

**THÈSE
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le mardi 14 mai 2024
Par Mme BRUGGEMAN Elsa**

**TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE À L'OFFICINE :
CONSEILS ET PRÉVENTION**

Membres du jury :

Président : Monsieur DÉCAUDIN Bertrand, Vice-président Ressources humaines à l'Université de Lille et PU-PH en Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière à la Faculté de Pharmacie de Lille

Directeur, conseiller de thèse : Madame PINÇON Claire, Maître de conférences en Biomathématiques, Faculté de Pharmacie de Lille

Membre extérieure : Madame BOSCHETTI Isabelle, Pharmacien d'officine titulaire, Pharmacie Boschetti à Bondues

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 1/9

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Audrey Henebelle Assistante de direction	Cyrille Porta Responsable des Services	Delphine Allorge Doyen

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources humaines
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Etienne PEYRAT
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Bertrand DÉCAUDIN
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Damien CUNY
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Valentin ROUSSEL

Faculté de Pharmacie

Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable des Services
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Delphine ALLORGE
Anne GARAT
Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 2/9

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 3/9

M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 4/9

M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 5/9

M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 6/9

Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 7/9

M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 8/9

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 9/9

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMAPGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	NDIAYE-BOIDIN	Maguette	Anglais
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Version	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0		20/02/2020	Création
2.0		02/01/2022	Mise à jour
2.1		21/06/2022	Mise à jour
2.2		01/02/2024	Mise à jour



UFR3S-Pharmacie

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



REMERCIEMENTS

À la faculté, pour son enseignement et toutes ces rencontres qui ont rythmé ces années

À mes parents, pour leur amour, leur éducation, leur patience... Pardon pour tout, merci pour tout... Vous êtes ce que j'ai de plus cher

À mes grands-parents, pour tout ce que vous m'apportez au quotidien, vous êtes mes deux trésors

À mes soeurs de coeur, pour tout ce qui fait de vous ma seconde famille

À César, pour ton amour... Tu es une vraie source d'inspiration

À la Pharmacie Boschetti, pour la transmission de son savoir, sa bienveillance, ses partages et pour son équipe qui me marquera à vie

À ma nutritionniste, pour m'avoir accompagné depuis le tout début dans cette épreuve et d'être encore présente aujourd'hui

Au moi d'hier, d'aujourd'hui et de demain, la vie est belle !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	12
LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
LISTE DES FIGURES.....	16
LISTE DES ANNEXES.....	17
INTRODUCTION	18
I. PARTIE 1 : PRÉSENTATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET DES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE	21
A. Généralités	21
B. Anorexie mentale	22
C. Boulimie nerveuse.....	25
D. Hyperphagie boulimique.....	27
E. Les acteurs de la prise en charge	29
II. PARTIE 2 : MATÉRIEL ET MÉTHODE	34
A. Type d'étude.....	34
B. Population étudiée.....	34
C. Questionnaire	34
D. Diffusion	36
E. Recueil et analyse statistique des données	37
III. PARTIE 3 : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	38
A. Question 1 : « Vous êtes : »	38
B. Question 2 : « Depuis combien d'années exercez-vous ? »	38
C. Question 3 : « Où exercez-vous ? ».....	39
D. Question 4 : « Dans votre pratique quotidienne, travaillez-vous en interprofessionnalité avec : ».....	40
E. Question 5 : « Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les troubles du comportement alimentaire, lesquelles vous semblent exactes ? ».....	40
F. Question 6 : « Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les comportements à risque, lesquelles vous semblent exactes ? »	41
G. Question 7 : « Selon vous, parmi les établissements suivants, lesquels sont labellisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire dans la région Hauts-de-France ? » ...	42
H. Question 8 : « Estimez-vous les troubles du comportement alimentaire faisant partie des enjeux de santé publique ? ».....	43

I. Question 9 : « Avez-vous déjà rencontré des patients présentant des troubles du comportement alimentaire à l'officine ? »	44
J. Question 10 : « Avez-vous déjà suivi une formation relative à la prise en charge de ce type de patient ? »	45
K. Question 11 : « Pensez-vous que les thérapies complémentaires telles que l'aromathérapie, la phytothérapie ou encore l'homéopathie peuvent avoir un impact sur la guérison du patient ? Précisez votre réponse. ».....	46
L. Question 12 : « Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, pouvez-vous classer les conditions qui vous semblent essentielles ? Le rang le plus élevé représente la condition qui vous semble être la plus importante. »	48
IV. PARTIE 4 : DISCUSSION	50
A. Partie « Présentation »	50
B. Partie « Généralités sur les troubles du comportement alimentaire ».....	52
C. Partie « Implication dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire »	58
CONCLUSION	64
ANNEXES	65
BIBLIOGRAPHIE	81

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoires

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et Études Économiques

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

TCA : Troubles du comportement alimentaire

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Graphique en colonne des résultats de la question 1 (« Vous êtes : »)

Figure 2 : Graphique en colonne des résultats de la question 2 (« Depuis combien d'années exercez-vous? »)

Figure 3 : Graphique en colonne des résultats de la question 3 (« Où exercez-vous ? »)

Figure 4 : Graphique en colonne des résultats de la question 4 (« Dans votre pratique quotidienne, travaillez-vous en interprofessionnalité avec : »)

Figure 5 : Graphique en colonne des résultats de la question 5 (« Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les troubles du comportement alimentaire, lesquelles vous semblent exactes ? »)

Figure 6 : Graphique en colonne des résultats de la question 6 (« Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les comportements à risque, lesquelles vous semblent exactes ? »)

Figure 7 : Graphique en colonne des résultats de la question 7 (« Selon vous, parmi les établissements suivants, lesquels sont labellisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire dans la région Hauts-de-France ? »)

Figure 8 : Graphique en colonne des résultats de la question 8 (« Estimez-vous les troubles du comportement alimentaire faisant partie des enjeux de santé publique ? »)

Figure 9 : Graphique en colonne des résultats de la question 9 (« Avez-vous déjà rencontré des patients présentant des troubles du comportement alimentaire à l'officine ? »)

Figure 10 : Graphique en colonne des résultats de la question 10 (« Avez-vous déjà suivi une formation relative à la prise en charge de ce type de patient ? »)

Figure 11 : Graphique en colonne des résultats de la question 11 (« Pensez-vous que les thérapies complémentaires telles que l'aromathérapie, la phytothérapie ou encore l'homéopathie peuvent avoir un impact sur la guérison du patient ? Précisez votre réponse. »)

Figure 12 : Graphique en colonne des résultats de la question 12 (« Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, pouvez-vous classer les conditions qui vous semblent essentielles ? Le rang le plus élevé représente la condition qui vous semble être la plus importante. »)

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Serment de Galien

Annexe 2 : Attestation de déclaration

Annexe 3 : Questionnaire de l'enquête

Annexe 4 : Résultats de l'enquête

Annexe 5 : Exemple de fiche-outil créée par la HAS à destination du patient, de son entourage et du personnel soignant

INTRODUCTION

Les émotions se reflètent parfois à travers l'alimentation. Ce besoin, à l'origine primaire, passe alors au second plan. En réaction à un tourment, un individu peut arrêter de s'alimenter pendant un temps donné, se restreindre ou à l'opposé ingérer des quantités démesurées de nourriture de manière compulsive. Un tel comportement peut être transitoire et l'alimentation revient à la normale quand la préoccupation est levée. Mais parfois, le trouble se chronicise. On parle alors de troubles du comportement alimentaire (TCA). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les TCA sont définis comme étant des conduites alimentaires différentes de celles d'individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel (25, 26). Trois grands types sont abordés dans cette thèse : l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique. La définition de chacune de ces pathologies est détaillée en première partie, mais en quelques mots l'anorexie mentale peut être vue comme la restriction stricte de l'alimentation, la boulimie nerveuse comme l'ingestion d'une grande quantité de nourriture souvent suivie de conduites compensatoires purgatives et l'hyperphagie boulimique comme des crises de boulimie sans les conduites compensatoires purgatives. À ce jour, la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) estime la prévalence des troubles du comportement alimentaire à près d'un million de personnes en France (29). Le soucis étant que plus de la moitié de ces patients ne sont pas encore dépistés et pris en charge. En France, l'anorexie mentale touche 1 % des femmes et 0,3 % des hommes. La boulimie nerveuse concerne 1,5 % des femmes et 0,5 % des hommes. L'hyperphagie boulimique représente 3 % des femmes et 1,5 % des hommes. Ces chiffres sont établis par la FFAB à partir d'une synthèse des données de la littérature internationale et celles de l'Institut National de la Statistique et Études Économiques (INSEE) (29). Ils sont probablement sous-estimés en raison du diagnostic tardif des TCA. Dans la plupart des cas, cela débute dès 12 ans, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. C'est un âge charnière, une étape de transition où l'esprit se construit, où l'image que l'on renvoie à la société nous préoccupe, où les responsabilités grandissent. Les nouveaux rapports sociaux des patients peuvent entraîner des tensions, des incompréhensions alors ils adoptent des conduites leur donnant l'illusion de contrôler au moins un aspect de leur vie : l'alimentation (5). Mais ce refuge est un leurre. Ces différents troubles sont des pathologies mentales dont le mécanisme est peu connu mais dont les complications peuvent s'avérer

catastrophiques tant sur le plan physique que psychologique : troubles cardio-vasculaires, diabète, ostéoporose, troubles hydro-électrolytiques, dépression, tentatives de suicide, isolation sociale et professionnelle, etc (33).

Quel(s) rôle(s) le pharmacien peut-il tenir dans la prise en charge de ces patients et dans la prévention de ces différents troubles ?

Les nouvelles missions du pharmacien d'officine sont inscrites dans la continuité de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) de 2009 (24). Cette loi vise à améliorer la prise en charge des patients en réorganisant le système de santé français. Les objectifs sont, entre autres, de moderniser les établissements de santé publique, faciliter l'accès aux soins et multiplier les campagnes de prévention. Cette loi a été promulguée le 21 juillet 2009 et a été publiée au Journal Officiel du 22 juillet de cette même année. Un des axes majeurs de cette loi est la coopération entre les professionnels de santé. L'accent est mis sur le fait que la prise en charge du patient est d'autant plus qualitative que la transmission des informations entre les différents intervenants est efficiente. De plus, d'après le Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, la prévention en santé mentale représente un enjeu majeur pour le système de santé car les troubles mentaux ne cessent de croître année après année (23, 41). Ils représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'Assurance Maladie, avant les cancers et les maladies cardio-vasculaires. En ce sens, une Feuille de Route de la Santé Mentale et de la Psychiatrie a été présentée le 28 juin 2018 (7). De nombreuses actions y sont décrites et ont pour but de :

- Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, prévenir le suicide ;
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situations de handicap psychique.

Il s'agit donc d'offrir des réponses qualitatives et pluridisciplinaires qui s'adaptent aux besoins de chacun. Dans ce contexte, le pharmacien d'officine peut s'avérer être un interlocuteur de qualité. En effet, il est disponible sans rendez-vous toute la journée, il est à l'écoute et ne pose aucun jugement. Il assure la dispensation complète et

optimale du traitement médicamenteux avec tous les conseils associés, son suivi et son évolution. S'il le désire, le patient a également la possibilité d'échanger avec le pharmacien dans un local de confidentialité. Le pharmacien n'étant pas formé et n'ayant pas le droit d'émettre un diagnostic, il peut lui transmettre une liste de professionnels spécialisés dans la prise en charge des TCA, une liste des structures adaptées et les coordonnées de différentes associations. De plus, grâce à ses multiples compétences, le pharmacien peut prodiguer des conseils pour palier les effets indésirables induits par ces pathologies.

Fondamentalement, le pharmacien a le devoir d'accompagner son patient (27) :

- « Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et l'éducation du public en matière sanitaire et sociale » *Code de déontologie, Art R. 4235-2 Section 2 Sous-section 1*
- « Je jure [...] de ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine » *Serment de Galien*

Cette thèse a pour objectif de sensibiliser les pharmaciens d'officine à l'accompagnement des patients au cours de leur parcours de soins et à leur transmettre le plus de clés possibles vers la guérison. Partant du constat que la demande de soins dans le domaine de la santé mentale est en augmentation constante, un questionnaire a été créé dans le but d'apprécier les connaissances des pharmaciens d'officine des Hauts-de-France sur un des aspects de cette thématique : les TCA. Cette enquête vise à évaluer leur motivation à être intégrés dans la chaîne de prise en charge de ce type de patients. Après avoir défini les différents TCA, l'enquête sera détaillée : comment a-t-elle été construite et quels sont les résultats obtenus. Des conseils (formations, actes de prévention, thérapies complémentaires, etc.) seront proposés en parallèle des différentes réponses obtenues auprès des officinaux.

I. PARTIE 1 : PRÉSENTATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET DES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE

A. Généralités

Les TCA sont des maladies qui relèvent de la psychiatrie. Ce sont des pratiques alimentaires qui diffèrent de celle d'une population saine. Les TCA ne doivent pas être confondu avec une perte d'appétit, du grignotage ou un régime quelconque. Au delà des complications somatiques, les patients présentent une grande souffrance psychique. En effet, ces troubles ont à la fois des conséquences sur le plan individuel mais aussi sur le plan familial et social : anxiété, dépression, isolement, automutilation, consommation de stupéfiants, échec professionnel, etc. La qualité de vie est fortement altérée. Ce sont des troubles complexes dont l'origine est peu connue. Plusieurs facteurs peuvent être responsables de ces pathologies : des facteurs génétiques et/ou biologiques, des modifications hormonales, des facteurs de vulnérabilité familiale et sociale, des événements traumatiques ou stressants (facteurs déclenchants), des comorbidités (maladies psychiatriques sous-jacentes comme la bipolarité, la dépression, l'anxiété ou le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) (25, 33, 37). Les TCA sont l'expression d'un mal-être : il s'agit d'un déplacement de l'investissement affectif, devenu insupportable, vers des préoccupations alimentaires. L'alimentation occupe alors tout le champ de la conscience et l'objet réel de la souffrance est masqué. Ils sont étroitement associés au risque de surmortalité lié aux troubles métaboliques mais aussi au risque de suicide. Ces comportements sont d'autant plus graves qu'ils s'installent dans le temps (30). Le côté insidieux des TCA est que le patient n'a pas conscience du caractère obsessionnel et compulsif de ses actes. Le déni masque la raison du patient qui ne se sent pas malade mais plutôt rassuré par ces comportements. Cette stratégie adaptative masque un mal-être profond. C'est d'ailleurs souvent la famille qui pousse le patient à consulter un professionnel de santé (6).

Le diagnostic des TCA peut être réalisé à l'aide des critères diagnostiques des classifications internationales. Ce sont des questionnaires utilisés par les professionnels de santé qui aboutissent à un score. Il existe le DSM-5-TR ou « Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders , Fifth Edition Text Revision »

dont la dernière version date de 2022 ou encore le CIM-11 ou la « Classification Internationale des Maladies » qui est mis à jour chaque année par l'Organisation Mondiale de la Santé (20). Il existe des questionnaires d'auto-évaluation qui permettent d'évaluer la présence éventuelle d'un TCA. Il y a notamment le SCOFF ou « Sick, Control, One, Fat, Food » (21). C'est un outil simple qui s'utilise en quelques secondes et dont l'interprétation est simple. Le questionnaire est composé de 5 questions. Un score supérieur ou égal à deux prédit un TCA. Le SCOFF-F (version française) a été validé en 2008 et est recommandé par la Haute Autorité de santé dans l'aide au diagnostic des troubles du comportement alimentaire. Pour chaque TCA, le bilan initial auprès d'un professionnel de santé comprend : un examen somatique et biologique complet, un examen psychiatrique et un bilan nutritionnel. Il faut également reconstituer l'histoire du développement de ces troubles (antécédents familiaux, scolaires et professionnels, maltraitance, évènement traumatique, etc.) (13, 17). Le diagnostic est d'autant plus compliqué que ces pathologies sont vécues comme taboues par les patients. Ils ont peur de ne pas être compris, d'être stigmatisés ou jugés. Certains ne veulent pas accepter qu'ils sont malades, d'autres ressentent de la culpabilité. Ces pathologies ne sont pas incurables, contrairement aux idées reçues, mais la guérison est longue : de quelques mois à plusieurs années (22). Une prise en charge des plus précoces augmente les chances de rémission du patient. Le risque de récurrence est élevé (50 à 70 % des cas), d'où l'importance d'une prise en charge complète, de qualité et sur le long terme (1, 19).

Trois grands types de troubles du comportement alimentaire sont présentés ci-dessous. L'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique. D'autres troubles du comportement alimentaire « atypiques » existent comme le pica qui est l'ingestion de choses qui ne sont pas des aliments ou le mérycisme qui est la régurgitation puis la remastication des aliments de manière involontaire (33). Ces formes ne sont pas abordés dans cette thèse.

B. Anorexie mentale

Selon la HAS et la FFAB, l'anorexie mentale est caractérisée par le refus de s'alimenter alors même que l'on a faim et par le refus de prendre du poids alors que le corps est amaigri (25).

L'anorexie mentale survient en majorité chez les jeunes filles entre 12 et 18 ans, pré ou post-pubères, sans antécédents psychiatriques ou pathologiques particuliers. L'anorexie mentale touche dans neuf cas sur dix des jeunes femmes (6). Les personnes à risque sont les adolescents, les jeunes femmes, les mannequins, les danseurs et les sportifs de compétition qui sont plus sujets au suivi d'un régime restrictif, au contrôle de leur apparence et à la performance (29).

Le contrôle de la nourriture est une obsession pour le patient. L'expression de ce contrôle commence par l'exclusion de certains aliments, le tri dans l'assiette, la découpe en petits morceaux. Le patient pèse ses aliments et surveille toutes les calories consommées dans la journée. Cela devient son unique centre d'intérêt. Les relations familiales et sociales n'ont plus d'importance au point que le patient devienne apathique. Au quotidien, le patient exerce un contrôle démesuré sur l'organisation de son lieu de vie : rangement, courses, rythme et activités de chacun, etc. Le patient souffre de dysmorphophobie : la pensée que le corps est imparfait est envahissante. Il a sans cesse le sentiment d'être en surpoids. Ce trouble est souvent associé à des comportements compensatoires visant à ne pas prendre de poids, voire à en perdre d'avantage de manière intentionnelle, comme les vomissements provoqués, l'exercice physique intense, l'utilisation de laxatifs, de lavements ou de diurétiques. Le patient trouve une satisfaction dans le fait de maigrir face à une peur excessive de prendre du poids (1, 6, 29, 30, 33, 37).

Les complications sont diverses à la fois somatiques et psychologiques (1, 6, 29, 33) :

- Des carences dommageables pour le fonctionnement des muscles et notamment celui du coeur pouvant entraîner un arrêt cardiaque (notamment à cause de l'hypokaliémie)
- Des troubles hydro-électrolytiques et rénaux
- Une fragilisation osseuse et des perturbations de la courbe staturo-pondérale chez l'enfant et l'adolescent
- Une altération des fonctions cognitives et neuro-biologiques (troubles du sommeil, perte de mémoire)

- Une aménorrhée chez la femme (parfois masquée par la prise de contraceptif oestroprogestatif) et un désintérêt sexuel associé à une impuissance chez l'homme, des troubles de la fertilité
- Des affections dentaires (caries, émail des dents fragilisé, déchaussement des dents) et des troubles digestifs et intestinaux (constipation, douleurs abdominales, inflammation de l'oesophage) notamment liés aux vomissements acides répétés
- Une dérégulation hormonale (fragilisation des phanères, trouble de la thermorégulation)
- Un dégoût de soi, un manque d'estime de soi, une hyperémotivité, de l'agressivité, une dépression, des variations de l'humeur, un perfectionnisme, des pensées obsessionnelles destructrices, des pensées suicidaires et des idées noires amenant parfois au passage à l'acte et au décès dans 5 à 7 % des cas (30, 37).

Sur le plan social, l'anorexie mentale entraîne le repli sur soi, l'isolement et parfois l'interruption des activités scolaires et professionnelles.

Le DSM-5 regroupe trois critères pour le diagnostic de l'anorexie mentale (20) :

- La restriction alimentaire conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction des caractéristiques du patient (perte de plus de 15 % du poids initial) ;
- La peur intense de prendre du poids ;
- L'altération de la perception du poids ou de la forme de son corps.

Il y a deux sous-types d'anorexie mentale : l'anorexie mentale restrictive et l'anorexie mentale boulimique associée à des conduites de purge (1).

Le degré de sévérité dépend de l'indice de masse corporel ou IMC du patient : léger (IMC supérieur ou égal à 17 kg/m²), modéré (IMC entre 16 et 16,99 kg/m²), sévère (IMC entre 15 et 15,99 kg/m²), extrême (IMC inférieur à 15 kg/m²). L'IMC est calculé en divisant le poids par la taille en mètre carré et permet de définir la corpulence (8).

Les questionnaires seuls ne suffisent pas à établir le diagnostic. Au vue des nombreuses variabilités interindividuelles, de la complexité et de la diversité des différents symptômes, d'autres critères diagnostiques sont à prendre en compte. Il peut s'agir de la fréquence des conduites de purge (vomissements, laxatifs,

lavements, diurétiques), de l'exercice physique intense et régulier, du surmenage intellectuel ou encore des différents troubles de l'humeur, des troubles du cycle menstruel, d'une perte d'intérêt soudaine pour ce qui pouvait plaire auparavant, etc. Prendre le temps d'échanger avec le patient, de l'écouter est primordial. Un examen clinique et biologique ainsi qu'un bilan nutritionnel doivent également avoir lieu pour prévenir et/ou guérir les éventuelles complications acquises par le patient (17).

C. Boulimie nerveuse

La boulimie est un trouble du comportement alimentaire défini par l'absorption en grande quantité d'aliments dans un temps restreint, à n'importe quel moment de la journée, associant un sentiment de perte de contrôle et des comportements compensatoires dangereux : des vomissements provoqués, l'usage de laxatifs, de lavements ou de diurétiques à outrance, de l'exercice physique intensif ou encore le jeûne. La pulsion incontrôlable de manger rapidement et en grande quantité est appelée « craving » ou « épisode hyperphagique ». Cette crise de boulimie est considérée comme une dépendance. Le patient ressent une grande culpabilité tout en étant dans l'incapacité de contrôler ses actes. Dans certains cas, les crises surviennent plus d'une fois par jour, de jour comme de nuit. On parle alors « d'état de mal boulimique » (4, 19, 26, 29, 30, 33).

Cette pathologie débute le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Selon les données épidémiologiques de l'Assurance Maladie datant du 13 janvier 2022, la boulimie toucherait 1,5 % des 11-20 ans et trois jeunes filles pour un garçon (26). La boulimie masculine est donc plus rare. La fréquence de ces troubles est sous-estimée car les patients présentant une boulimie nerveuse consultent peu (honte, déni, résignation). La population à risque concerne les adolescents, les jeunes femmes, les mannequins, les sportifs à catégorie de poids, les personnes en surpoids ou obèses, les personnes suivant un régime, les personnes présentant une comorbidité telles que la dépression, l'anxiété, l'addiction ou encore un trouble de la personnalité (4, 42). Cette pathologie survient surtout chez les personnes impulsives et émotives (26).

Ce type de patients ne souffre généralement pas de surpoids ou d'obésité et leur IMC est normal, c'est à dire entre 18,5 et 24,9 kg/m². Ces personnes présentent une

grande souffrance psychique. Elles ont peu d'estime pour elles-mêmes, se dévalorisent et ont un rapport à leur apparence physique conflictuel. Le moment du repas est pénible, les patients préfèrent s'isoler par honte et par peur d'être stigmatisés. Les sentiments qui prédominent chez ces patients sont la peur de grossir et l'insatisfaction corporelle. Il arrive souvent que des crises de boulimie fassent suite à des épisodes anorexiques (4, 12, 30).

En termes de répercussions somatiques, on retrouve notamment une hypokaliémie suite aux conduites de purge avec en résultante des dommages cardiaques pouvant entraîner l'arrêt du cœur, divers troubles hydro-électrolytiques, une augmentation du volume des glandes parotides, une déshydratation et une malnutrition à cause des vomissements provoqués (13), une ostéopénie, des problèmes dentaires (érosion des dents, caries, gingivites) et oesophagiens (ulcérations) à cause de l'acidité gastrique (37), des troubles gynécologiques (une aménorrhée parfois masquée par la prise de contraceptif oestroprogestatif et des troubles de la fertilité) (19). Sur le plan psychologique, on retrouve des troubles de l'humeur (dépression, anxiété), l'insomnie, des pensées morbides, des idées envahissantes et obsessionnelles, le manque d'estime de soi, le dégoût de soi, la honte de son comportement, des addictions, l'isolement sociale, familiale et professionnelle et potentiellement le décès (suicide, arrêt cardiaque lié à l'hypokaliémie notamment) (3). Un suivi médical complet clinique, biologique, nutritionnel et psychologique est donc indispensable.

Le diagnostic de la boulimie nerveuse est notamment effectué grâce au DSM-5. Ce référentiel propose 5 critères qui mettent en évidence cette pathologie (19, 20) :

- La survenue récurrente de crises de boulimie ;
- Les comportements compensatoires inappropriés visant à prévenir la prise de poids en éliminant les calories ingérées ;
- Les crises et les comportements compensatoires survenant au moins deux fois par semaine pendant 3 mois ;
- L'estime de soi excessivement influencée par le poids et la forme du corps ;
- Le trouble n'est pas exclusivement associé à l'anorexie mentale.

Le degré de sévérité dépend de la fréquence d'apparition des comportements compensatoires : léger (1 à 3 épisodes par semaine), modéré (4 à 7 épisodes par

semaine), sévère (8 à 13 épisodes par semaine), extrême (14 épisodes ou plus par semaine).

De nouveau, le questionnaire seul ne suffit pas à établir un diagnostic. Un examen clinique, biologique et un bilan nutritionnel sont indispensables. De plus, l'exploration de tous les antécédents sociaux, familiaux et professionnels du patient est primordiale. Il faut tracer son histoire afin de remonter à l'origine de la souffrance (13).

D. Hyperphagie boulimique

L'hyperphagie, aussi appelé hyperphagie boulimique ou polyphagie, est un TCA traduit par des épisodes récurrents de crises de boulimie de jour comme de nuit. Il s'agit donc de l'ingestion en grande quantité d'aliments de manière compulsive sans en avoir physiologiquement besoin. Cela oscille entre des périodes de crises et de rémissions : la crise est appelée « accès boulimique ». En général, les patients mangent des aliments facilement accessibles, non préparés, plutôt attirants tels que les produits gras et les sucreries. Les patients mangent jusqu'à ressentir une sensation pénible et douloureuse de distension abdominale. Les personnes présentant un trouble hyperphagique n'ont cependant pas de comportements compensatoires visant à éliminer les calories ingérées. Elles ne se font pas vomir, ne prennent pas de laxatifs, de lavements ou de diurétiques. Elles ne pratiquent pas d'exercice physique excessif (3, 26, 29, 33, 37, 42).

Selon les données épidémiologiques de la Haute Autorité de Santé datant de 2019, l'hyperphagie boulimique serait plus fréquente que la boulimie nerveuse et concernerait 3 à 5 % de la population. Cette pathologie touche un homme pour deux femmes (26). C'est un trouble qui est souvent diagnostiqué à l'âge adulte. Il débute en moyenne vers 21 ans. Ces personnes sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité, avec un IMC supérieur à 25 kg/m². L'hyperphagie est par ailleurs observée chez plus de 30 % des patients suivant un programme de perte de poids. Il existe aussi des formes précoces qui sont plus sévères (3, 29).

Des études récentes, datant de 2022 et venant de chercheurs de l'Université Métropolitaine d'Osaka au Japon, ont mis en évidence le rôle de la génétique dans

l'hyperphagie boulimique (28, 43). La mutation des gènes CRT1 et MC4R dans certaines cellules neuronales seraient responsables de ce trouble du comportement alimentaire. Le gène CRT1, « *CREB-Regulated Transcription Coactivator 1* », est impliqué dans le métabolisme des glucides, des lipides et des protéines. Le gène MC4R, « *Melanocortin 4 receptor* », est impliqué dans la régulation de l'appétit et de la dépense énergétique. Le gène CRT1 code pour une protéine co-activatrice du récepteur MC4R. Les chercheurs ont utilisé un groupe de souris témoin exprimant normalement ces gènes et un groupe de souris test génétiquement modifiées. Dans ce groupe, le gène CRT1 n'est plus exprimé dans les cellules neuronales où le gène MC4R est actif. Dans un premier temps, les deux groupes de souris ont suivi un régime alimentaire équilibré. Au bout d'un certain temps, aucune différence de poids ou de comportement n'a été observée. Dans un second temps, les deux groupes de souris ont suivi un régime alimentaire riche en matière grasse. Les chercheurs ont alors décelé dans le groupe de souris génétiquement modifiées une prise de poids plus rapide que dans le groupe témoin et la survenue d'un diabète de type II. Les chercheurs ont mis en évidence le rôle protecteur de la protéine CRT1 et ont alors conclu que l'expression du gène CRT1 dans les cellules exprimant le gène MC4R permet de réguler l'activation du récepteur MC4R, de limiter la prise incontrôlée d'aliments hypercaloriques, d'augmenter la dépense énergétique et donc de limiter la prise de poids. Les patients présentant de l'hyperphagie boulimique pourrait porter ce type de mutations génétiques.

Les risques d'atteintes cardio-vasculaires (hypercholestérolémie, hypertension, athérosclérose, diabète, etc.) et articulaires (ostéoporose, ostéopénie, fractures, etc.) sont plus élevés que dans les autres TCA. L'impact psychologique qui en découle est également important : les patients présentent une immense culpabilité, un dégoût de soi et un sentiment de perte de contrôle. Ils deviennent sédentaires, ne prennent plus soin d'eux, sont résignés et abattus face à leur situation. Cela peut entraîner une surcharge émotionnelle, une désinsertion sociale et professionnelle, une dépression, des troubles anxieux, des troubles du sommeil, des addictions, des troubles de la personnalité ou encore des tentatives de suicide (3, 13, 42).

Le diagnostic de l'hyperphagie boulimique est surtout clinique (13). Il se fait également grâce au DSM-5. On recherche les cinq critères suivant (20) :

- La survenue de crises de boulimie se déroule sur un temps limité et est associée à un sentiment de perte de contrôle ;
- Le patient mange rapidement, sans avoir faim, seul et jusqu'à la sensation douloureuse d'un abdomen distendu ;
- La crise boulimique est synonyme de souffrance (honte, culpabilité, dégoût de soi, dépression, risque suicidaire) ;
- Le comportement boulimique survient au moins une fois par semaine pendant 6 mois ;
- Il n'y a pas de comportements compensatoires à visée purgative.

Le degré de sévérité dépend de la fréquence d'apparition des accès hyperphagiques : léger (1 à 3 accès par semaine), modéré (4 à 7 accès par semaine), sévère (8 à 13 accès par semaine), extrême (14 ou plus d'accès par semaine).

E. Les acteurs de la prise en charge

La lutte contre les maladies mentales est inscrite dans le Code de la Santé Publique :

« La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion » *Article L3221-1 issu de la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016, CSP (27)*

La prise en charge des TCA repose sur un travail pluridisciplinaire car l'expression clinique des TCA est multidimensionnelle. La prise en charge est adaptée à l'âge du patient et à l'intensité de ses troubles. Il est recommandé d'intégrer la famille du patient au schéma thérapeutique. Plus la prise en charge est précoce, meilleures sont les chances de guérison. Les objectifs de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire sont la gestion puis l'arrêt des crises compulsives, le rééquilibrage alimentaire, la réinsertion socio-professionnelle, l'acceptation et le respect de soi et la réconciliation avec son corps. Afin de rendre ces objectifs atteignables, il est nécessaire de renforcer la motivation du patient vis à vis des soins

proposés, de travailler sur ses pensées dysfonctionnelles et de travailler sur les liens entre l'état émotionnel et le comportement alimentaire du patient c'est à dire l'origine profonde du mal-être ayant conduit à cette stratégie d'évitement. Dans chacune des pathologies, un contrat de soins est établi entre le patient et les professionnels de santé. Il s'agit d'un contrat tacite, écrit ou oral, où le patient consent à recevoir et à participer aux soins. Cette alliance thérapeutique rend le patient acteur de sa guérison (3, 4, 6, 11, 14, 18).

La prise en charge des TCA comprend généralement deux intervenants principaux : un psychiatre ou un pédopsychiatre et un médecin généraliste ou un pédiatre. Le principal professionnel de santé est le psychiatre ou le pédopsychiatre. En général, c'est lui le référent qui rend cohérente et déploie toute l'offre de soins. La prise en charge peut être ambulatoire, allant de la simple consultation à des interventions en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), ou hospitalière selon la gravité de l'état du patient. Le milieu hospitalier n'est pas un recours systématique. On privilégie les soins dans l'environnement habituel et familial du patient. L'hospitalisation est justifiée quand le pronostic vital du patient est engagé, quand la situation n'a pas évolué suffisamment avec un traitement ambulatoire ou quand le patient et/ou la famille sont à cours de ressources, épuisés et qu'ils ont besoin de débloquer la situation. Les traitements reposent sur la psychothérapie individuelle dont la thérapie cognitive et comportementale ou la psychanalyse, sur les thérapies familiales, des ateliers de relaxation, des ateliers artistiques thérapeutiques, etc. Parfois, un traitement médicamenteux est nécessaire (hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs). Toutes ces thérapeutiques peuvent être associées. Une consultation médicale avec un médecin généraliste ou un pédiatre est indispensable. En effet, il est également un acteur principal de la prise en charge de ces patients. Elle peut se faire en deux temps (pour les mineurs notamment), avec les parents et sans les parents (ou représentants légaux). Un bilan somatique et biologique complet est effectué. Le but est de corriger les troubles métaboliques et la déshydratation possibles liés aux conduites alimentaires inappropriées. Il faut également surveiller l'apparition de diabète ou de dyslipidémies ainsi que surveiller les fonctions rénales et cardiaques (3, 6, 11, 14, 18).

Dans la prise en charge de l'anorexie mentale, un contrat de reprise de poids est proposé. La prise en charge peut être ambulatoire ou s'effectuer en hôpital selon la

gravité de l'état du patient. Elle fait intervenir un psychiatre référent, un médecin généraliste et souvent un diététicien-nutritionniste. Dans 50 % des cas, l'évolution est favorable. Cependant, il existe un risque de rechutes important (6, 11, 18). La prise en charge doit donc se dérouler sur plusieurs années et continuer au moins un an après une amélioration clinique significative.

La prise en charge de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie boulimique associent souvent des consultations régulières avec un psychiatre référent, un médecin généraliste et un suivi hebdomadaire avec un psychologue. La prise en charge doit également se faire sur le long terme car des périodes asymptomatiques d'une durée indéterminée peuvent masquer une rechute (3, 4, 14, 19).

Le rééquilibrage alimentaire est mis en place grâce à l'intervention d'un diététicien-nutritionniste. Ce professionnel aide le patient à construire progressivement une nutrition adaptée et équilibrée tout en respectant les émotions du patient. Le patient apprend à son rythme à comprendre le rôle de chacun des aliments pour le bon fonctionnement de son organisme, à briser ses croyances vis-à-vis de chacun d'entre eux et il développe un nouveau regard bienveillant sur son corps et ses pensées (45).

En outre, en 2019 a été créée une plateforme de téléconsultation destinée à accompagner les patients présentant un trouble du comportement alimentaire et leur entourage nommée stoptca.fr. Les professionnels de santé travaillent en équipe et partagent leurs compétences afin de favoriser un gain de temps dans la prise en charge de ces patients. L'équipe est principalement composée de psychologues, de diététiciens-nutritionnistes et de sophrologues (36).

Le pharmacien peut prendre part à l'accompagnement et au suivi des patients, tant dans la dispensation de médicaments que dans la délivrance de conseils hygiéno-diététiques. Il prodigue des conseils allopathiques mais aussi dans le domaine de la phytothérapie, de l'aromathérapie et de l'homéopathie (en tant que thérapies complémentaires aux traitements de fond et sous réserve que ces aides n'interfèrent pas avec le bon fonctionnement de ces derniers). Il peut transmettre une liste de professionnels de santé à contacter et de structures adaptées aux besoins des

patients. Le pharmacien écoute, oriente, conseille et contribue au rétablissement de l'état de bonne santé physique et mentale (15).

Un autre intervenant est le chirurgien-dentiste. En effet, les vomissements provoqués entraînent diverses complications telles que l'émail des dents fragilisé, les caries et le déchaussement des dents. Des soins réguliers et une hygiène dentaire irréprochable sont nécessaires. Il est recommandé d'éviter les soins abrasifs comme le blanchiment dentaire. Il est aussi recommandé de ne pas se brosser les dents juste après les vomissements mais plutôt de se rincer la bouche à l'eau tiède autrement l'acidité provenant du contenu gastrique se disperserait dans toute la sphère buccale et le risque d'affections dentaires augmenteraient.

Les gynécologues et les sages-femmes peuvent également prendre part à la prise en charge de ces patients. En effet, ces professionnels de santé repèrent les troubles du cycle menstruel et les troubles de la fertilité telle que l'aménorrhée hypothalamique fonctionnelle (qui est l'absence d'apparition ou de survenue des règles due aux troubles du comportement alimentaire).

En cas d'atteinte de la sphère digestive, le patient peut être orienté vers un gastro-entérologue. Des troubles tels que des gastrites, des oesophagites ou des ulcérations nécessitent d'être diagnostiqués et traités.

D'autres acteurs du repérage et de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire font partie de l'entourage proche du patient : les parents, la famille, les amis, le personnel scolaire, les collègues, les professeurs de sport, etc. Chacun peut observer un changement de comportement chez le patient et essayer d'aborder délicatement le sujet avec lui. Demander comment le patient se porte, s'il a besoin d'aide ou d'écoute, peut être le premier pas vers la guérison du patient. La patience est le mot d'ordre : ce ne sont pas des pathologies qui relèvent de la raison, le patient lui-même ne comprend pas ce qui lui arrive alors il est presque impossible pour l'entourage de venir en aide au patient sans l'intervention de professionnels de santé. Le tout est d'être présent, d'adopter une attitude bienveillante et de ne pas porter de jugement ou de discours brutal (6, 12).

La FFAB est une association à connaître (30). Elle regroupe des spécialistes du dépistage, du diagnostic, de la prise en charge, du traitement et de la recherche sur les TCA. Des fédérations et des associations de familles et d'usagers en font également partie. Leur site propose une multitude de conseils, d'explications, de conférences et autres relatifs aux TCA. Il y héberge un annuaire national, dont la dernière version date de 2021, permettant de rechercher un centre, un service ou une équipe spécialisée dans la prise en charge des TCA. Il y a également un numéro de téléphone à disposition pour les patients et leurs proches : c'est la ligne « Anorexie Boulimie, Info écoute ». La permanence est assurée quatre jours par semaine, hors jours fériés, de 16h à 18h par des psychologues, des associations et des médecins généralistes. Il existe également le site « Fil Santé Jeunes » qui informe sur les troubles du comportement alimentaire (38). Son équipe, composée de médecins généralistes, psychologues, éducateurs et conseillers, est joignable par téléphone gratuitement et permet à tous de parler de façon anonyme. Les patients et/ou leurs proches reçoivent écoute, informations, conseils et sont orientés selon leur profil. De plus, le site de la HAS a élaboré des « fiches-outils » à destination des patients et de leur entourage afin de les aider à repérer et appréhender la maladie (12).

L'état du patient doit être réévalué régulièrement dans sa globalité.

II. PARTIE 2 : MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative et transversale. Le but est d'évaluer les connaissances des pharmaciens d'officine des Hauts-de-France vis-à-vis des TCA ainsi que leur motivation à accompagner les patients présentant ces troubles. Cette enquête est réalisée via un questionnaire en ligne anonyme à questions ouvertes et fermées.

B. Population étudiée

La population étudiée englobe les docteurs en pharmacie et les étudiants ayant validé leur sixième année n'ayant pas encore rédigé leur thèse d'exercice dans la région des Hauts-de-France.

C. Questionnaire

Le questionnaire a été transcrit sur le logiciel LimeSurvey. Il est composé de 12 questions : 6 questions à choix unique, 4 questions à choix multiple, une question ouverte et une question où il fallait classer les réponses par ordre de préférence (du moins important au plus important). Les questions sont réparties en trois blocs : une première partie dite de présentation, une seconde partie sur des généralités à propos des TCA et une troisième partie portant sur l'implication des pharmaciens d'officine dans la prise en charge de ces pathologies. Le questionnaire est facultatif, anonyme et rapide. Il a été demandé :

Pour le premier bloc de questions établissant le profil des participants :

- Le genre des participants (question à choix unique) ;
- Le nombre d'années d'ancienneté (question à choix unique) ;
- Le lieu d'exercice (question à choix unique) ;
- Les professionnels de santé avec qui l'officine collabore (question à choix multiple où le participant peut ajouter un commentaire).

Pour le deuxième bloc de questions évaluant les connaissances des participants :

- Une question de connaissances générales sur les TCA (question à choix multiple) ;

« Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les troubles du comportement alimentaire, lesquelles vous semblent exactes ? Il existe deux types de troubles de comportement alimentaire : l'anorexie et la boulimie (FAUX) ; La prise en charge est optimisée quand elle est pluridisciplinaire (VRAI) ; Il est important d'encadrer les proches du patient (VRAI) ; La première ligne de traitement est nécessairement initiée en milieu hospitalier (FAUX) ; Certains signes tels que le retard des règles, l'hyperactivité intellectuelle ou les troubles de la libido peuvent être repérés lors d'un échange au comptoir (VRAI) ; La population à risque diffère selon le trouble du comportement alimentaire associé (VRAI) »

- Une question de connaissances sur les comportements à risque liés aux TCA (question à choix multiple) ;

« Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les comportements à risque, lesquelles vous semblent exactes ? L'hyperactivité physique est un comportement à risque que l'on associe uniquement à l'anorexie (FAUX) ; La dévalorisation de soi est un signe évocateur de certains troubles du comportement alimentaire (VRAI) ; Les troubles boulimiques ne s'accompagnent pas de vomissements contrairement à l'anorexie (FAUX) ; L'indice de masse corporelle (IMC) s'avère peu utile dans le diagnostic des troubles du comportement alimentaire (VRAI) ; On ne guérit jamais vraiment d'un trouble du comportement alimentaire (FAUX) »

- Une question de connaissances sur les établissements de santé labellisés par l'Agence Régionale de Santé pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (question à choix multiple) ;

« Selon vous, parmi les établissements suivants, lesquels sont labellisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire dans la région Hauts-de-France ? Le CHU de Lille (VRAI) ; L'hôpital Saint Vincent de Paul (VRAI) ; Le CH d'Arras (VRAI) ; Le CH de

Béthune (VRAI) ; Le CH de Boulogne (VRAI) ; Le CH de Calais (VRAI) ; Le CH d'Hénin Beaumont (VRAI) ; Le CH de Roubaix (VRAI) ; La clinique du Campus à Amiens (VRAI) ».

Pour le troisième bloc recensant l'implication des participants dans la prise en charge des TCA :

- L'estimation de l'importance des TCA dans la société (question à choix unique) ;
- L'affluence de ces patients dans l'officine (question à choix unique) ;
- La formation, suivie ou non, sur la prise en charge (question à choix unique où le participant peut ajouter un commentaire)
- L'intérêt, ou non, des thérapies complémentaires telles que la phytothérapie, l'aromathérapie ou l'homéopathie (question ouverte où le participant est invité à commenter sa réponse)
- Les conditions d'implication dans la prise en charge (classement par ordre d'importance, le rang le plus élevé correspondant à la condition la plus importante)

« Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, pouvez-vous classer les conditions qui vous semblent essentielles ? Le rang le plus élevé représente la condition qui vous semble être la plus importante. Echanger dans un local de confidentialité ; Multiplier les entretiens ; Avoir une formation en amont sur les conseils à prodiguer ; Être rémunéré(e) pour le temps accordé ; Être intégré(e) au suivi biomédical du patient (rapports d'analyses biologiques, mise à jour des éventuelles prescriptions, etc.) ; Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient ».

D. Diffusion

Une demande d'ouverture d'enquête a été effectuée auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille. Le questionnaire a été diffusé via les réseaux sociaux (Facebook, Instagram) et les adresses électroniques (relevées sur Google ou recueillies grâce au carnet de contacts de la Pharmacie Boschetti à Bondues) des officines des Hauts-de-France. Il a été diffusé le 13 février 2023 et a été arrêté le 15 février 2024.

E. Recueil et analyse statistique des données

Le recueil des données a été effectué grâce au logiciel LimeSurvey. L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel LimeSurvey dans l'échantillon des réponses complètes soit 58 participations. Les données ont été reportées sur le logiciel de traitement Numbers. Une analyse du contenu a été réalisée pour les questions ouvertes.

III. PARTIE 3 : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Le nombre total de réponses obtenu est de 83. Il y a 25 réponses incomplètes et 58 réponses complètes. Seules les participations complètes sont étudiées.

A. Question 1 : « Vous êtes : »

Sur un total de 58 participations complètes, il y a 49 femmes et 9 hommes soit 85 % de femmes et 15 % d'hommes. Aucun participant n'a répondu « autre ».

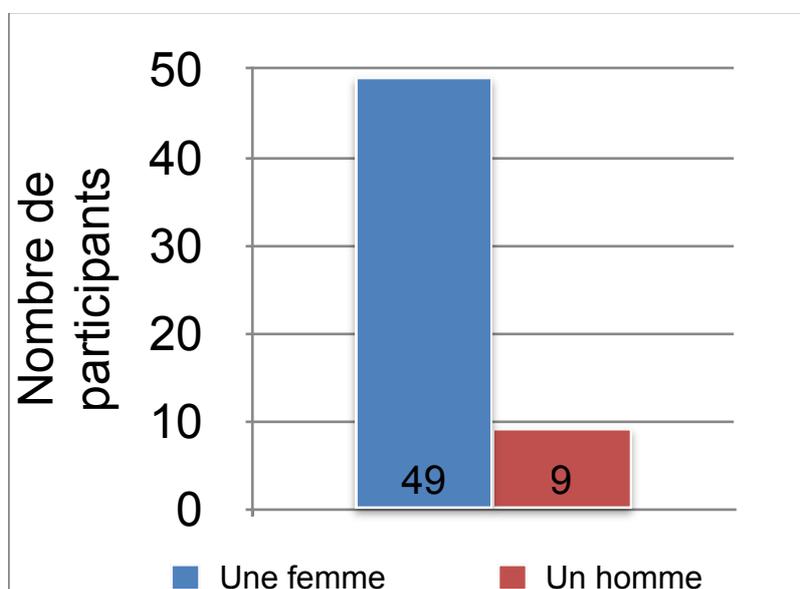


Figure 1 : « Vous êtes : »

B. Question 2 : « Depuis combien d'années exercez-vous ? »

Sur un total de 58 participations complètes, 43 % soit près de la moitié des personnes exercent depuis moins de 2 ans, 9 % ont entre 2 et 5 ans d'expérience, 7 % des personnes ont entre 5 et 10 ans d'expérience et 41 % exercent depuis plus de 10 ans soit l'autre moitié des personnes.

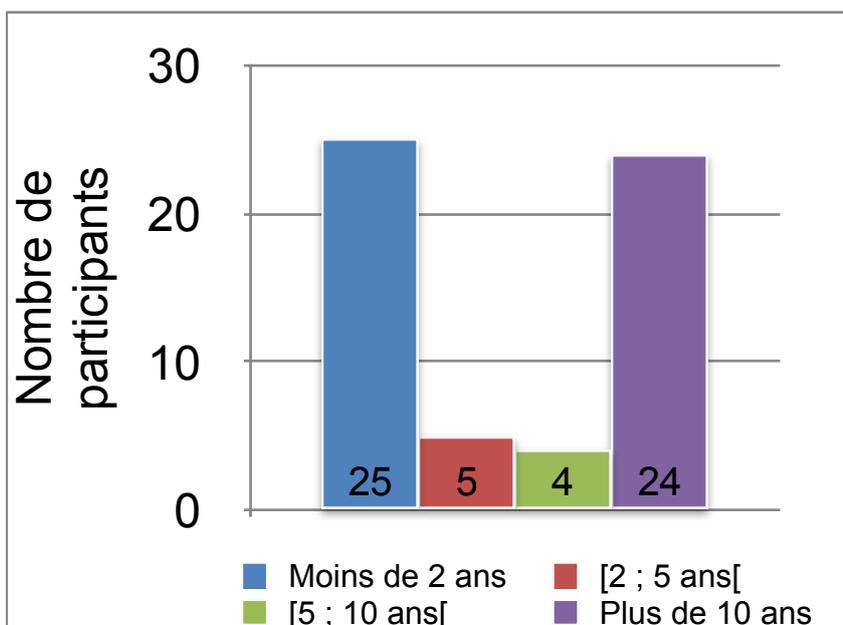


Figure 2 : « Depuis combien d'années exercez-vous ? »

C. Question 3 : « Où exercez-vous ? »

Sur un total de 58 participations complètes, 71 % des personnes exercent en zone urbaine soit la majorité, 8 % exercent en zone rurale et 21 % des personnes exercent en zone périurbaine.

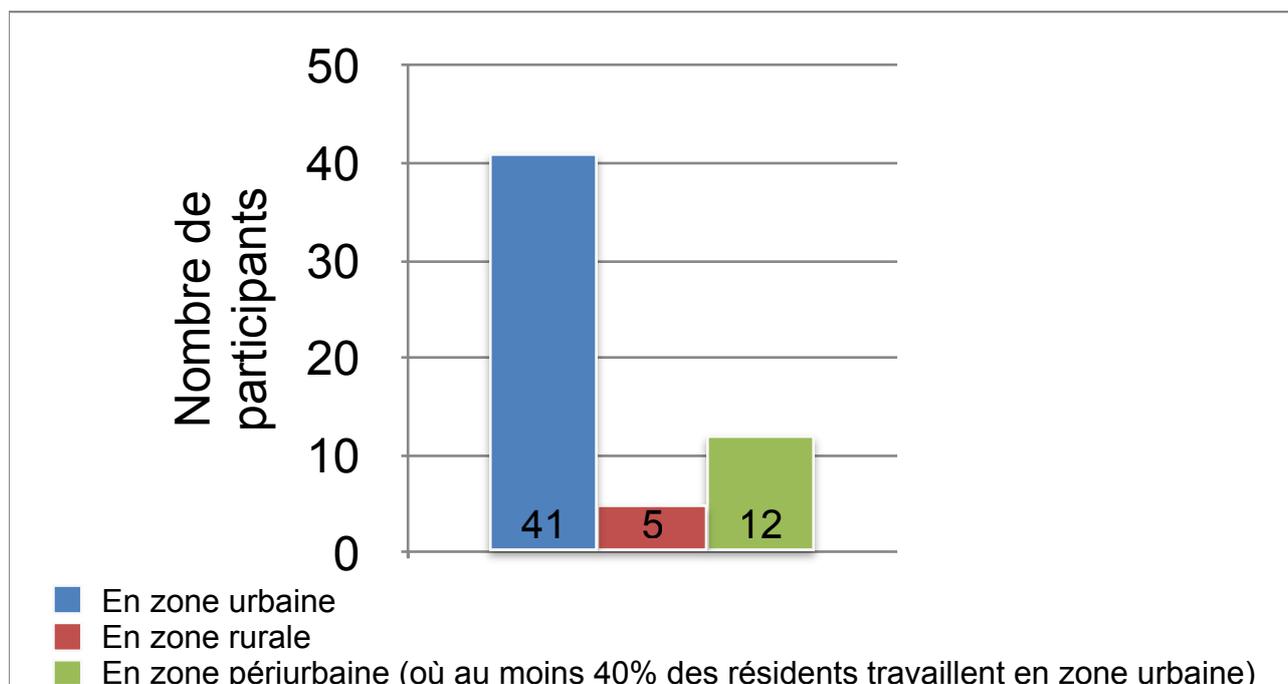


Figure 3 : « Où exercez-vous ? »

D. Question 4 : « Dans votre pratique quotidienne, travaillez-vous en interprofessionnalité avec : »

Sur un total de 58 participations complètes, 53 personnes travaillent en interprofessionnalité avec un(e) médecin généraliste soit 91 %, 5 personnes avec un(e) psychiatre soit 9 %, 4 personnes avec un(e) diététicien(ne)-nutritionniste soit 7 %, 41 personnes avec un(e) infirmier(e) soit 71 %, 2 personnes avec un(e) psychologue soit 3 %, 11 personnes avec un(e) kinésithérapeute soit 19 %, 15 personnes avec un(e) chirurgien(ne)-dentiste soit 26 %, 5 personnes avec un(e) gynécologue soit 9 % et une personne avec un(e) sophrologue soit 2 %. Concernant l'item libre de rédaction « autre », 4 participants soit 7 % ont répondu respectivement « aucun », « non », « sage-femme », « pas de msp (maison de santé pluriprofessionnelle) ».

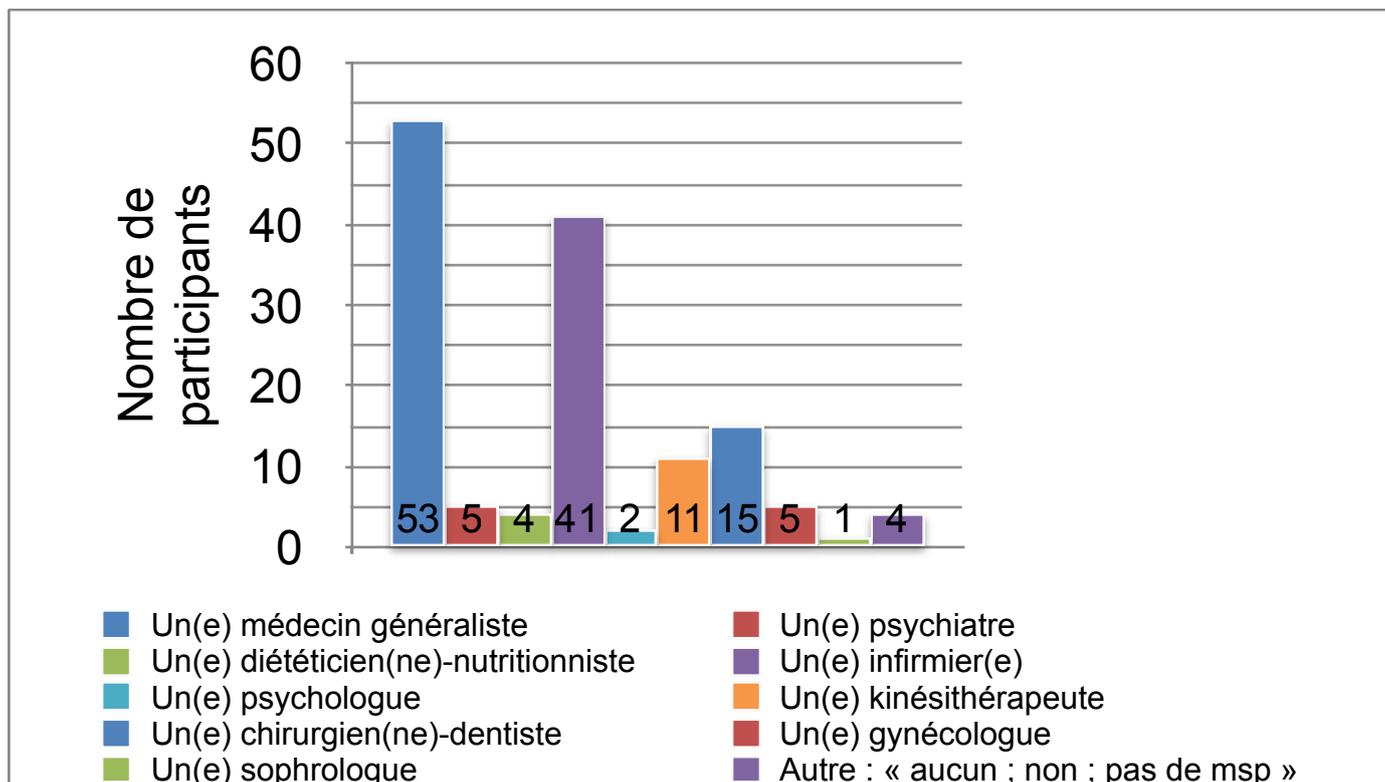


Figure 4 : « Dans votre pratique quotidienne, travaillez-vous en interprofessionnalité avec : »

E. Question 5 : « Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les troubles du comportement alimentaire, lesquelles vous semblent exactes ? »

Concernant la proposition « Il existe deux types de TCA : l'anorexie et la boulimie » moins de la moitié des participants soit 40 % l'estiment correcte. Concernant la proposition « La prise en charge est optimisée quand elle est pluridisciplinaire » près de la totalité des participants soit 93 % l'estiment correcte. Concernant la proposition « Il est important d'encadrer le proches du patient » 50 participants sur 58 soit 86 % l'estiment correcte. Concernant la proposition « La première ligne de traitement est nécessairement initiée en milieu hospitalier » 15 participants sur 58 soit 26 % l'estiment correcte. Concernant la proposition « Certains signes tels que le retard des règles, l'hyperactivité intellectuelle ou les troubles de la libido peuvent être repérés lors d'un échange au comptoir » 43 participants sur 58 soit 74 % l'estiment correcte. Concernant la proposition « La population à risque diffère selon le TCA associé » près de la moitié des participants soit 48 % l'estiment correcte.

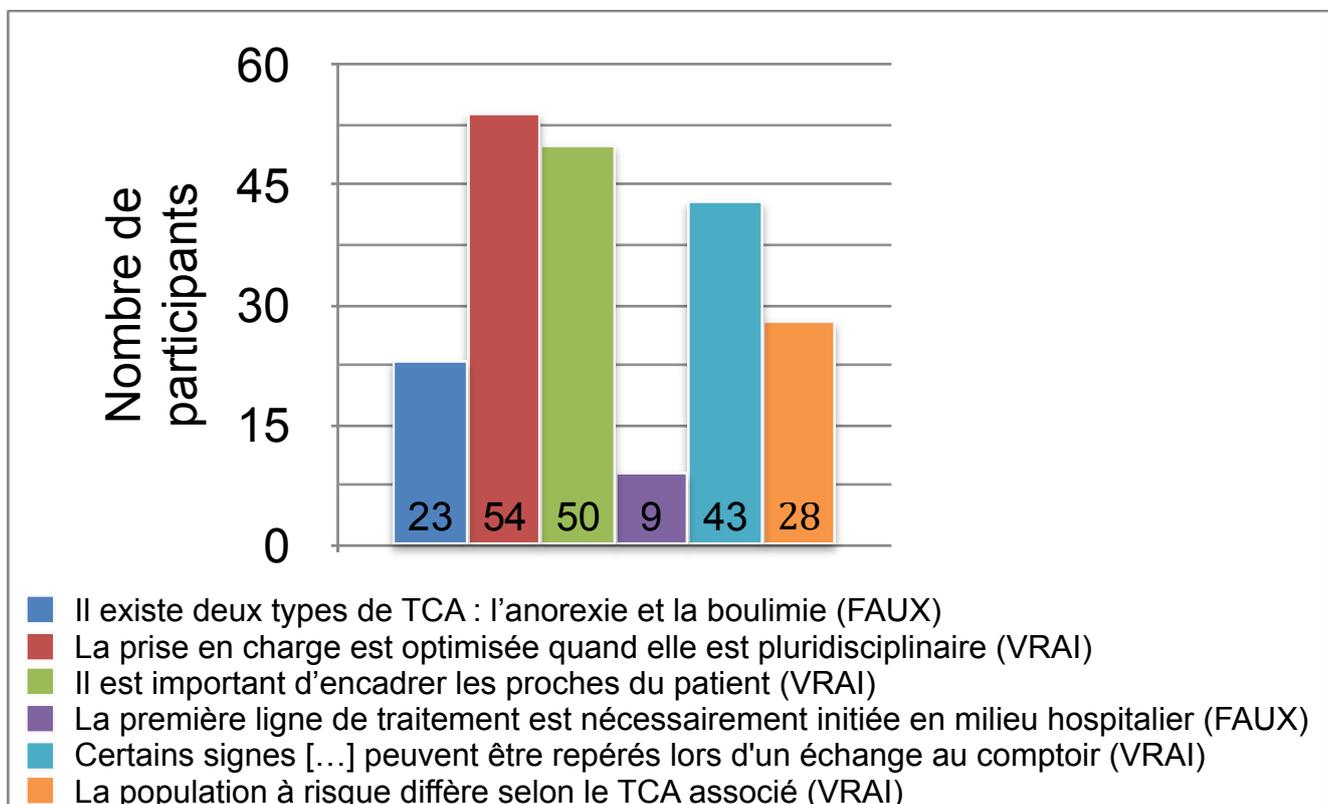
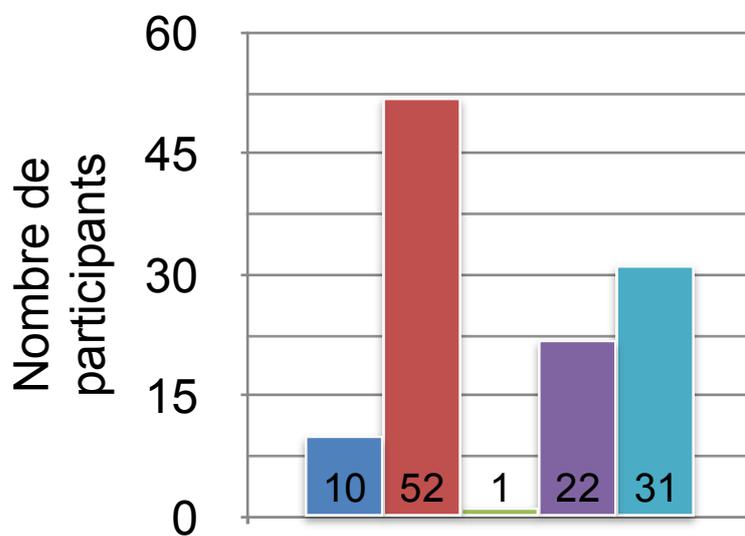


Figure 5 : « Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les troubles du comportement alimentaire, lesquelles vous semblent exactes ? »

F. Question 6 : « Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les comportements à risque, lesquelles vous semblent exactes ? »

Concernant la proposition « L'hyperactivité physique est un comportement à risque que l'on associe uniquement à l'anorexie » peu de participants (17 %) l'estiment correcte. Concernant la proposition « La dévalorisation de soi est un signe évocateur de certains TCA » près de la totalité des participants soit 90 % l'estiment correcte. Concernant la proposition « Les troubles boulimiques ne s'accompagnent pas de vomissements contrairement à l'anorexie » 2 % l'estime correcte. Concernant la proposition « L'indice de masse corporelle (IMC) s'avère peu utile dans le diagnostic des TCA » 22 participants sur 58 soit 38 % l'estiment correcte. Concernant la proposition « On ne guérit jamais vraiment d'un trouble du comportement alimentaire » près de la moitié des participants (53 %) l'estiment correcte.



- L'hyperactivité physique est un comportement à risque que l'on associe uniquement à l'anorexie (FAUX)
- La dévalorisation de soi est un signe évocateur de certains TCA (VRAI)
- Les troubles boulimiques ne s'accompagnent pas de vomissements contrairement à l'anorexie (FAUX)
- L'indice de masse corporelle (IMC) s'avère peu utile dans le diagnostic des TCA (VRAI)
- On ne guérit jamais vraiment d'un TCA (FAUX)

Figure 6 : « Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les comportements à risque, lesquelles vous semblent exactes ? »

G. Question 7 : « Selon vous, parmi les établissements suivants, lesquels sont labellisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire dans la région Hauts-de-France ? »

Concernant la proposition « Le CHU de Lille » près de la totalité des participants soit 93 % estiment cet établissement labellisé par l'Agence Régionale de

Santé pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire. Concernant la proposition « L'hôpital Saint Vincent de Paul » moins de la moitié des participants soit 40 % l'estiment labellisé. Concernant la proposition « Le CH d'Arras » peu de participants soit 15 % l'estiment labellisé. Concernant la proposition « Le CH de Béthune » peu de participants soit 14 % l'estiment labellisé. Concernant la proposition « Le CH de Boulogne » peu de participants soit 21 % l'estiment labellisé. Concernant la proposition « Le CH de Calais » peu de participants soit 14 % l'estiment labellisé. Concernant la proposition « Le CH d'Hénin Beaumont » peu de participants soit 12 % l'estiment labellisé. Concernant la proposition « Le CH de Roubaix » peu de participants soit 21 % l'estiment labellisé. Concernant la proposition « La clinique du Campus à Amiens » peu de participants soit 24 % l'estiment labellisée.

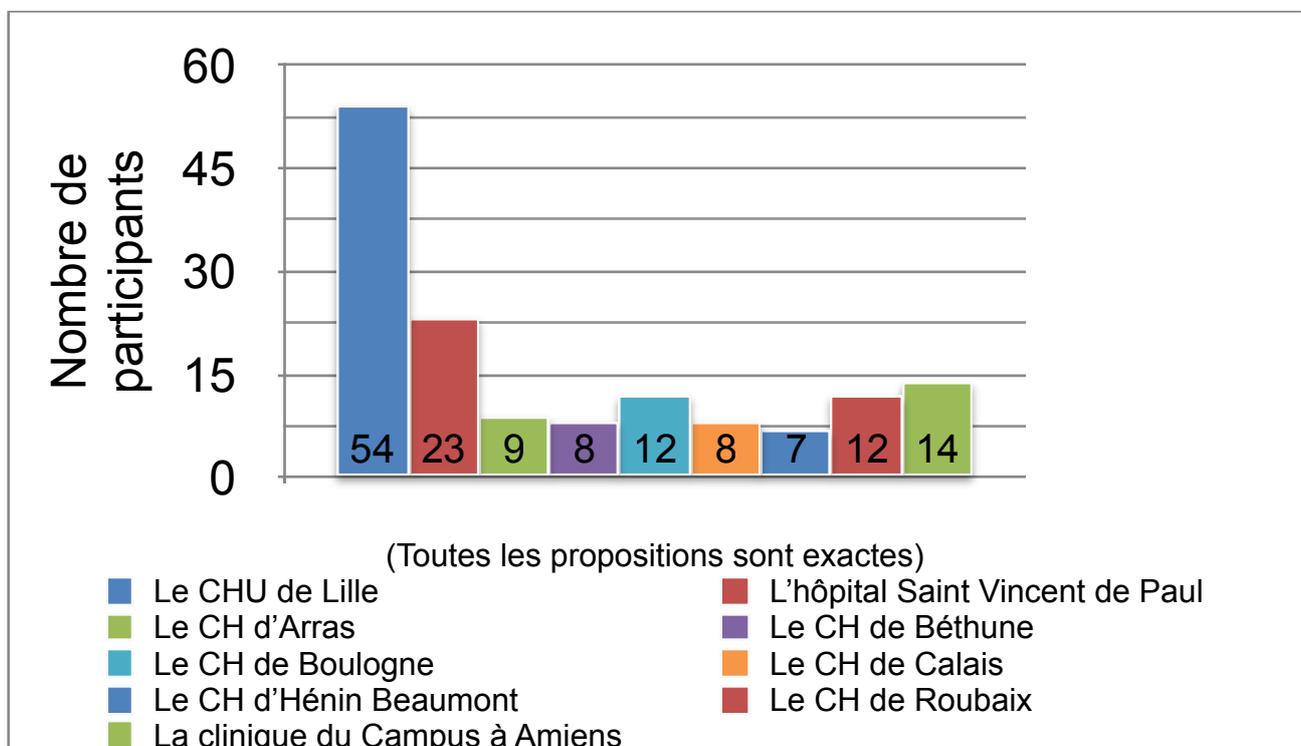


Figure 7 : « Selon vous, parmi les établissements suivants, lesquels sont labellisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire dans la région Hauts-de-France ? »

H. Question 8 : « Estimez-vous les troubles du comportement alimentaire faisant partie des enjeux de santé publique ? »

Sur un total de 58 participations complètes, 2 % ne sont pas du tout d'accord avec le fait que les troubles du comportement alimentaire fassent partie des enjeux

de santé publique, peu de participants soit 12 % sont moyennement d'accord avec cette proposition, plus d'un tiers soit 38 % sont d'accord avec cette proposition et près de la moitié des personnes soit 48 % sont fortement d'accord avec cette proposition. Aucun participant n'a laissé l'item sans réponse.

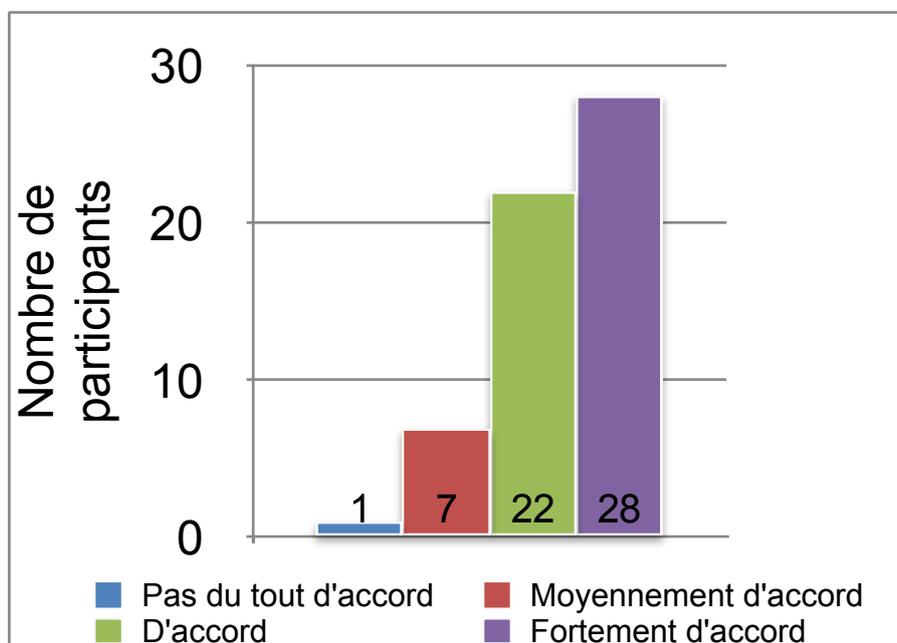


Figure 8 : « Estimez-vous les troubles du comportement alimentaire faisant partie des enjeux de santé publique ? »

I. Question 9 : « Avez-vous déjà rencontré des patients présentant des troubles du comportement alimentaire à l'officine ? »

Sur 58 participations complètes, 45 personnes soit 78 % ont déjà rencontré des patients présentant des troubles du comportement alimentaire à l'officine, peu de personnes (5 %) n'en ont pas rencontré et 10 personnes sur 58 soit 17 % ne savent pas s'ils en ont déjà rencontré. Aucun participant n'a laissé l'item sans réponse.

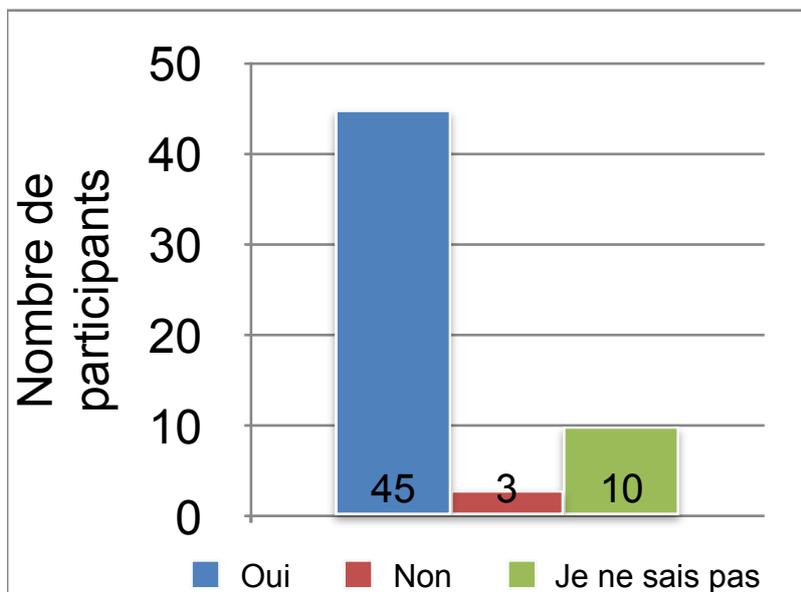


Figure 9 : « Avez-vous déjà rencontré des patients présentant des troubles du comportement alimentaire à l'officine ? »

J. Question 10 : « Avez-vous déjà suivi une formation relative à la prise en charge de ce type de patient ? »

Presque toutes les personnes (98 %) n'ont jamais eu de formation relative à la prise en charge de ce type de patient. Une personne a répondu librement à la question « prévention à l'école ». Personne n'a suivi de formation à proprement parler.

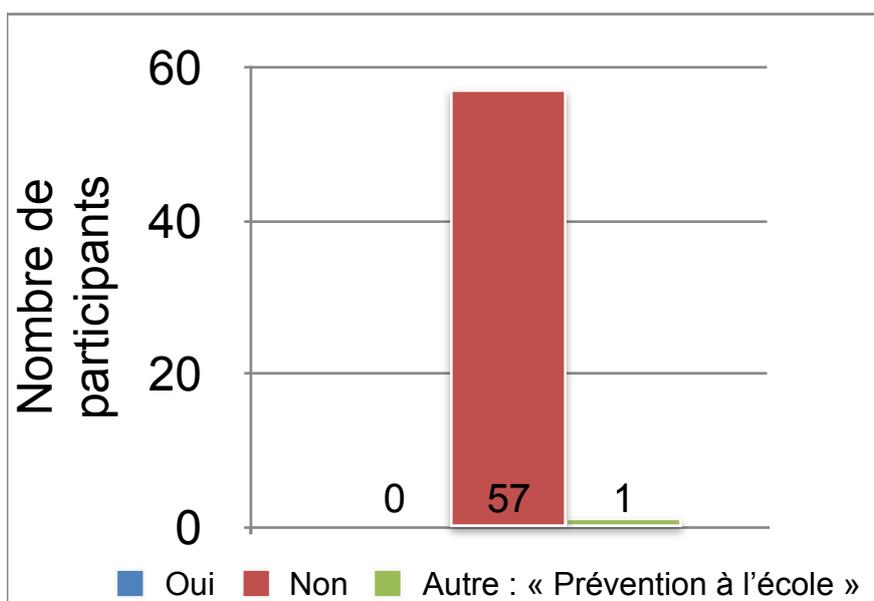


Figure 10 : « Avez-vous déjà suivi une formation relative à la prise en charge de ce type de patient ? »

K. Question 11 : « Pensez-vous que les thérapies complémentaires telles que l'aromathérapie, la phytothérapie ou encore l'homéopathie peuvent avoir un impact sur la guérison du patient ? Précisez votre réponse. »

Cette question propose trois réponses à choix unique : « oui », « non », « je ne sais pas ». Il a été demandé de préciser son point de vue avec un commentaire. Sur 58 participations complètes, 38 personnes soit 65 % pensent que les thérapies complémentaires peuvent avoir un impact sur la guérison du patient, 11 personnes sur 58 soit 20 % ne le pensent pas et 9 personnes sur 58 soit 15 % ne le savent pas. Il y a 20 commentaires soit 35 % des participants ont précisé leur réponse. Parmi les 20 réponses libres relevées, la phytothérapie revient en majorité comme étant la thérapie complémentaire trouvant son intérêt dans l'accompagnement des patients présentant des troubles du comportement alimentaire, sous réserve d'avoir les connaissances suffisantes pour la dispenser :

- « La phytothérapie peut aider à accompagner » ;
- « Dans ces troubles il y a un caractère psycho qui peut être amélioré par la phyto, l'aroma, ou la gemmothérapie. De même pour les perturbations hormonales. Et ceci tout en douceur. Selon le trouble on peut agir sur le manque d'appétit, ou la satiété. Bref, la naturopathie est complètement conseillée à mon avis dans ces troubles. Le fait que ce soit naturel et doux comme médecine, ça permet à ces personnes de ne pas avoir l'impression d'être en traitement, d'être en maladie » ;
- « Sur la gestion du stress, du moral » ;
- « Prise en charge globale du patient, à la fois pluridisciplinaire, et sur le plan médicamenteux : plantes, HE ou homéopathie peuvent avoir leur intérêt » ;
- « Surtout la phyto certaines plantes comme le fenugrec peut aider » ;
- « Apaiser les troubles » ;
- « Oui, en première intention pour des troubles légers »
- « Toutes les médecines douces ont un rôle à jouer en complément d'une prise en charge pluridisciplinaire » ;
- « Action sur l'émotionnel » ;
- « Ces maladies étant psychologiques, j'estime que toute méthode pouvant faire du bien au patient est à prendre en compte » ;
- « En complément dans la prise en charge pour la gestion des angoisses notamment » ;

- « Fenugrec pour stimuler l'appétit » ;
- « Certaines plantes stimule l'appétit ou d'autres fond le contraire » ;
- « Ça pourrait aider le patient à s'en sortir » ;

Certains participants émettent quelques réserves :

- « Mais nous ne sommes pas formés pour » ;
- « Je pense que la prise en charge efficace de ces patients relève de la psychiatrie » ;
- « Influencer oui guérir non » ;
- « Mais de quelle façon ? » ;
- « Une place dans le traitement de l'anxiété ou autres problèmes qui accompagnent le trouble, mais pas pour régler le trouble en lui-même » ;
- « Bien en soins complémentaires mais il faut être formé ».

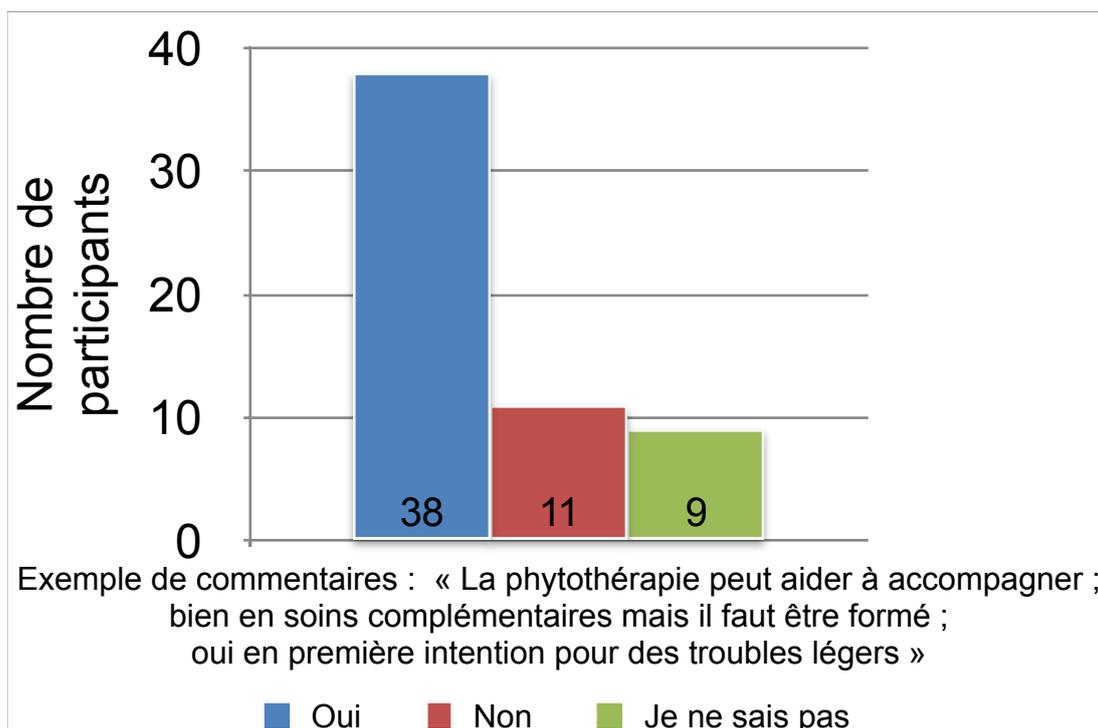


Figure 11 : « Pensez-vous que les thérapies complémentaires telles que l'aromathérapie, la phytothérapie ou encore l'homéopathie peuvent avoir un impact sur la guérison du patient ? Précisez votre réponse. »

L. Question 12 : « Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, pouvez-vous classer les conditions qui vous semblent essentielles ? Le rang le plus élevé représente la condition qui vous semble être la plus importante. »

La dernière question consiste à classer par ordre d'importance les conditions d'intégration à la pratique officinale de l'accompagnement des patients présentant un trouble du comportement alimentaire, le rang le plus haut représentant la condition la plus importante pour les participants. Sur six propositions, trois ressortent principalement :

- Avoir une formation en amont sur les conseils à prodiguer
- Échanger dans un local de confidentialité
- Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient

Sur un total de 58 participations, 27 personnes soit 47 % placent la condition « avoir une formation en amont sur les conseils à prodiguer » en première intention comme critère d'inclusion dans leur pratique officinale de l'accompagnement de ces patients. Parmi ces participants, certains ont placé en seconde position l'item « échanger dans un local de confidentialité » (22 %), d'autres ont choisi l'item « avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient » (21 %). Ces deux propositions se disputent les deuxièmes et troisièmes rangs. Puis, c'est l'item « être intégré(e) au suivi biomédical du patient » qui se détache du classement en quatrième position (28 %). Puis arrivent les items « multiplier les entretiens » en avant dernière position (29 %) et « être rémunéré(e) pour le temps accordé » en dernière position (41 %).

Figure 12 : «Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, pouvez-vous classer les conditions qui vous semblent essentielles ? [...] »[Classement 4]

Présentation du classement dominant

CLASSEMENT	CONDITIONS
Rang le plus élevé	Avoir une formation en amont sur les conseils à prodiguer
	Echanger dans un local de confidentialité
	Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient
	Être intégré(e) au suivi biomédical du patient (rapports d'analyses biologiques, mise à jour des éventuelles prescriptions, etc.)
	Multiplier les entretiens
Rang le moins élevé	Être rémunéré(e) pour le temps accordé

IV.

PARTIE 4 : DISCUSSION

A. Partie « Présentation »

Parmi l'ensemble des participants, la majorité de la population est féminine (85 % de femmes contre 15 % d'hommes). Cela est lié au fait que la répartition globale des pharmaciens dans les Hauts-de-France correspond à 68 % de femmes et 32 % d'hommes. Il y a 80,1 % de femmes inscrites à la section D de l'Ordre des Pharmaciens contre 19,9 % d'hommes. Ces données sont issues d'une étude démographique de l'Ordre des Pharmaciens datant du 1er janvier 2022 (panorama de l'année 2021) (9).

Il est intéressant d'observer que deux groupes se distinguent dans cette enquête : une population de pharmaciens exerçant depuis moins de 2 ans (43 %) et une population de pharmaciens exerçant depuis plus de 10 ans (41 %). Deux visions émergent : une vision jeune tout juste sortie de la faculté et une vision avec plus d'expérience de terrain.

Concernant la zone d'exercice des participants, 71 % des pharmaciens d'officine exercent en zone urbaine (en ville), 21 % d'entre eux exercent en zone périurbaine (une zone périurbaine est une commune où au moins 40 % des résidents travaillent en milieu urbain) et 8 % d'entre eux exercent en zone rurale (à la campagne). De plus, il y a un total de 1962 officines dans les Hauts-de-France (9) : en effet, le maillage territorial est tel que les patients, urbains, périurbains ou ruraux, ont tous facilement accès à une officine dans un rayon proche de leur domicile.

Les participants ont affirmé travailler en interprofessionnalité avec différents professionnels de santé.

Ce premier bloc de présentation générale a permis de mettre en évidence un profil type de participant : une femme exerçant depuis peu ou depuis plus de 10 ans, en zone urbaine et en interprofessionnalité avec au moins un médecin généraliste et un infirmier.

Comme évoqué précédemment, une prise en charge efficiente et qualitative des troubles du comportement alimentaire dépend d'un travail pluridisciplinaire, les symptômes et les complications étant multiples.

Plus de 9 participants sur 10 exercent en interprofessionnalité avec un médecin généraliste. En effet, c'est le principal prescripteur rencontré à l'officine. Cet intervenant a une importance majeure dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire car il peut diagnostiquer ces pathologies et effectuer le suivi clinique et biologique du patient. Il réévalue régulièrement l'évolution de l'état du patient et corrige les éventuelles complications.

Sur 58 pharmaciens d'officine interrogés, seulement 5 sont en relation avec un psychiatre. Il y a pourtant 995 psychiatres exerçant dans la région des Hauts-de-France (selon les données de l'ASIP-Santé RPPS, traitements DREES datant du 1er janvier 2023) (2). Ce chiffre met en évidence un premier obstacle à la prise en charge des patients présentant des TCA. En effet, le psychiatre est un intervenant indispensable de cette dernière. Ce professionnel de santé est le plus adapté à diagnostiquer ces pathologies et à développer toute l'offre de soins. Il renforce la motivation du patient, il l'aide à comprendre et à modifier son comportement autodestructeur, il l'aide à reprendre confiance en lui et à s'accepter. Il peut éventuellement prescrire des médicaments psychotropes en fonction des différentes problématiques du patient (anxiété, dépression, insomnie, etc.).

Le constat est le même vis-à-vis des diététiciens-nutritionnistes et des psychologues. Ce sont également des acteurs majeurs de la prise en charge des patients présentant des TCA. En effet, le diététicien-nutritionniste accompagne le patient dans sa reconstruction alimentaire. Il lui réapprend à s'alimenter correctement et à se réconcilier avec son corps. Il lui propose un plan de renutrition, étape par étape, et il donne des conseils visant à désamorcer la venue de pensées compulsives envahissantes ou de comportements compensatoires (45). Les psychologues, quant à eux, proposent différentes psychothérapies (thérapie cognitivo-comportementale, EMDR, etc.). Ce manque d'exercice coordonné peut s'expliquer par le fait que les diététiciens-nutritionnistes et les psychologues n'ont pas le droit de prescrire. De ce fait, la collaboration entre les pharmaciens et ces professionnels est limitée car les patients se présentent le plus souvent à l'officine avec une ordonnance. Il y a 1425

diététiciens-nutritionnistes et 6035 psychologues dans les Hauts-de-France (données issues du répertoire ADELI-DREES au 1er janvier 2023) (2, 16), les pharmaciens d'officine ont donc la possibilité d'enrichir leur carnet d'adresses et de transmettre aux patients différents contacts.

Au vu du nombre de professionnels de santé exerçant dans la région des Hauts-de-France, chaque officine devrait pouvoir fournir une liste de psychiatres, pédopsychiatres, diététiciens-nutritionnistes et psychologues travaillant dans son secteur. De plus, il existe à ce jour 231 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans la région des Hauts-de-France, qui sont des structures de soins de proximité regroupant des professionnels de santé médicaux et paramédicaux exerçant diverses spécialités (10). Chaque MSP regroupe une dizaine de professionnels de santé travaillant de manière collective et coordonnée. Les MSP améliorent l'accès aux soins, la continuité de ces soins et la qualité de la prise en charge des patients. Les pharmaciens peuvent faire partie de ces MSP ou rediriger, au besoin, leurs patients vers ce type de structure d'exercice coordonné.

B. Partie « Généralités sur les troubles du comportement alimentaire »

Le deuxième bloc de questions a pour but d'évaluer les connaissances des pharmaciens d'officine vis-à-vis des troubles du comportement alimentaire.

La cinquième question, à choix multiple, comporte 6 items dont 4 sont corrects.

« La prise en charge est optimisée quand elle est pluridisciplinaire » est une affirmation exacte. En effet et comme évoqué précédemment, au vu de l'étendu et de la diversité de l'expression des symptômes des TCA, il est nécessaire que le patient soit encadré par au moins deux intervenants : un somaticien et un psychiatre. A cela peut s'ajouter l'intervention d'autres professionnels en fonction des besoins des patients mais aussi selon leur pouvoir d'achat. En effet, les consultations auprès des diététiciens-nutritionnistes, des psychologues ou des sophrologues, par exemple, ne sont pas pris en charge par le régime de la Sécurité Sociale en France (certaines mutuelles complémentaires remboursent une partie des frais) et peuvent s'avérer onéreuses.

« Il est important d'encadrer les proches » est une affirmation exacte. En effet, l'impact psychologique des TCA retentit sur tout l'environnement familial, social et professionnel du patient. Les TCA n'étant pas rationnels, l'entourage des patients peut difficilement comprendre leur mécanisme et les aider seul. Le sentiment d'impuissance ressenti peut avoir un effet dévastateur sur leur santé mentale et cela ne doit pas être négligé. Des thérapies familiales et individuelles existent afin de les aider à mieux aborder la maladie. Ces thérapies améliorent les relations au sein du domicile et elles permettent aux proches de recevoir des conseils sur la gestion des différents troubles au quotidien. Les pharmaciens d'officine doivent pouvoir transmettre les contacts d'associations et/ou de professionnels médicaux et paramédicaux adaptés aux besoins des proches. Leur souffrance ne doit pas être sous-estimée.

« Certains signes tels que le retard des règles, l'hyperactivité intellectuelle ou les troubles de la libido peuvent être repérés lors d'un échange au comptoir » est une affirmation exacte. En effet, les pharmaciens d'officine peuvent repérer, parmi leur clientèle régulière, ce type de symptômes typiques des troubles du comportement alimentaire. Les dérèglements hormonaux induits par les conduites alimentaires inappropriés et/ou les conduites de purge entraînent des dysfonctionnements du cycle menstruel, une baisse de la libido et/ou une impuissance. De plus, l'hyperactivité intellectuelle est un comportement caractéristique de ce type de patients : ranger, trier, compter les calories, penser à ce qui a été ingéré ou non, anticiper les prochains repas, comment agir en société, etc. En somme, le patient est en constante ébullition et ne repose jamais son esprit. Le repérage des TCA peut se faire au comptoir en observant les achats du patient (laxatifs, lavements, diurétiques, produits minceur, etc.) ou en analysant la pertinence de ses demandes. Toute requête doit faire l'objet d'une série de questions ayant pour but d'en comprendre l'intérêt : Dans quel but ? Est-ce la première fois ? Avez-vous des pathologies chroniques ? Avez-vous eu un avis médical ? Prenez-vous des médicaments ? Le repérage des TCA peut se faire également au comptoir à l'aide des ordonnances du patient. En effet, ce type de patients consultent régulièrement leur médecin généraliste pour des plaintes diverses (spasmes gastriques, irritation de l'oesophage, fatigue, anxiété, maux gynécologiques etc.). Un patient qui se présente à plusieurs reprises à l'officine avec une ordonnance pour ce type de maux doit faire l'objet d'une attention particulière. La délivrance de médicaments s'accompagne de conseils et

prévention vis-à-vis des modalités de prise, des effets indésirables et des interactions médicamenteuses possibles. L'échange entre le pharmacien et le patient peut amener ce dernier à se confier. Le pharmacien d'officine a la possibilité d'exercer un rôle de médiateur et orienter le patient vers une équipe de soignants pluridisciplinaire à dimension somatique, psychologique, sociale et relationnelle. La majorité des participants sont en accord avec cette proposition ce qui peut sous-entendre qu'ils ont déjà été confronté à ce type de patients au comptoir.

« La population à risque diffère selon le trouble du comportement alimentaire associé » est une affirmation exacte. Il y a 51 % (plus de la moitié) des pharmaciens d'officine qui ne sont pas en accord avec cette affirmation.

On peut dès lors constater que les connaissances des pharmaciens d'officine vis-à-vis des troubles du comportement alimentaire sont correctes mais ne sont pas optimales.

Il y avait deux propositions inexactes dans cette cinquième question :

« Il existe deux types de troubles du comportement alimentaire : l'anorexie et la boulimie » n'est pas une affirmation exacte. En effet, comme défini précédemment, il existe trois grands types de troubles du comportement alimentaire : l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique. En pratique, de nombreux autres troubles de formes atypiques existent mais ne sont pas abordés dans cette thèse. L'hyperphagie boulimique est souvent considérée à tort comme du grignotage ou de la gourmandise mais il s'agit d'un trouble du comportement alimentaire aux conséquences potentiellement désastreuses. 40 % des participants ont estimé cette affirmation correcte. Plus d'un tiers des pharmaciens d'officine n'ont pas connaissance de l'hyperphagie boulimique alors qu'elle concerne 3 à 5 % de la population française et est plus fréquente que la boulimie nerveuse (qui elle concerne 1,5 % des 11-20 ans) (26, 29).

« La première ligne de traitement est nécessairement initiée en milieu hospitalier » n'est pas une affirmation exacte. En effet, il est recommandé de mettre en place un protocole de soins dans l'environnement habituel et familial du patient. Le premier pas vers la consultation est déjà une épreuve compliquée pour le patient et pour son

entourage (par déni, culpabilité, honte, peur de l'engagement dans le système de soins, etc.). L'hôpital n'est envisagé que si le patient est dans un état sévère ou que de précédentes prises en charge ambulatoires sont restées sans issue. 15 % des participants soit 9 personnes sur 58 ont estimé cette affirmation correcte. La majorité des pharmaciens d'officine sont au fait que la prise en charge ambulatoire est la plus adaptée pour ces patients.

La sixième question, à choix multiple, comporte 5 items dont 2 sont corrects.

« La dévalorisation de soi est un signe évocateur de certains troubles du comportement alimentaire » est une affirmation exacte. En effet, le patient développe rapidement de l'anxiété souvent associée à une dépression. Ses pensées négatives sont envahissantes et incontrôlables. Le patient a honte de son comportement et s'isole de tout contact social. Le regard qu'il porte sur son corps est dénigrant. Tout cela traduit une grande souffrance psychique qu'il est impératif de traiter. Le médecin généraliste ou le psychiatre prescrit parfois des anxiolytiques, des hypnotiques et/ou des antidépresseurs. Cette délivrance s'accompagne de divers conseils à l'officine (modalités de prises, prévention vis-à-vis des effets indésirables telles que la somnolence, la perte de mémoire, l'irritabilité ou encore la levée d'inhibition associée au risque de suicide). Le pharmacien peut également recommander l'utilisation de thérapies complémentaires telle que la phytothérapie, en l'absence de toutes contre-indications. Par exemple, la rhodiola (*rhodiola rosea*) est une plante adaptogène aux propriétés antidépressives et anxiolytiques. Elle pallie le surmenage intellectuel et aux situations émotionnelles stressantes en stimulant le système nerveux et en assurant un meilleur flux sanguin (34). Les pharmaciens peuvent également faire part aux patients de l'existence d'autres thérapies complémentaires tels que la méditation, la sophrologie, l'hypnose ou les ateliers d'art-thérapie (ces thérapies complémentaires ne dispensent pas des consultations auprès du somaticien et du psychothérapeute car il n'existe aucune étude prouvant leur efficacité dans le traitement de fond des TCA).

« L'indice de masse corporelle (IMC) s'avère peu utile dans le diagnostic des troubles du comportement alimentaire » est une affirmation exacte. En effet, même s'il fait partie des critères de diagnostic des TCA, l'IMC seul ne suffit pas à confirmer ce diagnostic. Les variabilités entre les individus étant multiples, il est nécessaire

d'explorer le profil du patient dans sa globalité : évaluer la perception du patient vis-à-vis de son corps et de son environnement, réaliser une enquête alimentaire, suivre la courbe statur pondérale, sont des actions à mener par le soignant (médecin généraliste et/ou psychiatre) parmi de nombreuses autres. Le professionnel de santé s'aide de l'outil DSM-5 pour établir son diagnostic. Une fois toutes les informations réunies, le diagnostic peut être émis. Il y a 62 % des pharmaciens d'officine qui ne sont pas en accord avec cette affirmation ce qui soulève le manque de formation vis-à-vis de la façon dont est établi le diagnostic des TCA.

Concernant les trois affirmations inexactes :

« L'hyperactivité physique est un comportement à risque que l'on associe uniquement à l'anorexie » n'est pas une affirmation exacte. En effet, un patient boulimique peut aussi exercer une activité physique intense et régulière. Cela fait partie des conduites compensatoires visant à éliminer les calories ingérées, tout comme les vomissements provoqués et l'usage de laxatifs, de diurétiques ou de lavements. Ces comportements ne sont pas sans conséquences. Ils provoquent épuisement, blessures, fragilité osseuse, déshydratation, troubles hydro-électrolytiques, fonte musculaire, troubles cardiaques et rénaux, entre autres effets indésirables. 17 % des participants soit 10 personnes sur 58 ont estimé cette affirmation correcte. Cela signifie que 48 personnes soit 83 % connaissent ce comportement à risque et l'associent à d'autres TCA.

« Les troubles boulimiques ne s'accompagnent pas de vomissements contrairement à l'anorexie » n'est pas une affirmation exacte. Par définition, la boulimie nerveuse est une suite d'épisodes hyperphagiques suivis de comportements compensatoires à visée purgative dont les vomissements provoqués. Cependant, tous les patients n'ont pas recours aux vomissements seuls : il peut s'agir de l'usage de laxatifs, de diurétiques, de lavements ou d'exercice physique intense. Seul une personne a estimé cette affirmation correcte. Les pharmaciens d'officine semblent avoir connaissance de cette caractéristique de la définition de la boulimie nerveuse.

« On ne guérit jamais vraiment d'un trouble du comportement alimentaire » n'est pas une affirmation exacte. En effet, la guérison est possible. Elle dépend d'une prise en charge précoce, pluridisciplinaire et qualitative. Cependant, le risque de récurrences est

élevé (14, 17). En effet, l'état de bonne santé mentale n'est pas un état stationnaire et varie tout au long des événements de la vie. Le suivi doit être assuré sur le long terme, au moins un an après une amélioration clinique significative de l'état du patient. Il se peut que le patient rencontre des complications irréversibles (diabète de type 2, ostéoporose, phobies, troubles obsessionnels compulsifs, etc.) (3, 18). Le but est de les éviter en dépistant rapidement et en soignant efficacement les patients. De nombreux témoignages d'anciens patients existent et sont diffusés notamment lors de la journée mondiale des TCA organisée le 2 juin de chaque année (31). La troisième édition à l'échelle nationale s'est déroulée en 2023. Cette journée vise à libérer la parole des patients et de leur entourage, à supprimer les obstacles aux soins, à intervenir précocement dans le processus de développement de la maladie et à limiter les rechutes. Ces intervenants sont les témoins d'une rémission possible. Des récits d'anciens patients, disponibles sur des sites tels que « feeleat.fr » (qui est un outil numérique créé par une ancienne patiente présentant des TCA qui accompagne le patient dans sa réconciliation avec l'alimentation), retracent leurs parcours, chaotiques et douloureux mais aboutissant à une guérison totale dans 60 % des cas (« Aucun parcours de rétablissement n'est linéaire. Demandez de l'aide. Sans en avoir honte. [...] Je l'ai déjà dit, mais je le répète, le rétablissement est difficile, mais la lutte en vaut la peine. J'ai réussi, et vous le pouvez aussi. Continuez comme ça.») (22). 53 % des participants soit 31 personnes sur 58 ont estimé cette affirmation exacte. Cette statistique sous-entend que plus de la moitié des participants ne connaissent pas l'évolution des TCA lorsque cela est pris en charge efficacement.

La septième question, à choix multiple, comporte 9 items qui sont tous corrects. En effet, il existe des structures spécialisées dans la prise en charge des TCA. Dans les Hauts-de-France, l'Agence Régionale de Santé a labellisé 9 établissements de santé répondant à des critères de qualité. La prise en charge est effectuée à plusieurs niveaux : par des professionnels de santé libéraux ou par des établissements de santé (prise en charge ambulatoire ou hospitalisation) (39). Le niveau 1 correspond au repérage des patients, à leur prise en charge « simple » et à l'orientation au cas par cas vers des structures de soins spécialisées. Le niveau 2 correspond à une prise en charge spécialisée en ambulatoire ou en hospitalisation à temps plein. Les établissements de santé labellisés de niveau 2 sont le CH d'Arras, le CH de Béthune, le CH de Boulogne, le CH de Calais, le CH d'Hénin Beaumont, le CH de Roubaix et

la clinique du Campus à Amiens. Le niveau 3 correspond aux unités de recours spécialisées. Elles prennent en charge les situations complexes, elles forment les professionnels de santé et elles développent la recherche. Il s'agit du CHU de Lille et l'hôpital Saint Vincent de Paul du GHICL. 93 % des participants soit 54 personnes sur 58 ont estimé que le CHU de Lille est labellisé par l'ARS pour la prise en charge des TCA, ce qui est exact. Cependant, pour chacune des autres propositions moins de la moitié des participants ont su répondre correctement. Ces données mettent en évidence le fait que les pharmaciens d'officine n'ont pas connaissance de la qualification des nombreuses structures présentes dans la région dans la prise en charge des TCA. C'est un frein à un accompagnement de qualité des patients car les pharmaciens d'officine ne savent pas vers qui les orienter.

Ce bloc de questions révèle que les pharmaciens d'officine ont quelques notions de connaissances sur les TCA (définition, diagnostic, dépistage, prise en charge et prévention) mais elles sont incomplètes. Ces lacunes peuvent s'expliquer par un manque de formation durant les études pharmaceutiques mais aussi au cours de leur parcours professionnel.

C. Partie « Implication dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire »

La huitième question recueille l'avis des participants sur le fait que les troubles du comportement alimentaire fasse partie des enjeux de santé publique. Une personne sur 58 participants n'est pas d'accord avec cette affirmation. La majorité des participants sont en accord avec la proposition. Les pharmaciens d'officine des Hauts-de-France ont conscience que les TCA sont des pathologies fréquentes et que leur prévalence augmente chaque année. Un exemple parlant est illustré grâce à une étude datant de février 2022, retrouvée dans la base de données « PubMed Central ». Elle a démontré que dans la population étudiante, sur un échantillon de 8897 étudiants, la prévalence des TCA a doublé entre 2009 et 2021 (23). De plus, comme évoqué précédemment, le Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités a constaté que la demande de soins dans le domaine de la santé mentale ne cesse de croître (41). En ce sens, il est nécessaire de multiplier les campagnes de prévention afin de diagnostiquer précocement et intervenir rapidement auprès des patients présentant des TCA. La prévention fait partie des missions du pharmacien :

elle est définie par l'ensemble des actions visant à éviter ou réduire la prévalence de maladies, d'accidents ou d'handicaps. Ce concept est réparti en plusieurs types de prévention (35). La prévention primaire regroupe l'ensemble des actes qui permettent de réduire l'incidence d'une maladie au sein d'une population. La prévention primaire agit donc avant que la maladie ne s'installe et se multiplie au sein d'une population saine mais sensible. A ce stade, le pharmacien d'officine peut repérer les comportements à risque et apporter des conseils afin de limiter le risque d'évolution vers une forme chronique. Les mesures préventives consistent alors en l'éducation de la population cible face au danger qu'elle encourt. La prévention secondaire vise à diminuer la prévalence d'une maladie au sein d'une population. A ce stade, la maladie est présente et diagnostiquée. Le but est de s'opposer à son développement. Le patient doit pouvoir recevoir par le pharmacien d'officine toutes les informations relatives à la prise en charge complète et optimisée des TCA (liste des associations, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, thérapies complémentaires, etc.). L'offre de soins est détaillée dans sa globalité afin de motiver le patient à faire disparaître les comportements à risque et les pensées destructrices. La prévention tertiaire regroupe l'ensemble des moyens et des actions utilisés afin de prévenir les complications et les rechutes liées à la maladie. Il s'agit de limiter les invalidités chroniques consécutives à la maladie. Elle vise notamment à favoriser la réinsertion du patient dans la société. Ce travail de fond s'effectue principalement avec le somaticien et/ou le psychiatre.

Il a été demandé aux pharmaciens d'officine des Hauts-de-France s'ils avaient déjà rencontré ce type de patients au sein de leur officine. La majorité d'entre eux ont répondu positivement. Il est possible que ces patients aient eu besoin de spécialités médicamenteuses (antidépresseurs, anxiolytiques et/ou hypnotiques, etc.) et que les pharmaciens aient recueilli leurs confidences vis-à-vis de l'instauration de ce type de traitements. Le repérage des troubles du comportement alimentaire peut s'avérer compliqué. Par exemple, la boulimie nerveuse est un trouble qui, contrairement à l'anorexie mentale, ne se voit pas physiquement (le poids reste souvent inchangé). Comme évoqué précédemment, les patients présentant des TCA ressentent de la culpabilité, de la honte, ils auront donc du mal à en parler. Quelques signes physiques et comportementaux sont observables au comptoir : le signe de Russell (qui sont des abrasions sur le dos de la main liées aux vomissements provoqués), la mauvaise haleine, l'angle sous-mandibulaire gonflé, l'achat de produits laxatifs, de

diurétiques ou de lavements, le changement d'humeur (notamment l'anxiété, la dépression, les idées noires, la sensation de lassitude, la négligence vis-à-vis de son apparence, etc.), les demandes pour des maux tels que le reflux gastro-oesophagien, l'insomnie, les perturbations menstruelles, la fragilité des phanères ou encore les affections dentaires.

La dixième question interrogeait les pharmaciens d'officine des Hauts-de-France sur le fait qu'ils aient suivi, ou non, une formation relative à la prise en charge des patients présentant des TCA. Aucun des participants n'a suivi de formation ce qui relève de nouveau un obstacle à la prise en charge de ces patients. Les pharmaciens d'officine ne sont pas formés à les reconnaître et à les accompagner. À ce jour, si un patient vient demander de l'aide à l'officine, il ne sera probablement pas orienter correctement et il n'aura de ce fait pas accès aux soins dont il a besoin. Une solution pourrait être d'intégrer un module de formation sur les TCA à la faculté, durant des mises en situation à l'officine pédagogique par exemple. Chaque année, les forums « industrie-internat » ou « officine » ont lieu à la faculté de pharmacie de Lille. Ces événements sont l'occasion d'organiser des ateliers d'initiation à la prise en charge des patients présentant des TCA. En outre, durant la cinquième année d'études de pharmacie, les étudiants sont amenés à effectuer un « service sanitaire » : ils doivent effectuer des actions de prévention auprès des écoles (maternelle, primaire, collège et lycée). Une des thématiques pourraient être la prévention des TCA. Cette démarche est d'autant plus pertinente que ces pathologies débutent dès le plus jeune âge. De plus, des intervenants extérieurs pourraient dispenser une formation au sein des officines des Hauts-de-France (ils peuvent se déplacer ou intervenir par téléphone). Cela se fait déjà par des représentants de laboratoires (dans le cadre de la campagne de prévention des infections à papillomavirus humains par exemple avec la promotion du vaccin Gardasil 9). Les associations pourraient également former les pharmaciens d'officine à la reconnaissance de ce type de patients et à leur accompagnement. Ces diverses propositions font écho aux réponses obtenues à la douzième question : pour la majorité des participants, la condition principale à l'intégration des pharmaciens d'officine dans la chaîne de prise en charge de ces patients est le fait de suivre une formation en amont sur les conseils à prodiguer.

Parmi les 58 participants, 65 % d'entre eux soit 38 personnes sur 58 estiment que les thérapies complémentaires peuvent avoir un impact sur la guérison du patient. Les notions de phytothérapie, d'aromathérapie ou encore d'homéopathie font partie de l'enseignement des pharmaciens d'officine et donc de leurs compétences. Il est important d'insister sur le terme « complémentaire ». En effet, ces disciplines ne se substituent pas à l'intervention d'un somaticien et d'un psychiatre. Il n'y a pas d'études cliniques démontrant l'efficacité des thérapies complémentaires dans la prise en charge des TCA. Cependant, certaines plantes ont obtenu une autorisation de mise sur le marché par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) sur la base d'un dossier comprenant les résultats d'études pharmaceutiques, cliniques et non cliniques, sur la base d'une documentation bibliographique relatant un usage médical bien établi (depuis au moins 10 ans en France) ou un enregistrement selon un usage dit « traditionnel », et ont donc une efficacité prouvée dans la prise en charge de maux tels que l'anxiété, les troubles du sommeil ou les nausées par exemple (46). Elles peuvent donc être un support supplémentaire à l'accompagnement de ces patients mais ne se substituent pas à la prise en charge par un professionnel de santé adapté. Toute utilisation de thérapies complémentaires doit faire l'objet de précautions : modalités de prise, caractéristiques du patient (fonction rénale et/ou hépatique), associations déconseillées et contre-indications. Il est possible que les participants n'étant pas en accord avec cette proposition estiment que les traitements doivent être exclusivement allopathiques et/ou psychothérapeutiques. Pourtant, il existe de nombreuses spécialités disponibles à l'officine destinées à pallier les divers effets indésirables provoqués par les TCA.

La dernière question permet aux pharmaciens d'officine de classer les différentes conditions pour lesquelles ils intégreraient l'accompagnement des patients présentant des TCA. La condition majoritaire qui se détache est « avoir une formation en amont sur les conseils à prodiguer ». Comme évoqué précédemment, une solution pour pallier le manque de connaissances des pharmaciens vis-à-vis des TCA serait d'introduire ce sujet dans les cours dispensés à la faculté durant les études pharmaceutiques. De plus, des formations peuvent être données au sein des officines via des représentants de laboratoires ou des membres d'associations. Une autre solution serait de créer une vidéo pédagogique, un tutoriel explicatif à destination des pharmaciens qui leur permettrait d'apprendre à reconnaître les

patients présentant des TCA et à les rediriger vers des spécialistes tout en utilisant un discours et des méthodes de communication adaptés. Ils existent déjà des fichiers PDF, créés notamment par la HAS, mais aujourd'hui nous sommes à l'ère du digital. De plus, les vidéos sont rapides à réaliser et peu coûteuses. La création d'une application utilisant l'intelligence artificielle pourrait également être envisagée. Le pharmacien d'officine annoncerait à l'intelligence artificielle ce qu'il voit, ce qu'il a entendu et cette dernière enverrait des réponses adéquates (par exemple, le pharmacien demanderait à l'intelligence artificielle si d'après ce que le patient lui a confié il devrait le rediriger vers un hôpital et l'application lui répondrait que ce n'est pas le premier recours, qu'il existe des psychiatres et médecins généralistes dans le secteur pouvant prendre en charge et évaluer la pertinence d'une hospitalisation). Ces différentes aides à la formation permettraient de lever les a priori et les idées reçues des pharmaciens d'officine quant à la prise en charge des patients présentant des TCA (pour cet exemple notamment, car 15 % des participants de l'enquête estiment que la première ligne de prise en charge s'effectue en milieu hospitalier). Une autre solution serait de créer un partenariat avec les laboratoires fabriquant les compléments alimentaires, les laxatifs, les diurétiques, les lavements ou encore les produits « minceur » afin qu'ils apposent sur leurs produits des messages de vigilance et/ou des numéros à contacter en cas de suspicion de TCA sous contrepartie de les commercialiser dans les officines. Une autre solution proposée afin de parfaire les connaissances des pharmaciens d'officine sur la prise en charge des TCA est de participer au salon « PharmagoraPlus » (44). C'est un salon se déroulant à Paris et regroupant de nombreux acteurs du monde de la pharmacie. Un stand, des ateliers, des conférences et des formations pourraient être tenus durant cet évènement annuel. Une autre solution peut être la promotion de l'existence de sites (« FFAB », « stoptca », « filsantéjeunes », « feeleat », etc.) au travers d'affiches ou autres supports dans les officines, comme le font par exemple les médecins généralistes au sein de la salle d'attente de leur cabinet. Concernant la proposition « échanger dans un local de confidentialité », cette action est possible dans presque toutes les officines de par l'existence d'une ou de plusieurs salles servant à la prise de mesure de contention ou d'orthopédie, à la vaccination, aux entretiens pharmaceutiques ou encore à la téléconsultation. « Multiplier les entretiens » est également possible. Cela dépend d'un accord effectué au préalable avec le patient et de la nécessité d'une bonne gestion de l'emploi du temps de la pharmacie (il est préférable d'avoir un calendrier papier ou électronique avec des messages d'alerte et

des relances peu de temps avant le rendez-vous). « Être intégré(e) au suivi biomédical du patient (rapports d'analyses biologiques, mise à jour des éventuelles prescriptions, etc.) » est réalisable dans la mesure où tous les acteurs de la prise en charge du patient sont nommés, connus et mis en relation. La qualité de la communication est la condition majeure à l'échange d'informations claires et complètes relatives aux différentes interventions effectuées auprès du patient. « Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient » peut être quelque chose de fait en amont de la rencontre avec les patients. Les pharmaciens d'officine peuvent préparer une liste de médecins généralistes, de psychiatres, de psychologues et de diététiciens-nutritionnistes exerçant dans leur secteur et la transmettre en temps voulu aux patients et/ou à leur entourage en demande d'aide. L'accord de chaque professionnel de santé serait demandé au préalable. La condition classée en dernière position est « être rémunéré(e) pour le temps accordé ». Les pharmaciens d'officine ne sont pas intéressés par le fait d'être rémunérés pour ce type d'échange mais ils ont conscience que leurs missions se diversifient et grandissent. L'augmentation de l'étendue de leurs compétences ainsi que le travail en interprofessionnalité représentent l'avenir du métier de pharmacien d'officine.

CONCLUSION

Cette étude met en évidence les différentes perspectives d'avenir pour les pharmaciens d'officine. En effet, les missions et les responsabilités se multiplient année après année parallèlement à l'évolution de la société. A l'ère du digital, du culte de la minceur au travers des réseaux sociaux et des magazines de mode, du harcèlement scolaire et du cyber-harcèlement, de la récente crise sanitaire et du confinement qui s'en est suivi, du climat géopolitique ambiant, la santé mentale des personnes les plus vulnérables est altérée, dès le plus jeune âge. Et ce malaise s'exprime souvent par des TCA. Dans ce contexte, le développement des compétences du pharmacien d'officine permettrait de limiter la dégradation de la santé mentale des patients grâce à sa disponibilité, son écoute, sa discrétion, sa rigueur et ses nombreuses ressources. De plus, cette étude révèle que les pharmaciens d'officine sont demandeurs de formations relatives à la prise en charge des TCA. En multipliant les campagnes de prévention, en repérant directement au comptoir les patients présentant des TCA et en les orientant convenablement, l'incidence de ces pathologies pourrait diminuer. Ces actions sont à la fois bénéfiques pour le patient mais aussi pour le pharmacien d'officine : le patient voit ses probabilités de guérison augmenter et le pharmacien d'officine voit sa profession enrichie et valorisée. Ce mode de fonctionnement dépend d'une collaboration de qualité entre les différents acteurs de santé et d'une reconnaissance mutuelle des compétences de chacun des intervenants. Cette démarche reflète le dispositif de développement continu introduit dans le Code de la Santé Publique et mis en place en 2009 avec la loi de modernisation du système de santé « HPST » (40). En effet, tout professionnel de santé a le devoir d'évaluer, d'améliorer et d'actualiser ses compétences professionnelles (32). Pour conclure, le serment de Galien prend tout son sens dans cette perspective de progression et de diversification des connaissances du pharmacien d'officine, dans l'accompagnement du patient dans le respect de sa dignité humaine et dans le travail en collaboration avec l'ensemble du corps médical.

ANNEXES

Annexe 1 : Serment de Galien

« En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés
- D'actualiser mes connaissances
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession
- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens
- De coopérer avec les autres professionnels de santé

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque. »



RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Troubles du comportement alimentaire à l'officine : conseils et prévention

Responsable chargé de la mise en œuvre: Mme Claire PINÇON

Interlocuteur (s) : Mme Elsa BRUGGEMAN

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Le 13 février 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données



Bonjour, je suis Elsa Bruggeman, étudiante en Pharmacie, fillière officine. Dans le cadre de la rédaction de ma thèse d'exercice, je réalise un questionnaire ayant pour but d'étudier les connaissances des pharmaciens d'officine vis-à-vis de l'accompagnement des patients présentant des troubles du comportement alimentaire. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être pharmacien d'officine dans la région Hauts-de-France. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement ! Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, son droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de ma thèse. Merci à vous!

Partie A: Présentation

A1. Vous êtes :

Un homme

Une femme

Autre

A2. Depuis combien d'années exercez-vous ?

Moins de 2 ans

[2 ; 5 ans[

[5 ; 10 ans[

Plus de 10 ans

A3. Où exercez-vous ?

En zone urbaine

En zone rurale

En zone périurbaine (où au moins 40% des résidents travaillent en zone urbaine)

A4. Dans votre pratique quotidienne, travaillez-vous en interprofessionnalité avec :

Un(e) médecin généraliste.

Un(e) psychiatre.

Un(e) diététicien(ne)-nutritionniste.

Un(e) infirmier(e).



Un(e) psychologue.

Un(e) kinésithérapeute.

Un(e) chirurgien(ne)-dentiste.

Un(e) gynécologue.

Un(e) sophrologue.

Autre

Autre

Partie B: Généralités sur les troubles du comportement alimentaire

B1. Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les troubles du comportement alimentaire, lesquelles vous semblent exactes ?

Il existe deux types de troubles de comportement alimentaire : l'anorexie et la boulimie

La prise en charge est optimisée quand elle est pluridisciplinaire

Il est important d'encadrer les proches du patient

La première ligne de traitement est nécessairement initiée en milieu hospitalier

Certains signes tels que le retard des règles, l'hyperactivité intellectuelle ou les troubles de la libido peuvent être repérés lors d'un échange au comptoir

La population à risque diffère selon le trouble du comportement alimentaire associé

B2. Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les comportements à risque, lesquelles vous semblent exactes ?

L'hyperactivité physique est un comportement à risque que l'on associe uniquement à l'anorexie

La dévalorisation de soi est un signe évocateur de certains troubles du comportement alimentaire

Les troubles boulimiques ne s'accompagnent pas de vomissements contrairement à l'anorexie

L'indice de masse corporelle (IMC) s'avère peu utile dans le diagnostic des troubles du comportement alimentaire

On ne guérit jamais vraiment d'un trouble du comportement alimentaire



B3. Selon vous, parmi les établissements suivants, lesquels sont labellisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire dans la région Hauts-de-France ?

- Le CHU de Lille
- L'hôpital Saint Vincent de Paul
- Le CH d'Arras
- Le CH de Béthune
- Le CH de Boulogne
- Le CH de Calais
- Le CH d'Hénin Beaumont
- Le CH de Roubaix
- La clinique du Campus à Amiens

Partie C: Implication dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire

C1. Estimez-vous les troubles du comportement alimentaire faisant partie des enjeux de santé publique ?

- Pas du tout d'accord
- Moyennement d'accord
- D'accord
- Fortement d'accord

C2. Avez-vous déjà rencontré des patients présentant des troubles du comportement alimentaire à l'officine ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas



C3. Avez-vous déjà suivi une formation relative à la prise en charge de ce type de patient ?

Oui

Non

Autre

Autre

C4. Pensez-vous que les thérapies complémentaires telles que l'aromathérapie, la phytothérapie ou encore l'homéopathie peuvent avoir un impact sur la guérison du patient ? Précisez votre réponse.

Oui

Non

Je ne sais pas

C5. Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, pouvez-vous classer les conditions qui vous semblent essentielles ? Le rang le plus élevé représente la condition qui vous semble être la plus importante.

Echanger dans un local de confidentialité

Multiplier les entretiens

Avoir une formation en amont sur les conseils à prodiguer

Être rémunéré(e) pour le temps accordé

Être intégré(e) au suivi biomédical du patient (rapports d'analyses biologiques, mise à jour des éventuelles prescriptions, etc.)

Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient



Mille mercis pour votre participation. Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : elsa.bruggeman.etu@univ-lille.fr

Annexe 4 : Résultats de l'enquête

Report des données extraites du logiciel LimeSurvey

Nombre d'enregistrement(s) :	58	
Nombre total d'enregistrements :	58	
Pourcentage du total :	100,00 %	
Résumé pour Q01		
Vous êtes :		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Un homme (A1)	9	15,52 %
Une femme (A2)	49	84,48 %
Autre (A3)	0	0,00 %
Sans réponse	0	0,00 %
Non affiché	0	0,00 %
Résumé pour Q02		
Depuis combien d'années exercez-vous ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Moins de 2 ans (A1)	25	43,10 %
[2 ; 5 ans[(A2)	5	8,62 %
[5 ; 10 ans[(A3)	4	6,90 %
Plus de 10 ans (A4)	24	41,38 %
Sans réponse	0	0,00 %
Non affiché	0	0,00 %
Résumé pour Q03		
Où exercez-vous ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
En zone urbaine (A1)	41	70,69 %
En zone rurale (A2)	5	8,62 %
En zone périurbaine (A3)	12	20,69 %
Sans réponse	0	0,00 %
Non affiché	0	0,00 %
Résumé pour Q04		
Dans votre pratique quotidienne, travaillez-vous en interprofessionnalité avec :		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Un(e) médecin généraliste. (SQ001)	53	91,38 %
Un(e) psychiatre. (SQ002)	5	8,62 %
Un(e) diététicien(ne)-nutritionniste. (SQ003)	4	6,90 %
Un(e) infirmier(e). (SQ004)	41	70,69 %
Un(e) psychologue. (SQ005)	2	3,45 %
Un(e) kinésithérapeute. (SQ006)	11	18,97 %
Un(e) chirurgien(ne)-dentiste. (SQ007)	15	25,86 %
Un(e) gynécologue. (SQ008)	5	8,62 %
Un(e) sophrologue. (SQ009)	1	1,72 %
Autre	4	6,90 %

Identifiant (ID)	Réponse	
	29	Aucun
	33	non
	45	Sage femme
	54	pas de msp
Résumé pour Q05		
Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les troubles du comportement alimentaire, lesquelles vous semblent exactes ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Il existe deux types de troubles de comportement alimentaire : l'anorexie et la boulimie (SQ001)	23	39,66 %
La prise en charge est optimisée quand elle est pluridisciplinaire (SQ002)	54	93,10 %
Il est important d'encadrer les proches du patient (SQ003)	50	86,21 %
La première ligne de traitement est nécessairement initiée en milieu hospitalier (SQ004)	9	15,52 %
Certains signes tels que le retard des règles, l'hyperactivité intellectuelle ou les troubles de la libido peuvent être repérés lors d'un échange au comptoir (SQ005)	43	74,14 %
La population à risque diffère selon le trouble du comportement alimentaire associé (SQ006)	28	48,28 %
Résumé pour Q06		
Selon vous, parmi les propositions suivantes concernant les comportements à risque, lesquelles vous semblent exactes ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
L'hyperactivité physique est un comportement à risque que l'on associe uniquement à l'anorexie (SQ001)	10	17,24 %
La dévalorisation de soi est un signe évocateur de certains troubles du comportement alimentaire (SQ002)	52	89,66 %
Les troubles boulimiques ne s'accompagnent pas de vomissements contrairement à l'anorexie (SQ003)	1	1,72 %
L'indice de masse corporelle (IMC) s'avère peu utile dans le diagnostic des troubles du comportement alimentaire (SQ004)	22	37,93 %
On ne guérit jamais vraiment d'un trouble du comportement alimentaire (SQ005)	31	53,45 %
Résumé pour Q07		
Selon vous, parmi les établissements suivants, lesquels sont labellisés [...] ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Le CHU de Lille (SQ001)	54	93,10 %
L'hôpital Saint Vincent de Paul (SQ002)	23	39,66 %

Le CH d'Arras (SQ003)	9	15,52 %
Le CH de Béthune (SQ004)	8	13,79 %
Le CH de Boulogne (SQ005)	12	20,69 %
Le CH de Calais (SQ006)	8	13,79 %
Le CH d'Hénin Beaumont (SQ007)	7	12,07 %
Le CH de Roubaix (SQ008)	12	20,69 %
La clinique du Campus à Amiens (SQ009)	14	24,14 %
Résumé pour Q08		
Estimez-vous les troubles du comportement alimentaire faisant partie des enjeux de santé publique ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Pas du tout d'accord (A1)	1	1,72 %
Moyennement d'accord (A2)	7	12,07 %
D'accord (A3)	22	37,93 %
Fortement d'accord (A4)	28	48,28 %
Sans réponse	0	0,00 %
Non affiché	0	0,00 %
Résumé pour Q09		
Avez-vous déjà rencontré des patients présentant des troubles du comportement alimentaire à l'officine ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	45	77,59 %
Non (A2)	3	5,17 %
Je ne sais pas (A3)	10	17,24 %
Sans réponse	0	0,00 %
Non affiché	0	0,00 %
Résumé pour Q10		
Avez-vous déjà suivi une formation relative à la prise en charge de ce type de patient ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	0	0,00 %
Non (A2)	57	98,28 %
Autre	1	1,72 %
Sans réponse	0	0,00 %
Non affiché	0	0,00 %
Identifiant (ID)	Réponse	
	31 Prévention à l'école	
Résumé pour Q11		
Pensez-vous que les thérapies complémentaires [...] peuvent avoir un impact sur la guérison du patient ? Précisez votre réponse.		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	38	65,52 %
Non (A2)	11	18,97 %

Je ne sais pas (A3)	9	15,52 %
Commentaires	20	34,48 %
Sans réponse	0	0,00 %
Non affiché	0	0,00 %
Identifiant (ID)	Réponse	
	3	La Phytothérapie peut aider à accompagner.
		Dans ces troubles il y a un caractère psycho qui peut être amélioré par la phyto, l'aroma, ou la gemmothérapie. De même pour les perturbations hormonales. Et ceci tout en douceur. Selon le trouble on peut agir sur le manque d'appétit, ou la satiété. Bref, la naturopathie est complètement conseillée à mon avis dans ces troubles. Le fait que ce soit naturel et doux comme la médecine, ça permet à ces personnes de ne pas avoir l'impression d'être en traitement, d'être en maladie
	5	
	10	Une place dans le traitement de l'anxiété ou autres problèmes qui accompagnent le trouble, mais pas pour régler le trouble en lui-même
	19	Sur la gestion du stress, du moral
	25	Prise en charge globale du patient, à la fois pluridisciplinaire, et sur le plan médicamenteux : plantes, HE ou homéopathie peuvent avoir leur intérêt.
	28	Surtout la phyto certaines plantes comme le fenugrec peut aider
	30	Apaiser les troubles
	34	Oui en première intention pour des troubles légers
	39	Toutes les médecines douces ont un rôle à jouer en complément d'une prise en charge pluridisciplinaire
	45	Mais nous ne sommes pas formés pour
	50	Je pense que la prise en charge efficace de ces patients relève de la psychiatrie
	54	action sur l'émotionnel
	60	Influer oui guérir non
	62	Ces maladies étant psychologiques, j'estime que toute méthode pouvant faire du bien au patient est à prendre en compte
	66	Mais de quelle façon ?
	67	En complément dans la prise en charge pour la gestion des angoisses notamment
	71	fenugrec pour stimuler l'appétit
	74	Certaines plantes stimulent l'appétit ou d'autres font le contraire
	76	Ça pourrait aider le patient à s'en sortir.
	81	Bien en soins complémentaires mais il faut être formé
Résumé pour Q12 [1]		
Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, [...] [Classement 1]		
Réponse	Décompte	Pourcentage

Echanger dans un local de confidentialité (A1)	17	29,31 %
Multiplier les entretiens (A2)	1	1,72 %
Avoir une formation en amont [...] (A3)	27	46,55 %
Être rémunéré(e) pour le temps accordé (A4)	0	0,00 %
Être intégré(e) au suivi biomédical du patient (rapports d'analyses biologiques, mise à jour des éventuelles prescriptions, etc.) (A5)	2	3,45 %
Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient (A6)	11	18,97 %
Non affiché	0	0,00 %
Résumé pour Q12 [2]		
Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, [...] [Classement 2]		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Echanger dans un local de confidentialité (A1)	13	22,41 %
Multiplier les entretiens (A2)	6	10,34 %
Avoir une formation en amont [...] (A3)	19	32,76 %
Être rémunéré(e) pour le temps accordé (A4)	3	5,17 %
Être intégré(e) au suivi biomédical du patient (rapports d'analyses biologiques, mise à jour des éventuelles prescriptions, etc.) (A5)	5	8,62 %
Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient (A6)	12	20,69 %
Non affiché	0	0,00 %
Résumé pour Q12 [3]		
Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, [...] [Classement 3]		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Echanger dans un local de confidentialité (A1)	13	22,41 %
Multiplier les entretiens (A2)	4	6,90 %
Avoir une formation en amont [...] (A3)	9	15,52 %
Être rémunéré(e) pour le temps accordé (A4)	7	12,07 %
Être intégré(e) au suivi biomédical du patient (rapports d'analyses biologiques, mise à jour des éventuelles prescriptions, etc.) (A5)	13	22,41 %
Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient (A6)	12	20,69 %
Non affiché	0	0,00 %
Résumé pour Q12 [4]		
Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, [...] [Classement 4]		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Echanger dans un local de confidentialité (A1)	6	10,34 %
Multiplier les entretiens (A2)	12	20,69 %

Avoir une formation en amont [...] (A3)	1	1,72 %
Être rémunéré(e) pour le temps accordé (A4)	12	20,69 %
Être intégré(e) au suivi biomédical du patient (rapports d'analyses biologiques, mise à jour des éventuelles prescriptions, etc.) (A5)	16	27,59 %
Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient (A6)	11	18,97 %
Non affiché	0	0,00 %
Résumé pour Q12 [5]		
Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, [...]		
[Classement 5]		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Echanger dans un local de confidentialité (A1)	6	10,34 %
Multiplier les entretiens (A2)	17	29,31 %
Avoir une formation en amont [...] (A3)	2	3,45 %
Être rémunéré(e) pour le temps accordé (A4)	12	20,69 %
Être intégré(e) au suivi biomédical du patient (rapports d'analyses biologiques, mise à jour des éventuelles prescriptions, etc.) (A5)	14	24,14 %
Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient (A6)	7	12,07 %
Non affiché	0	0,00 %
Résumé pour Q12 [6]		
Dans le cadre de l'intégration dans votre pratique officinale de l'accompagnement de ces patients, [...]		
[Classement 6]		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Echanger dans un local de confidentialité (A1)	3	5,17 %
Multiplier les entretiens (A2)	18	31,03 %
Avoir une formation en amont [...] (A3)	0	0,00 %
Être rémunéré(e) pour le temps accordé (A4)	24	41,38 %
Être intégré(e) au suivi biomédical du patient (rapports d'analyses biologiques, mise à jour des éventuelles prescriptions, etc.) (A5)	8	13,79 %
Avoir une liste de professionnels de santé vers qui orienter le patient (A6)	5	8,62 %
Non affiché	0	0,00 %



Boulimie et hyperphagie boulimique

Comment en parler ?

Fiche outil 2

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

SI VOUS ÊTES CONCERNÉ(E)

- Choisir un professionnel de santé avec lequel on se sent en confiance pour aborder ses problèmes de boulimie ou d'hyperphagie boulimique.
- En cas de besoin, demander de l'aide à une personne de confiance de son entourage pour cette démarche : amis, famille.
- Vous pouvez contacter anonymement un professionnel ou une association de patients par téléphone sur la ligne Anorexie-Boulimie Info écoute au 0 810 037 037.
- Il n'est jamais trop tard pour consulter : la guérison est toujours possible même après plusieurs années d'évolution des troubles.

SI VOUS ÊTES DE L'ENTOURAGE

- Choisir un moment où chacun est disponible pour aborder la situation. Attendre d'être soi-même calme pour aborder la discussion.
- Avoir une attitude bienveillante, non jugeante, incluant une écoute accueillante de la souffrance de la personne dans sa globalité.
- Ne pas se positionner en tant que moralisateur. Être conscient que la boulimie et l'hyperphagie boulimique ne sont pas la conséquence d'un manque de volonté mais sont des troubles qui nécessitent des soins et que les personnes souffrant de ces troubles n'en ont pas toujours conscience.
- Les régimes ou les actions visant à obtenir un « corps parfait » ne solutionnent pas ces troubles.
- Avoir conscience que vos réactions (culpabilité, colère, tristesse, reproches, jugement) peuvent empêcher un dialogue constructif et aidant et générer un conflit.
- Valoriser la personne sur ses points forts, ses points d'amélioration, ses efforts, ses succès, etc. plutôt que de pointer ses points faibles, les échecs et les rechutes. Éviter d'infantiliser, de dénigrer.
- Prendre en considération la souffrance globale de la personne, et ne pas se centrer sur les problèmes en lien avec l'alimentation. Ces problèmes sont souvent les plus visibles, mais ne sont en fait qu'une partie du trouble, et sont les plus difficiles à aborder.
- Encourager la personne à se soigner. Il n'est jamais trop tard pour consulter. La guérison est toujours possible même après plusieurs années d'évolution.
- Ne pas hésiter à en parler à votre médecin traitant.

SI VOUS ÊTES UN SOIGNANT

- Être conscient que la boulimie et l'hyperphagie boulimique ne sont pas la conséquence d'un manque de volonté mais sont des troubles qui nécessitent des soins.
- Ne pas hésiter à investiguer auprès du patient l'existence de ces troubles par des questions spécifiques :
 - « Avez-vous ou avez-vous eu ou pensez-vous avoir un problème avec votre poids ou votre alimentation ? »
 - « Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ? »
 - « Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ? »
 - « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? »
 - « Est-ce que vous vomissez ? Vous arrive-t-il de vous faire vomir ? »
- Un diagnostic et une intervention précoces permettent d'éviter la chronicisation des symptômes et l'apparition de multiples complications.
- Prendre en considération la souffrance de la personne dans sa globalité (aspects psychologiques, somatiques et sociaux) avec bienveillance et sans jugement. Ne pas se centrer exclusivement sur les problématiques alimentaires qui sont souvent les plus visibles mais qui ne sont en fait qu'une partie du trouble, et qui risquent de braquer la personne.
- Valoriser la personne sur ses points forts, ses points d'amélioration, ses efforts, ses succès plutôt que de pointer ses points faibles, les échecs et les rechutes.
- Délivrer une information sur les troubles et leur évolution. La guérison est possible malgré la durée des troubles et de possibles rechutes. Éviter de dramatiser dans l'objectif de mobiliser le malade.
- Favoriser un dialogue ouvert avec l'entourage pour l'aider à prendre en considération la souffrance de la personne dans sa globalité et éviter de se centrer sur les problèmes avec l'alimentation.
- Connaître les obstacles à l'accès aux soins afin de les aborder : la honte, la peur du jugement, la méconnaissance des troubles, le déni, le fardeau financier des soins non pris en charge.
- La prise en charge (outre les soins médicaux, nutritionnels et psychiatriques) vise à la reprise de contact avec les centres d'intérêt, les liens affectifs et l'insertion socioprofessionnelle qui permettront au patient d'avancer dans les soins (ses projets de vie, ses loisirs, ses relations, ses études et son travail).

POUR EN SAVOIR PLUS

- FNA-TCA : <https://fna-tca.org>
- CNAO : <https://www.cnao.fr>
- FFAB : <https://www.ffab.fr>



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

BIBLIOGRAPHIE

1.
Aj S. aux confins de la psychiatrie et de la médecine somatique. Rev Med Liege.
2.
Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
3.
Estelle L. Haute Autorité de santé. 2019;
4.
Lavie E, Huas DC. Boulimie et hyperphagie boulimique : des troubles invisibles ? 2020;
5.
Scodellaro C, Pan Ké Shon JL, Legleye S. Troubles dans les rapports sociaux : le cas de l'anorexie et de la boulimie. Revue française de sociologie. 2017;58(1):7-40.
6.
3ebat_fs_famillepatient_anorexie_2209.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/3ebat_fs_famillepatient_anorexie_2209.pdf
7.
180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
8.
annexe_1_table_dindice_de_masse_corporelle.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/annexe_1_table_dindice_de_masse_corporelle.pdf
9.
brochure-demographie-au-1er-janvier-2023-hauts-de-france.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/mediatheque/fichiers/document-demographie-region/brochure-demographie-au-1er-janvier-2023-hauts-de-france>
10.
download.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/109747/download?inline>
11.
fs_anorexie_2_cdp_300910.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_2_cdp_300910.pdf

12.
fs_boulimie_commentenparler_v2.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_commentenparler_v2.pdf
13.
fs_boulimie_evaluation_initiation_v2.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_evaluation_initiation_v2.pdf
14.
fs_boulimie_prise_en_charge_pluri_v2.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_prise_en_charge_pluri_v2.pdf
15.
guide-de-reference-du-pharmacien-adjoint-d-officine-2022.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/mediatheque/fichiers/documents-pages/guide-de-reference-du-pharmacien-adjoint-d-officine-2022>
16.
Infographie DRESS.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.afdn.org/sites/www.afdn.org/files/medias/documents/Infographie%20DRESS.pdf>
17.
reco_anorexie_mentale.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
18.
reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf
19.
Jain A, Yilanli M. Bulimia Nervosa. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562178/>
20.
pecoul delphine. IFEMDR. 2021 [cité 26 mars 2024]. Les troubles des conduites alimentaires dans le DSM V. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/les-troubles-des-conduites-alimentaires-dans-le-dsm-v/>
21.
pecoul delphine. IFEMDR. 2021 [cité 26 mars 2024]. Auto-évaluations des TCA. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/auto-evaluations-des-tca/>
22.
Soulier M. feeleat. 2022 [cité 26 mars 2024]. Chaque jour est une nouvelle opportunité de guérison. Disponible sur: <https://www.feeleat.fr/temoignages/chaque-jour-est-une-nouvelle-opportunite-de-guerison/>

23.

Tavolacci MP, Ladner J, Dechelotte P. Forte augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les étudiants pendant la pandémie COVID-19. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. févr 2022;36(1):S28.

24.

travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 26 mars 2024]. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>

25.

Anorexie mentale : définition et causes [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>

26.

Boulimie et hyperphagie boulimique : définition et causes [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-definition-causes>

27.

calameo.com [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Code de déontologie. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0024493953009f087bf17>

28.

CRTC1 deficiency, specifically in melanocortin-4 receptor-expressing cells, induces hyperphagia, obesity, and insulin resistance. [cité 26 mars 2024]; Disponible sur: <https://faseb.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1096/fj.202200617R>

29.

Définition et différents TCA - Journée mondiale des TCA [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.journeemondialetca.fr/tout-sur-les-tca/definition-et-differents-tca>

30.

FAQ [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/accueil/qu-est-ce-qu-un-tca>

31.

La journée du 2 juin - Journée mondiale des TCA [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.journeemondialetca.fr/la-journee-du-2-juin>

32.

Le DPC | Agence DPC [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>

33.
Les troubles du comportement alimentaire (TCA) [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.inicea.fr/articles/specialite/les-troubles-du-comportement-alimentaire-TCA>
34.
Phytostandard® - Rhodiole / Safran [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://solutions.pileje.fr/fr/produit/phytostandard-rhodiole-safran>
35.
Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique » | AP-HM [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>
36.
StopTCA | Plateforme spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://stoptca.fr/>
37.
Fondation pour la Recherche Médicale (FRM) [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Tout savoir sur les troubles de conduite alimentaire. Disponible sur: <https://www.frm.org/fr/maladies/recherches-maladies-neurologiques/troubles-des-conduites-alimentaires/focus-troubles-conduite-alimentaires>
38.
Fil Santé Jeunes accueil le lien qui te libère [Internet]. 2014 [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com>
39.
La prise en charge des Troubles des conduites alimentaires (TCA) [Internet]. 2023 [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/la-prise-en-charge-des-troubles-des-conduites-alimentaires-tca>
40.
DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 26 mars 2024]. Développement professionnel continu - DPC. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>
41.
DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 26 mars 2024]. La prévention en santé mentale. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/la-prevention-en-sante-mentale>
42.
Hyperphagie boulimique - Troubles psychiatriques - Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/hyperphagie-boulimique>

43.

La génétique responsable de l'incapacité de se contrôler face à des aliments hypercaloriques - Science et vie [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.science-et-vie.com/corps-et-sante/aliments-hypercaloriques-hyperphagie-genetique-cerveau-proteine-troubles-alimentaires-96889.html>

44.

Pharmagora Plus 2024 [Internet]. [cité 26 mars 2024]. PharmagoraPlus 2024, Le Salon Incontournable de la Pharmacie. Disponible sur: <https://www.pharmagoraplus.com/>

45.

Plateforme spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://stoptca.fr/champs-actions/dietetique-nutriton#>

46.

Professeure Sahpaz. Cours de phytothérapie de 4ème Année d'études des sciences pharmaceutiques. Faculté de Pharmacie à Lille

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2023/2024

Nom : BRUGGEMAN

Prénom : Elsa

Titre de la thèse : Troubles du comportement alimentaire à l'officine : conseils et prévention

Mots-clés : Troubles du comportement alimentaire ; TCA ; anorexie mentale ; boulimie nerveuse ; hyperphagie boulimique ; santé mentale ; pharmacien ; conseil ; prévention ; repérage ; orientation ; prise en charge ; interprofessionnalité

Résumé : À l'ère où la santé mentale de la population se détériore, à cause de déviances sur les réseaux sociaux, du cyber-harcèlement, du harcèlement scolaire, de la pression sociale, du récent confinement et de diverses autres épreuves endurées, le pharmacien d'officine voit ses missions se développer. En effet, cet acteur de santé, qui est une voie facilement accessible vers le parcours de soins, a de plus en plus de responsabilités, de devoirs et de pouvoirs, parallèlement aux besoins de la société qui se multiplient. Notamment, la prévention des troubles du comportement alimentaire (TCA) dont la prévalence ne cesse de croître chez les jeunes générations. Les TCA sont des pathologies mentales qui, souvent, reflètent l'expression d'un mal-être sous-jacent. Une étude a été menée afin d'évaluer les compétences et la volonté des pharmaciens d'officine des Hauts-de-France à repérer et accompagner ces patients. Les résultats mettent en évidence un besoin de formation approfondie à ce sujet. Des solutions et conseils sont proposés dans cette thèse, ayant pour but de parfaire les connaissances des pharmaciens d'officine et donc d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leurs chances de guérison.

Membres du jury :

Président : M. DÉCAUDIN Bertrand, Vice-président Ressources humaines à l'Université de Lille et PU-PH en Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière à la Faculté de Pharmacie de Lille

Assesseur(s) : Madame PINÇON Claire, Maître de conférences en Biomathématiques, Faculté de Pharmacie de Lille

Membre extérieure : Madame BOSCHETTI Isabelle, Pharmacien d'officine titulaire, Pharmacie Boschetti à Bondues