à quelques efforts de la patiente à ce niveau-là.

Le poids de sortie est alors de **44,2 kg**, pour un IMC de **16,94 kg/m<sup>2</sup>**. Anna a donc pris 6,6 kg pendant cette hospitalisation.

Le traitement de sortie est le suivant :

- Au niveau alimentaire, la **poursuite de la renutrition**, qui doit être diversifiée, de l'ordre de 2 500 kcal/jour par les repas + 200 kcal par les compléments nutritionnels oraux (le but étant de poursuivre la prise de poids) ;
- Le suivi de la patiente en **HDJ** et en consultations individuelles avec un médecin de l'hôpital spécialisé dans les TCA ;
- **Atarax ®** pour le traitement de l'anxiété, à raison de 25 mg/ jour, si besoin.

### **E. 3<sup>ème</sup> hospitalisation – En HDJ – Du 21/04 au 30/06/15**

Anna se présente 1 journée par semaine en HDJ. Au total, elle viendra 10 fois.

Son poids à l'entrée est de **45,6 kg**.

Les signes cliniques retrouvés à l'entrée sont :

- Des troubles des phanères ;

- Des signes d'hypométabolisme : frilosité, constipation, bradycardie, pâleur (en lien avec la dénutrition).

### → **En quoi a consisté la prise en charge ?**

Anna a ainsi participé à différentes activités pendant ses journées d'hospitalisation :

- Des **ateliers cuisine**, avec des « repas thérapeutiques » (repas pris avec d'autres patients et encadrés avec les infirmiers et un nutritionniste) ;
- Des **sorties au restaurant** ;
- Des **entretiens familiaux**.

Elle a par ailleurs bénéficié d'entretiens individuels avec le médecin du service, la psychologue et son médecin-interne référent.

Le suivi somatique est par ailleurs poursuivi :

- En service de rhumatologie pour l'évaluation du retentissement osseux ;
- En service de médecine physique et de réadaptation pour l'évaluation des performances physiques.

Ce suivi a permis de mettre en évidence qu'il n'y avait pas de retentissement osseux de l'anorexie mentale, malgré une persistance de l'aménorrhée.

L'hyperactivité physique est alors mieux encadrée. Un **contrat d'activité physique encadrée** est mis en place : Anna peut bénéficier d'une séance d'activité physique 2 fois par semaine dans le service ; en contrepartie, elle s'engage à ne pas pratiquer d'activité physique chez elle en dehors de ces séances.

Enfin, une pilule contraceptive est mise en place à visée contraceptive (Minidril®).

### → **Bilan de l'hospitalisation**

Au niveau alimentaire, on observe une diminution progressive des pesées alimentaires, avec un arrêt total de ce rituel mi-mai. Les préoccupations alimentaires s'estompent aussi.

Au niveau somatique, les troubles des phanères et les signes d'hypométabolisme ont disparu. L'aménorrhée, elle, persiste.

Au niveau psychologique, la patiente a présenté une période d'anxiété plus importante à l'approche du baccalauréat. Un suivi ambulatoire psychologique proche du domicile est alors recommandé. Par contre, Anna a présenté des difficultés à diminuer l'hyperactivité : elle disait continuer à faire des exercices à domicile de manière assez intensive.

L'HDJ est arrêté après accord entre la patiente, sa famille et le cadre soignant, devant l'amélioration de l'état de la patiente, de sa motivation et ses efforts.

Anna pèse à la sortie **46,6 kg** pour un IMC à **17,96 kg/m<sup>2</sup>**. Elle a donc pris 1 kg et atteint presque un IMC de 18, qui est la limite basse d'une corpulence normale.

Le traitement de sortie est le suivant :

- La poursuite des consultations régulières avec le médecin-interne référent et le médecin du service (l'objectif étant de maintenir la prise de poids).
- La mise en place d'un **contrat de poids** : si le poids d'Anna stagne pendant 4 à 8 semaines, l'HDJ est reprise (attention : ce n'est pas une menace ici, mais la proposition d'une aide disponible si la guérison s'enlise) ;
- Le maintien du suivi gynécologique et rhumatologique dans les services correspondants du CHR de Lille ;
- L'orientation d'Anna vers un CMP, pour l'aider à mieux gérer le stress et l'anxiété ;
- La poursuite de Minidril ® (l'Atarax ® a été arrêté).

## **F. Entre-temps – Été 2015 jusque décembre 2015**

Les symptômes alimentaires réapparaissent rapidement pendant les vacances d'été, à l'occasion d'un séjour avec la famille paternelle d'Anna. Elle se retrouve alors isolée et le vit très mal. Elle perd ainsi 5 kg en 10 jours.

De même, l'hyperactivité est reprise massivement : elle fait 2h30 à 3h par jour de fitness à domicile. On voit bien par là que l'hyperactivité chez un patient anorexique est pratiquée de manière solitaire et sans plaisir, par « obligation auto-infligée ». L'objectif d'Anna est alors de se muscler, à la recherche d'une « silhouette aux muscles dessinés » (et non une perte de poids).

La réapparition des troubles alimentaires retentit considérablement sur la scolarité d'Anna.

En revanche, il n'y a toujours pas de conduite de purge. Le diagnostic reste donc celui d'anorexie mentale restrictive pure.

Pendant cette période, l'anxiété et le mal-être s'accroissent à la reprise des cours (à cause de la pression des examens, du regard des autres et des critiques sur la maigreur d'Anna).

Une consultation avec le médecin du service de TCA en HDJ mène à la décision de reprendre les HTC, mais de manière séquentielle. Des séjours de quelques jours sont ainsi prévus d'avance.

## **G. 4<sup>ème</sup> hospitalisation – En HTC séquentielle – Du 01/12 au 15/12/15**

Le poids d'entrée d'Anna est de **39,5 kg**, pour un IMC de **14,95 kg/m<sup>2</sup>**.

A l'entrée, un bilan biologique de routine est effectué. Il permet de mettre en évidence une kaliémie normale, mais une concentration en créatinine sanguine à 13 mg/L, soit une **clairance de la créatinine à 43 mL/minute** calculée par Cockcroft, 57 mL/minute calculée par MDRD.

Le retentissement rénal de l'anorexie mentale est alors exploré :

- Un bilan de la sécrétion d'urine sur 24 h (par épreuve de restriction hydrique) met en évidence un profil d'allure fonctionnelle, mais avec un échec de la concentration des urines ;
- L'échographie rénale ne montre pas d'anomalie.

Le diagnostic d'**insuffisance rénale fonctionnelle** est alors posé.

### → En quoi a consisté la prise en charge ?

Au niveau alimentaire, les rations sont augmentées très progressivement :

- Au début, la ration journalière est de 600 kcal par les repas + 30 kcal par compléments nutritionnels oraux ;
- A la fin, la ration journalière prescrite atteint 2 200 kcal par les repas (les compléments nutritionnels oraux sont supprimés).

En réalité, **ces rations ne seront jamais totalement atteintes** par la patiente, qui retourne de la nourriture (ne la mange pas et la rend aux infirmiers lors des repas) : elle atteindra maximum 1 700 à 1 800 kcal par jour.

Sur le plan psychologique, les entretiens motivationnels montrent que **l'état motivationnel d'Anna a considérablement évolué**, de manière défavorable, depuis les dernières hospitalisations. L'alliance thérapeutique a été difficile à établir avec la patiente, du fait du faible avancement du processus motivationnel, qui a été parasité par les anomalies du bilan rénal. Néanmoins, Anna a partiellement investi la prise en charge en fin d'hospitalisation.

Un **travail sur la notion d'hyperactivité** a été réalisé : elle a été replacée comme un simple symptôme, et non comme l'élément principal de la maladie.

La patiente s'est trouvée être dans le **déni quant à la réalité de ses troubles alimentaires**, et sur sa difficulté à atteindre ses rations (tendance à minimiser ou à mentir).

Sur le plan médicamenteux, la **reprise d'Atarax®** est proposé à la patiente, à raison de 4 fois par jour si besoin, le but étant de contrôler l'anxiété (régulièrement évoquée par Anna).

## → Bilan de l'hospitalisation

Le traitement de sortie est le suivant :

- La poursuite des **consultations ambulatoires** avec le médecin-interne référent ;
- La prévision d'une **HTC séquentielle** de 15 jours, suivie d'une nouvelle intégration en HDJ (du 01/01 au 15/01/16) ;
- La **poursuite du suivi psychologique** proche du domicile ;
- Une **consultation néphrologique** ;
- La **poursuite d'Atarax** ® 25 mg 3 fois par jour (et de Minidril ®).

La prise de poids d'Anna a la sortie est très modérée.

Il est clair que l'efficacité de cette hospitalisée reste mitigée, probablement à cause de troubles familiaux qui n'ont pas été résolus et du manque d'obtention de l'alliance thérapeutique avec la patiente.

## H. 5<sup>ème</sup> hospitalisation – En HTC – Du 28/01 au 28/04/16

A l'entrée, Anna pèse **32,5 kg** (ce qui est son plus faible poids jamais atteint), pour un IMC de **12,3 kg/m<sup>2</sup>**.

De nouveaux symptômes anorexiques sont mis en évidence :

- Quelques sauts de repas ;
- Des idées noires, le « souhait de mourir ».

Le bilan clinique d'entrée met en évidence :

- Un pouls à 53 battements/minute (soit une **bradycardie**) : l'équipe soignante demande alors à la patiente de se reposer pendant 2h, mais elle refuse de s'allonger. Une bradycardie nocturne à 30 bpm sera ensuite détectée ;
- Une pression artérielle à 100/70 mmHg ;
- Une **hypothermie** à 35,2°C.

Le bilan biologique met en évidence une **hypoglycémie** à 0,49 g/L. Un resucrage par un demi-verre de jus de raisin est alors imposé, mais il est refusé dans un premier temps par Anna.

Devant son état inquiétant, Anna est **transférée en service de réanimation**. Par ailleurs, un matelas anti-escarre est prescrit (par risque d'atteinte à l'intégrité de sa peau à cause des os saillants). Une sonde naso-gastrique est mise en place.

## → Le séjour en réanimation du 29/01 au 16/02/16

A l'entrée, Anna pèse **31,5 kg**.



Les bilans effectués dans ce service mettent en évidence :

- Un œdème des membres inférieurs ;
- Une **cytolyse hépatique** ;
- Une **hypophosphorémie** due à un SRI ;
- Une thrombopénie.

La prise en charge initiale est donc une reprise alimentaire très douce par SNG, selon un protocole (30 kcal/kg par jour maximum). La ration journalière atteint donc 800 kcal par SNG, associée à 2 yaourts à 50 kcal chacun.

La bradycardie persistera jusqu'au 13/02, mais le bilan hépatique et la phosphorémie s'améliorent nettement.

La coopération d'Anna pendant ce séjour est relativement bonne, malgré la sonde arrachée à 2 reprises.

A la sortie vers le service de TCA, Anna pèse 32 kg. Le traitement de sortie est le suivant :

- La poursuite de la renutrition à 900 kcal/jour, par :
  - SNG avec Nutrison Energy Multifibres ® 600 mL par jour ;
  - Les repas avec 2 yaourts ± 1 fruit et une boisson chaude au matin.
- **Hydrosol polyvitaminé** ® 25 gouttes 2 fois par jour ;
- **Atarax** ® 25 mg 3 fois par jour ;
- **Mag 2** ® 10 mL matin et 15 mL le soir ;
- **Phosphoneuros** ® 100 gouttes le matin et 150 gouttes le soir ;
- **Bévitine** ® 500 mg par jour.

### → Retour dans le service de TCA

Sur le plan alimentaire, la **prévention du SRI** est poursuivie, avec Mag2 ®, Phosphoneuros ® et Bévitine ®. Il est rapidement résolu donc les médicaments seront arrêtés.

Malheureusement, l'hypophosphorémie réapparaît le 19/02 : le médecin prescrit donc Phosphoneuros ® 100 gouttes 3 fois par jour.

La sonde naso-gastrique est rapidement retirée. Les rations sont progressivement augmentées : elles débutent à 600 kcal/jour pour atteindre 2 100 kcal/jour (mais elles ne sont jamais atteintes par Anna, qui n'acceptera que 1 900 kcal/jour maximum).

Au niveau psychologique, de nombreuses activités sont effectuées avec le psychiatre :

- Des **repas thérapeutiques** (pendant lesquels Anna jette des « regards envieux sur les desserts des autres patientes ») ;
- Un **travail sur sa propre identité**, et sur comment gérer l'envahissement émotionnel ;

- Un **travail sur son objectif de vie** ;
- Un **travail sur sa propre image corporelle** : pour cela, plusieurs moyens sont utilisés :
  - L'utilisation d'un miroir lors des séances d'activité physique encadrées : cela fut une confrontation difficile pour Anna car elle dit « voir un squelette » et ne se reconnaît plus.
  - Le jeu de cartes des silhouettes associées à l'IMC correspondant ;
  - Des photos d'Anna prises pendant les précédentes hospitalisations : Anna avait pour exercice de montrer les parties de son corps qu'elle n'appréciait pas.
- Le **tracé de la courbe de poids** avec Anna pour qu'elle puisse se rendre compte de son évolution ;
- La **recherche de stratégies d'évitement** des situations conflictuelles (c'est-à-dire se recentrer sur elle-même, éviter les conflits) ;
- L'**analyse du passé de la patiente** : cela permet à Anna d'évoquer rapidement un viol, mais de façon très vague ;
- Un entretien avec une **socio-esthéticienne** (apprécié par la patiente) ;
- Un **travail de valorisation** : écriture d'une lettre pour sa mère, sans l'envoyer ;
- Des **séances en groupes de paroles** avec d'autres patients (pendant lesquelles Anna pleure) ;
- Des **exercices de pleine conscience** avec la psychologue.

Par ailleurs, des **visites** de ses parents, de ses grands-parents et de ses amies sont accordées. Ces visites sont l'occasion pour le psychiatre de rencontrer la famille et de l'impliquer dans la prise en charge d'Anna.

Une **balance décisionnelle** est réalisée avec un psychologue : elle permet de comprendre les avantages et les inconvénients pour Anna d'une part, de la perte de poids, d'autre part, de la prise de poids. Elle permet aussi de mettre en parallèle ces avantages et ces inconvénients pour faire réfléchir Anna sur ce qu'elle veut vraiment.

	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
<b>Perte de poids</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le regard des autres ;</li> <li>- Le bien-être ;</li> <li>- La légèreté ressentie ;</li> <li>- Les muscles saillants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La perte du regard des autres ;</li> <li>- La faiblesse physique ;</li> <li>- Se sentir moche ;</li> <li>- La perte du lien social et amical ;</li> <li>- Les craintes familiales.</li> </ul>
<b>Prise de poids</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le retour à une vie socio-amicale et familiale correcte ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir son corps changer ;</li> <li>- La peur de perdre sa beauté ;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le retour à des capacités mnésiques et cognitives correctes ;</li> <li>- « Revivre ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La peur que « ça se répartisse mal » ;</li> <li>- L'anxiété qui augmente ;</li> <li>- L'hyperactivité physique pour compenser.</li> </ul>
---	--

Concernant l'hyperactivité physique, Anna avoue éprouver de la **culpabilité** quand elle en fait. L'hyperactivité est aussi **nocturne**, c'est-à-dire qu'Anna a beaucoup de mal à rester allongée et à dormir.

Sa chambre est fermée à clé pendant certaines heures de la journée pour éviter la tentation.

De plus, un **contrat d'activité physique encadrée** (signé par la patiente et son interne-référent) est mis en place, dont les conditions sont les suivantes :

- 10 minutes de repos assis par heure, tous les jours de la semaine ;
- En contrepartie, Anna est autorisée à faire 30 minutes d'activité physique modérée, encadrée et adaptée à son état, 1 fois par semaine (à type de méditation avec un kinésithérapeute). Ces séances sont à compenser avec du jus de raisin ou 3 carrés de sucre (car le but est évidemment de ne pas perdre de poids).

Au niveau médicamenteux, le contrat d'activité physique est renforcé par l'utilisation d'un médicament, qui peut être perçu comme une « béquille médicamenteuses ». Le but est de diminuer l'hyperactivité physique, notamment la nuit. La discussion du choix d'une benzodiazépine se pose :

- Le Temesta ® (lorazépam) est écarté car Anna évoque des envies suicidaires à la prise du médicament ;
- Le **Valium** ® (diazépam) est donc préféré pour sa grande gamme de dosages (il est donc possible de faire des paliers de doses). Le psychiatre prescrit donc Valium ® 5 mg en comprimés, à raison d'1 comprimé 3 fois par jour.

Puis le Valium ® passe en solution buvable (à 1%), à raison de 9 gouttes 3 fois par jour. Mais celui-ci est refusé par Anna. Le psychiatre diminue donc la posologie à 8 gouttes matin et soir.

Pendant le séjour, une **énurésie** (incontinence urinaire) et une **encoprésie** (incontinence fécale) apparaissent, par perte du tonus musculaire des sphincters à cause de la dénutrition. Le Smecta ® est donc prescrit pour traiter la diarrhée (à raison d'1 sachet si besoin).

De même, une **hypokaliémie** apparaît (mais il n'y a pas de vomissements). Elle sera traitée par Diffu-K ® à raison d'1 comprimé matin et soir.

A la fin de l'hospitalisation, le psychiatre choisit d'arrêter progressivement le Valium ®, et propose à la patiente d'essayer le **Risperdal** ® 1 mg (olanzapine, neuroleptique

atypique). Il est donc prescrit à raison d'1 comprimé le soir. Anna se dit alors moins angoissée.

La posologie du Risperdal® 1 mg est augmentée au bout de 10 jours, à 1 comprimé matin et soir. Le risque d'effets indésirables cardiaques avec ce médicament est surveillé par ECG, d'autant plus qu'Anna est sujette aux troubles du rythme (comme la bradycardie en début d'hospitalisation).

### → **Bilan de l'hospitalisation**

Globalement, il y a eu une bonne évolution du poids : le poids de sortie d'Anna est de **34,1 kg**, pour un IMC de **13.15 kg/m<sup>2</sup>**.

Mais la coopération d'Anna dans sa prise en charge a été mitigée, probablement à cause de son **caractère borderline** et de son **ambivalence** :

- La patiente a fait preuve de déambulations excessives dans le service et a dû être régulièrement recadrée ;
- Elle a eu des difficultés dans l'augmentation de ses rations (à cause d'une angoisse importante) ;
- Le non-respect du cadre a été remarqué à plusieurs reprises (notamment lorsque la patiente refusait de se couvrir pour perdre des calories par le froid) ;
- Le cadre infirmier a soupçonné plusieurs fois des dissimulations de nourriture (pour ne pas avoir à la manger) ;
- Anna a eu des difficultés de changement, sa focalisation sur la nourriture est encore très présente, avec notamment une anxiété pré-prandiale ;
- Plusieurs activités ont été refusées par la patiente.

Le traitement de sortie est le suivant :

- L'arrêt de l'Atarax® et la poursuite de **Risperdal®** 1 mg, 1 comprimé matin et soir ;
- La poursuite de **Minidril®** ;
- La poursuite des **consultations psychologiques** en ambulatoire ;
- La poursuite du suivi par le **kinésithérapeute** (dont les séances seront ponctuées par l'alternance de gymnastique devant un miroir ou non, et de massages).

## **I. Conclusion générale**

On a ici l'exemple type d'une **patiente anorexique de type borderline**. L'ambivalence chez elle est très présente, ce qui pose un obstacle à sa prise en charge vis-à-vis de sa motivation et de l'obtention de l'alliance thérapeutique. On retrouve aussi le caractère borderline d'Anna lorsqu'elle tente de « manipuler » le cadre soignant ou les autres patientes.

Ce caractère est donc en partie traité par le Risperdal®.

Les entretiens psychologiques ont permis de mettre en évidence que **les troubles familiaux sont clairement à l'origine du TCA**. La prise en charge est donc d'autant plus difficile puisque le soutien de la part de l'entourage et son implication sont primordiaux.

Pendant toute la durée de la prise en charge, on retrouve bien les différentes composantes des soins :

- La psychothérapie et la thérapie familiale ;
- La prise en charge des complications somatiques ;
- La renutrition progressive, même si un SRI est quand même survenu (ce qui prouve qu'il n'est pas toujours inévitable malgré les précautions prises) ;
- L'appui médicamenteux par les benzodiazépines et le neuroleptique.

On retrouve aussi l'association d'une prise en charge en HDJ et en HTC.

Cet exemple permet aussi de voir que **le risque de rechutes est très élevé**, surtout lorsqu'un trouble de personnalité est associé au TCA.

## **CONCLUSION**

Manger est un besoin vital : l'anorexie mentale est donc réellement une **maladie mortelle**, et **bien plus fréquente** qu'on ne le croit. Il en existe une multitude de formes selon le vécu des patients, et la pathologie ne se limite plus à une catégorie restreinte de filles et de femmes comme le veut la croyance collective.

C'est aussi avant tout une **addiction**, très difficile à soigner de par sa complexité et l'absence de moyen de « substitution ». Une addiction notamment associée à différentes comorbidités (qui en sont la cause ou la conséquence), et qu'il faut donc impérativement traiter en parallèle.

L'anorexie mentale fait souffrir, que ce soit le patient lui-même ou son entourage : c'est le résultat de **l'extériorisation d'une souffrance intérieure**. Le sujet a systématiquement recours à ce moyen pour « soulager » à tort cette souffrance.

Tout l'enjeu de la prise en charge se joue donc dans sa **précocité** : au niveau du repérage des premiers signes, de la détection de complications, de l'obtention de l'alliance thérapeutique du sujet et de la bonne conduite des soins.

L'anorexie mentale altère considérablement la qualité de vie du sujet, surtout au niveau social et au niveau familial. C'est pourquoi **il est primordial d'impliquer la famille** dans la prise en charge d'un anorexique. Actuellement, l'entourage n'est pas encore assez pris en compte, et les familles sont en réelle demande d'être plus informées. Elles estiment les résultats de prise en charge encore trop faibles et souffrent d'une certaine mise à l'écart par les équipes soignantes. Cela est d'autant plus vrai pour les frères et sœurs qui sont souvent oubliés dans le parcours de soin.

(15)

Le traitement de cette pathologie comporte plusieurs abords et est **pluridisciplinaire**. Cependant, les médicaments y ont encore une faible place : il faut donc poursuivre leur utilisation et approfondir les recherches, pour avoir de plus en plus de recul et permettre l'établissement de protocoles efficaces.

Bien que la maladie soit de plus en plus connue, on constate encore un **manque de connaissances et de formation des professionnels de santé** concernant l'anorexie mentale, ce qui explique parfois la prise en charge tardive de certains patients : il est nécessaire de sensibiliser les médecins généralistes, les psychiatres, mais aussi tout autre professionnel de santé travaillant en parallèle (en particulier les pharmaciens), sur les premiers signes à risque à percevoir et l'adaptation de la prise en charge à chaque cas.

Le pharmacien d'officine a malheureusement un rôle encore peu représenté dans la prise en charge de l'anorexie mentale, et pourtant il est presque le **1<sup>er</sup> acteur dans la prévention et le repérage de patients à tendance anorexique**, puisqu'il les reçoit dans son officine régulièrement et voit leur évolution. Et à l'avenir, le pharmacien hospitalier pourrait être d'une grande aide dans la prise en charge hospitalière des sujets, dans le cadre de la pharmacie clinique qui va être progressivement généralisée.

Les médias étant très impliqués dans la prévalence de la pathologie, il pourrait être judicieux de les utiliser à bon escient pour mener des **campagnes de prévention** à grande échelle, car actuellement c'est encore une maladie dont on parle peu, ou alors de manière taboue et péjorative.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) Dr P.Eche et A. Caria. Psycom.org. Troubles du comportement alimentaire [en ligne]  
<http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Troubles-des-comportements-alimentaires-TCA> (consulté le 04/02/2016)
- (2) L.Mustelin et al. The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. Journal of Psychiatric Research [en ligne]. Juin 2016 ; vol 77 ; 85-91.  
<http://www.sciencedirect.com/doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0022395616300413> (consulté le 25/06/2016)
- (3) Futura Santé. Tout savoir sur l'anorexie mentale. L'anorexie mentale en chiffres : épidémiologie. [en ligne]  
<http://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/maladie-tout-savoir-anorexie-181/page/3/> (consulté le 22/12/2016)
- (4) Pr D.Rigaud. Grossesse et troubles du comportement alimentaire. [en ligne]  
<http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-501-grossesse-et-troubles-du-comportement-alimentaire.htm> (consulté le 16/02/2017)
- (5) J.Boutillier. Anorexie [en ligne]  
<http://www.troublesalimentaires.org/anorexie.htm#anorexieetstyle> (consulté le 24/09/2016)
- (6) G.Johnston. Déni du corps et de la féminité. Kentron. [en ligne] 2003 ; n°19, 1-2.  
<https://www.unicaen.fr/puc/images/k1907johnston.pdf> (consulté le 11/08/2016)
- (7) N.Godart et al. Anorexie mentale à l'adolescence. Journal de pédiatrie et de puériculture [en ligne] 2010 ; vol 23 ; 20-50.  
<http://www.sciencedirect.com/doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0987798310000034>
- (8) J.M. Huet. Les thérapies dans les troubles du comportement alimentaire. Pratiques en nutrition. Janvier-Mars 2012 ; n°29 ; 9-40.
- (9) Pr F.Lamisse. Troubles du comportement alimentaire et conduites addictives. [en ligne]  
<http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-217-troubles-du-comportement-alimentaire-et-conduites-addictives.htm> (consulté le 07/10/2016)
- (10) J.L. Nandrino. L'anorexie mentale : des théories aux prises en charge. 2015
- (11) AQPAMM. Le trouble de la personnalité limite [en ligne]  
<http://www.aqpamm.ca/ressources/fiches-maladies/le-trouble-de-la-personnalite-limite/> (consulté le 12/07/2016)
- (12) D.Brewster et al. Risk of oesophageal cancer among patients previously hospitalised with eating disorder [en ligne] Juin 2015 ; 39(3) ; 313-320.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464101/> (consulté le 15/07/2016)
- (13) RFI. Anorexie [en ligne]



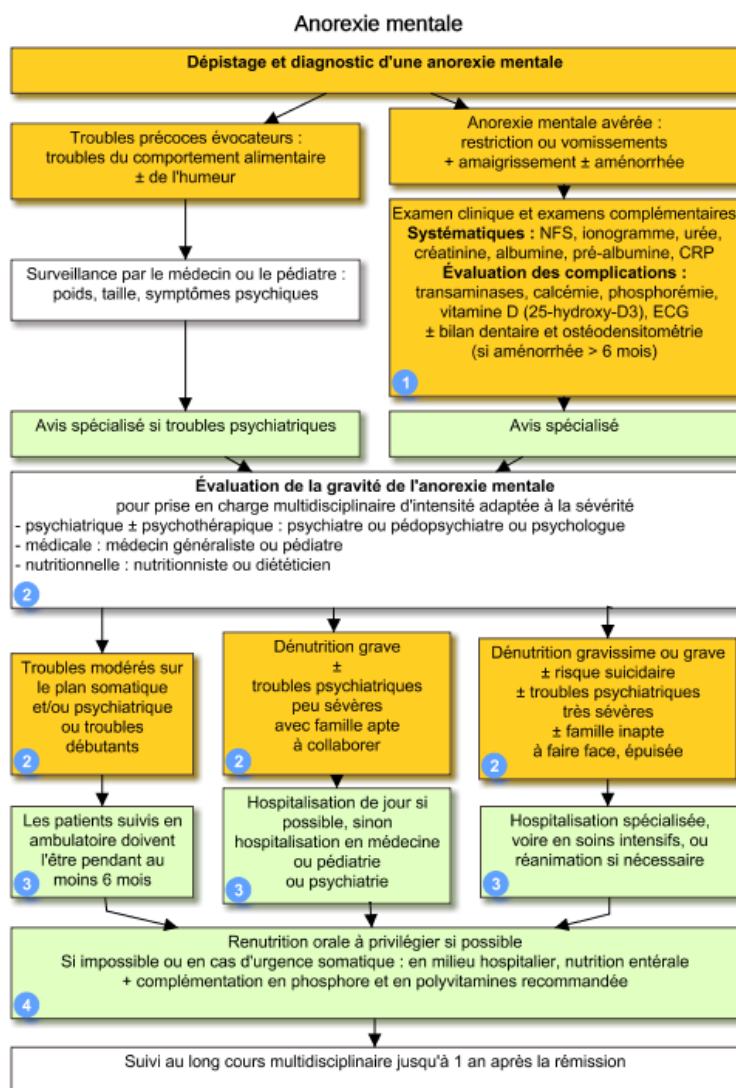
- <http://www.rfi.fr/emission/20160108-anorexie-trouble-alimentaire> (consulté le 09/02/2016)
- (14) L.Avenet. Méta-analyses sur les caractéristiques des troubles des conduites alimentaires chez les patients ayant été exposés à différents types de maltraitance infantile [en ligne]  
<http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/la-recherche/veille-scientifique-tca/325-meta-analyses-sur-les-caracteristiques-des-troubles-des-conduites-alimentaires-chez-les-patients-ayant-ete-exposes-a-differents-types-de-maltraitance-infantile> (consulté le 16/09/2016)
- (15) B.Delage et al. Etude exploratoire du vécu de la prise en charge des patients et de la fratrie de jeunes filles anorexiques. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence [en ligne] 2014 ; vol 62 ; 508-513.  
<http://www.sciencedirect.com/doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0222961714000026> (consulté le 25/07/2016)
- (16) L. Pollack et al. Qualitative and quantitative analysis of the quality of life of individuals with eating disorders [en ligne] 30 avril 2015.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4560188/> (consulté le 24/09/2016)
- (17) O.Ostermann. Les réseaux sociaux favorisent-ils les troubles alimentaires ? [en ligne] 19 mai 2016.  
<http://madame.lefigaro.fr/bien-etre/reseaux-sociaux-troubles-alimentaires-190516-114328> (consulté le 16/08/2016)
- (18) Inserm. L'anorexie : plaisir de maigrir plutôt que peur de grossir [en ligne] 17 juin 2016.  
<http://www.inserm.fr/espace-journalistes/l-anorexie-plaisir-de-maigrir-plutot-que-peur-de-grossir> (consulté le 02/07/2016)
- (19) D.Rigaud. Composantes neurosensorielles et hormonales dans l'anorexie mentale. [en ligne]  
<http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-209-composantes-neurosensorielles-et-hormonales-dans-l-anorexie-mentale.htm> (consulté le 07/09/2016)
- (20) P.Södersten et al. Dopamine and anorexia nervosa. Neuroscience and Biobehavioral Reviews [en ligne] 2016 ; vol 60 ; 26-30.  
<http://www.sciencedirect.com/doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0149763415300658> (consulté le 25/07/2016)
- (21) Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge [en ligne]  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge)  
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2 clics - anorexie -mentale.pdf> (consulté du 10/03/2016 au 14/02/2017)
- (22) J.Vignau. Proposer une approche motivationnelle dans l'anorexie mentale : une gageure ? [en ligne]  
[http://www.resag.org/sites/resag.cpm.aquisante.priv/files/84\\_TCA%20approche%20motivationnelle.pdf](http://www.resag.org/sites/resag.cpm.aquisante.priv/files/84_TCA%20approche%20motivationnelle.pdf) (consulté le 26/04/2016)

- (23) D.Rigaud. Sonde gastrique : intérêt dans l'anorexie mentale et la boulimie [en ligne]  
<http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-606-sonde-gastrique-interet-dans-l-anorexie-mentale-et-la-boulimie.htm> (consulté le 12/01/2017)
- (24) B.Magalhaes et al. Pompe à GnRH : la grossesse à l'épreuve de l'anorexie ?. European Psychiatry [en ligne] Novembre 2015 ; vol 30 ; supplement.  
<http://www.sciencedirect.com/doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S092493381500406X> (consulté le 20/03/2016)
- (25) P. Sagot. TCA et troubles du cycle menstruel [en ligne]  
<http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-220-tca-et-troubles-du-cycle-menstruel.htm> (consulté le 03/10/2016)
- (26) Inserm. Anorexie : un nouveau marqueur de vulnérabilité [en ligne]  
<http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/anorexie-un-nouveau-marqueur-de-vulnerabilite> (consulté le 26/06/2016)
- (27) X. Laffont. Le « thigh gap », nouveau diktat des ados [en ligne] 18 novembre 2013.  
<http://madame.lefigaro.fr/societe/thigh-gap-nouveau-diktat-ados-181113-630586> (consulté le 25/03/17)
- (28) Association Autrement. Mécanismes des troubles alimentaires [en ligne]  
<https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-84-mecanismes-des-troubles-alimentaires.htm> (consulté le 25/03/17)
- (29) D. Rimbart. Le rôle du pharmacien d'officine face à l'anorexie mentale : dépistage, prévention, orientation, prise en charge. (2012) Thèse pour le diplôme de docteur en pharmacie. Angers, 139 p.
- (30) Vidal Recos. Troubles du comportement alimentaire [en ligne]  
<http://www.evidal.fr/showReco.html?recold=3383> (consulté le 26/03/17)
- (31) Fiche conseil : manque d'appétit, sarcopénie et dénutrition [en ligne]  
[http://www.pharmaciedelepouille.com/appetit\\_sarcopenie\\_denutrition.htm#homeopathie](http://www.pharmaciedelepouille.com/appetit_sarcopenie_denutrition.htm#homeopathie) (consulté le 27/03/17)
- (32) Triomphe sur les dépendances. Le sentier de la restauration [en ligne] Power-point.  
<http://slideplayer.fr/slide/1152436/> (consulté le 27/03/17)
- (33) Intervenir-addiction.fr. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [en ligne]  
<https://intervenir-addictions.fr/intervenir/faire-face-usage-problematique-cannabis/> (consulté le 15/04/16)
- (34) E. Pardot et T. Lescot. Le syndrome de renutrition inappropriée [en ligne] 2015.  
<http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/syndrome-de-renutrition-17-lescot-1442330538.pdf> (consulté le 08/05/16)
- (35) H. Bissada et al. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa : a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Am J Psychiatry [en ligne] 2008; 165:1281–1288.  
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2008.07121900> (consulté le 12/05/2016)

- (36) N. Mondraty et al. Randomized controlled trial of Olanzapine in the treatment of cognitions in anorexia nervosa. *Australasian Psychiatry* [en ligne] Mars 2005, 13(1):72-5.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15777417> (consulté le 12/05/2016)
- (37) PS. Powers et al. Quetiapine in anorexia nervosa patients : an open label outpatient pilot study. *Int J Eat Disord* [en ligne] Janvier 2007 ; 40(1):21-6.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16927383> (consulté le 12/05/2016)
- (38) PS. Powers et al. Double-blind placebo-controlled trial of Quetiapine in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* [en ligne] Juillet 2012 ; 20(4): 331–334.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3755505/> (consulté le 12/05/2016)

# ANNEXE 1

## Recommandations du Vidal concernant la prise en charge de l'anorexie mentale <sup>(30)</sup>



### 1 Interrogatoire et examen clinique

- Une alliance doit être recherchée avec le patient et avec ses proches (surtout chez l'enfant ou l'adolescent), au cours d'un ou plusieurs longs entretiens : recueil de l'anamnèse, de l'histoire familiale, évaluation des troubles alimentaires, psychiques et somatiques.
- L'examen clinique comporte : taille, poids, signes de dénutrition et de ses complications (cardiovasculaire, musculaire), stigmates de vomissements (anomalies à l'ECG), déshydratation, ou signes associés (scarifications, automutilations).

### 2 Évaluation de la gravité de l'anorexie mentale

- Troubles modérés ou précoces : absence de prise de poids chez l'enfant ou amaigrissement, sélection des aliments, restriction hydrique (chez les plus jeunes), vomissements, préoccupation exagérée pour le poids et l'image du corps, exercice physique excessif, travail scolaire intense, repli social.
- Troubles sévères : amaigrissement rapide (ex. : 20 % du poids en 3 mois), alimentation très restreinte et très pauvre en calories, aménorrhée, IMC < 15, perte de poids > 0,5 kg par semaine, PAS < 90 mmHg, PAD < 60 mmHg, FC < 50/min, faiblesse musculaire.
- Troubles gravissimes : IMC < 11 (ou < 13 avec mauvais état général, déshydratation, troubles ioniques), perte de poids > 1 kg par semaine, température < 35 °C, complications cardiaques (hypotension avec différentielle > 2 mmHg, bradycardie < 40/min, tachycardie > 110/min, troubles du rythme, QT long, troubles ioniques : K < 2,5 mEq, Na < 130 mEq) ou psychiatriques (risque suicidaire, comorbidité), troubles de conscience, grande faiblesse musculaire.

### 3 Choix du cadre de traitement

- La plupart des patients peuvent être suivis en ambulatoire.
- L'hospitalisation, avec ou sans séparation familiale, s'impose dans les cas sévères (du fait de facteurs somatiques et/ou psychiatriques et/ou environnementaux) ou lors de complications ou d'échec des soins en ambulatoire.

### 4 Psychothérapie, renutrition et médicaments

- Le praticien se doit de nommer la maladie, de mettre en garde sur ses complications et d'expliquer les objectifs des soins.
- Suivis somatique, psychiatrique et nutritionnel sont associés. Pour les plus jeunes : alternance d'entretiens individuels et avec les parents, et thérapie familiale avec la fratrie.
- Les antidépresseurs n'ont pas leur place dans l'anorexie mentale elle-même. Ils sont réservés aux cas de troubles psychiatriques associés.

Document d'information  
destiné aux familles et aux patients

**Anorexie mentale :**

prise en charge

Juin 2010

Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la


  
 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Avec le partenariat de


  
 AFDAS-TGA
   
ASSOCIATION FRANÇAISE DE DIÉTÉTICIENS ET NUTRITIONNISTES
  
TRONQUELS DU COMPARTIMENT ALIMENTAIRE

**Objectifs**

Ce document a pour objectif d'expliquer brièvement ce que sont ces troubles, quelles sont leurs conséquences et surtout comment agir si vous êtes vous-même concerné(e) ou si l'un de vos proches l'est. L'enjeu est d'améliorer le repérage de l'anorexie pour une prise en charge plus rapide, et de donner des repères pour une meilleure orientation.

**Les TCA en quelques mots**

On appelle troubles du comportement alimentaire (TCA) les conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel, et indiquant des troubles somatiques et psychologiques. Les troubles les plus fréquents sont l'anorexie et la boulimie. Ils touchent dans 9 cas sur 10 des jeunes filles.

Ce qui peut résumer la conduite anorexique, c'est le fait de refuser l'alimentation, alors même que l'on meurt de faim (anorexie mentale), et de refuser la prise de poids alors même que le corps est amaigri (anorexie mentale et anorexie associée à des crises boulimiques).

L'anorexie survient majoritairement chez les jeunes filles pré ou post-pubères, ayant vécu une enfance apparemment sans problème, sans pathologie somatique particulière.

La jeune fille est obsédée par l'idée d'être trop grosse ou de devenir trop grosse et développe des conduites de forte restriction alimentaire (anorexie mentale restrictive), souvent accompagnées de suralimentations incontrôlées (anorexie mentale avec crises de boulimie), accompagnées ou non de comportements compensatoires visant à ne pas prendre de poids, comme l'hyperactivité physique, les vomissements, l'utilisation de laxatifs à outrance.

Ces obsessions vont finir par gouverner toute sa vie. Son estime d'elle-même sera directement liée à son poids.

► Dans un premier temps, le patient vit une lune de miel avec sa propre anorexie, ce comportement apportant un réconfort à sa détresse. Mais très vite, cette stratégie adaptative est dépassée, et le malaise revient en même temps que s'installe une dépendance au contrôle, au manque, au vide, au rien. Ainsi s'installe un véritable cycle infernal.

► Le diagnostic d'anorexie mentale est confirmé quand on repère chez une jeune fille pubère les 3A : restriction alimentaire parfois justifiée par une perte de l'appétit, amaigrissement, aménorrhée (absence de règles). Chez un jeune garçon ou chez une jeune fille pré-pubère, ce sera surtout la perte de poids rapide, avec cassure de la courbe de poids, associée à des perturbations de l'alimentation, qui alertera.



## Quelles conséquences ?

- ▶ Sur le plan corporel ou somatique, la dénutrition entraîne des carences dommageables pour le fonctionnement des muscles (dont le cœur), pour les os (risque de fragilisation des os voire d'ostéoporose précoce), pour le fonctionnement hormonal et aussi pour le cerveau (altération de certains fonctionnements neurobiologiques et cognitifs).
- ▶ L'aménorrhée est parfois la première conséquence somatique détectable de l'amaigrissement excessif, avec en corollaire des troubles de la fertilité et l'aggravation du risque d'ostéoporose précoce plus tard.
- ▶ Si l'amaigrissement s'aggrave et dure, le risque cardiaque se majore ; les risques d'ostéoporose imminente deviennent plus importants.
- ▶ Pour les anorexiques avec conduites boulimiques, certaines conduites compensatoires sont aussi très dommageables : l'émail des dents est mis à mal par les vomissements répétés. Il se fragilise et devient cassant. Les caries peuvent profiter. A terme, on peut craindre des problèmes parodontaux, des déchaussements des dents et une usure irréversible. Par ailleurs des lésions digestives graves peuvent survenir. Les perturbations métaboliques dues aux vomissements, et notamment la perte de potassium, peuvent conduire à une insuffisance rénale (à long terme), voire à un arrêt cardiaque.
- ▶ Sur le plan psychique, la dénutrition et la perception déformée de soi-même (vision de tout ou partie du corps « trop gros ») peuvent participer à une aggravation du manque d'estime de soi. Peuvent par ailleurs apparaître une hyperémotivité, de l'impulsivité (attaque de soi), des variations d'humeur, de l'anxiété, des pensées obsessionnelles et de la dépression, avec, dans les cas les plus graves, apparition de pensées suicidaires.
- ▶ Sur le plan social, le manque d'estime de soi et les obsessions alimentaires entraînent isolément, repli sur soi, parfois interruption des études ou de l'activité professionnelle, et aggravent les troubles des conduites alimentaires, créant un cercle vicieux.

## Que repèrent les proches ?

### Restrictions alimentaires

La jeune fille ou le jeune garçon diminue progressivement les quantités ingérées et sélectionne les aliments dans son assiette. Cette personne élimine certaines catégories d'aliments, souvent les plus caloriques (féculents, lipides). Elle soupire qu'elle n'a vraiment pas faim. Elle se plaint d'être écourée par un aliment qu'elle consommait sans problème jusqu'à présent. Les repas deviennent tendus.

Elle se plaint de douleurs diverses, mais surtout au niveau de l'abdomen. Elle multiplie sa consommation de boissons chaudes, surtout le café et le thé, ou de boissons froides sans calories (eau, soda light).

A table, quand elle n'a pas trouvé le moyen de la désertier, elle tire, coupe en petits morceaux, classe par ordre de taille les aliments, cache et consomme le minimum.

3

### Amaigrissement

La jeune fille ou le jeune garçon maigrit et soit le cache sous des vêtements amples, soit l'exhibe avec fierté par des vêtements de taille de plus en plus petite. Quelques fois beaucoup et très vite. Cet amaigrissement peut atteindre 20 à 30 % de son poids en quelques mois. Cette personne se trouve « trop grosse » et s'en plaint, alors que c'est tout le contraire. Elle éprouve une peur intense à l'idée de prendre du poids. Elle ne se voit, de toute façon, que « trop grosse », globalement ou sur certaines parties de son corps. La rationalité n'a aucune prise sur elle. Il est tout à fait vain d'essayer de la sermonner, d'essayer de lui faire entendre raison, ce qui est source de conflits. Ce n'est, à ce stade, qu'une immense perte d'énergie pour les proches, et le sentiment absolu d'être incomprise pour elle.

### Aménorrhée

Les cycles de la jeune fille sont perturbés, elle n'a bientôt plus ses règles. L'aménorrhée est un élément essentiel de la prise de conscience de la maladie. Cependant, les règles persistent sous contraception oestro-progestative (pilule, patch ou anneau).

### Signes complémentaires

- ▶ La personne se désintéresse petit à petit de toutes les activités qu'elle affectionnait avant. Elle se referme sur elle-même, ne sort plus, et certaines s'enferment pour travailler, surinvestissent leurs études, d'autres perdent le goût de tout.
- ▶ Progressivement, toute son activité psychique, intellectuelle, est absorbée par les pensées autour du poids, de la minceur, l'invention de stratégies pour déjouer la faim et refuser l'alimentation, bien qu'elle ne pense qu'aux aliments puisqu'elle meurt de faim (courses incessantes dans les commerces d'alimentation). Parfois des rituels alimentaires, de rangement ou de lavage apparaissent.
- ▶ En famille, cette personne veut régénier tout ce qui concerne la nourriture, en faisant des listes de courses, en cuisinant pour les autres, mais en ne s'alimentant pas.
- ▶ Elle pourra aussi se plaindre d'insomnies, de filostie, de perdre ses cheveux... conséquences directes de la dénutrition.
- ▶ Dans le cas d'anorexie associée à des crises boulimiques, les manifestations sont parfois plus discrètes (perte de poids moins remarquable), et outre les signes cités ci-dessus les proches seront alertés par :
  - ☞ une préoccupation excessive par rapport au corps. Cela concerne souvent les filles mais peut aussi se repérer chez des jeunes garçons, notamment s'ils pratiquent une discipline sportive ou la minceur et le contrôle du poids sont valorisés à l'excès (gymnastique, athlétisme...);
  - ☞ les signes de conduites purgatives (achat de laxatifs, vomissements dans les toilettes ou sport à outrance...);
  - ☞ des signes indirects : une consommation alimentaire très importante et plus ou moins cachée - les placards se vidant, les emballages vides restent dans les armoires.

4

## Que faire ?

- ▶ La prise en charge précoce de l'anorexie mentale est recommandée pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique, ainsi que les complications somatiques, psychiques et sociales.
- ▶ Une des premières difficultés auxquelles les proches sont confrontés, quand ils ont compris que leur enfant ou leur proche allait mal, c'est de lui faire accepter l'idée de s'engager dans la voie du soin et du changement. En effet, la personne en souffrance s'est engagée dans cette voie, depuis des semaines, des mois, des années, lutant sans cesse contre la faim, organisant avec la plus grande maîtrise sa stratégie, se noyant dans une frénésie d'activités physiques ou intellectuelles, et « jouissant » de sa perte de poids. Elle n'est pas prête à y renoncer. Elle, qui s'est construite autour de ce trouble alimentaire, s'angoisse à l'idée de l'abandonner. D'autant que les traitements visant tous une reprise de poids, ce qui est inévitable pour elle, pour le moment. C'est ce qu'on appelle le déni.
- ▶ Pourtant, une prise en charge rapide évite des souffrances inutiles et améliore le pronostic. Amener la personne à consulter est un défi pour l'entourage et consiste en soi un grand pas sur le chemin de la guérison. La décision de consultation n'est par ailleurs pas toujours aisée à prendre pour les proches qui peuvent avoir peur de consulter. Les associations d'entraide peuvent être très utiles dans cette phase.

La prise en charge d'un trouble du comportement alimentaire est du ressort d'un professionnel de santé. Il vaut mieux chercher de l'aide auprès d'un professionnel de santé, connaissant les TCA, de préférence :

- ☞ un pédopsychiatre ou un pédiatre pour les jeunes enfants ou pour les adolescents ;
- ☞ un généraliste, un psychiatre ou un médecin spécialisé dans les TCA pour les adultes.

- ▶ Ce médecin pourra être le médecin coordonnateur des soins, en assurant la coordination de l'ensemble des interventions pour traiter à la fois les aspects psychologique, nutritionnel et somatique (nécessaire d'une prise en charge multiple). Une évaluation globale du patient sur ces aspects est faite régulièrement par l'équipe soignante pour déterminer les signes de gravité de la maladie.

La FNA-TCA ([www.fna-tca.com](http://www.fna-tca.com)) et l'AFDAS-TCA ([www.anorexiebulimie-aidas.fr](http://www.anorexiebulimie-aidas.fr)) peuvent vous aider dans votre démarche de soins.

- ▶ Dans l'anorexie stricte, les objectifs principaux de la prise en charge seront de restaurer un poids normal pour la taille et l'âge avant tout, et de mettre en route dès que la reprise de poids est suffisante et le permet une psychothérapie adaptée (individuelle et/ou familiale) afin d'assurer une réinsertion sociale de qualité le plus rapidement possible.
- ▶ Quand des conduites boulimiques sont associées, l'objectif sera de mettre en route une psychothérapie pour faire disparaître les crises de boulimie et les stratégies compensatoires.

5

- ▶ L'objectif de poids à atteindre est discuté progressivement avec le médecin. Mais l'arrêt de la perte de poids est le premier objectif pour la plupart des patients, avant d'envisager de reprendre du poids.

- ▶ En parallèle à la prise en charge nutritionnelle et somatique, la psychothérapie est la thérapie de choix des troubles alimentaires. Mais la psychothérapie n'est possible que si la personne a un poids suffisant, sinon ses facultés d'évolution peuvent être amoindries et elle ne bénéficiera pas de la psychothérapie. Lorsque le poids est trop bas, on pratiquera des consultations avant pour but une psychothérapie de soutien dont l'objectif sera d'accompagner la reprise de poids et de faire face à l'angoisse qui ne manquera pas d'émerger (cf. chapitre *En savoir +*).

## Quid de l'hospitalisation ?

- ▶ Ce n'est plus un recours systématique. On privilégie initialement le soin dans l'environnement habituel du patient (consultations dites en ambulatoire) quand cela est possible, c'est-à-dire sans danger.

L'hospitalisation est devenue rare, mais se justifie lorsque le pronostic vital du patient est engagé, que la situation n'a pas évolué suffisamment avec un traitement ambulatoire bien conduit (on dit qu'elle se chronise et c'est très dangereux pour l'avenir) ou lorsque le patient et/ou la famille sont épuisés et ont besoin de souffler un peu pour débloquer la situation.

- ▶ Elle permet de parler au plus pressé, c'est-à-dire de stopper la dénutrition, d'aider à contenir un trop-plein d'angoisse et/ou de dépression, puis de mettre en place un projet de soins ambulatoires adaptés.

- ▶ La mise à distance du milieu de vie habituel induite par l'hospitalisation, avec ou sans séparation en fonction des équipes et des situations, permet à certains patients, qui n'y arrivent pas dans leur cadre familial, de sortir de la spirale infernale de la maladie et de trouver une motivation à la guérison.

- ▶ Si l'hospitalisation était il y a quelques années, pour certaines familles, synonyme de traumatisme, elle a beaucoup évolué, notamment grâce à l'exemple de services spécialisés qui ont développé une prise en charge de ces troubles à la fois compétente et respectueuse de l'alliance thérapeutique avec le patient et les familles (cf. chapitre *En savoir +*).

- ▶ Dans le domaine des soins pour anorexie mentale, les proches sont de précieux alliés sur le chemin de la guérison. Mieux, souvent les familles ont de multiples compétences pour aider la personne en souffrance, et contribuent très largement à la guérison lorsqu'elles sont systématiquement associées à l'action des personnels de soin.

6

## Guérit-on des TCA ?

### ☺ Oui ! En sachant que

- ▶ Plus vite on consulte, plus on peut éviter que les troubles s'installent, de manière chronique et que l'organisme se fragilise ;
- ▶ Plus on consulte tôt, plus on peut réduire les souffrances physiques et psychologiques de la personne qui souffre des troubles et de ses proches.
- ☞ Plus on consulte tôt, plus on peut guérir vite et se sentir bien dans son corps et dans sa tête !

## En savoir +

### Sur les psychothérapies

- ▶ De manière générale, sont proposées des thérapies de type psychodynamique, pour un travail de fond, pour que les patients comprennent ce qui les a amenés là où ils en sont aujourd'hui et qu'ils puissent remplacer leurs comportements destructeurs par une solution plus adaptée pour leur avenir. C'est un travail de longue haleine, qui prend quelquefois des années.
- ▶ On a également recours à des approches de type cognitivo-comportemental, qui agissent à plusieurs niveaux. Le premier étant souvent un niveau d'éducation à la nutrition, pour bien en comprendre les enjeux. Le second, plus comportemental, permettra aux patients de mieux gérer l'affirmation de soi, de mieux être en relation avec les autres. Cela permettra également de travailler sur l'anxiété. Ces thérapies sont très utiles parfois, pour dénouer un moment de crispation et de stagnation dans le processus thérapeutique.
- ▶ Sont fréquemment proposées des thérapies dites familiales, qui impliquent l'enfant, un ou les deux parents, et quelquefois la fratrie. Ces thérapies sont particulièrement indiquées chez les enfants et les adolescents amenés à vivre encore plusieurs années dans un système familial qui doit absolument apprendre à accompagner leur processus de guérison. S'il est essentiel que les patients puissent bénéficier de soins, il est tout aussi essentiel que l'environnement dans lequel ils vivent soit accompagné et aidé. C'est tout l'intérêt de ces approches.
- ▶ On pourra également utiliser l'espace des groupes de parole, avec d'autres personnes concernées par la maladie. Ces groupes permettent à chacun d'exprimer son ressenti par rapport à la maladie, de comprendre que d'autres peuvent vivre la même chose, de partager, d'échanger, d'adopter un autre angle de vue. Ces groupes sont très riches et dynamisants.

7

### Sur l'alliance thérapeutique en cas d'hospitalisation

- ▶ Parce qu'une hospitalisation sans consensus serait non productive, l'hospitalisation doit être discutée avec le patient lui-même et avec sa famille. Elle se prépare, sauf urgence vitale, avec le patient et sa famille au travers d'entretiens d'information, de discussion du projet de soins et de visite du service.
- ▶ Pendant l'hospitalisation dans un service spécialisé, le patient va être entouré, accompagné du personnel soignant. On lui propose un programme nutritionnel adapté, des entretiens thérapeutiques, ainsi que des activités de groupe, comme des groupes de parole, de l'art-thérapie, du sport, des activités culturelles, etc. Une thérapie peut être débutée ou poursuivie en cours d'hospitalisation ou après.
- ▶ La séparation avec le système familial est indolite de fait par une hospitalisation. Selon les équipes elle est pratiquée de manière différente, et vous sera expliquée : elle est modulée selon l'âge et accompagnée : si cela n'est à votre sens pas suffisant, n'hésitez pas à en parler avec les équipes. En cas de séparation (qui n'est plus un isolement), les parents peuvent quotidiennement avoir des nouvelles de leur enfant, des visites sont programmées.
- ▶ Dans tous les cas, l'encouragement sera accompagné dans cette hospitalisation qui constitue également une épreuve pour lui (groupes de parents, thérapies familiales, entretiens, etc.).

Ce document a été réalisé avec le concours de la Fédération Nationale d'Associations TCA (FNA-TCA).

**HAS**

Ce document est l'un des deux documents d'information destinés aux familles et aux patients, relatifs aux recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge »  
Recommandations pour la pratique clinique – juin 2010.  
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et sur [www.anorexieboulimie-sidas.fr](http://www.anorexieboulimie-sidas.fr)



## ANNEXE 3

### Document d'information de la HAS destiné aux patients <sup>(21)</sup>

Document d'information

**L'anorexie mentale,**  
et si ça me concernait ?

Juin 2010

Avec le partenariat méthodologique  
et le soutien financier de la

**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Avec le partenariat de

**AFDAS-TCA**  
TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

►► Je suis préoccupée par mon poids, mon alimentation et l'image de mon corps.

☞ Mais comment savoir si de telles préoccupations sont devenues excessives ?

**Quelques questions à me poser**

►► Sans être exhaustive, voici une liste de questions qui peuvent m'en apprendre plus :

- 1 M'arrive-t-il de me faire vomir parce que je me sens mal d'avoir trop mangé ?
- 2 Avoir perdu le contrôle de ce que je mange m'inquiète-t-il ?
- 3 Ai-je récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
- 4 Les autres me trouvent-ils trop mince alors que je pense que je suis gros(se) ?
- 5 Dirais-je que la nourriture domine ma vie ?

► En cas de réponse positive à au moins 2 de ces questions, il est fortement possible que je souffre d'un trouble du comportement alimentaire appelé « anorexie mentale » ou « anorexie associée à des crises boulimiques » (si j'ai eu des épisodes de restriction alimentaire avec des pertes de contrôle débouchant sur des conduites de compensation : vomissements, sport à outrance...)

Les personnes les plus concernées sont :

- ☞ les pré-adolescentes
- ☞ les adolescentes
- ☞ les jeunes femmes
- ☞ les mannequins, danseurs et sportifs (sports valorisant ou nécessitant le contrôle du poids, sports d'endurance, ...)

2

## Qu'appelle-t'on « troubles du comportement alimentaire » ?

- ▶ On appelle troubles du comportement alimentaire (TCA) les conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel, et induisant des troubles somatiques et psychologiques. Les troubles les plus fréquents, en dehors du grignotage et de la suralimentation, sont l'anorexie et la boulimie. Ils touchent dans 9 cas sur 10 des jeunes filles ou femmes, mais les garçons et les hommes peuvent être concernés.
- ▶ Ce qui peut résumer la conduite anorexique, c'est le fait de refuser l'alimentation, alors même que l'on meurt de faim (anorexie mentale), et de refuser la prise de poids alors même que le corps est amaigri (anorexie mentale et anorexie associée à des crises boulimiques). Pour éviter la prise de poids, la personne anorexique peut avoir recours à une hyperactivité physique, et/ou à des vomissements, et/ou à une utilisation de laxatifs à outrance et à un contrôle obsessionnel du poids. Ces obsessions vont finir par gouverner toute sa vie, lier estime de soi et maîtrise du poids et créer une dépendance au manque, au « rien ».
- ▶ Les conséquences physiologiques (risques d'ostéoporose, risques cardiaques accrus, possibles troubles de la fertilité, etc.), psychologiques (hypertémoïté, anxiété, aggravation du manque d'estime de soi, risque de dépression, etc.) et sociaux (isolement, repli sur soi) sont sévères.
- ▶ C'est pourquoi il importe de ne pas rester seul(e) face à ces troubles, car ils se résorbent rarement d'eux-mêmes et peuvent réellement gêner la vie.

## Que puis-je faire ?

- ▶▶ **Je peux à un rythme qui me convient opter pour une ou plusieurs des solutions suivantes :**
  - ☞ consulter un médecin généraliste, un pédiatre ou/et un médecin psychiatre avec qui maître en place une prise en charge adaptée pour aller mieux. Ce médecin pourra être le médecin coordonnateur des soins, en assurant la coordination de l'ensemble des intervenants pour traiter à la fois les aspects psychologique, nutritionnel et somatique ;
  - ☞ consulter un(e) psychothérapeute pour maître des mots sur mes souffrances, en comprendre le sens, m'aider à vivre et dépasser mes angoisses, m'aider à modifier mes comportements et à me sentir mieux ;
  - ☞ faire appel à une association d'entraide, spécialisée dans les troubles des comportements alimentaires. Les membres de ces associations ont souvent une grande expérience de ces troubles. Certains en ont eux-mêmes souffert et en ont guéri ;
  - ☞ m'appuyer sur le soutien d'un(e) de mes proches qui peut m'aider à mieux prendre conscience au quotidien de mes comportements et de mes troubles, me procurer un support affectif dans les moments de doute et d'angoisse et m'accompagner par sa présence reconfortante sur la voie de la guérison ;

3

- ☞ envisager, après discussion avec mes proches et/ou mon médecin, la possibilité d'une hospitalisation, en cas de sensation de grande fatigue physique ou mentale, que ce soit de ma famille ou de moi-même. L'hospitalisation aujourd'hui se fait dans un souci de respect et d'accompagnement du patient et de sa famille et peut offrir un temps de « pause » à chacun. Des programmes pluridisciplinaires sont proposés (un programme nutritionnel adapté, des entretiens thérapeutiques quotidiens, ainsi que des activités de groupe, comme des groupes de parole, de l'art-thérapie, des ateliers de psychodrame, du sport, des activités culturelles, etc.).

La FNA-TCA ([www.fna-tca.com](http://www.fna-tca.com)) et l'AFDAS-TCA ([www.anorexieboulimie-afdas.fr](http://www.anorexieboulimie-afdas.fr)) peuvent vous aider dans votre démarche de soins.

## Puis-je en guérir ?

- 😊 **Oui ! En sachant que**
  - ▶ plus je consulte tôt, plus je peux éviter que l'anorexie s'installe, devienne chronique et que mon organisme se fragilise ;
  - ▶ plus je consulte tôt, plus je peux réduire mes souffrances physiques et psychologiques, ainsi que celles de mes proches.
- ☹ **Plus je consulte tôt, plus je peux guérir vite et me sentir bien dans mon corps et dans ma tête !**

Ce document a été réalisé avec le concours de la Fédération Nationale d'Associations TCA (FNA-TCA).

HAS

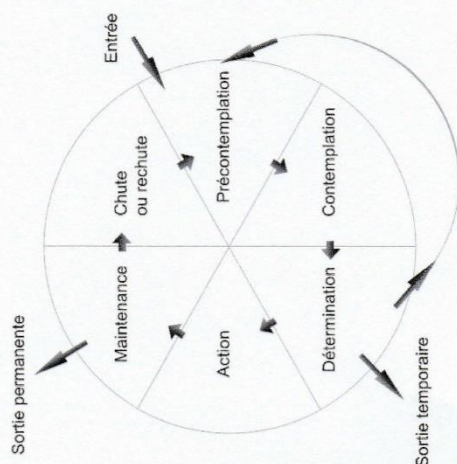
Ce document est l'un des deux documents d'information destinés aux familles et aux patients, réalisés aux recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge »  
Recommandations pour la pratique clinique – juin 2010.

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

## ANNEXE 4

**Le cycle de Prochaska et les différentes phases de changement d'un patient souffrant d'addiction** <sup>(33)</sup>

<b>Stade de changement</b>	<b>Attitude du praticien préconisée</b>
<p><b>Pré-contemplation</b> Le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices.</p>	<p>Transmettre quelques informations dans une stratégie de réduction des risques.</p>
<p><b>Contemplation</b> A ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser un entretien motivationnel visant à développer la motivation de la personne, en s'appuyant notamment sur les divergences entre le comportement et les valeurs du patient (enfants, travail, famille, études, santé mentale...);</li> <li>- Evaluer les risques et les avantages du comportement anorexique;</li> <li>- Reconnaître l'ambivalence et évoquer les raisons de changer.</li> </ul>
<p><b>Détermination</b> A ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoriser toute décision de changement;</li> <li>- Aider à trouver une bonne stratégie: établir des plans, fixer des buts et déterminer les ressources nécessaires pour appuyer les interventions définies.</li> </ul>
<p><b>Action</b> Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes.</p>	<p>Soutenir et encourager le patient pour l'aider à avancer.</p>
<p><b>Maintenance</b> Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire une liste des situations à risque de rechute;</li> <li>- Préparer un système d'alarme en cas de rechute;</li> <li>- Valoriser les efforts.</li> </ul>
<p><b>Rechute</b> La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déramatiser;</li> <li>- Etre tolérant avec le patient;</li> <li>- Réunir les réseaux de soutien.</li> </ul>



**ANNEXE 5**



## Planning hebdomadaire de l'HDJ à l'hôpital Fontan 2 du CHRU de Lille

### PLANNING HDJ TCA

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI
8h30-	Accueil infirmier : relevé des courbes (pesée, tension, dextro) – évaluation de l'alimentation au domicile Consultation*				
9h30-	Collation avec boisson chaude				
10h00-	Evaluation individuelle du repas apporté pour le midi	Activité Physique Adaptée** <u>Ou</u> Atelier cuisine	<b>Atelier détente créative**</b> <i>(Association Blouses Roses)</i>	<b>Atelier art thérapie**</b> <i>pour tous les patients (Association Charlotte)</i>	<b>Atelier développement personnel</b> <i>Psychologue + infirmière</i>
11h00-	Atelier Yoga**				
11h30-			<b>Consultation*</b>	<b>REPAS SELF</b>	
12h30-	<b>REPAS APORTE PAR CHACUN</b>	<b>REPAS ATELIER CUISINE</b>	<b>REPAS SELF</b>	<b>PLATEAU REPAS CHR</b>	<b>REPAS SELF</b>
13h00-				Groupe de parole (debriefing du repas)	Groupe de parole (debriefing du repas) Départ 13h30
13h30 -	Courses pour l'atelier cuisine du lendemain <u>Ou</u> Consultation*	Groupe de parole (debriefing du repas) <u>Ou</u> Atelier psychoéducation (soignants + diététicienne)	<b>Activité Physique Adaptée**</b> <u>Ou</u> <b>Consultation*</b>	/	<b>Atelier socio-esthétique**</b>
16h00 -					

\* consultation : médicale/psychologue/diététicienne

\*\* atelier animé par un intervenant extérieur avec présence d'un soignant de l'HDJ

Atelier fermé

Atelier ouvert

*Rappel : le travail scolaire ou professionnel n'est pas approprié sur le lieu de l'hôpital de jour dans le cadre des soins.*

## ANNEXE 6

### Règlement intérieur de l'HDJ à l'hôpital Fontan 2 du CHRU de Lille



Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille



#### Règlement intérieur

#### Hôpital de Jour TCA Troubles de Conduites Alimentaires

L'Hôpital de Jour «Troubles des Conduites Alimentaires» propose un mode d'accompagnement conçu pour soutenir la motivation personnelle à abandonner des comportements alimentaires problématiques et alléger les souffrances induites par le retour à une alimentation adaptée. Ce concept offre par ailleurs une place privilégiée aux familles dans le processus thérapeutique.

#### Quels sont les principes généraux qui sous-tendent ce processus thérapeutique ?

- 1) l'accompagnement repose sur un **engagement du patient (et de ses parents)** sur plusieurs semaines ;
- 2) pour les plus jeunes, les **parents sont directement associés au processus** de reprise de poids de leur enfant ;
- 3) la famille est sollicitée pour installer un **environnement stable et sécurisant** à la maison ;
- 4) le patient, quelque soit son âge, possède **ses propres ressources** et est capable de les activer.

#### Quels sont les principes spécifiques sur lesquels reposent les soins l'Hospitalisation de Jour (HDJ) ?

- 1) l'HDJ agit par l'instauration d'un cadre discontinu mais régulier, sur une **base hebdomadaire** (1 à 5 séance(s) par semaine) ;
- 2) les soins d'HDJ visent à soutenir la mise en place de **nécessaires changements dans les conduites alimentaires du patient**, tout en maintenant ce dernier dans son environnement naturel ;
- 3) les soins en HDJ comportent des **accompagnements individuels** (entretiens, consultations) et des **activités thérapeutiques en groupe**.

#### Quelles sont les conditions d'admission en Hôpital de Jour – Troubles des Conduites Alimentaires ?

- ✗ Etre âgé d'au moins 15 ans,
- ✗ Habiter à moins d'une heure de trajet de Lille,
- ✗ Présenter un trouble alimentaire de type anorexie mentale ou boulimie,
- ✗ Etre en capacité physique de tolérer la prise de repas « normaux » et de s'engager dans divers ateliers thérapeutiques,
- ✗ Etre entouré de proches (parents ou conjoint) prêts à s'engager dans les soins afin de garantir un environnement stable et sécurisant au quotidien à la maison (notamment pour la prise des repas et/ou la prévention des vomissements et des crises de boulimie)

#### Quelles sont les modalités pratiques du séjour en Hôpital de Jour – Troubles des Conduites Alimentaires ?

- ✗ La durée de séjour est fixée à 3 mois, et peut être révisée selon l'évolution des troubles alimentaires ;
- ✗ La présence hebdomadaire est fixée par l'équipe soignante en accord avec le patient, et peut varier de 1 à 5 jours par semaine (du lundi au vendredi) ;
- ✗ Compte tenu du coût des transports, une demande de 100% (ALD) auprès de la caisse d'assurance maladie est fortement conseillée. Celle-ci est à effectuer par le médecin traitant, sur demande du patient ou de son représentant légal ;
- ✗ Après 1 mois de prise en charge, un compte rendu de séjour est adressé au médecin traitant et au patient.

Afin de concilier le processus d'hospitalisation de jour et la vie scolaire ou professionnelle, le service social est à l'écoute des patients et de leur famille pour toute question relative à des aménagements de vie : Projet d'Accueil Individualisé avec l'établissement scolaire, organisation d'un rattrapage des cours (SAPAD), communication avec les directeurs des études dans l'enseignement supérieur, collaboration avec la Médecine du Travail, projets d'autonomie (foyers jeunes travailleurs, résidence universitaire, clinique soins études...).

### Quel est le fonctionnement de l'unité ?

#### Les horaires

Les soins débutent dès l'arrivée du patient à 8h30, et impliquent une disponibilité complète de sa part, jusqu'à son départ vers 16h. En arrivant à 8h30 les patients sont censés avoir pris un petit déjeuner « normal » à la maison.

#### Les soins proposés

Entretiens médicaux	Ateliers d'expression artistiques et littéraires
Soins paramédicaux	Atelier socio-esthétique
Psychothérapie	Activité physique adaptée
Repas thérapeutiques*	Sorties culturelles

\*Les repas thérapeutiques sont des repas « normaux » en quantité et en qualité, pris avec les soignants et dans des contextes variés (restauration collective ou classique, cuisinés par les patients, pique-nique...)

#### Les médicaments et effets personnels

En cas de traitement en cours, il est demandé au patient de rapporter une copie d'ordonnance récente lors de la journée de pré admission. Les médicaments sont stockés avec les effets personnels du patient dans une armoire du service fermée par un cadenas. L'accès à cette armoire est permis dans les moments de transition de la journée (repas).

#### Le téléphone portable

Les téléphones portables font partie des effets du patient et à ce titre sont stockés dans l'armoire. Sauf exception, le patient n'y a accès que le midi au moment du repas.

#### Les absences

Toute absence doit être justifiée, de façon systématique. Si les absences se répètent, la poursuite des soins sera remise en question, et d'autres modalités de soins seront proposées le cas échéant.

#### Le lien avec la famille

L'engagement direct de la famille dans les soins est indispensable. Les modalités de participation sont adaptées à chaque situation particulière, et sont discutées avec l'ensemble des intéressés :

1. Au travers d'entretiens (téléphoniques ou en personne) systématiques pour tous les patients
2. Selon les nécessités :
  - lors de séances de Thérapie Familiale ;
  - lors de séances de Thérapie Multi Familiale regroupant plusieurs familles de jeunes patients suivis en HDJ (pendant une journée complète).

Par ailleurs, un Groupe Parents mensuel est ouvert aux familles de patients suivis dans toutes les unités du service (HDJ, hospitalisation complète et consultations ambulatoires).

#### Les thérapies extérieures

La prise en charge durant la phase aiguë (reprise de poids, arrêt de vomissements ou de crises de boulimie) nécessite une totale cohérence des interventions de chacun (thérapeutes et famille). Afin de ne pas interférer avec ce processus, avec l'accord des parents et du patient, il est convenu que toute autre prise en charge du trouble alimentaire s'interrompt le temps des soins en HDJ (sauf exception qui ferait l'objet d'un cadre précis en accord avec le thérapeute).

## ANNEXE 7

### Eléments recueillis dans le dossier d'entrée à l'hôpital du patient anorexique (HDJ ou HTC)

#### Conduites alimentaires actuelles

- Paramètres recueillis à l'entrée :
  - o Pouls
  - o Tension artérielle
  - o Glycémie non à jeûn sur sang capillaire
  - o Poids, taille et IMC
  - o Poids lors de la dernière consultation

Conduites de restriction alimentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Jeune total ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand ?
Sauts de repas ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Eviction d'aliments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels ?
Crises de boulimie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle fréquence ?
Sentiment de perte de contrôle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres actes compensatoires inappropriés ? <ul style="list-style-type: none"><li>- Prise de laxatifs/diurétiques ?</li><li>- Déambulations incessantes ?</li><li>- Sport à outrance ?</li><li>- Potomanie ?</li></ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien de L par jour ?
Autres perturbations du comportement alimentaire ? <ul style="list-style-type: none"><li>- Contrôle de la préparation des repas ?</li><li>- Rituels pré/per/post-prandiaux ?</li><li>- Pensées obsessionnelles ?</li><li>- Anxiété per/pré-post prandiale ?</li><li>- Refus des repas en groupe ?</li></ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- Durée moyenne d'un repas ? ..... minutes
- Coût moyen dépensé pour réaliser les crises de boulimie ? ..... €
- Temps moyen consacré pour une crise de boulimie ? ..... minutes
- Exemple de crise de boulimie typique ?
- Fréquence des pesées corporelles ?



## Concernant la symptomatologie somatique

Vomissements provoqués durant les 30 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, - Après une crise de boulimie ou un repas ? - Fréquence ?
Hypokaliémie durant les 30 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Palpitations, malaises durant les 30 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Supplémentation prescrite durant les 30 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ECG perturbé durant les 30 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aménorrhée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, primaire ou secondaire ?
Prise d'une contraception oestro-progestative ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Antécédents de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Préciser sous celle-ci a eu lieu sous LH-RH)

## Perception des troubles par le patient

Altération de l'image du corps, déni de maigreur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Estime de soi excessivement dépendante de la corpulence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Histoire des troubles alimentaires

- Antécédents de surpoids ou d'obésité en période pré-pubère ?
- Poids effectif 1 mois et 6 mois avant la date du jour ?
- Age de début des troubles ?
- Contexte et nature des premiers symptômes ? (question ouverte)
- Périodes distinctes d'évolution des troubles ?

## Historique de la prise en charge du sujet

- Date du 1<sup>er</sup> recours et structure
- Prises en charge ambulatoires
- Séjours hospitaliers
- Suivis effectués
- Traitement médicamenteux en cours

### Concernant la santé physique et psychique globale du sujet

- Antécédents personnels :
  - o Médicaux
  - o Chirurgicaux
  - o Psychiatriques
- Substances consommées durant les 30 derniers jours (avec quantités correspondantes) :
  - o Tabac
  - o Alcool
  - o Cannabis
  - o Autres

### Dynamique familiale

- Situation : célibataire, vie maritale, marié ...
- Le sujet a-t-il des enfants ? Combien ? Vivent-ils au domicile ?
- Concernant les parents et la fratrie du sujet :
  - o Age
  - o Activité professionnelle
  - o Problèmes de santé ?
  - o Dépendances, addictions ?
- Génogramme
- Observations sur les relations du sujet avec sa famille

### Enfance et adolescence du sujet


- Principaux faits marquants ?
- Vie et cursus scolaire ?

### Vie sociale du sujet

- Activité professionnelle
- Absentéisme scolaire ou arrêts de travail ?
- Origine des principales ressources actuelles
- Logement
- Loisirs, sports, activités ?
- Remarques sur la vie sociale et relationnelle du patient

## ANNEXE 8

### Brochure du dispositif d'accompagnement des familles en HDJ à l'hôpital Fontan 2 du CHRU de Lille



**Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille**

**Troubles des Conduites Alimentaires**  
Dispositif d'Accompagnement  
des Familles

**Dispositif d'Accompagnement des Familles** (Groupe Parents, Thérapie Familiale, Thérapie Multi Familiale).

En effet, vous êtes nombreux dans cette situation à vous sentir légitimement inquiets, anxieux, voire désemparés et impuissants face aux attitudes et aux comportements de votre enfant, à son mutisme ou aux signes évidents de son mal-être. Il est courant que l'enfant nie tout problème et demande à ses parents de ne pas s'inquiéter. Mais en attendant, que faire ? Comment réagir ?

Même si vous arrivez de traverser des phases de découragement, d'avoir l'impression « d'avoir tout essayé » (fermeté, douceur, concessions ou menaces) et que « rien ne marche », nous avons la preuve qu'en étant soutenus et guidés par une équipe spécialisée, **vous pouvez contribuer de façon efficace à la prise en charge de votre enfant.**

Notre dispositif d'aide aux familles repose sur une méthode qui a fait ses preuves chez l'adolescent<sup>1</sup> et qui vise à mobiliser les ressources de l'entourage du patient pour le conduire vers la guérison.

<sup>1</sup>AFDAS-TCA, H., Anorexie Mentale : prise en charge - Argumentaire, 2010  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_986037/anorexie-mentale-prise-en-charge-argumentaire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_986037/anorexie-mentale-prise-en-charge-argumentaire)

Hôpital de Jour TCA  
Module Multi Familial

Le **Module Multi Familial** est proposé aux familles des patients suivis à l'**Hôpital de Jour** (HDJ-TCA), et vient en complément des soins individuels et familiaux qui sont habituellement dispensés dans le traitement de l'anorexie mentale et de la boulimie de l'adolescent (et de l'adulte jeune).

Le **Module Multi Familial** consiste en une thérapie regroupant plusieurs couples de parents avec leur enfant malade ; les familles prennent leur repas sur place et participent à divers ateliers abordant plusieurs aspects des troubles et de leur traitement. Il s'agit mieux connaître la maladie et la manière d'y répondre, dépeupler des manières d'agir, de retrouver de la confiance par un soutien mutuel entre familles exposées aux mêmes difficultés, d'être mieux armé pour lutter contre les sentiments d'isolement, de culpabilité, voire de honte et toutes les tentations du découragement et de l'abandon qui ne manquent pas de jalonner le parcours des familles.

Le **Module Multi Familial** se déroule en plusieurs séances d'une journée de 8h30 à 16h. Ce module vous sera proposé par l'équipe soignante, le cas échéant.

## Thérapie Familiale

La **Thérapie Familiale** permet d'aborder en profondeur certaines fragilités ou perturbations du fonctionnement de la famille qui dépassent le cadre strict des troubles alimentaires de l'adolescent (ou adulte jeune).

La **Thérapie Familiale** n'est pas proposée de façon systématique à toutes les familles. L'indication est posée par l'équipe soignante. Dans certains cas, l'objectif visé est de restaurer le minimum de capacités d'action de la famille indispensable pour démarrer la prise en charge de l'enfant dans les meilleures conditions possibles. Dans d'autres cas, l'objectif est, à l'inverse, de faciliter une sortie harmonieuse de la prise en charge et, indirectement, de prévenir au mieux les rechutes du trouble alimentaire.

La **Thérapie Familiale** se déroule sous la forme d'entretiens regroupant les membres d'une seule et même famille (contrairement au Groupe Parents et au Module Multi-Familial) sur la base d'un rythme mensuel.

## Groupe Parents

Le **Groupe Parents** vient en complément des soins individuels et familiaux qui sont habituellement dispensés dans le traitement de l'anorexie mentale et de la boulimie de l'adolescent (ou adulte jeune).

Le **Groupe Parents** offre aux familles la possibilité d'un partage d'expériences qui les soutient dans les nécessaires ajustements à effectuer dans leurs propres manières d'être et d'agir vis-à-vis de l'adolescent malade afin de l'aider au mieux sur le chemin de la guérison. Chaque séance aborde un aspect de la maladie ou de son traitement. Au cours de quelques séances, les frères et sœurs ont la parole : leur point de vue et leur ressenti sont très importants à considérer par les thérapeutes et les parents pour que les soins se déroulent harmonieusement.

Le **Groupe Parents** se réunit mensuellement et est animé par différents membres de l'équipe soignante : psychologue, psychiatre, diététicienne...  
Pour vous inscrire, il suffit de vous manifester auprès du secrétariat.

### Renseignements, inscription :

Module Multi-Familial  
**Thérapie Familiale**  
Groupe Parents

03 20 44 60 86

## ANNEXE 9

### Exemples de menus selon la ration journalière, pour les repas des patients hospitalisés en service de TCA à l'hôpital Fontan 2 du CHRU de Lille

#### Ration à 600 kcal par jour

<b>Matin</b>	1 tranche de pain ½ portion de beurre 1 laitage ou bol de lait
<b>Midi</b>	50 g de légumes assaisonnés 100 g de féculents assaisonnés cuits ½ viande ou 1 poisson
<b>Collation</b>	1 yaourt nature
<b>Soir</b>	50 g de légumes assaisonnés 100 g de féculents assaisonnés cuits ½ viande ou 1 poisson

#### Ration à 1 900 kcal par jour

<b>Matin</b>	3 tranches de pain 1 portion de beurre ½ portion de confiture 1 fruit 1 laitage sucré
<b>Midi</b>	50 g de crudités assaisonnées 150 g de légumes assaisonnés 150 g de féculents assaisonnés cuits 1 viande ou 1 poisson 1 portion de fromage 1 laitage sucré 1 fruit
<b>Collation</b>	2 tranches de pain ½ portion de beurre ½ portion de nourriture
<b>Soir</b>	50 g de crudités assaisonnées 150 g de légumes assaisonnés 150 g de féculents assaisonnés cuits 1 viande ou 1 poisson 1 portion de fromage 1 laitage sucré 1 fruit



**DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE**

Nom et Prénom de l'étudiant : ...ROUZÉ BEHINA.....

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 11/01/2017 à 18h15. Amphithéâtre ou salle : ...Cuvier.....  
jour mois année

**Avis du conseiller (directeur) de thèse**

Nom : ...GRESSIER..... Prénom : ...Bernard.....

- Favorable  
 Défavorable

Motif de l'avis défavorable : .....

Date : 07-04-2017

Signature:

Pr Bernard GRESSIER  
P.U./P.H.

**Avis du Président de Jury**

Nom : ...DINE..... Prénom : ...Thierry.....

- Favorable  
 Défavorable

Motif de l'avis défavorable : .....

Date : 07/04/2017

Signature:

**Décision de Monsieur le Doyen**

- Favorable  
 Défavorable

Le Doyen



D. CUNY

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille 2  
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2016/2017

**Nom :** ROUZÉ  
**Prénom :** Bettina

**Titre de la thèse :** L'anorexie mentale : physiopathologie, diagnostic et prise en charge.

**Mots-clés :** anorexie mentale, troubles du comportement alimentaire, addiction comportementale, renutrition, psychothérapie, pharmacien d'officine.

---

**Résumé :**

Maladie mentale la plus mortelle, l'anorexie mentale se définit par une restriction volontaire de l'alimentation entraînant donc une perte de poids. Elle est par ailleurs caractérisée par un refus de maintenir le poids corporel dans la normale, une peur intense de prendre du poids et une altération de l'image de son propre corps.

C'est en fait une addiction comportementale : quand un patient alcoolique recourt à la consommation d'alcool pour faire face à une difficulté, l'anorexique, lui, se prive de manger. Le risque de rechutes étant important, un suivi soutenu doit être poursuivi à long terme.

Régulièrement relayée dans les médias, la pathologie est souvent associée au milieu du mannequinat. Pourtant, elle peut toucher tous les âges, et aussi bien les femmes que les hommes. Mais c'est chez la fille adolescente ou jeune adulte qu'elle est la plus représentée, et c'est d'ailleurs la maladie la plus mortelle chez l'adolescent (avant les cancers).

Tout l'enjeu de celle-ci se joue dans sa précocité : plus le dépistage et le démarrage de la prise en charge sont précoces, plus les chances de guérison à long terme sont importantes. Les soins sont multidisciplinaires et font appel à différents professionnels de santé. Ils peuvent être menés en ambulatoire ou à l'hôpital selon la gravité des troubles et le contexte. L'anorexie mentale est traitée comme toute conduite addictive, en insistant sur la psychothérapie, mais aussi les thérapies familiales (surtout chez l'enfant et l'adolescent).

Pour l'instant, les médicaments ont encore peu de place dans le traitement de fond de l'anorexie mentale. Certains sont en cours d'étude (notamment les neuroleptiques), et il faut poursuivre leur utilisation à l'hôpital pour avoir plus de recul sur leur efficacité. Par ailleurs, le pharmacien est encore « oublié » dans le processus de soins du patient anorexique. Pourtant, premier professionnel de santé sollicité par le grand public, il peut jouer un rôle à tous les niveaux : en prévention, en dépistage, et en accompagnement du patient dans sa prise en charge et son suivi.

---

**Membres du jury :**

**Président :** Monsieur Thierry DINE, Professeur des Universités, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

**Assesseur(s) :** Monsieur Bernard GRESSIER, Professeur des Universités, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

**Membre(s) extérieur(s) :** Dr Hervé BRUMAIN, Docteur en Pharmacie, Pharmacie Centrale de Billy-Montigny.