

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

**Soutenu publiquement le 24 juin 2024**

**Par Mme DHELIN Marie**

---

**Anorexie, boulimie : mieux comprendre pour mieux  
s'impliquer**

---

**Membres du jury :**

**Président :** Monsieur DINE Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille - Praticien hospitalier au CH de Loos – Haubourdin.

**Assesseur :** Monsieur FRIMAT Bruno, Maître de conférences associé en Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille – Pharmacien – Praticien Hospitalier au CH de Lens.

**Membre extérieur :** Monsieur GRZESKIEWICZ Benoît, Docteur en Pharmacie – Pharmacien titulaire, Pharmacie de Babylone, Villeneuve d'Ascq.



<b>REDACTION</b>	<b>VERIFICATION</b>	<b>APPROBATION</b>
<b>Audrey Hennebelle</b> Assistante de direction	<b>Cyrille Porta</b> Responsable des Services	<b>Delphine Allorge</b> 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

### 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
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
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
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
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	
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

### 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	

### 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



## **Faculté de Pharmacie de Lille**

3 rue du Professeur Laguesse – 59 000 Lille

03 20 96 40 40

<https://pharmacie.univ-lille.fr>

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



## REMERCIEMENTS

---

### **A Monsieur le Professeur Bruno Frimat,**

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans l'élaboration de cette thèse. Merci pour les échanges constructifs, votre considération, vos conseils et votre réactivité.

### **A Monsieur le Professeur Thierry Dine,**

Merci d'avoir accepté de présider la soutenance de ma thèse et d'en juger mon travail.

### **A Monsieur Grzeskiewicz Benoît,**

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury qui met un point final à ces années d'études. Mais plus en encore, merci d'avoir cru en moi, et ce, dès le début. Merci de m'avoir encouragée, formée et offert le cocon dans lequel je me sens si bien.

### **A Madame la Professeure Héroïse Henry,**

Merci pour le petit bout de chemin réalisé ensemble.

### **A Madame Grzeskiewicz Mélanie,**

Merci pour vos encouragements, votre soutien et votre bienveillance à mon égard.

### **A la Dream Team Babylone,**

A mes collègues adorées, merci d'être telles que vous êtes, c'est un bonheur de vous retrouver au quotidien. Depuis mes débuts, vous m'avez si bien accueillie qu'être moi-même en était la réponse logique. Entre rires, confidences et solidarité, je n'aurais pu espérer meilleure équipe.

Juliette et Chloé, on ne vous oublie pas, « Babylone un jour, Babylone toujours ».

### **A ma famille et à mes proches,**

Merci pour votre soutien et votre présence à chaque étape de ma vie. A ceux qui auraient dû être là mais qui me regardent d'en haut, j'espère que vous êtes fiers.

### **A mes parents et à ma sœur, Juliette,**

Vous m'avez soutenue, accompagnée et poussée à ce que ce jour arrive enfin. C'est grâce à vous si je suis, aujourd'hui, Docteur en Pharmacie mais aussi, celle que je suis. Merci pour tout.

# TABLE DES MATERES

---

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>19</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....</b>	<b>20</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>21</b>
I. Généralités .....	22
A. Définition.....	23
1. L'anorexie mentale .....	23
2. La boulimie nerveuse .....	24
B. Epidémiologie : les chiffres clés.....	25
1. L'impact du covid-19.....	26
2. Et les hommes ?.....	28
C. Physiopathologie .....	29
1. L'anorexie mentale .....	30
2. La boulimie nerveuse .....	31
D. Diagnostic.....	33
1. L'anorexie mentale .....	33
2. La boulimie nerveuse .....	35
E. Les facteurs de risque .....	36
1. Les réseaux sociaux.....	38
2. Analogues du Glucagon-like peptide 1 : un usage détourné .....	40
3. L'inflation .....	41
4. Les traumatismes sexuels .....	42
5. Le surpoids et l'obésité.....	42
6. Le « fat talk » et l'insatisfaction corporelle .....	43
F. Les complications physiques .....	45
1. Les troubles de l'hémogramme .....	45
a. L'anémie.....	45
b. La leucopénie.....	45
c. La thrombopénie .....	46
2. Les complications électrolytiques .....	46
a. L'hypokaliémie .....	46
b. L'hyponatrémie.....	47
c. L'hypophosphatémie .....	47

d.	L'hypo- ou l'hyper-calcémie et l'hypomagnésémie .....	48
3.	Les complications glucidiques .....	48
4.	Les complications thyroïdiennes.....	48
5.	Les complications osseuses.....	49
6.	Les complications stomatologiques et dentaires .....	51
a.	Erosion de l'émail dentaire .....	52
b.	Caries.....	53
c.	Gingivites et parodontites.....	54
d.	Stomatite .....	54
e.	Déchaussement dentaire .....	55
7.	Les complications cutanées .....	55
8.	Les complications rénales .....	55
9.	Les complications digestives .....	56
a.	Les douleurs abdominales .....	56
b.	La constipation .....	56
c.	La gastroparésie et la satiété précoce.....	57
d.	Le syndrome de l'intestin irritable .....	57
e.	Le reflux gastro-œsophagien et la dyspepsie.....	58
f.	Les nausées et vomissements .....	58
g.	La dysfonction du plancher pelvien .....	59
10.	Les complications gynéco-endocriniennes.....	59
G.	Les autres complications .....	62
1.	Dépression et anxiété .....	62
2.	Effets sur la vie sociale.....	63
3.	Les problèmes financiers.....	63
H.	L'évolution de la maladie .....	64
1.	L'anorexie mentale .....	64
2.	La boulimie nerveuse .....	65
II.	Prise en charge des troubles des conduites alimentaires .....	66
A.	Les principaux acteurs .....	67
1.	Le médecin généraliste .....	67
2.	Le psychothérapeute .....	67
a.	Le psychiatre.....	68
3.	Le nutritionniste .....	68
B.	Prise en charge psychothérapeutique .....	69



1.	L'anorexie mentale .....	69
2.	La boulimie nerveuse .....	71
C.	Prise en charge pharmacologique .....	72
1.	L'anorexie mentale .....	72
2.	La boulimie nerveuse .....	73
3.	Les nouvelles approches .....	74
D.	Prise en charge nutritionnelle .....	74
1.	L'anorexie mentale .....	74
2.	La boulimie nerveuse .....	75
E.	Prise en charge ambulatoire .....	75
1.	Les soins de ville .....	75
2.	L'hospitalisation de jour .....	76
F.	Prise en charge hospitalière à temps complet .....	77
1.	L'anorexie mentale .....	78
a.	Les critères d'hospitalisation à temps complet .....	79
2.	La boulimie nerveuse .....	80
G.	L'éducation thérapeutique du patient.....	81
H.	Prise en charge sociale et familiale .....	84
III.	Le rôle du pharmacien d'officine .....	86
A.	Le repérage .....	86
B.	Le dépistage .....	88
1.	Le questionnaire de SCOFF .....	88
C.	Informer .....	90
1.	La ligne d'écoute TCA .....	90
2.	Souffrance Prévention du Suicide .....	91
3.	Les associations .....	92
a.	La Fédération Française Anorexie Boulimie.....	92
b.	La Fédération nationale des associations liées aux troubles des conduites alimentaires (FNA-TCA).....	93
c.	L'association Je danse Annasso .....	94
4.	L'annuaire des centres spécialisés.....	94
5.	Les centres médico-psychologiques.....	95
D.	Les conseils.....	95
1.	Les règles hygiéno-diététiques .....	95
a.	Les croyances .....	95

b.	Prévenir l'insatisfaction corporelle .....	97
i.	Ne pas miser sur l'apparence physique avant toute chose .....	98
ii.	Ne pas se comparer aux autres .....	98
iii.	Distinguer ce qui favorise une bonne image de soi de ce qui nuit à l'image de soi.....	99
iv.	Développer un sens critique.....	99
c.	Les régimes à visée amaigrissante .....	100
d.	Ecouter ses sensations alimentaires .....	101
e.	Les balances .....	102
f.	Les fortes chaleurs.....	103
g.	Le froid .....	104
h.	L'hygiène bucco-dentaire .....	105
2.	Les compléments nutritionnels oraux (CNO).....	105
3.	Les laxatifs .....	107
a.	Les laxatifs de lest.....	107
b.	Les laxatifs osmotiques .....	108
c.	Les laxatifs lubrifiants .....	109
d.	Les laxatifs stimulants .....	109
e.	Les laxatifs par voie rectale.....	109
4.	Les diurétiques .....	110
5.	L'activité physique .....	110
E.	Synthèse des messages clefs à aborder « au comptoir » .....	112
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>114</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>116</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

**TCA** : Troubles des conduites alimentaires

**DSM-5** : 5<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques

**IMC** : Indice de masse corporelle

**TDAH** : Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

**GLP-1** : Glucagon-like peptide

**SRI** : Syndrome de renutrition inappropriée

**DMO** : Densité minérale osseuse

**GnRH** : Gonadotropin-releasing hormone

**LH** : Hormone lutéinisante

**FSH** : Hormone folliculo-stimulante

**RCIU** : Retard de croissance in utéro

**DPP** : Dépression post partum

**TCC** : Thérapie cognitivo-comportementale

**ETP** : Education thérapeutique du patient

**SCOFF** : Sick, Control, One, Fat, Food

**FFAB** : Fédération Française Anorexie Boulimie

**FNA-TCA** : Fédération nationale des associations liées aux troubles des conduites alimentaires

**CMP** : Centres médico-psychologiques

**CNO** : Compléments nutritionnels oraux

**DADFMS** : Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales

**PEG** : Polyéthylène glycol

## LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

---

### Figures

Figure 1 : Classification des troubles des conduites alimentaires selon le DSM-V

Figure 2 : Les facteurs favorisant la prise de poids pendant la pandémie

Figure 3 : Une protéine bactérienne en cause dans l'anorexie et la boulimie

Figure 4 : Mécanisme physiopathologie impliqué dans la boulimie nerveuse

Figure 5 : Origine multifactorielle des TCA

Figure 6 : Echelle des désordres liés au poids selon D. Neumark-Sztainer

Figure 7 : Développement de la masse osseuse chez la femme

Figure 8 : Anatomie d'une dent

Figure 9 : Ecran d'accueil de l'application mobile Blue Buddy

Figure 10 : Parotidomégalie

Figure 11 : Signe de Russel

Figure 12 : Flyer Anorexie Boulimie Info Ecoute

Figure 13 : Flyer 3114

Figure 14 : Mise en place d'un désordre alimentaire

Figure 15 : Promotion de la santé mentale

### Tableaux

Tableau 1 : Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le DSM-5

Tableau 2 : Les critères diagnostiques de la boulimie nerveuse selon le DSM-5

Tableau 3 : Les critères somatiques d'hospitalisation

Tableau 4 : Les critères psychiatriques d'hospitalisation

Tableau 5 : Les critères environnementaux d'hospitalisation

Tableau 6 : Les critères somatiques et environnementaux d'hospitalisation

# INTRODUCTION

Les troubles des conduites alimentaires sont des troubles qui affectent la relation du sujet avec la nourriture, son poids et son image corporelle. L'alimentation étant nécessaire à la vie, il faut se nourrir pour vivre, il est de ce fait facile de basculer dans l'addiction à la nourriture par le biais d'un acte qui est normal : manger (1).

En effet, le rapport à la nourriture reflète l'état de santé physique ou mentale : l'appétit est fréquemment modifié par des bouleversements passagers (infection, stress, déprime passagère ...). Mais lorsqu'une relation inhabituelle à la nourriture associée à une souffrance psychique s'installe dans la durée avec des conséquences pour la santé, on parle de troubles des conduites alimentaires (2).

Les troubles des conduites alimentaires sont une cause sérieuse de morbidité et de mortalité chez l'adolescent et le jeune adulte. Paradoxe des maladies fréquentes mais méconnues : ces troubles sont de plus en plus présents dans notre société mais mal connus et, de ce fait, difficiles à repérer et à diagnostiquer (3). Ils arrivent, de plus, de plus en plus tôt (4).

Entre troubles des conduites alimentaires stricts et troubles somatiques liés à la possibilité de s'alimenter (digestion, intolérance alimentaire ...), on connaît tous quelqu'un qui souffre de son alimentation (5). Passés sous silence parce que l'alimentation semble facile, ces troubles représentent un véritable enjeu de santé publique et pourraient même être considérés comme une « épidémie silencieuse » (6).

L'objectif de mon travail est de présenter et décrire les troubles des conduites alimentaires et leur contexte pour favoriser leur reconnaissance en tant que maladies psychiatriques. Le but est également de comprendre et faire connaître ces circuits de prise en charge confidentiels pour améliorer la qualité de vie et le devenir de ces patients. Libérer la parole autour de ces troubles a pour vocation de briser les tabous sur la santé mentale ainsi qu'une meilleure connaissance du sujet et donc une plus grande formation des professionnels de santé. Le pharmacien, acteur de premier recours, se doit d'être vigilant concernant le repérage et le dépistage pour pouvoir orienter, si besoin, vers un spécialiste et permettre ainsi une prise en charge précoce.

# I. Généralités

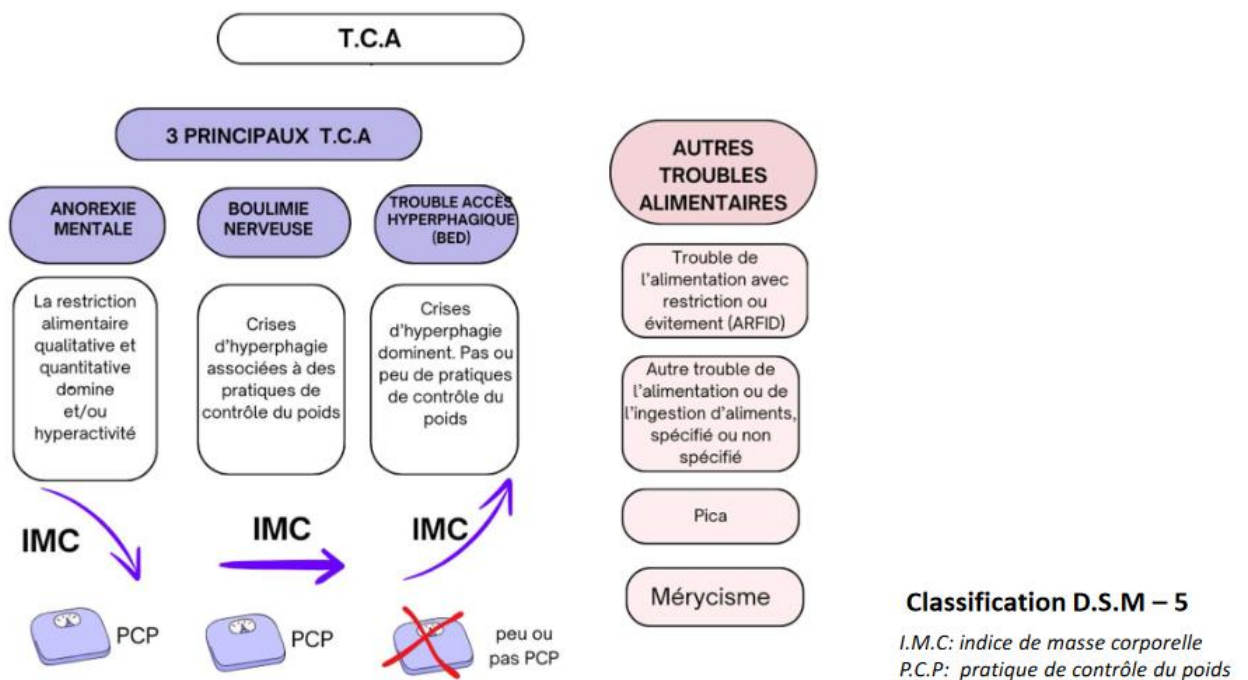
Autrefois nommés troubles du comportement alimentaire, on parle aujourd'hui de troubles des conduites alimentaires. En effet, ces désordres n'impactent pas que le comportement, les pensées, aussi, sont perturbées. Le terme « conduites » englobe à la fois le comportement et les pensées (7).

L'assurance maladie définit les troubles des conduites alimentaires (TCA) comme des maladies psychiatriques caractérisées par des comportements alimentaires différents de ceux habituellement adoptés par les personnes vivant dans le même environnement. Ces troubles entraînent des répercussions sociales, psychologiques et physiques (8).

Parmi les TCA, on distingue 3 grands troubles principaux :

- L'anorexie mentale (poids bas ou en baisse)
- La boulimie nerveuse (poids dans la norme ou parfois élevé)
- L'hyperphagie boulimique (poids élevé ou en hausse) (9).

NB : l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse sont des maladies psychiatriques où la recherche de plaisir vient compenser une souffrance.



[Figure 1] : Classification des troubles des conduites alimentaires selon le DSM-V (10).

## **A. Définition**

### **1. L'anorexie mentale**

L'assurance maladie définit l'anorexie mentale comme une « restriction des apports alimentaires durant plusieurs mois, voire plusieurs années, conduisant à une perte importante de poids associée à un certain « plaisir de maigrir » et une peur intense de prendre du poids ».

Il existe deux types d'anorexie mentale :

- Une forme restrictive pure plus ou moins associée à une hyperactivité physique ;
  - Une forme avec accès hyperphagiques et conduites compensatoires (vomissements, restrictions encore plus importantes, hyperactivité physique ...)
- (11).

L'anorexie mentale est aussi caractérisée par le sentiment d'être toujours en surpoids et par la recherche de maigrir par tous les moyens et notamment par :

- Le contrôle des calories de tous les aliments consommés ;
- La pratique intense d'une activité physique à l'origine d'émotions positives et d'une perte de poids.

D'autres stratégies de contrôle du poids peuvent également être mises en place telles que les vomissements provoqués, la prise de laxatifs et/ou de diurétiques, de coupe-faim, d'hormones thyroïdiennes ou de dérivés amphétaminiques. La consommation excessive et compulsive de liquide non calorique, appelée potomanie, est aussi une stratégie adoptée (12).

Dans l'anorexie mentale, plus le sujet maigrit plus la peur de prendre du poids augmente (13). L'image du corps est perturbée, le sujet n'a pas conscience de la gravité de sa maigreur, on parle de dysmorphophobie (7).

En effet, cette dysmorphophobie se définit par des préoccupations excessives concernant une caractéristique physique, réelle ou imaginaire, perçue comme difforme

ou problématique par le sujet. Ces préoccupations engendrent différents comportements problématiques comme des affects dépressifs, des vérifications répétitives dans le miroir, une mésestime de soi, un isolement ...

Une surestimation du poids et de la silhouette sont observées constituant un facteur de risque de décompensation du TCA, de dépression et de tentatives de suicide en lien avec l'insatisfaction corporelle générée (14).

A côté de ces signes spécifiques, l'anorexie mentale est aussi caractérisée par :

- Une aménorrhée chez les filles ou un désintérêt sexuel associé à une impuissance chez les garçons ;
- D'excellents résultats scolaires ;
- Un certain désintérêt pour les rapports relationnel (amicaux et amoureux) ;
- Un surinvestissement de la famille (souvent à l'origine de la demande de consultation) (15).

## **2. La boulimie nerveuse**

L'assurance maladie définit la boulimie comme des prises compulsives de quantités importantes de nourriture suivies de comportements compensatoires (vomissements, prise de laxatifs et/ou diurétiques, jeûne ou exercice physique excessif ...) pour prévenir la prise de poids et limiter l'impact des crises (17).

Ces quantités importantes de nourriture sont ingérées dans un laps de temps assez court. La crise se déroule souvent en cachette et est accompagnée d'un sentiment de honte et de culpabilité. Le poids et l'apparence corporelle deviennent une préoccupation obsessionnelle auxquels s'ajoute une perte de l'estime de soi.

Les crises surviennent généralement au moins une fois par semaine et jusqu'à plusieurs fois par jour (15).



La boulimie nerveuse se distingue de l'anorexie mentale par :

- Une absence de dénutrition en termes de critère « pondéral » : le poids des sujets atteints de boulimie nerveuse se situe plus dans les normes (bien qu'une dénutrition en termes de carences soit fréquente) ;
- Une répétition de crises : dans l'anorexie mentale, les crises hyperphagiques caractérisent un sous-type mais ne sont pas systématiques (11).

## **B. Epidémiologie : les chiffres clés**

En France, les troubles des conduites alimentaires touchent près d'un million de personnes (18). D'après Nathalie Godart, pédopsychiatre et spécialiste en TCA, les troubles avérés et sévères touchent 5 à 6% de la population mais en élargissant les critères en considérant les perturbations et les désordres du comportement alimentaire, 20% de la population seraient concernés (13).

Les TCA touchent toutes classes sociales, tous âges et tous sexes (7). Cependant en fonction du type de troubles, le sex-ratio est différent. Plus le trouble est restrictif, plus le sexe féminin est concerné, moins le trouble est restrictif, plus une équivalence se dessine entre les hommes et les femmes (13).

L'anorexie mentale touche 0,9 à 1,5 % des femmes et entre 0,2 et 0,3% des hommes. « Les pics d'apparition de la maladie se situent entre 13-14 ans et 16-17 ans » bien qu'il existe également des formes infantiles et adultes (8). L'adolescence est une période particulièrement à risque car elle marque le questionnement de son identité.

La prévalence de la boulimie nerveuse se situe autour des 1,5% chez les 11-20 ans et débute plus fréquemment chez les 19-20 ans. La prédominance féminine est nette : 3 filles pour 1 garçon. Le risque de décès des sujets atteints de boulimie serait 2 à 7 fois supérieur à celui de la population générale du même âge (19).

L'hyperphagie boulimique, plus fréquente, concerne, quant à elle, 3 à 5% de la population, presque autant les femmes que les hommes. Il s'agit donc du trouble des conduites alimentaires le plus fréquent qui explique l'épidémie d'obésité retrouvée aujourd'hui.

NB : la fréquence de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie boulimique semble sous-estimée de par le caractère honteux de ces pathologies qui incite les patients à ne pas en parler et donc à ne pas consulter (17).

Par ailleurs, la moitié de ces individus souffrant de troubles des conduites alimentaires n'accéderont pas aux soins spécialisés, faute d'un repérage efficace et d'une offre de soins suffisante (18).

## 1. L'impact du covid-19

Le confinement ainsi que les mesures mises en place lors de la pandémie du COVID-19 ont modifié les comportements de la population générale.

Pour certains, une augmentation du nombre de collations et de la consommation de produits sucrés, une diminution de l'activité physique (salles de sport fermées) et une augmentation du stress ont été constatées (20).



[Figure 2] : Les facteurs favorisant la prise de poids pendant la pandémie (20).

Pour d'autres, l'effet inverse a également été observé. Le sport et le suivi d'un régime strict ont, aussi, été un mécanisme de défense face à la pandémie. En effet, le manque d'activité, de par la mise en place, par exemple, du chômage partiel a pu être un élément déclencheur au développement d'une nouvelle routine sportive intensive. Celle-ci pouvant ensuite se compléter par la réduction des apports alimentaires et par la restriction de certaines catégories d'aliments (21).

C'est ainsi que des troubles des conduites alimentaires peuvent apparaître, voire se détériorer. Globalement, une hausse de 30% des consultations a été observée depuis le début de la crise sanitaire (22). En effet, la revue *The impact of the Covid-19 pandemic on eating disorders* met en évidence une augmentation du nombre d'hospitalisations, une aggravation des symptômes ainsi qu'une recrudescence de dépression et d'anxiété pour toutes les formes de TCA. Et ce, en raison d'un changement de routine, d'une perte de structure, de l'influence négative des médias, d'un isolement social et d'un accès réduit aux soins et aux traitements (23).

Ce manque de suivi, dû à la surcharge de travail et à la redistribution des effectifs du personnel soignant, n'a fait qu'accroître l'anxiété et la perte de contrôle déjà ressenties face à la pandémie.

Cette population étant déjà à risque suicidaire plus élevé que la normale, un stress accru ne ferait que renforcer ce risque (20).

Une inquiétude vis-à-vis de l'approvisionnement alimentaire s'est également fait ressentir induisant des comportements de stockage de denrées non périssables. Être face à autant de nourriture ou au stress d'en manquer n'est pas géré par tous de la même manière et notamment par les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires.

De plus, les plaisirs étant limités par ce temps de confinement, le retour aux plaisirs de base s'impose. C'est tout naturellement que la population se tourne vers l'alimentation, vraie source de plaisir, qui reste accessible malgré la période et qui est, d'autant plus, vitale.

Beaucoup se sont remis à la cuisine submergeant ainsi les réseaux sociaux des différents plats concoctés.

Dans un contexte d'isolement et de fragilité psychologique, où internet est devenu un refuge, se retrouver exposé à tant de nourriture peut être une situation difficile à gérer pour des personnes souffrant de TCA.

L'ennui peut égarer apporter sa pierre à l'édifice et favoriser la survenue des crises boulimiques. La prise de poids, la culpabilité et les comportements compensatoires deviennent la suite logique. Le cercle vicieux se met en place (24).

Le confinement lié à la pandémie du COVID-19 a donc engendré une augmentation du nombre de cas. Il faut cependant prendre en compte que cette augmentation des troubles des conduites alimentaires s'explique aussi par une meilleure identification et communication autour de ces troubles, via les réseaux sociaux notamment, poussant ainsi les patients à se poser des questions et à s'orienter vers des structures adaptées (25).

## **2. Et les hommes ?**

Longtemps considérés comme des troubles féminins par les psychiatres mais aussi par le grand public, les troubles des conduites alimentaires touchent également les hommes, et plus qu'on ne le pensait. En effet, les désordres alimentaires, de manière plus globale (boulimie, hyperphagie boulimique mais aussi une alimentation qui fait souffrir, des questionnements sur l'image corporelle ...) concernent 20% des femmes et 15% des hommes et sont donc très fréquents.

D'après l'étude *Prevalence of eating disorders in males : a review of rates reported in academic research and UK mass media* publiée en 2015, 18 à 26% des cas de TCA en population générale sont des hommes tandis que seuls 5 à 11% des cas de TCA en population « clinique » sont des hommes (26).

Cela s'explique par une prise en charge plus rare et donc un sous diagnostic. En effet, les hommes aussi sont concernés par les diktats de la société, celle-ci valorise, chez eux, la force physique et mentale. De ce fait, afin de correspondre aux normes sociétales, des comportements se mettent en place.

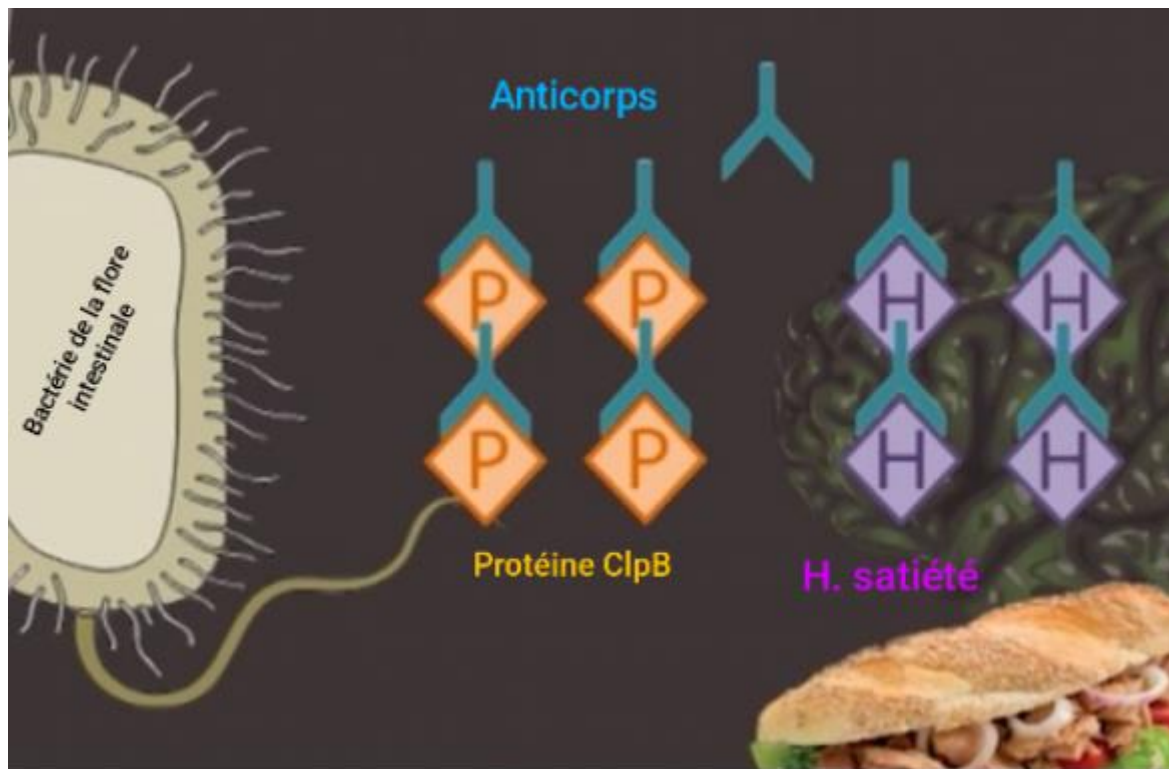
- L'hyperactivité physique est encore plus marquée chez les garçons avec souvent l'idée d'avoir un corps musclé. Cependant, la plupart des hommes souffrant d'anorexie conservent des apports alimentaires relativement corrects, ce qui induit un effet trompeur et n'inquiète pas particulièrement l'entourage. Ces quantités ne sont pas adaptées à l'hyper-investissement sportif et, progressivement, la dénutrition et la perte de poids s'installent.
- Le trouble est passé sous silence car l'avouer est signe de faiblesse : « un homme se doit d'être fort et de protéger sa famille ». Une honte se fait sentir, avoir un trouble considéré comme féminin ne s'avère pas être très viril.

Pour ces raisons, les consultations chez le garçon sont rares et les troubles des conduites alimentaires masculins, de ce fait sous-évalués, peuvent être compliqués à repérer (27).

### **C. Physiopathologie**

Des chercheurs de l'unité INSERM 1703 « Nutrition, inflammation et dysfonction de l'axe intestin – cerveau » ont mis en évidence une protéine qui pourrait être à l'origine de ces dysfonctionnements.

Une protéine, baptisée ClpB, serait fabriquée par des bactéries de la flore intestinale et aurait des ressemblances avec l'hormone de la satiété. En présence de la protéine ClpB, des anticorps seraient produits contre celle-ci et aussi contre l'hormone de la satiété, de par son homologie. L'hormone de la satiété étant donc également ciblée par ces anticorps, son effet satiétogène est modifié : la sensation de satiété est soit, atteinte (anorexie), soit non atteinte (boulimie). ClpB aurait, de plus, des propriétés anorexigènes (28).



[Figure 3] : Une protéine bactérienne en cause dans l'anorexie et la boulimie (29).

## 1. L'anorexie mentale

Physiologiquement, les aliments appétissants induisent la libération d'endorphines (aussi appelées hormones du bonheur), reflétant le plaisir pris à les déguster. Dans l'anorexie mentale, le système de récompense est perturbé : c'est au contraire le jeûne, la restriction alimentaire et l'activité physique intense qui sont à l'origine de la sécrétion d'endorphines. Le système dysfonctionne et appelle alors à ces comportements, les renforce et les perpétue. Le sujet souffrant d'anorexie mentale se réjouit et exprime une satisfaction de sa maigreur et de pouvoir contrôler son corps (30).

## 2. La boulimie nerveuse

La boulimie nerveuse, maladie mentale proche de l'addiction, met en jeu un dysfonctionnement au niveau du système de récompense et du système limbique situés dans le cerveau.

Comme vu précédemment, physiologiquement, le système de récompense s'active lorsqu'un comportement amène du plaisir. Ce même comportement, gardé en mémoire comme étant agréable, va alors chercher à être répété.

En cas de restriction alimentaire, les aliments « interdits » (produits très gras, très sucrés, très salés) donnent davantage envie de par leur interdiction. La valeur attendue de la récompense lors de l'ingestion de ces aliments promet donc d'être plus importante. C'est cette problématique du plaisir qui va entrer en ligne de compte et induire un risque de craving et de perte de contrôle (25).

En effet, le craving, symptôme d'addiction présent dans la boulimie, se définit comme une envie irrépessible de manger. Ce phénomène induit, par la suite, la sécrétion de dopamine, hormone du plaisir, impliquée dans le système de récompense. La perte de contrôle, est, quant à elle, définie par une absence de freinage au niveau de ce système de récompense.

Pour pallier à ces manifestations, le patient met en place des phénomènes compensatoires induisant un soulagement intense et une diminution de la culpabilité.



[Figure 4] : Mécanisme physiopathologique impliqué dans la boulimie nerveuse.

Autre structure impliquée, le système limbique. Considéré comme un filtre entre les émotions et le comportement, celui-ci dysfonctionne. La régulation émotionnelle s'en trouve ainsi perturbée. Le patient fait donc appel aux crises et aux comportements compensatoires pour réguler ses émotions. Petit à petit, celles-ci vont disparaître pour ne faire place qu'à la culpabilité qui suit la prise alimentaire et l'euphorie qui accompagne le jeûne et la restriction alimentaire.

Ce trouble des conduites alimentaires est aussi responsable d'une anarchie de régulation de la ghréline (hormone de la faim) et de la leptine (hormone de la satiété). Ce sont les émotions qui viennent gouverner l'alimentation et non plus ces hormones (31).



## **D. Diagnostic**

### **1. L'anorexie mentale**

La 5<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques (DSM-5) définit l'anorexie mentale selon les critères diagnostiques suivants :

1. La restriction des apports énergétiques comparativement aux besoins, conduisant à un poids significativement bas pour l'âge, le sexe, les courbes anthropométriques. Un poids significativement bas est défini comme un poids inférieur à la norme basse ou, chez les enfants et les adolescents, plus bas que ce qui était normalement attendu.
2. La peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou persistance des symptômes de contrôle du poids, alors que le poids est inférieur à la normale.
3. L'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, l'influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle (32).

NB : Parfois, les familles aussi peuvent être dans le déni et si elles s'en doutent, elles se rassurent en remettant la faute sur la crise d'adolescence (33).

Il convient ensuite de spécifier le type :

- Type restrictif : durant les trois derniers mois, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté des crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements). La perte de poids est ici liée à la restriction alimentaire et/ou l'hyperactivité physique
- Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs : durant les trois derniers mois, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

Critères DSM-5	
<p>* <b>Restriction</b> des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un <b>poids significativement bas</b>,</p> <p>* <b>Peur Intense de prendre du poids et de devenir gros</b>, malgré une insuffisance pondérale,</p> <p>* <b>Altération de la perception du poids ou de la forme</b> de son propre corps (dysmorphophobie), <b>faible estime de soi</b> (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la <b>gravité</b> de la maigreur actuelle.</p>	
<p><b>TYPE RESTRICTIF</b></p> <p>Au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le <b>régime</b>, le <b>jeûne</b> et/ou l'<b>exercice physique excessif</b>.</p>	<p><b>TYPE ACCÈS HYPERPHAGIQUES/PURGATIF</b></p> <p>Au cours des 3 derniers mois : présence de <b>crises d'hyperphagie</b> récurrentes et/ou a recouru à des <b>vomissements provoqués</b> ou à des <b>comportements purgatifs</b>.</p>

[Tableau 1] : Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le DSM-5 (12).

La classification de l'anorexie mentale repose également sur la distinction entre rémission partielle et rémission totale :

- Rémission partielle : disparition du critère 1, mais critère 2 ou 3 toujours actuel
- Rémission totale : aucun des trois critères sur une période de temps conséquente.

L'anorexie mentale est d'autant plus sévère que l'indice de masse corporelle (IMC) est bas (IMC = poids (kg) / taille<sup>2</sup> (m)) :

- IMC  $\geq$  17 kg/m<sup>2</sup> : légère,
- $16 \leq$  IMC  $\leq$  17 kg/m<sup>2</sup> : modérée,
- $15 \leq$  IMC  $<$  16 kg/m<sup>2</sup> : sévère,
- IMC  $<$  15 kg/m<sup>2</sup> : extrême.

NB : l'apparition secondaire de crises de boulimie chez les formes initialement restrictives est fréquente (de l'ordre de la moitié des cas) (32). En effet, la restriction est tellement importante que le sujet souffrant d'anorexie mentale finit par craquer en ingurgitant des grosses quantités de nourriture en quelques minutes (33).

## 2. La boulimie nerveuse

De la même manière le DSM-5 définit la boulimie nerveuse selon les critères suivant :

1. La survenue récurrente d'accès hyperphagiques :
  - Absorption rapide d'une quantité très importante de nourriture ;
  - Sentiment d'une perte de contrôle (incapacité à s'arrêter) ;
2. Des comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids ;
3. La survenue d'au moins une fois par semaine pendant 3 mois des accès hyperphagiques et des comportements compensatoires inappropriés ;
4. L'estime de soi influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle ;
5. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des périodes d'anorexie mentale ;

Critères DSM-5
<ul style="list-style-type: none"><li>* Survenue d'<b>épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée</b>. C'est-à-dire :<ul style="list-style-type: none"><li>- absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par ex. moins de 2 h),</li><li>- associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.</li></ul></li><li>* Mise en œuvre de <b>comportements compensatoires</b> visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).</li><li>* Avec une fréquence moyenne d'au moins <b>1 fois par semaine durant au moins 3 mois</b>.</li><li>* L'<b>estime de soi</b> est perturbée de manière excessive par <b>la forme du corps et le poids</b>.</li><li>* Le trouble <b>ne survient pas exclusivement</b> au cours d'une période d'anorexie mentale.</li></ul>

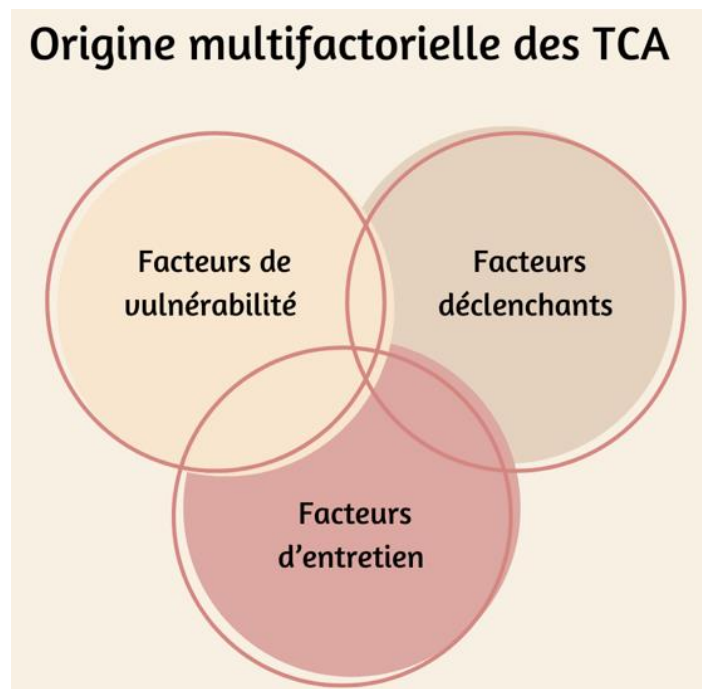
[Tableau 2] : Les critères diagnostiques de la boulimie nerveuse selon le DSM-5 (12).

Lorsque les crises se répètent de nombreuses fois par jour, voire la nuit, on parle de mal boulimique (34).

NB : l'hyperphagie boulimique se distingue de la boulimie nerveuse par l'absence de comportements compensatoires. De ce fait, les personnes souffrants d'hyperphagie boulimique se retrouvent majoritairement en surpoids ou en obésité contrairement aux personnes souffrant de boulimie qui ont, généralement, un poids dans la norme.

## E. Les facteurs de risque

Les troubles des conduites alimentaires sont des maladies multifactorielles qui se développent sur l'association de plusieurs facteurs : les facteurs de vulnérabilité, les facteurs déclenchants et les facteurs d'entretien.



[Figure 5] : Origine multifactorielle des TCA.

L'association de ces différents facteurs vont, ensemble, dans une situation donnée, chez une personne donnée, engendrer le développement de la maladie. Ils vont être différents d'un individu à l'autre et peuvent être multiples dans chacune des catégories (11).

Parmi les facteurs de vulnérabilité sont retrouvés :

- La génétique : antécédents familiaux de TCA, un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ...;

- L'environnement : une éducation, une pression socio-culturelle potentiellement responsable de croyances alimentaires, d'éventuelles préoccupations corporelles ... ;
- Une mauvaise estime de soi ;
- Des troubles anxieux et de l'humeur (troubles dépressifs et troubles bipolaires)
- ...

A cette vulnérabilité s'ajoutent les facteurs déclenchants :

- La mise en place de régimes à visée amaigrissante ;
- Des traumatismes tels qu'une agression sexuelle, une séparation, un deuil, un déménagement, du harcèlement, une grossesse compliquée, une maltraitance ;
- Le confinement dans le cadre de la pandémie du COVID-19 ;
- Des addictions et abus de substances psychoactives ;
- La pratique d'une activité professionnelle ou de loisirs à risque tels que le mannequinat ou les disciplines sportives à catégorie de poids ou nécessitant le contrôle du poids (gymnastique, danse, en particulier classique, athlétisme, natation synchronisée, courses hippiques ...) ;
- Les plaintes liées à des symptômes gastro-intestinaux inexplicables, en particulier reflux gastro-intestinaux et douleurs gastriques, troubles du transit ...

En dernier lieu, viennent se greffer les facteurs d'entretien :

- La valorisation de la perte de poids ou de l'hyperactivité physique par la société ou les proches ;
- Le contrôle d'une angoisse en focalisant sur autre chose : l'alimentation ;
- Les réseaux sociaux qui prônent la minceur et font naître une obsession de la perfection pour se conformer aux standards de beauté de la société actuelle (35) ...

## 1. Les réseaux sociaux

Selon l'étude Ipsos « Junior connect' 2017 », 81% des 13-19 ans possèdent un smartphone et sont, en moyenne, connectés plus de 15h par semaine, soit plus de 2h par jour.

La surconsommation des réseaux sociaux expose à une dictature de l'image, renforce les préoccupations corporelles par la promotion de la minceur voire de la maigreur. Elle accentue également les discours autour d'une alimentation saine engendrant ainsi une éviction de certaines catégories d'aliments, notamment les trop caloriques.

En effet, « l'usage des réseaux sociaux contribuerait à la genèse, mais surtout au maintien des troubles du comportement alimentaire. Des études plus détaillées nous montrent qu'au-delà du temps passé sur les réseaux sociaux, c'est le nombre de selfies postés ou le temps passé à diffuser/contrôler son image qui sont associés au risque de TCA, en particulier d'anorexie mentale ».

La fréquence d'exposition aux images idéalisées induirait une insatisfaction corporelle ou l'aggraverait. Plus l'exposition à des corps idéalisés par la société est importante, plus les préoccupations corporelles grandissent et plus l'insatisfaction corporelle augmente de par l'internalisation que l'on en fait. En effet, cette internalisation se définit par la perception de l'idéal minceur comme une norme absolue pour le corps. Des comportements alimentaires dysfonctionnels voire des TCA, dans un contexte de terrain de vulnérabilité, peuvent apparaître pour atteindre cet idéal et faire taire cette insatisfaction corporelle. L'internalisation étant liée à l'éducation, à l'environnement, à la génétique mais aussi aux images véhiculées par la société/les réseaux sociaux, il paraît donc important de choisir les comptes que l'on suit (36).

De plus, les mouvements pro-ana (raccourci de pro-anorexia) et pro-mia (équivalent boulimique du mouvement pro-ana) commencent à voir le jour. Ces groupes cherchent à inclure de nouveaux adhérents en prônant les troubles des conduites alimentaires comme un choix de vie et non comme une maladie psychiatrique. Bien que l'impact de ce genre de mouvements semble faible, l'objectif est de limiter leur ampleur. A l'inverse de ces mouvements pleinement assumés, certains contenus, comme par exemple, les communautés « fitness », ne se veulent pas liés aux troubles des

conduites alimentaires mais peuvent, pourtant, en induire ou faire naître un idéal de minceur par les conseils donnés et leur « normalisation » (37).

Cet idéal peut induire des envies de maigrir afin de le faire correspondre à la réalité au dépend du poids physiologique de bonne santé. En effet, avoir pour objectif d'atteindre une silhouette considérée comme idéale peut induire de nombreux risques tels qu'une perte de l'estime de soi, une insatisfaction corporelle, des épisodes dépressifs voire des idées suicidaires liées à une quête d'aspiration souvent inatteignable (36).

L'utilisation généralisée des réseaux sociaux rendant plus vulnérable aux troubles des conduites alimentaires et à leurs comorbidités, il semblerait judicieux de l'inclure dans les programmes de prévention (38).

Malgré l'aspect, jusqu'à présent, négatif des réseaux sociaux sur les troubles des conduites alimentaires, il faut garder un sens critique et nuancer certains propos (les TCA existaient avant les réseaux sociaux). Comme expliqué précédemment, les réseaux sociaux peuvent être des facteurs aggravants voire déclenchants d'une souffrance psychique mais peuvent aussi être des facteurs protecteurs ou d'amélioration pour certains. Tout dépend du contenu, du type de réseau et de l'utilisation qui en est faite. En effet, il existe des communautés qui tendent à en tirer profit pour promouvoir la diffusion d'actions de prévention (39).

De par l'origine multifactorielle des troubles des conduites alimentaires, il semble difficile de conclure que les réseaux sociaux, seuls, soient responsables de TCA (7). Il n'existe pas de lien direct de cause à effet cependant, il convient de savoir choisir les comptes à suivre. En effet, en cas de surexposition aux réseaux sociaux prônant les régimes, la minceur etc, il est important d'avoir à l'esprit que la solution consiste à renverser l'algorithme en associant le désabonnement aux comptes néfastes et l'abonnement aux comptes bénéfiques.

## **2. Analogues du Glucagon-like peptide 1 : un usage détourné**

Le sémaglutide (Ozempic®), médicament indiqué chez les adultes pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé, a fait l'objet d'une alerte pour détournement de l'usage initial. En effet, ce traitement est présenté sur les réseaux sociaux, depuis décembre 2022, comme un remède miracle pour perdre du poids.

Analogue du glucagon-like peptide 1 (GLP-1), le sémaglutide est aussi un incrétinomimétique. En mimant l'action des incrélines, hormones intestinales physiologiquement sécrétées par le duodénum lors du passage du bol alimentaire, différentes propriétés sont observées avec les analogues du GLP-1 :

- Stimulation de la sécrétion d'insuline lorsque le taux de glucose est élevé et diminution de la sécrétion de glucagon ;
- Ralentissement de la vidange gastrique ;
- Diminution de la prise alimentaire par augmentation de la sensation de satiété.

Ce mésusage, estimé à 1% en France, induit :

- Des tensions d'approvisionnement à l'origine d'une privation de traitement pour les patients diabétiques le nécessitant ;
- Des effets indésirables potentiellement graves chez des sujets non atteints de diabète tels que des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées), des pancréatites (rare mais grave) ou des hypoglycémies.

Les molécules appartenant à la même classe que le sémaglutide voient également leur demande augmenter via de fausses ordonnances. L'assurance maladie et l'agence nationale de sécurité du médicament invitent à la plus grande vigilance et alertent les professionnels de santé.

Les sujets qui en arrivent à utiliser ce type de traitements pour des visées amaigrissantes souffrent probablement de troubles alimentaires ou à minima d'un trouble de leur image et nécessitent un suivi psychologique et / ou psychiatrique (40).



### 3. L'inflation

Selon l'étude *Les effets de l'inflation sur la vie des Français* publiée par l'Ifop en juin 2023, l'inflation serait à l'origine de modifications des comportements : réduction du budget alimentaire et des dépenses de santé mais aussi augmentation des troubles anxieux et dépressifs. En effet, lorsque survient le 10 du mois, soit après le prélèvement des dépenses contraintes sur les comptes bancaires, 31% des Français se retrouvent avec un reste à vivre de moins de 100 euros. 10% d'entre eux sont même à découvert.

Pour faire face à ces difficultés financières, certains se retrouvent contraints à renoncer à une partie de leurs dépenses essentielles, aux dépens parfois de leur santé. Plus d'un français sur 2 (58%) a ainsi réduit ses dépenses alimentaires pour des raisons financières ces 12 derniers mois. Par manque d'argent, certains se voient même sauter des repas, régulièrement ou occasionnellement, pour économiser.

En effet, pour les sujets soucieux de leur alimentation, se procurer des aliments sains et peu caloriques est devenu difficile de par l'augmentation des prix. De ce fait, devoir réfléchir d'autant plus pour coller au régime et au porte-monnaie peut conduire à une focalisation malsaine sur l'alimentation saine. Certains comportements se développent : pratiquer une hyperactivité physique ou consommer des laxatifs pour compenser la nourriture moins saine ingurgitée, sauter un repas plutôt que manger des aliments malsains ... (41)

D'autres patients se voient contraints de cumuler plusieurs emplois et n'ont plus le temps de s'investir dans les rendez-vous médicaux.

De plus, l'augmentation des coûts des biens essentiels est aussi à l'origine de stress, d'anxiété, de dépression voire de pensées suicidaires dans les cas les plus sévères ... Chez les sujets souffrant de troubles alimentaires, cette situation peut induire une rechute, une aggravation de leur état ou un rétablissement plus difficile (42).

#### **4. Les traumatismes sexuels**

Les agressions sexuelles sont considérées comme le type de trauma le plus susceptible d'être en lien avec un trouble des conduites alimentaires.

Plusieurs pistes ont été avancées pour tenter d'expliquer le lien entre TCA et traumatisme sexuel, notamment le besoin de contrôle : en contrôlant leur poids et leur apparence physique, les sujets souffrant d'anorexie mentale ayant vécu des expériences traumatogènes compenseraient l'absence de contrôle qu'elles ont dû subir au cours des agressions sexuelles. S'alimenter perdrait alors sa fonction primaire pour devenir un moyen de régulation des tensions intrapsychiques, la maigreur du corps représentant une victoire en termes d'auto-contrôle.

D'autre part, il semblerait que les modifications corporelles engendrées par la privation de nourriture ou les gavages permettraient aux victimes de traumatismes sexuels de gommer les caractères sexuels secondaires : le TCA provoquerait donc le retour vers un corps de préadolescent déssexualisé. L'obésité ou l'extrême maigreur peuvent donc constituer un moyen de camouflage ou de répulsion mis en place consciemment ou non. En effet, certaines patientes se gaveraient pour échapper à un état de conscience qui les confronte à des émotions ou des pensées intolérables. Cette hypothèse évoque celle de la fonction des addictions chez les patients traumatisés, or les TCA peuvent être considérés comme une forme d'addiction (43).

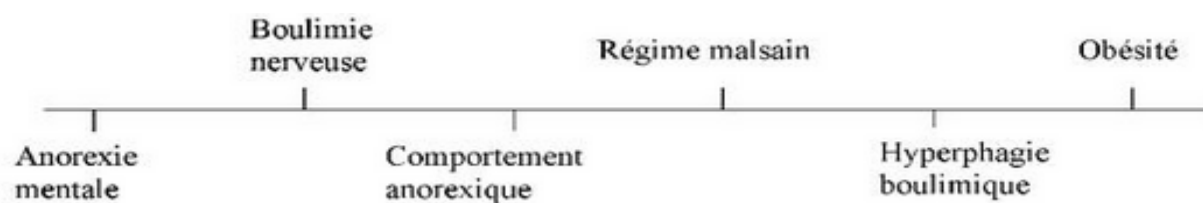
Le trouble a une fonction défensive pour l'équilibre psychique du sujet, ce qui est à l'origine d'un risque d'effondrement (dépression, suicide) lorsque la personne obèse maigrit. Cela explique également pourquoi ces patients reprennent souvent rapidement le poids perdu (44).

#### **5. Le surpoids et l'obésité**

Le surpoids et l'obésité, qui touchent respectivement 47 et 17% des Français adultes nécessitent la prise en charge par un professionnel et, parfois, la mise en place d'un régime alimentaire sous contrôle médical (45). Mais, dans de nombreux cas, des

pratiques alimentaires d'amaigrissement sont adoptées en l'absence de surpoids ou d'indication médicale, pour des raisons purement esthétiques. Ces régimes à visée amaigrissante, pratiqués sans recommandation ni suivi d'un spécialiste, présentent des risques pour la santé dont des perturbations psychologiques, comme notamment des troubles des conduites alimentaires (46).

En effet, les TCA sont en lien étroit avec la prévention de l'obésité. Ces comportements alimentaires ont tendance à se chevaucher et les patients à passer d'une pathologie à l'autre : une patiente obèse peut développer des TCA. L'obésité et les TCA doivent être vus comme un continuum (47).



[Figure 6] : Echelle des désordres liés au poids selon D. Neumark-Sztainer (47).

De plus, la stigmatisation et la discrimination qui découlent du surpoids et de l'obésité induiraient une prise de poids, et ce, quelque soit l'IMC de départ. Vécus comme un stress, ces diktats entraîneraient des changements physiologiques et comportementaux : pics de cortisol, chutes d'auto-contrôle et risque accru de consommation massive d'aliments (48). Remettre en question la pertinence de ces injonctions pour parler de santé et non pas de poids devrait être une piste à explorer.

## 6. Le « fat talk » et l'insatisfaction corporelle

Le « fat talk » est désigné comme étant toutes les remarques et les commentaires qui peuvent être faits à l'égard de son poids ou de celui des autres, positifs comme négatifs et qui contribuent à renforcer l'insatisfaction corporelle.

L'insatisfaction est, quant à elle, caractérisée par des préoccupations corporelles, une évaluation subjective négative du corps concernant sa forme, son poids, son apparence.

Quelques chiffres concernant l'insatisfaction corporelle :

- Deux adolescents sur 3 expriment une insatisfaction corporelle ;
- Un enfant sur 3 de 8 à 14 ans ayant un poids normal veut être plus mince ;
- Près d'une fille sur 2 n'aime pas certaines parties de son corps et envisage un régime ;
- Près d'une fille sur 4 cherche activement à perdre du poids en mangeant moins ou en pratiquant une activité physique.

De façon générale, les enfants et adolescents sont très sensibles aux moqueries et remarques sur leur apparence et cela peut avoir des répercussions négatives sur :

- Le sentiment de bien-être ;
- L'estime de soi ;
- L'anxiété et l'humeur : le fait de se voir comme trop gros, par exemple, est un facteur de stress très important ;
- Les préoccupations corporelles peuvent augmenter le risque de développer un TCA (49).

D'où l'importance d'être critique vis-à-vis des informations reçues via l'entourage, les médias mais aussi les réseaux sociaux, les publicités ... Comme le dit Hugo Saoudi, référent prévention de la fédération française anorexie boulimie, on ne se définit pas par sa minceur mais par ses valeurs, ses passions, ses compétences (22).

## **F. Les complications physiques**

### **1. Les troubles de l'hémogramme**

Les perturbations du bilan biologique sont fréquentes dans l'anorexie mentale et sont liées à l'état de dénutrition chronique, à l'amaigrissement ainsi qu'aux conduites de purges compensatoires.

Une baisse des trois lignées est observée. Celle-ci serait due à un déficit de l'hématopoïèse (processus de différenciation des cellules souches hématopoïétiques en cellules sanguines) par transformation gélatineuse de la moelle osseuse, conséquence de la dénutrition sévère.

#### **a. L'anémie**

L'anémie, en général modérée (hémoglobine > 9g/dL) et bien tolérée, s'accompagne, dans environ 15% des cas, d'une carence martiale et vitaminique (B9, B12 ...). La morphologie des hématies se retrouve également perturbée. On retrouve, le plus souvent, une :

- Anisocytose (globules rouges de tailles variées) ;
- Poikilocytose (globules rouges déformés qui peuvent prendre une forme en poire, en massue, ovulaire ...) ;
- Acanthocytose (globules rouges rigides et hérissés d'épines) ;
- Schizocytose (hématies fragmentées).

#### **b. La leucopénie**

Une leucopénie (diminution du nombre total de globules blancs) avec lymphopénie (altération des cellules lymphocytaires de type T) peut aussi être observée. Celle-ci associée à un indice de masse corporelle (IMC) bas peut amener à un risque infectieux

plus important. Une surveillance accrue est alors nécessaire, d'autant plus que les sujets souffrant d'anorexie mentale ne présenteraient ni fièvre ni syndrome inflammatoire en cas d'infection, retardant ainsi le diagnostic.

### **c. La thrombopénie**

Une thrombopénie (diminution du nombre total de plaquettes) peut également se manifester (entre 90 et 130 G/L) le plus souvent de manière asymptomatique ou sous forme de syndrome hémorragique, de purpura. Il existerait une corrélation entre l'intensité de la thrombopénie et la durée et la sévérité de l'anorexie mentale.

Il n'y a pas de prévention ni de traitement spécifique, hormis certaines supplémentations en cas de carences avérées. En effet, une réhabilitation nutritionnelle et pondérale permet le retour dans les normes des trois lignées sanguines (50).

## **2. Les complications électrolytiques**

### **a. L'hypokaliémie**

Qu'il s'agisse de l'anorexie mentale ou de la boulimie nerveuse, le trouble électrolytique le plus fréquent est l'hypokaliémie. Celle-ci s'explique par la perte de potassium dans les vomissements ou dans les selles en cas d'utilisation de laxatifs. De plus, les vomissements répétés provoquent une alcalose métabolique (accumulation de bicarbonates  $\text{HCO}_3^-$  ou perte excessive d'acides du sang) par perte de l'acidité gastrique. L'excès de bicarbonates arrivant aux reins engendre ainsi une excrétion rénale accrue de potassium (50).

Certains diurétiques sont également hypokaliémifiants.

Toutes ces conduites purgatives entraînent une déplétion du volume plasmatique provoquée par la déshydratation des vomissements et donc l'activation du système

rénine – angiotensine – aldostérone afin de maintenir la pression artérielle. L'aldostérone ainsi sécrétée induit une excrétion urinaire du potassium, une réabsorption du sodium et de bicarbonates, participant, de ce fait, également à l'hypokaliémie et à l'alcalose métabolique (50).

Cette hypokaliémie se manifeste par des crampes musculaires, des myalgies, une paresthésie, une constipation et des troubles du rythme cardiaque potentiellement mortels (51).

### **b. L'hyponatrémie**

L'hyponatrémie, retrouvée chez les patients atteints de boulimie nerveuse, peut, quant à elle, s'expliquer de différentes façons :

- Par l'utilisation de certains diurétiques ou de produits à vertus drainantes ;
- Par consommation excessive d'eau, on parle alors de potomanie.

L'hyponatrémie se traduit cliniquement par une asthénie, une faiblesse musculaire, des nausées, des œdèmes périphériques, de confusion, d'un retentissement psychomoteur, de crises convulsives tonico-cloniques généralisées voire d'un coma (51).

### **c. L'hypophosphatémie**

Comme les complications précédentes, l'hypophosphatémie est consécutive à la consommation de laxatifs, de diurétiques, à l'alcalose métabolique mais également à une renutrition trop rapide, on parle de syndrome de renutrition inappropriée (SRI).

Ce syndrome traduit une mauvaise tolérance métabolique d'une renutrition entérale ou parentérale trop rapide. Il survient en cas d'IMC très bas avec perte de poids importante et/ou arrêt prolongé de l'alimentation.

Lié à l'apport glucidique après une réduction prolongée, c'est la sécrétion brutale d'insuline, induite par la renutrition, qui favorise l'entrée des électrolytes à l'intérieur

des cellules (surtout si les apports en glucides sont importants) et qui est donc à l'origine de cette hypophosphatémie (52).

Cette dernière s'exprime cliniquement par une myopathie voire une rhabdomyolyse, notamment en cas d'hypokaliémie associée, induisant par la suite une nécrose tubulaire aiguë et donc le développement d'une insuffisance rénale aiguë (51).

#### **d. L'hypo- ou l'hyper-calcémie et l'hypomagnésémie**

L'utilisation de certains diurétiques peut induire une hypo- ou une hypercalcémie ainsi qu'une hypomagnésémie se traduisant par des atteintes neurologiques ou cardiaques parfois graves (51).

### **3. Les complications glucidiques**

Chez des sujets souffrant d'anorexie sévère, des perturbations hypoglycémiques sont observées. Celles-ci s'expliquent par des stocks de glycogène utilisés et une néoglucogenèse quasi nulle par manque d'apport (53).

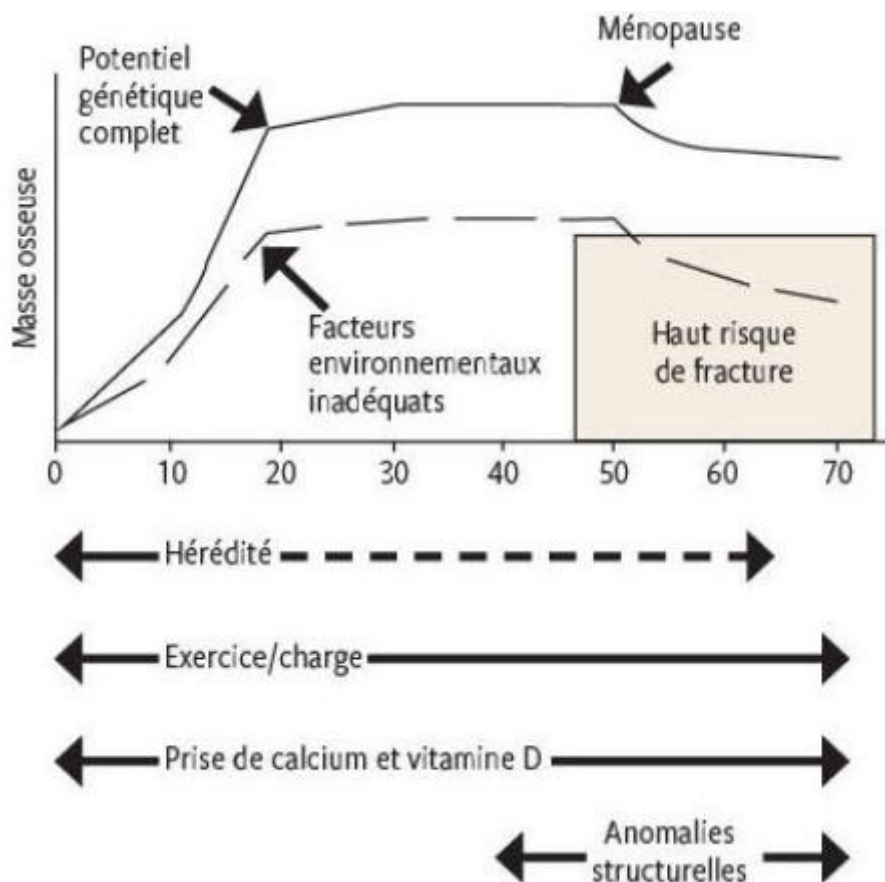
### **4. Les complications thyroïdiennes**

Les sujets souffrant d'anorexie mentale présentent souvent une hypothyroïdie proportionnelle à la perte de poids. Celle-ci est réversible à la reprise de poids. Un traitement de substitution n'est donc pas nécessaire, d'autant plus que les hormones thyroïdiennes peuvent avoir des effets néfastes sur la masse osseuse (53).



## 5. Les complications osseuses

Physiologiquement, la masse osseuse augmente jusqu'à l'âge de 25 ans puis diminue avec la ménopause. Les sujets contractant une anorexie mentale ne développent pas une masse osseuse optimale et présentent une densité osseuse moins importante qui peut se compliquer en ostéoporose.



[Figure 7] : Développement de la masse osseuse chez la femme (53).

L'ostéoporose se caractérise par une diminution de la densité minérale osseuse (T-score  $\leq -2,5$  déviations standard), avec pour conséquence une fragilité accrue des os. Dès lors, une simple chute ou un mouvement brutal peut aisément conduire à une fracture. Les fractures les plus fréquentes sont celles du poignet, des vertèbres ou du col du fémur.

L'ostéoporose est la complication somatique la plus fréquente dans l'anorexie mentale. En effet, on estime une baisse de la densité minérale osseuse (DMO) chez 50 à 95% des sujets.

Leur risque fracturaire est multiplié par 3 : jusqu'à 57 % des femmes souffrant d'anorexie mentale vivent au moins une fracture au cours de leur vie (53).

La diminution de cette densité minérale osseuse serait due à des degrés variables d'augmentation de la résorption osseuse et de diminution de la formation osseuse. En effet, des études ont montré que les marqueurs de formation osseuse tels que l'ostéocalcine et la phosphatase alcaline des os sont diminués chez les patients adultes souffrant d'anorexie mentale et d'une faible DMO, tandis que les marqueurs de résorption osseuse tels que le télopeptide C-terminal du collagène de type I et le télopeptide du collagène de type I sont élevés (54).

Une diminution de la densité minérale osseuse peut aussi s'expliquer par les mécanismes suivants :

- La diminution de la production des hormones sexuelles qui se manifeste, chez la femme, par une aménorrhée. En effet, cela serait probablement dû à la perte de l'effet inhibiteur des œstrogènes sur les ostéoclastes engendrant de ce fait une augmentation de la résorption osseuse ;
- Un indice de masse corporelle bas : le risque est d'autant plus important que le temps passé à un IMC bas est long ;
- L'hyperactivité physique : celle-ci, bien que bénéfique pour la santé des os, peut s'avérer néfaste, chez un sujet souffrant d'anorexie mentale, en fonction de la charge et de l'intensité de l'exercice. L'étude *Effect of exercise on bone mass in young women with anorexia nervosa* réalisée par Waugh et al a montré que l'activité physique à charge osseuse modérée effectuée pendant la maladie diminue la DMO, tandis que les activités à forte charge osseuse chez un sujet en rémission (définie ici par un IMC > 18 et une reprise des cycles menstruels) induisent une augmentation de la DMO. L'effet de l'exercice sur les os chez un sujet atteint d'anorexie mentale dépend donc de l'intensité et de la phase de la maladie au cours de laquelle l'activité a été effectuée (55).

Le dépistage par ostéodensitométrie peut être réalisé pour évaluer la DMO et envisager une prise en charge. Le principal traitement efficace de l'ostéoporose et de l'ostéopénie (stade moins sévère avant l'ostéoporose) dans l'anorexie mentale repose sur le gain pondéral. Une amélioration de la densité minérale osseuse a également été observée chez la femme en cas de traitement par œstrogènes ou pilule contraceptive (56).

## **6. Les complications stomatologiques et dentaires**

Les vomissements répétés peuvent induire une parotidomégalie (hypertrophie des glandes salivaires sous mandibulaires) bilatérale et indolore. La sollicitation excessive de ces glandes lors des crises entraînerait une dysrégulation nerveuse autonome et une modification de la vascularisation. Cela induirait une accumulation intracellulaire des déchets organiques et donc une augmentation de la taille des cellules (51).

Des répercussions dentaires sont également observées chez les sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires. En effet, celles-ci sont dues à différents aspects :

- La dénutrition, les carences ;
- Les vomissements ;
- Un brossage de dents dans les suites des vomissements ou un brossage trop vigoureux dans le cadre de troubles obsessionnels compulsifs de propreté ;
- Les reflux gastro-oesophagiens ;
- Le mérycisme, soit la régurgitation (souvent involontaire) et remastication de petites quantités d'aliments provenant de l'estomac ;
- La consommation massive de sucres lors des crises d'hyperphagie.

Toutes ces situations peuvent induire érosion dentaire, caries, gingivites et parodontites, stomatite et déchaussement dentaire (57).

### **a. Erosion de l'émail dentaire**

L'érosion des dents, souvent caractéristique des troubles des conduites alimentaires, se définit comme une usure chimique des dents liée à un excédent d'acides. Ces derniers ont pour origine les vomissements, les reflux gastro-œsophagiens (boulimie), les prises alimentaires répétées tout au long de la journée, la consommation importante de boissons acides (jus de citron, vinaigre, sodas) ...

Cette érosion dentaire peut se manifester par :

- Des douleurs dues à une sensibilité accrue aux aliments froids et/ou chauds ;
- Une décoloration : la dentine étant plus exposée, les dents peuvent prendre une teinte jaunâtre ;
- Une transparence ;
- Des fissures et petits trous à la surface.

Cet excédent d'acides induit un amincissement de l'émail, qui pourrait, dans les cas les plus compliqués, en venir à disparaître. L'émail ne se régénérant pas, une destruction progressive des dents peut s'observer. A cela s'ajoute une abrasion et une usure mécanique liées à un brossage de dents trop fréquent (jusqu'à 20 fois par jour) dans le but de conserver une bonne hygiène bucco-dentaire et une bonne haleine (57).

## b. Caries



[Figure 8] : Anatomie d'une dent : molaire inférieure (58).

La carie est caractérisée par une destruction de l'émail et de la dentine ainsi que par la formation d'une cavité.

Elle est causée par la présence de bactéries naturellement présentes au niveau de la flore buccale et favorisée par :

- La plaque dentaire responsable par la suite de la formation de tartre ;
- La consommation de sucres comme le saccharose ;
- Les grignotages répétés ;
- L'acidité buccale liée aux vomissements ou aux consommations acides ;
- Une hyposialie, iatrogène ou non, qui ne protège plus de l'acidité buccale.

En l'absence de soins, la carie progresse, atteint la pulpe dentaire et détruit la dent (57).

### **c. Gingivites et parodontites**

La maladie parodontale est une infection bactérienne responsable d'une inflammation des tissus de soutien de la dent. Celle-ci se traduit par une gingivite puis une parodontite.

Elle est due à l'accumulation de bactéries entre les dents et leur jonction avec la gencive.

La maladie parodontale peut s'expliquer par :

- La formation de plaque dentaire par le contact des bactéries avec les aliments ;
- Les carences vitaminiques ;
- Les changements hormonaux ;
- L'affaiblissement du système immunitaire ;
- Le diabète ;
- L'alcool, le tabac, le cannabis.

Gingivites et parodontites interviennent pour 30 à 40% dans les causes d'extraction dentaire ou de perte des dents (57).

### **d. Stomatite**

La stomatite est caractérisée par une inflammation de la muqueuse buccale et peut s'accompagner d'œdèmes, de rougeurs, d'ulcérations douloureuses, voire de lésions blanchâtres. Ces symptômes peuvent gêner l'ingestion d'aliments et/ou de boissons renforçant ainsi la déshydratation et la dénutrition déjà présentes chez un sujet souffrant de troubles des conduites alimentaires.

Parfois, une infection secondaire peut se développer, en particulier chez le sujet immunodéprimé (57).

## **e. Déchaussement dentaire**

Le déchaussement dentaire se définit par une rétractation irréversible des gencives par rapport aux dents.

Les causes sont multiples :

- Une mauvaise hygiène bucco-dentaire ou une mauvaise technique de brossage ;
- Un brossage trop vigoureux et fréquent dans le cadre, par exemple, de troubles obsessionnels compulsifs ;
- Des tics de grincements des dents
- Une mastication excessive de chewing-gum
- Le vieillissement, le diabète, certaines maladies parodontales, le tabac ... (57).

## **7. Les complications cutanées**

La restriction alimentaire qui caractérise l'anorexie mentale est à l'origine de carences nutritionnelles, notamment en vitamines (A, B, C et K), en oligoéléments (zinc et fer) et en protéides. Cette déficience est responsable de dermatoses telles qu'une sécheresse cutanée, un eczéma craquelé, une dermite crouteuse etc ... (59).

De plus, du fait de l'hypothermie qui prend place chez le sujet anorexique, une redistribution du flux sanguin se fait au profit des organes internes, il en résulte une cyanose périphérique (53).

## **8. Les complications rénales**

Les complications rénales peuvent s'expliquer de différentes manières.

Les comportements purgatifs répétés entraînent une déshydratation et donc une hypovolémie. La chute du débit sanguin au niveau de l'artère rénale engendre une

diminution du débit de filtration glomérulaire et ainsi une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle. Celle-ci est réversible en quelques heures avec la restauration d'une volémie normale. Cependant, si l'hypovolémie persiste, des nécroses tubulaires aiguës peuvent apparaître nécessitant ainsi une supplémentation extra rénale (dialyse).

Cette nécrose tubulaire aiguë peut également provenir d'une rhabdomyolyse.

Les complications rénales peuvent aussi être secondaires à une hypokaliémie, on parle alors de néphropathie hypokaliémique. Celle-ci provoque une insuffisance rénale chronique irréversible conduisant progressivement à l'insuffisance rénale terminale.

## **9. Les complications digestives**

### **a. Les douleurs abdominales**

Les douleurs abdominales sont très fréquentes en cas de troubles des conduites alimentaires et plus particulièrement en cas d'anorexie mentale. Celles-ci sont liées aux dyspepsies, aux troubles fonctionnels intestinaux, à la constipation, aux ballonnements ...

Elles sont, soit, liées directement au TCA et à son état de dénutrition qui en découle, soit, liées à un trouble digestif comorbide que le TCA aggravera. Elles peuvent aussi avoir une origine psychogène (60).

### **b. La constipation**

La constipation est le symptôme le plus fréquemment rencontré, et ce, d'autant plus dans l'anorexie mentale.

Celle-ci peut s'expliquer de différentes manières :

- Une atonie colique en lien avec une malnutrition ou des carences ;
- Un affaiblissement des muscles intestinaux ;



- Une diminution des hormones thyroïdiennes, elle-même due à une adaptation du corps au jeûne ;
- Au mésusage de laxatifs ;
- Au fait de ne pas manger suffisamment pour avoir un transit régulier ;
- Une hypokaliémie ;
- Des effets secondaires de traitements psychotropes (60).

### **c. La gastroparésie et la satiété précoce**

La gastroparésie se caractérise par un retard à la vidange gastrique avec une sensation de ne pas digérer ou de digérer trop lentement.

Les vomissements répétés et les variations de volume imposées à l'estomac modifient sa motilité : la vidange gastrique est ralentie, un inconfort gastrique, des nausées et des ballonnements peuvent se manifester. La massivité des ingestas (souvent plusieurs kilos de nourriture) provoque une importante dilatation gastrique pouvant se compliquer de nécrose de la paroi digestive par compression artérielle, voire de rupture stomacale.

Cette gastroparésie est responsable d'une satiété précoce et peut, aussi, être liée à la malnutrition. La renutrition sera à l'origine de la résolution de ce trouble (60).

### **d. Le syndrome de l'intestin irritable**

Le syndrome de l'intestin irritable se définit par une association de douleurs abdominales, de troubles du transit (constipation et/ou diarrhées), de ballonnements et d'un inconfort digestif.

32 à 64% des patients souffrant de TCA présenteraient des symptômes évocateurs d'un syndrome de l'intestin irritable, prévalence nettement supérieure à celle de la population générale qui atteint les 14% (60).

### **e. Le reflux gastro-œsophagien et la dyspepsie**

Le reflux gastro-œsophagien se caractérise par la remontée spontanée d'une partie du contenu gastrique et se manifeste par des brûlures et/ou remontées acides.

Les vomissements répétés induisent un relâchement du sphincter inférieur de l'œsophage favorisant de ce fait, un reflux gastro-œsophagien. La muqueuse œsophagienne étant irritée chroniquement, une œsophagite très douloureuse peut apparaître et rendre, ainsi, la prise alimentaire difficile.

Ces lésions œsophagiennes peuvent, par la suite, augmenter le risque d'adénocarcinome œsophagien, favoriser la survenue d'hématémèse engageant le pronostic vital ou de perforations œsophagiennes.

La dyspepsie se manifeste par un inconfort, voire une douleur au niveau de l'estomac avec une sensation de mauvaise digestion. La dyspepsie est plus particulièrement retrouvée chez les sujets présentant des crises d'hyperphagie et des conduites de purge.

Les troubles des conduites alimentaires sont responsables de troubles digestifs qui se corrigent, le plus souvent, avec une reprise alimentaire adaptée. Il est possible que ces troubles persistent même après la guérison pendant une durée plus ou moins longue (60).

### **f. Les nausées et vomissements**

Bien que, souvent provoqués lors des purges, les vomissements peuvent aussi être spontanés. En effet les nausées et les vomissements peuvent également être la conséquence du ralentissement du système digestif, d'un « trop plein » suite à une crise d'hyperphagie, d'une angoisse générée par la prise alimentaire (61).

De plus, à cause des vomissements répétés, une mauvaise observance médicamenteuse et donc une inefficacité thérapeutique sont fréquentes. Il est judicieux de convenir du meilleur moment de prise des médicaments (51).

#### **g. La dysfonction du plancher pelvien**

Avec la prise de laxatifs, les efforts de poussées et l'état de dénutrition engendrés par les troubles des conduites alimentaires ou l'hyperactivité physique, les muscles du plancher pelvien peuvent s'affaiblir. Une incontinence urinaire d'effort puis de repos, des douleurs, une incontinence fécale peuvent, de ce fait, se développer. Ce dysfonctionnement du plancher pelvien majore le risque de survenue d'hémorroïdes et de fissures anales.

Une rééducation du plancher pelvien peut être utile (61).

### **10. Les complications gynéco-endocriniennes**

Les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires présentent des anomalies du cycle menstruel :

- 7 à 40% sont en aménorrhée secondaire : conséquence d'une diminution des pics pulsatiles de GnRH (hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires) induisant une baisse des taux de LH (hormone lutéinisante) et de FSH (hormone folliculo-stimulante) et ainsi une aménorrhée. Symptôme permettant autrefois de poser le diagnostic, l'aménorrhée est aujourd'hui considérée comme un facteur de gravité. En effet, ce critère n'est plus obligatoire en raison de son manque d'applicabilité chez les hommes et chez les femmes ayant une contraception hormonale (62);
- 37 à 64% souffrent de spanioménorrhée, c'est-à-dire un allongement progressif de l'intervalle qui sépare les règles.

Il est important d'informer les patientes que l'aménorrhée ne protège pas d'un risque de grossesse : des ovulations peuvent parfois avoir lieu et induire des grossesses non désirées. De plus, la prise du contraceptif oral doit se faire à distance des vomissements sous peine de ne pas être efficace. Dans certaines situations, il serait plus adapté de basculer vers une méthode de contraception autre qu'orale (implant, patch contraceptif, DIU ...) (63).

Les troubles des conduites alimentaires peuvent aussi induire, chez la fille comme chez le garçon, un ralentissement global de la fonction de reproduction et donc une baisse voire un arrêt complet de la sécrétion des hormones sexuelles. De ce fait, des troubles de la fertilité peuvent survenir. Cela est dû au déficit énergétique imposé au corps : l'organisme se concentre sur le fonctionnement des organes vitaux soit le cœur, les poumons et le cerveau. Ces anomalies endocriniennes sont d'autant plus sévères que le TCA débute précocement (64). Cependant, la renutrition permet, dans la majorité des cas, de retrouver une production hormonale adaptée et donc d'améliorer la fertilité. Elle est, de plus, indispensable au bon développement du bébé pendant la grossesse, mais aussi après, en cas d'allaitement. Lorsque le retour de la production hormonale s'avère compliqué, certaines femmes font appel à l'aide médicale à la procréation (65). Attention toutefois, il est recommandé que les femmes ayant un antécédent ou une forme symptomatique d'anorexie mentale soient connues, dépistées et traitées avant d'engager la procédure. En effet, certaines femmes cachent sous silence leur état de santé pour accéder à leur enfant. Une question pourrait être soulevée : s'agit-il d'un véritable désir d'enfants ou d'un souhait de se conformer à l'idéal culturel actuel où la femme, en plus d'une carrière professionnelle brillante, se doit d'être une mère accomplie et épanouie ?

Les principales complications rencontrées pendant la grossesse et au cours de l'accouchement chez les femmes souffrant ou ayant souffert d'anorexie mentale sont :

- La prématurité : d'origine multifactorielle (hyperactivité physique, pendant la grossesse, usage plus important du tabac chez les sujets souffrant d'anorexie mentale...), celle-ci dépendrait de l'état nutritionnel et de l'indice de masse corporel de la mère avant conception ;

- Un retard de croissance in utéro (RCIU) et un petit poids de naissance, plus rarement, une petite taille du bébé et/ou un petit périmètre crânien. Tout comme la prématurité, le RCIU dépend de l'état nutritionnel et de l'IMC de la maman avant la conception. Cependant, il dépend également du poids pris par la mère pendant la grossesse : en effet, le RCIU est d'autant plus important que le poids pris pendant la grossesse est faible.

Le petit poids de naissance résultant du RCIU est décrit comme réversible : 3 mois après la naissance, la plupart des bébés ont rattrapé leur retard pondéral.

Ces complications restent cependant peu fréquentes. Si, en outre, un faible poids de naissance est constaté, cela n'aurait pas de conséquences sur le développement ultérieur de l'enfant.

D'autres difficultés, plus rares, sont également recensées :

- Un taux élevé de fausses couches spontanées ;
- Une proportion de césariennes plus élevée que dans la population générale, le bassin des femmes ayant souffert d'anorexie mentale étant plus étroit ;
- Une fréquence plus importante d'épisiotomie chez les femmes qui accouchent par voie basse ;
- Une anémie, des infections, plus de vomissements gravidiques chez la mère.

Ces risques existent mais restent, malgré tout, peu fréquents, les répercussions sont souvent plus importantes chez la mère que chez le bébé. Un accompagnement spécialisé est indispensable pendant cette période et même après : en effet, la grossesse et le post partum sont des phases à risque de rechute, d'aggravation du TCA ou de complication d'une dépression.

Les modifications morphologiques et la prise de poids liées à la grossesse peuvent être mal vécues pour ces patientes anorexiques. Bien que, souvent bien acceptées avec l'idée de faire de la place à l'enfant et ce, de manière transitoire, il convient de rester vigilant, la grossesse peut aussi aggraver le trouble.

De la même manière, le post partum peut devenir une période difficile. En effet, au retour des symptômes alimentaires à un niveau antérieur (avant grossesse), peut s'ajouter une dépression du post partum (DPP). Le risque de DPP est multiplié par 3 chez une femme souffrant ou ayant souffert d'une anorexie mentale par rapport à la

population générale, d'où l'importance d'un suivi pour minimiser les conséquences délétères de la DPP sur les interactions mère-enfant.

NB : l'allaitement n'est pas contre indiqué mais sera le plus souvent peu efficace du fait du déficit nutritionnel de la maman (66).

## **G. Les autres complications**

Les troubles des conduites alimentaires sont caractérisés par un retentissement néfaste sur le bien-être et la vie sociale. En effet, des symptômes de dépression et d'anxiété ainsi qu'une perturbation de la vie sociale sont fréquemment rencontrés.

La personnalité des sujets souffrant de TCA est, également, souvent caractérisée par une impulsivité expliquant la fréquence de co-addictions, de troubles de conduites (kleptomanie, conduites sexuelles à risque) ou d'un risque suicidaire augmenté (51).

### **1. Dépression et anxiété**

L'estime de soi est liée au regard que les patients souffrant de TCA portent sur leur aspect physique et leur poids. S'ils estiment que l'un de ces deux paramètres n'est pas acceptable, ils sont convaincus ne plus avoir de valeur. La honte et le dégoût quant à l'incapacité de garder le contrôle se font sentir et favorisent ainsi la survenue d'un tableau dépressif.

Ainsi coincé dans un cercle infernal, toute situation, telle que la présence de nourriture ou un inconfort corporel, induit systématiquement, chez une personne présentant un TCA, une anxiété (67).

## **2. Effets sur la vie sociale**

Le quotidien des personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires se résume à la nourriture. Dans un monde où la vie sociale en est rythmée, il devient difficile de se faire une place pour les sujets souffrant de TCA.

En effet, les rendez-vous dans des bars ou des restaurants, les rassemblements familiaux autour d'un repas sont situations courantes. La solution qui en résulte est de les éviter, engendrant, de ce fait, un retrait progressif de la vie sociale, un isolement.

De plus, certains ne s'autorisent à sortir avec leurs proches que lorsque leur aspect physique et leur poids les satisfait. Dès lors qu'ils considèrent avoir pris du poids ou qu'ils se trouvent gros, ils se retirent immédiatement renforçant ainsi le sentiment d'isolement (67).

## **3. Les problèmes financiers**

La boulimie nerveuse, vite catégorisée comme un « caprice de riche », n'en est, en réalité, pas un. En effet chez les sujets précaires, la situation peut rapidement devenir problématique car l'ingestion massive de nourriture coûte.

Afin de satisfaire l'appétit de crise, le sujet se voit dépenser excessivement, récupérer les invendus des supermarchés ou dans les cas les plus extrêmes, voler (68).

## **H. L'évolution de la maladie**

### **1. L'anorexie mentale**

L'évolution de la maladie va dépendre de la prise en charge. En effet, plus celle-ci est précoce, plus le pronostic est bon : une rémission spontanée est alors possible. En revanche, en cas d'accès aux soins retardé, la maladie peut tourner vers la chronicité ou l'enkystement voire la mortalité par suicide ou par complications de la cachexie. En effet, l'anorexie mentale est la maladie psychiatrique au plus haut taux de mortalité (69).

Sous traitement et en ne considérant que l'ancienne triade diagnostique (anorexie, amaigrissement, aménorrhée), une rémission partielle ou totale est observée dans 50% des cas. Ce taux chute à 30% dès lors que l'ensemble du tableau psychiatrique, la qualité de vie, la vie relationnelle et l'insertion sociale sont pris en compte.

Une chronicité peut également s'observer sous médication, celle-ci concerne 30% des cas au-delà de 5 ans. 20 à 30% des patients continuent d'être atteints 10 ans plus tard.

Les rechutes sont fréquentes (30 à 50% des rechutes dans l'année qui suit une hospitalisation) et font parties du chemin vers la guérison. L'évolution n'est pas linéaire, elle est marquée par des fluctuations pondérales, une succession d'épisodes anorexiques et un éventuel passage à la boulimie.

En effet, il est rare qu'un sujet anorexique le reste toute sa vie, soit il en décède dans 5 à 10% des cas (par dénutrition, arrêt cardiaque, complications pulmonaires ou septicémiques, suicide ...) soit il décompense avec des phases de boulimie. C'est parce qu'il y a restriction alimentaire ou restriction cognitive (contrôle des apports alimentaires dans le but de ne pas grossir ou de maigrir) qu'il y a passage à l'acte boulimique (70).



## **2. La boulimie nerveuse**

L'évolution de la boulimie nerveuse semble être plus favorable que celle de l'anorexie mentale. En effet, elle serait plus rapidement résolutive : un taux de mortalité de 2% par tranche de 10 ans et un taux de rémission de 70% à 12 ans sont observés (12).

Il est important d'insister sur le fait que la guérison est possible quelque soit le trouble concerné, la durée d'évolution, les complications, la gravité des symptômes.

## **II. Prise en charge des troubles des conduites alimentaires**

Les troubles des conduites alimentaires sont des troubles sévères pour lesquels la frontière entre la psychiatrie et la diététique nécessite une prise en charge précoce, multidisciplinaire et personnalisée en vue d'une guérison complète (même après plusieurs années d'évolution de la maladie). Le but étant d'éviter et de repérer une aggravation des symptômes suivie d'une chronicisation (7).

Comme vu précédemment, la maladie dure, en moyenne, un an et demi et dans les cas les plus sévères, la durée de la maladie peut s'allonger à cinq ans. Ces troubles, s'ils ne sont pas pris en charge rapidement, peuvent durer longtemps d'où la nécessité d'un dépistage précoce.

Un suivi complet (poids, état nutritif, état clinique général et état psychologique) vise aussi à repérer l'apparition de complications dépressives, anxieuses ou addictologiques souvent secondaires à la reprise pondérale dans le cadre de l'anorexie mentale ou à la suite de la prise en charge initiale dans le cadre de la boulimie nerveuse (12).

La prise en charge coordonnée vise à :

- Établir une alliance thérapeutique entre les différents professionnels de santé, le patient et l'entourage ;
- Prendre en considération l'affect émotionnel et psychique ainsi que les comorbidités psychiatriques et sociales ;
- Restaurer un équilibre alimentaire ;
- Prendre en charge les complications somatiques et prévenir les rechutes (71).

## **A. Les principaux acteurs**

### **1. Le médecin généraliste**

Le médecin généraliste, aussi parfois appelé « médecin de famille », a une place fondamentale dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires de par son lien avec la famille et l'enfant. Il a également la responsabilité d'identifier le trouble dont souffre le patient et de poser un diagnostic. Il doit ensuite l'orienter vers les soins adaptés à sa situation : médecins spécialistes, nutritionnistes, psychologues ...

Par ailleurs, en plus de son rôle dans l'accompagnement et la surveillance de l'état de santé du patient au niveau physique, psychique et biologique, le médecin généraliste assure souvent le rôle de coordinateur entre les différents professionnels de santé (72). En effet, la prise en charge étant multidisciplinaire, la coordination entre les différents acteurs est essentielle, c'est pourquoi le médecin généraliste se doit de garantir cohérence et articulation des soins.

### **2. Le psychothérapeute**

Psychiatre et psychologue ont en commun l'accompagnement psychologique dans la prise en charge des TCA. Leur rôle consiste à travailler, de manière bienveillante, avec le sujet sur :

- Les causes du TCA et ses conséquences ;
- Les croyances et cognitions dysfonctionnelles ;
- Les facteurs déclenchants, de vulnérabilité et d'entretien ;
- La mise en place de comportements alternatifs (73).

Le psychothérapeute intervient aussi dans le soutien, le travail de la motivation ainsi que dans l'identification et la verbalisation des difficultés.

Les consultations auront comme objectif d'améliorer l'estime de soi, le lâcher prise et d'améliorer la gestion des émotions pour des relations plus sereines à soi et à l'alimentation.

NB : Cet accompagnement psychologique est parfois plus assuré par le psychologue que par le psychiatre.

#### **a. Le psychiatre**

A la différence du psychologue, le psychiatre, professionnel de santé, évalue la situation et les symptômes pour proposer un accompagnement personnalisé et adapté. Il confirme ou pose le diagnostic tout en s'assurant d'éliminer une cause organique. Il se doit, également, de diagnostiquer d'éventuelles complications type dépression ou addiction, pathologies associées et facteurs de risque (74).

Parallèlement, ce dernier peut prescrire et adapter les traitements médicamenteux en fonction de la clinique et des symptômes associés tels que l'anxiété, les troubles du sommeil ...

Le spécialiste peut également proposer une rencontre avec les proches et orienter vers des thérapies familiales (75).

### **3. Le nutritionniste**

Le spécialiste en nutrition collabore étroitement avec le patient pour atteindre les objectifs ciblés et personnalisés liés à l'alimentation :

- Renouer une relation saine vis-à-vis de la nourriture ;
- Veiller à la qualité nutritionnelle et aux quantités alimentaires adaptées aux besoins ;
- Aider à la renutrition lorsqu'elle est nécessaire ;
- Apprendre à reconnaître les signaux de faim et de satiété.

Pour y parvenir, il est possible qu'un plan alimentaire soit élaboré, en collaboration avec les proches, lorsque le patient se retrouve en difficultés.

L'accomplissement du nutritionniste repose aussi sur le travail des envies alimentaires et le rapport entre les émotions, les pensées et les comportements tout en étant attentif aux préoccupations corporelles (76).

## **B. Prise en charge psychothérapeutique**

### **1. L'anorexie mentale**

Plusieurs objectifs sont recherchés avec cet aspect psychothérapeutique de la prise en charge :

- Favoriser l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique ;
- Comprendre et accepter la nécessité de la renutrition ;
- Réintroduire la notion de plaisir dans l'alimentation ;
- Corriger les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles ;
- Renforcer le « moi » (estime, image et affirmation de soi) ;
- Améliorer les relations interpersonnelles (sociales et familiales) ;
- Traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques.

La prise en charge psychothérapeutique doit être adaptée à l'état médical général, aux capacités et aux souhaits du patient. L'hospitalisation de jour, associant les différents aspects (nutritionnel, cognitif, psychiatrique ...) favorise la prise en charge.

Plusieurs psychothérapies sont envisageables (seules ou en association) :

- La thérapie familiale : la seule réellement validée dans la prise en charge de l'anorexie mentale, surtout chez l'enfant et l'adolescent ;
- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : thérapie qui consiste à identifier et corriger les pensées erronées concernant l'alimentation, les comportements et les perceptions corporelles. L'objectif est de contrôler l'anxiété post-prandiale et les autres tensions psychiques exprimées au niveau corporel, de corriger

l'hyperactivité physique et les vomissements et de favoriser la restructuration cognitive. Elle vise également à améliorer l'estime de soi en ciblant les défauts d'assertivité et la phobie sociale (77). Celle-ci peut se dérouler en séance individuelle, en groupe, en atelier (« ateliers repas ») ...

D'autres approches sont également possibles telles que les entretiens motivationnels en début de prise en charge, la psychothérapie de soutien, les approches à médiation corporelle (sophrologie, relaxation, psychomotricité, art-thérapie, hypnose ...) ...

Les entretiens motivationnels sont une méthode qui consiste en l'exploration de l'ambivalence, fortement présente chez les sujets souffrant de TCA, et l'expression de motivations intrinsèques pour le changement. En effet, cette ambivalence face au changement se caractérise par, à la fois, la volonté et la non-volonté de se défaire du trouble. Les motivations intrinsèques sont, quant à elles, liées à des aspirations propres, des valeurs personnelles. L'empathie, l'écoute réflexive et le renforcement de la confiance en soi, ainsi que du sentiment de liberté et de responsabilité, sont les aspects essentiels de ces entretiens motivationnels. L'écoute réflexive est définie comme étant une manière de réfléchir le discours du patient pour développer sa conscience de ce qu'il pense et affirme. Elle associe la répétition, la reformulation, la paraphrase et le reflet sur l'émotion (78).

La psychothérapie de soutien a pour but de créer et de renforcer l'alliance thérapeutique, d'assister le patient dans sa vie quotidienne par des encouragements, de la réassurance et des conseils. Un point de vigilance est également accordé sur le statut nutritionnel et le retour à une alimentation normal, ainsi qu'à un poids de bonne santé physique (77).

L'art-thérapie utilise les capacités artistiques et créatives du patient. Par le biais, par exemple, du chant, de la musique, de la danse, du dessin ..., cette méthode peut être utile pour les sujets ayant des difficultés à verbaliser leurs problèmes. Chaque art-

thérapeute possède une double formation : psychothérapeutique et artistique permettant ainsi au patient de renouer avec ses passions et ses besoins (77).

Il est préconisé que la ou les psychothérapies choisie(s) se maintienne(nt) au moins 1 an après une amélioration clinique significative (12).

## **2. La boulimie nerveuse**

Les objectifs de prise en charge chez le patient souffrant de boulimie nerveuse sont identiques à ceux retrouvés chez le patient souffrant d'anorexie mentale.

De la même manière, plusieurs psychothérapies sont envisageables dans le cadre de la boulimie nerveuse :

- La thérapie cognitivo-comportementale, qui a démontré son efficacité, bien que partielle (30 à 40% de rémission) dans ce trouble. L'utilisation des observations comportementales (carnet alimentaire) et des crises induites sont utiles dans cette prise en charge ;
- L'éducation thérapeutique et l'affirmation de soi ;
- Les autres approches comme les entretiens motivationnels, la psychothérapie de soutien, la thérapie familiale, surtout chez l'enfant et l'adolescent.

Les programmes d'auto-assistance regroupent un ensemble d'outils (livres, site internet ...) qui vont permettre au patient d'augmenter ses connaissances par rapport à son trouble et lui apporter des compétences et des outils pour diminuer les symptômes voire les faire disparaître (12).

## C. Prise en charge pharmacologique

### 1. L'anorexie mentale

Il n'existe pas de traitement pharmacologique spécifique : en effet, aucune molécule n'a d'indication ou d'efficacité dans le traitement de l'anorexie mentale en elle-même. D'où le fait qu'il s'agisse d'une maladie complexe à soigner. Cependant, certains médicaments sont prescrits afin de traiter des syndromes spécifiques concomitants tels que :

- Des antalgiques pour diminuer les douleurs ;
- Des antiémétiques pour soulager les nausées et vomissements ;
- D'autres traitements symptomatiques pour apaiser les douleurs gastriques, les troubles du transit ...
- Des anxiolytiques ou antipsychotiques pour apaiser les angoisses et les distorsions cognitives ;
- Des traitements antidépresseurs : ceux-ci nécessitent que le patient soit déjà suffisamment renutri et que les symptômes dépressifs perdurent malgré la renutrition (79). En effet, les antidépresseurs, bloquant la recapture de la sérotonine, nécessitent la présence de sérotonine, elle-même conditionnée par des apports et un état nutritionnel suffisants. Sans sérotonine, les antidépresseurs ne pourront pas agir. De plus, la dénutrition en elle-même induit des symptômes dépressifs d'où l'intérêt de la renutrition (80) ;

Par ailleurs, dans le but de limiter les complications cliniques du syndrome de renutrition inappropriée liées aux désordres électrolytiques (encéphalopathie, confusion, rétention hydrosodée, insuffisance cardiaque, arythmie, hypoventilation et insuffisance respiratoire, atteinte musculaire et hépatique ...), la prévention consiste à reconnaître les patients à risque, à augmenter les apports énergétiques de façon progressive et à associer une recharge en électrolytes (notamment en phosphore), en vitamines et oligoéléments (81). Le syndrome de renutrition inappropriée reste peu diagnostiqué malgré son évolution parfois fatale par défaillance d'organes. Ses graves



conséquences devraient entraîner une prévention systématique lors de la mise en place d'un support nutritionnel chez tout patient dénutri (82).

## **2. La boulimie nerveuse**

La prise en charge pharmacologique de la boulimie nerveuse peut reposer sur l'instauration d'un traitement antidépresseur : la fluoxétine, inhibiteur sélectif de la recapture de sérotonine. A dose plus élevée (40 à 60 mg) que dans la dépression, cette molécule présente une efficacité sur les crises dans la prise en charge de la boulimie nerveuse (et l'hyperphagie boulimique). Comme pour tous les antidépresseurs, les effets bénéfiques ne se ressentiront qu'après plusieurs semaines de traitement.

D'autres traitements peuvent être utiles en fonction des symptômes. On retrouve notamment :

- Des anxiolytiques, après échec d'autres méthodes non médicamenteuses, pour soulager les angoisses ;
- Des traitements favorisant le sommeil à base de mélatonine, d'hypnotiques ou de miansérine (antidépresseur aidant à l'endormissement et au maintien du sommeil) ;
- Des antipsychotiques pour apaiser des angoisses importantes, des perturbations sensorielles et corporelles ou pour diminuer l'impulsivité fréquente chez les sujets souffrant de boulimie nerveuse ;
- Des traitements symptomatiques pour soulager les douleurs liées à la digestion, aux nausées et vomissements, les douleurs gastriques, les troubles du transit ...
- Des suppléments (magnésium, calcium, fer, potassium) pour compenser les carences liées aux purges et à l'alimentation souvent anarchique et restrictive (83).

### **3. Les nouvelles approches**

La kétamine, antagoniste non compétitif du récepteur N-méthyl-D-aspartate, est, initialement, un anesthésique dissociatif utilisé pour les procédures diagnostiques et chirurgicales ainsi que pour le traitement de la douleur péri et post-opératoire. Récemment approuvée dans le traitement des dépressions résistantes, celle-ci a des effets antidépresseurs rapides et puissants et peut s'avérer utile chez les sujets souffrant de TCA à long terme. En effet, l'intérêt de son utilisation dans les troubles des conduites alimentaires provient de sa « capacité à réduire les symptômes cognitifs, affectifs et comportementaux chez les non-répondeurs aux interventions psychologiques, diététiques et pharmacologiques utilisées dans la pratique courante ». D'autres études sont nécessaires mais les résultats sont encourageants et ce, d'autant plus si la kétamine est associée à la psychothérapie : la thérapie augmente la réponse au traitement et les séances répétées expliquent la durabilité de l'effet (84).

D'autre part, des études sur l'utilisation potentielle de médicaments qui moduleraient les hormones impliquées dans la régulation de l'appétit (ghréline et leptine), pourraient être envisagées (85).

## **D. Prise en charge nutritionnelle**

### **1. L'anorexie mentale**

Le travail diététique et nutritionnel repose sur différentes phases :

- Phase 1 : la renutrition, soit l'obtention et le maintien d'un poids et d'un statut nutritionnel adaptés. Celle-ci doit être progressive et prudente afin d'éviter les complications telles que le syndrome de renutrition inapproprié par exemple. Il peut être nécessaire de mettre en place une nutrition entérale via une sonde naso-gastrique voire une hospitalisation en réanimation dans les cas les plus sévères.

- Phase 2 : la rééducation nutritionnelle et diététique, soit l'obtention d'une alimentation qualitativement et quantitativement correcte et des comportements adaptés. Cette phase doit se caractériser par une souplesse dans le rapport à l'alimentation et par son caractère hédonique et sociable. Sur le plan pondéral, l'objectif (déterminé selon l'âge, les antécédents pondéraux ...) doit toujours être progressif et discuté avec le patient (12).

## **2. La boulimie nerveuse**

Un suivi régulier par un médecin est nécessaire chez le patient souffrant de boulimie nerveuse afin de prendre en charge les éventuelles complications, notamment sur le plan digestif (œsophagite), dentaire, cardiovasculaire, rénal (hypokaliémie) et endocrinien (oestroprogestatifs).

L'approche nutritionnelle, assez semblable à celle mise en place chez le sujet souffrant d'anorexie mentale, vise à :

- Réapprendre à s'alimenter selon des schémas réguliers avec une alimentation diversifiée et suffisante ;
- Réapprendre la modération alimentaire.

L'objectif de cette prise en charge consiste à retrouver le caractère hédonique et sociable de l'alimentation (12).

## **E. Prise en charge ambulatoire**

### **1. Les soins de ville**

Le cabinet médical est un lieu discret et anonyme où consulter peut sembler moins embarrassant et plus familier pour les patients.

C'est aussi une alternative au soin hospitalier. En effet, un service hospitalier peut intimider pour différentes raisons :

- Sa réputation et la stigmatisation qui en découle ;
- La peur de l'enfermement : en psychiatrie, la confusion entre hospitalisation et internement est très fréquente ;
- Le voisinage : l'anorexie étant une maladie visible, l'appréhension de côtoyer des personnes « miroir » peut se manifester.

Le secteur libéral apparaît comme un renfort dans un contexte où la demande de soins excède l'offre de soins publique (86).

Cependant, pour les professionnels non spécialisés, la complexité de la prise en charge, la nécessité de pluridisciplinarité des soins, qui impliquent un engagement de temps, les inquiétudes face à des troubles dont la sévérité fait craindre des complications vitales et les difficultés de relai vers des soins spécialisés sont autant d'obstacles à la prise en charge des personnes souffrant de TCA.

En effet, de nombreuses situations nécessitent une évaluation ou des soins hospitaliers dans un service spécialisé. Mais, les liens ville-hôpital peuvent être compliqués car la filière de soins spécialisés est parfois mal connue, et les indications et modes d'admission diffèrent selon les services. Trouver une porte d'entrée peut s'avérer difficile. Et à l'inverse, pour les équipes de recours spécialisées, trouver des relais en ville, afin d'assurer la continuité des soins à la sortie d'hospitalisation, peut, aussi, être compliqué.

L'objectif est d'améliorer l'articulation entre ces deux entités indispensables dans le parcours de soins de ces malades (87).

## **2. L'hospitalisation de jour**

Intermédiaire entre soins de ville et soins hospitaliers à temps complet, l'hospitalisation de jour peut être le résultat d'une diminution de l'intensification des soins, succédant à une hospitalisation complète ou d'une intensification des soins de ville.

Cette prise en charge contractualisée se réalise à raison de 2 à 3 fois par semaine pendant 3 à 6 mois. Elle se construit autour d'un programme coordonné d'entretiens et d'activités thérapeutiques discuté en équipe et réévalué chaque semaine en fonction de l'état clinique du sujet et de son observance au traitement proposé (88).

L'hospitalisation de jour ne présenterait pas d'efficacité différente par rapport à l'hospitalisation à temps complet, cependant sa mise en place se justifie par :

- Le maintien du sujet dans son environnement psychosocial (famille, amis, scolarité, travail) ;
- L'acquisition de nouvelles compétences et leur transposition immédiate dans la vie quotidienne ;
- Le développement de stratégies face aux facteurs de stress et de maintien du trouble des conduites alimentaires auxquels les sujets sont exposés ;
- L'expérimentation d'une amélioration des conduites alimentaires en dehors du service hospitalier ;
- L'indépendance (77).

## **F. Prise en charge hospitalière à temps complet**

Les soins ambulatoires sont privilégiés afin de favoriser au maximum une vie normale, néanmoins, l'association et l'évolutivité des critères ci-dessous permettent de savoir quand hospitaliser.

En effet, en fonction de la gravité des troubles, l'orientation vers un service spécialisé peut s'avérer nécessaire. Cependant, un paradoxe s'est vu perdurer : bien que la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique soient plus fréquentes, ce sont majoritairement des sujets souffrant d'anorexie mentale qui étaient accueillis dans les unités spécialisées en TCA (89). Aujourd'hui, des filières de soins se sont développées pour prendre en charge ces patients en errance, notamment au sein des hôpitaux publics de l'Artois. En effet, le Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont est centre expertise du Territoire pour l'anorexie et la boulimie et le Centre Hospitalier de Béthune Beuvry est centre expertise du Territoire pour l'hyperphagie boulimique. L'unité « Le Sequoia » du Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont regroupe une unité « Troubles des

Conduites Alimentaires », où sont proposées consultations, hospitalisations de jour, hospitalisations complètes, ainsi qu'une unité « Hyperphagie boulimique », où la boulimie et l'hyperphagie boulimique sont prises en charge. Cette dernière unité travaille uniquement le l'aspect psychopathologique, l'objectif est de réduire la fréquence et l'intensité des crises grâce à une meilleure gestion des compétences émotionnelles. Le Centre Hospitalier de Beuvry comprend, lui, une unité de Nutrition et TCA qui prend en charge l'hyperphagie boulimique ainsi que les troubles de la nutrition (de la carence à l'excès) par une équipe pluridisciplinaire formée à l'éducation thérapeutique. Elle propose consultations individuelles, hospitalisations de jour et un programme d'éducation thérapeutique de groupe de « l'hyperphagie boulimique » (90).

## **1. L'anorexie mentale**

L'hospitalisation complète, encore appelée HC, est indiquée dans les situations d'urgence vitale telles qu'un risque suicidaire ou d'auto-agression élevé, un épuisement familial ou en cas d'échec des soins ambulatoires.

Une hospitalisation se décide au cas par cas, sur des critères médicaux, psychiatriques, comportementaux et environnementaux, et prenant toujours en compte le patient et sa famille, ainsi que les structures de soins disponibles.

L'indication de l'hospitalisation ne repose généralement pas sur un seul critère, mais c'est surtout leur association et leur évolutivité qui rendent nécessaire l'hospitalisation (77).

### a. Les critères d'hospitalisation à temps complet

Chez l'enfant et l'adolescent	
<b>Anamnestiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine</li> <li>• Refus de manger : aphasie totale</li> <li>• Refus de boire</li> <li>• Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique</li> <li>• Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient</li> </ul>
<b>Cliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC &lt; 14 kg/m<sup>2</sup> au-delà de 17 ans, ou IMC &lt; 13,2 kg/m<sup>2</sup> à 15 et 16 ans, ou IMC &lt; 12,7 kg/m<sup>2</sup> à 13 et 14 ans</li> <li>• Ralentissement idéique et verbal, confusion</li> <li>• Syndrome occlusif</li> <li>• Bradycardies extrêmes : pouls &lt; 40/min quel que soit le moment de la journée</li> <li>• Tachycardie</li> <li>• Pression artérielle systolique basse (&lt; 80 mmHg)</li> <li>• PA &lt; 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque &gt; 20/min ou diminution de la PA &gt; 10-20 mmHg</li> <li>• Hypothermie &lt; 35,5°C</li> <li>• Hyperthermie</li> </ul>
<b>Paracliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie &lt; 0,6 g/L</li> <li>• Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent)</li> <li>• Élévation de la créatinine (&gt; 100 µmol/L)</li> <li>• Cytolyse (&gt; 4 x N)</li> <li>• Leuconéutropénie (&lt; 1 000 /mm<sup>3</sup>)</li> <li>• Thrombopénie (&lt; 60 000 /mm<sup>3</sup>)</li> </ul>
Chez l'adulte	
<b>Anamnestiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois</li> <li>• Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance</li> <li>• Vomissements incoercibles</li> <li>• Échec de la renutrition ambulatoire</li> </ul>
<b>Cliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes cliniques de déshydratation</li> <li>• IMC &lt; 14 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Amyotrophie importante avec hypotonie axiale</li> <li>• Hypothermie &lt; 35 °C</li> <li>• Hypotension artérielle &lt; 90/60 mmHg</li> <li>• Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> <li>• bradycardie sinusale FC &lt; 40/min</li> <li>• tachycardie de repos &gt; 60/min si IMC &lt; 13 kg/m<sup>2</sup></li> </ul> </li> </ul>
Chez l'adulte (suite et fin)	
<b>Paracliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque</li> <li>• Hypoglycémie symptomatique &lt; 0,6 g/L ou asymptomatique si &lt; 0,3 g/L</li> <li>• Cytolyse hépatique &gt; 10 x N</li> <li>• Hypokaliémie &lt; 3 mEq/L</li> <li>• Hypophosphorémie &lt; 0,5 mmol/L</li> <li>• Insuffisance rénale : clairance de la créatinine &lt; 40 mL/min</li> <li>• Natrémie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions)</li> <li>• &gt;150 mmol/L (déshydratation)</li> </ul> </li> <li>• Leucopénie &lt; 1 000 /mm<sup>3</sup> (ou neutrophiles &lt; 500 /mm<sup>3</sup>)</li> </ul>

[Tableau 3] : les critères somatiques d'hospitalisation (91).

<b>Risque suicidaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tentative de suicide réalisée ou avortée</li> <li>• Plan suicidaire précis</li> <li>• Automutilations répétées</li> </ul>
<b>Comorbidités</b>	<p>Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dépression</li> <li>• abus de substances</li> <li>• anxiété</li> <li>• symptômes psychotiques</li> <li>• troubles obsessionnels compulsifs</li> </ul>
<b>Anorexie mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes</li> <li>• Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire</li> <li>• Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation)</li> <li>• Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses</li> </ul>
<b>Motivation, coopération</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite</li> <li>• Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré</li> <li>• Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires</li> </ul>

[Tableau 4] : Les critères psychiatriques d'hospitalisation (91).

<b>Disponibilité de l'entourage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires</li> <li>• Épuisement familial</li> </ul>
<b>Stress environnemental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflits familiaux sévères</li> <li>• Critiques parentales élevées</li> <li>• Isolement social sévère</li> </ul>
<b>Disponibilité des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)</li> </ul>
<b>Traitements antérieurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)</li> </ul>

[Tableau 5] : Les critères environnementaux d'hospitalisation (91).

## 2. La boulimie nerveuse

Les critères d'hospitalisation de la boulimie ne sont pas aussi clairement définis que dans l'anorexie.



<b>Anamnestiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>Modification brutale</b> du poids ou cassure de la courbe de croissance.</li> <li>* <b>Sévérité des crises</b> et <b>fréquence élevée</b> (&gt; 8/sem).</li> <li>* <b>Échec</b> de la stratégie ambulatoire.</li> <li>* <b>Conduite compensatoire mettant en danger la vie du patient.</b></li> </ul>
<b>Cliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>État de mal boulimique.</b></li> <li>* Signes cliniques de <b>dénutrition.</b></li> <li>* <b>Hypotension artérielle</b> ou <b>trouble du rythme cardiaque.</b></li> <li>* <b>Incapacité à contrôler les crises</b> qui deviennent pluriquotidiennes.</li> <li>* <b>Incapacité à contrôler les comportements compensatoires</b> (activité physique ou vomissements).</li> </ul>
<b>Paracliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>Anomalies de l'ECG.</b></li> <li>* <b>Atteinte hépatique sévère.</b></li> <li>* <b>Troubles hydroélectrolytiques</b> ou <b>métaboliques sévères.</b></li> <li>* <b>Insuffisance rénale</b> et <b>déshydratation.</b></li> </ul>
<b>Risque suicidaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>Tentative de suicide</b> ou projet suicidaire explicite.</li> <li>* <b>Automutilations répétées.</b></li> </ul>
<b>Comorbidités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Peuvent à elles seules justifier l'hospitalisation si sévère : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépression,</li> <li>- abus de substances et trouble des conduites,</li> <li>- anxiété sévère,</li> <li>- symptômes psychotiques.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Critères environnementaux et sociaux</b>	
<b>Disponibilité de l'entourage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes familiaux ou absence de famille.</li> <li>- Épuisement de l'entourage.</li> </ul>
<b>Stress environnemental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Critiques environnementales élevées.</li> <li>- Isolement social sévère.</li> </ul>

[Tableau 6] : Les critères somatiques et environnementaux d'hospitalisation (12).

## G. L'éducation thérapeutique du patient

Selon l'organisation mondiale de la santé, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider le patient à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique. Elle comprend des activités organisées et conçues pour rendre le sujet, et sa famille, conscient et informé de sa maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des

comportements liés à la santé et à la maladie. Ce projet s'inscrit dans une démarche centrée sur la personne, sur ses valeurs, besoins, ressources et stratégies.

De multiples programmes d'ETP destinés aux patients atteints de pathologies chroniques somatiques (diabète, obésité ...), ou psychiatriques (troubles de l'humeur, schizophrénie) ont vu le jour dans les services hospitaliers, et plus récemment dans les centres de santé.

Pour l'instant méconnu et insuffisamment développé, le concept d'ETP dans le cadre des troubles des conduites alimentaires tend à émerger.

Dans les TCA, un programme d'ETP pour anorexie mentale, appelé PETER PAN, a été développé et autorisé par l'agence régionale de santé Ile de France en 2012. Celui-ci propose une approche collective sous forme d'ateliers (psychomotricité, relaxation, groupes de paroles, repas thérapeutiques et ateliers culinaires) et une approche individuelle (entretiens infirmiers, médicaux et diététiques) avec des objectifs personnalisés et des entretiens familiaux réguliers. Ce projet a pour ambition de rendre le patient autonome en facilitant la compréhension de la maladie, l'adhésion aux traitements prescrits et en améliorant la qualité de vie (92).

Bien que ce type de programme doive prendre en compte certaines contraintes (le manque de temps, l'importance des transmissions interdisciplinaires, le déni de la maladie, le manque de compliance, de volonté du patient ...), l'application de l'ETP au champ des TCA apparaît comme une approche récente, innovante, intégrant la pédagogie de la santé dans l'arsenal thérapeutique pluridisciplinaire tout en optimisant et renforçant le relai hôpital-ville (93).

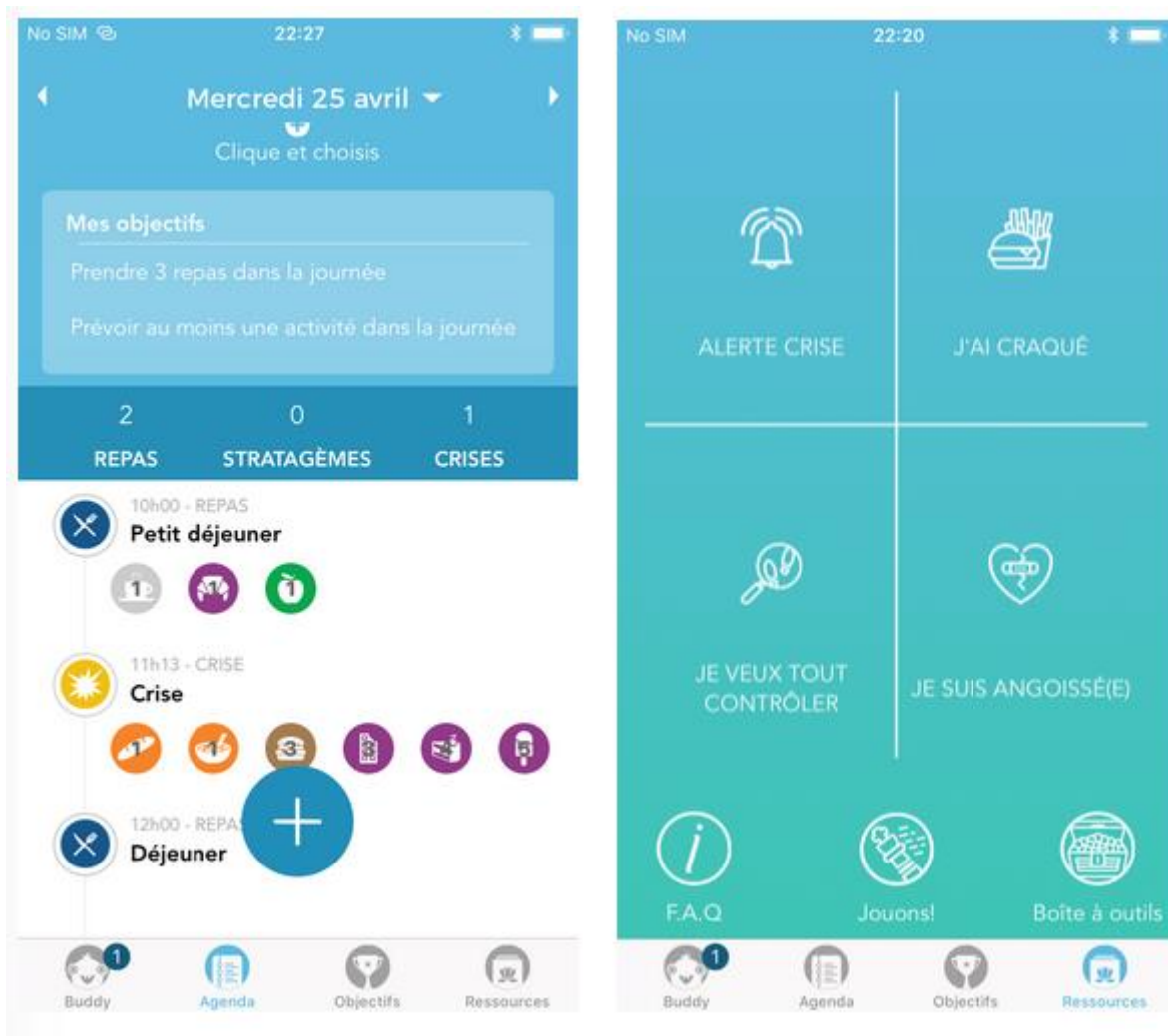
Dans ce même objectif, une application, gratuite, a été conçue avec des médecins, psychologues, nutritionnistes et patients usagers du centre TCA de l'hôpital Sainte-Anne, à Paris. Cette application a reçu le Prix New Health « Education Thérapeutique » au Challenge de l'Innovation en Santé 2016.

Blue Buddy est la première application mobile française créée pour accompagner les personnes souffrant de TCA qui ne sont pas encore suivies par un médecin ou pour celles qui expriment le besoin d'être aidées entre deux consultations ou après une hospitalisation (94).

Au programme :

- Un journal alimentaire ;
- Des messages d'encouragement et d'éducation thérapeutique ;
- Des informations en santé et des quiz pour tester ses connaissances ;
- Des stratégies thérapeutiques adaptées en fonctions des difficultés rencontrées (crises, restrictions, vomissements ...) ;
- Des techniques de psychothérapie cognitivo-comportementale ;
- Une boîte à outils avec des ressources immédiatement disponibles ;
- Des enregistrements audio avec des exercices de respiration et relaxation ;
- Un suivi hebdomadaire et mensuel avec un résumé des progrès et des objectifs ;
- Le recueil et la visualisation des données en temps réel (repas, crises, restrictions, poids, exercices physiques) en lien avec les émotions.

Ces données sont strictement confidentielles, mais peuvent être transmises au médecin si la personne le souhaite (95).



[Figure 9] : Ecran d'accueil de l'application mobile Blue Buddy (95).

## H. Prise en charge sociale et familiale

La maladie touche non seulement le patient mais aussi l'entourage. Si l'entourage n'est pas la cause de la maladie, il est pourtant en contact avec les symptômes de la maladie et jouera un rôle clé dans le succès de la prise en charge. C'est pourquoi, proposer une thérapie familiale, notamment chez l'adolescent, fait partie intégrante des recommandations actuelles. En effet, la présence des proches est quasi systématique dans la prise en charge, contrairement à l'adulte, qui lui, doit donner son accord pour impliquer l'entourage (parents, fratrie, conjoint ...).

En amont de cette thérapie familiale, un entretien individuel avec le patient souffrant de TCA est mené dans le but de connaître ce qui pose problème, ce qu'il souhaite aborder ou non avec ses proches, ce qu'il comprend de son propre trouble et de la démarche de soins dans laquelle il est.

Dans un deuxième temps, l'entretien familial s'ensuit pour reprendre les connaissances de la famille, les différentes interactions existantes au sein du domicile concernant l'alimentation, l'inquiétude autour du poids ...

Ce déroulement permet d'apaiser les choses et de poser des objectifs clairs pour ainsi, par le biais de conseils et d'explications, aider les proches à mieux savoir comment réagir face à la maladie (25). Une vigilance particulière doit, aussi, être portée à l'entourage afin de l'aider à supporter la maladie (12).

### **III. Le rôle du pharmacien d'officine**

#### **A. Le repérage**

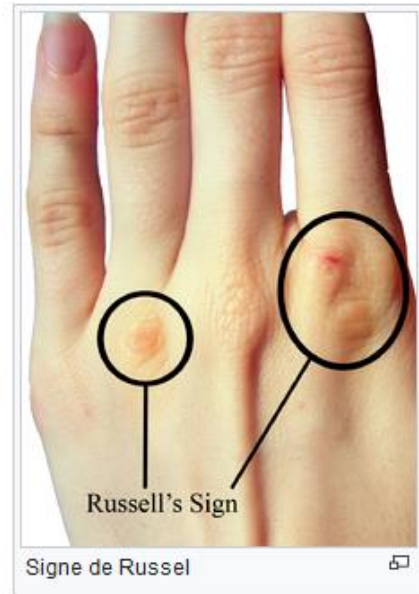
Afin de dépister les éventuels sujets souffrant de TCA, il paraît important d'accorder une vigilance accrue lorsque le sujet concerné ou la famille aborde, par exemple, au comptoir :

- Une variation brutale de poids ;
- Une absence de règles ou des règles très espacées alors que le cycle était jusque-là bien réglé ;
- Une infertilité ;
- Un surinvestissement dans les études ;
- Une hyperactivité physique ;
- Une demande de laxatifs, diurétiques, coupe-faim / régimes amaigrissants / perte de poids, pansements gastriques ;
- Des préoccupations excessives autour du poids ou de l'alimentation, particulièrement en cas d'IMC normal ou bas ;
- Un arrêt de croissance chez l'enfant ;
- Des perturbations autour de l'image du corps ;
- Une chirurgie bariatrique prévue ;
- Des vomissements ;
- Une mauvaise estime de soi ;
- Des changements d'humeur fréquents : une personne qui devient, par exemple, colérique, autoritaire ou encore très triste alors que ce n'est pas dans son habitude ;
- Un état dépressif prolongé.

D'autres signes cliniques, tels qu'un angle sous mandibulaire gonflé (parotidomégalie) ou ce qu'on appelle le signe de Russell (abrasions sur le dos de la main) sont des signes indirects de vomissements.



[Figure 10] : Parotidomégalie (96).



[Figure 11] : Signe de Russell (97).

Avec la perte des tissus adipeux, un fin duvet, aussi appelé lanugo, peut se développer en réponse à une baisse de la température corporelle et dont l'objectif est d'aider à lutter contre le froid. Celui-ci est surtout retrouvé au niveau des avant-bras, des jambes, du ventre, du dos, des épaules, du cou et du visage (98).

Il est donc souhaitable de s'inquiéter lorsque des modifications des conduites alimentaires deviennent le centre de préoccupation pour le sujet et son entourage. Quand manger n'est plus intuitif ni naturel mais envahissant et accompagné de contraintes et de rituels. Associé à cela, une souffrance, un mal être psychique, un isolement, une baisse de l'investissement ...

Il convient de repérer, rapidement, les attitudes suspectes à l'officine et encourager les familles à consulter un médecin dès les premiers signes. Le premier signe, étant, dans l'anorexie mentale, le déni du sujet atteint face à sa maigreur. Ceci permet de différencier le TCA d'une cause organique.

Tout cela dans l'optique d'agir vite afin d'éviter la chronicisation et d'établir le diagnostic pour enfin accéder à la prise en charge multidisciplinaire (99).

## **B. Le dépistage**

En tant que professionnel de premier recours, il pourrait être envisagé que le pharmacien d'officine puisse réaliser un dépistage simple et rapide en cas de suspicion de TCA dans le but de favoriser une prise en charge précoce et une orientation éventuelle vers un spécialiste.

Ce dépistage, basé sur les recommandations officielles, pourrait se dérouler sous forme d'entretien avec le patient. Les questions suivantes, déjà validées par la Haute Autorité de Santé et la Fédération Française Anorexie Boulimie, pourraient être abordées par le pharmacien d'officine :

- « Avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ;
- « Est-ce-que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec votre alimentation ? ».

D'autres questions spécifiques peuvent aider à l'investigation :

- « Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ? » ;
- « Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ? »
- « Est-ce que vous vomissez ? Vous arrive-t-il de vous faire vomir ? » (100).

Ces questions simples et adaptées permettent une évaluation rapide de la situation pour, ensuite, orienter si besoin.

### **1. Le questionnaire de SCOFF**

Le questionnaire de SCOFF, outil d'aide à la décision, permet de détecter la présence possible d'un trouble des conduites alimentaires. Il permet à des soignants non spécialistes, comme par exemple le pharmacien d'officine, d'évaluer rapidement les risques de développer un TCA via les questions suivantes :



1. Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?
  - Oui
  - Non
2. Etes-vous inquiet(ète) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
  - Oui
  - Non
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?
  - Oui
  - Non
4. Vous trouvez vous trop gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?
  - Oui
  - Non
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?
  - Oui
  - Non

Il s'agit d'un outil recommandé par la Haute Autorité de Santé pour le diagnostic des TCA dont l'acronyme fait référence aux cinq points abordés dans le test : Sick, Control, One, Fat, Food.

Le questionnaire est composé de cinq questions dichotomiques. Un point est attribué pour chaque réponse positive et deux réponses positives sont fortement prédictives d'un trouble des conduites alimentaires (101).

Ce test ne remplace, cependant, pas une consultation avec un médecin spécialiste qui pourra poser un diagnostic. C'est là, tout l'enjeu du pharmacien d'officine : repérer les personnes à risque et les orienter vers un spécialiste qu'elles répondent ou non aux questions du SCOFF. En effet, toute personne se retrouvant en difficultés avec son corps et/ou son alimentation peut se sentir légitime de consulter afin de bénéficier d'une évaluation plus complète (79).

## **C. Informer**

### **1. La ligne d'écoute TCA**

« Anorexie Boulimie Info Ecoute » est une ligne d'écoute téléphonique spécialisée dans les troubles des conduites alimentaires. Il s'agit d'un service anonyme dédié aux patients, familles, proches et professionnels qui a pour objectif de répondre aux questions mais aussi d'accompagner et de soutenir.

Différents spécialistes sont joignables de 16 à 18h les lundis, mardis, jeudi et vendredis (hors jours fériés) :

- Des psychologues les lundis ;
- Des associations de familles et d'usagers les mardis ;
- Des médecins les jeudis ;
- Un ensemble de spécialistes les vendredis.

Depuis mai 2023, un nouveau numéro non surtaxé (contrairement à l'ancien) est maintenant disponible : 09.69.325.900 (102).



### Une ligne téléphonique

pour les patients, familles, proches et professionnels..

“ entre 16h00 et 18h00, des spécialistes des troubles des conduites alimentaires répondent à vos questions ”



[Figure 12] : Flyer Anorexie Boulimie Info Ecoute (103).

## 2. Souffrance Prévention du Suicide

Ce site internet recense des ressources pour mieux comprendre la crise suicidaire ainsi que des conseils pour la surmonter. L'objectif est d'aider, informer et agir en prévention du suicide.

Un numéro national de prévention du suicide, le 3114, est également accessible 24h/24 et 7j/7, gratuitement en France. Un professionnel du soin, spécifiquement formé à la prévention du suicide, est disponible.

**Le 3114, c'est quoi ?**

 **Le 3114 est le numéro national de prévention du suicide.**  
Ce numéro propose un soutien aux personnes qui pensent au suicide.

 **Ce numéro est accessible en France.**  
Toute la France avec la Corse, l'île de la Réunion, Mayotte, la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe, Saint-Pierre-et-Miquelon.

 **Ce numéro est ouvert 24h/24 et 7j/7.**  
Vous pouvez appeler ce numéro le jour et la nuit, tous les jours de la semaine.

 **Quand vous appelez ce numéro, des infirmiers et des psychologues vous répondent. Ils sont spécialistes de la prévention du suicide.**

 **L'appel est gratuit.**  
Ce que vous direz ne sera pas répété à une autre personne.

1

[Figure 13] : Flyer 3114

### 3. Les associations

#### a. La Fédération Française Anorexie Boulimie

La Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) est une association de professionnels de santé qui regroupe des spécialistes du dépistage, du diagnostic, de la prise en charge, du traitement et de la recherche sur les troubles des conduites alimentaires, ainsi que des représentants des fédérations et association de familles et d'usagers. Elle a pour objectifs une meilleure connaissance de ces pathologies,

l'amélioration de leur prévention et de leur dépistage précoce, un accès pour tous à des soins de qualité et de proximité, sans oublier la formation des professionnels de santé (79).

#### **b. La Fédération nationale des associations liées aux troubles des conduites alimentaires (FNA-TCA)**

Créée en 2007 par 5 associations, elle vient en aide aux personnes souffrant de TCA, ainsi qu'à leurs proches : familles, conjoint ou compagnon, amis, collègues de travail ... Composés de quinze membres répartis sur le territoire français, elle permet, par ses diverses missions, la prévention des TCA et leur prise en charge précoce. Ses missions, informer et sensibiliser, orienter, faire entendre, contribuent à la défense des droits des malades ainsi qu'à la reconnaissance des TCA comme problème majeur de santé publique (79).

En effet, la FNA-TCA informe et sensibilise sur la gravité et la complexité des TCA en prônant le fait que ces derniers ne constituent ni un effet de mode, ni un caprice mais une véritable maladie, potentiellement mortelle (dans 10 à 15% des cas). Trop souvent stigmatisées et peu connues, ces pathologies sont pourtant liées à des troubles psychiques entraînant des répercussions somatiques graves ainsi que des conséquences sociales importantes (isolement, interruption du parcours scolaire ou professionnel). Elles exigent une prise en charge interdisciplinaire la plus précoce possible pour éviter la chronicisation et les complications.

La FNA-TCA contribue à l'organisation de journées de formation et de réflexion et communique auprès de son site internet ([www.fna-tca.org](http://www.fna-tca.org)) et des médias pour que des articles soient régulièrement consacrés à ces troubles. Elle est également présente sur les réseaux sociaux.

Cette association participe aussi à la mise en place de partenariats locaux entre les usagers et les professionnels de santé. Elle a d'ailleurs, elle-même, établi un partenariat avec la FFAB, qui rassemble des professionnels de santé spécialisés dans la prise en charge des TCA. La FNA-TCA est ainsi représentée au conseil

d'administration de la FFAB et plusieurs de ses membres participent aux réunions de sa commission « Famille » (104).

### **c. L'association Je danse Annasso**

Je Danse Annasso est une association qui aide les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires et leurs proches. Celle-ci a été créée en famille en 2020 en hommage à Anna Soria qui souffrait de TCA et qui souhaitait montrer que la vie vaut le coup d'être vécue et qu'il faut s'entraider pour s'en sortir.

Cette association est constituée d'une équipe de bénévoles dont l'objectif est de faire bouger les choses et de sensibiliser au maximum sur les TCA. Pour ce faire, Je Danse organise des ateliers créatifs et ludiques dans les hôpitaux et cliniques spécialisées dont le but est d'offrir un moment d'évasion, de redonner goût à la vie, de briser l'isolement des sujets atteints de la maladie. Elle organise également des journées portes ouvertes tous les deux mois avec l'intervention de différents professionnels de santé : sophrologue, diététicien, professeur de yoga, psychologue, psychiatre.

Ce type de journée, gratuites et bénévoles, sont principalement destinées aux personnes souffrant de TCA qui ne bénéficient pas de prise en charge par manque de moyens.

L'association a pour projet de construire la maison « Je Danse », une maison ouverte à tous, dédiée aux personnes souffrant de TCA ainsi qu'à leur famille où auront lieu des ateliers et des groupes de paroles encadrés par des professionnels de santé.

Actuellement centrée sur Paris, elle a pour projet de s'étendre sur Lille et Lyon (105).

## **4. L'annuaire des centres spécialisés**

Le site de la FFAB propose un annuaire des centres spécialisés (<https://www.ffab.fr/trouver-de-l-aide/annuaire-2021-carteseule>) dans les troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie

boulimique). Celui-ci répertorie, via une carte réactualisée en permanence, les structures de soins ainsi que les associations existantes et renseigne sur leur mode de prise en charge (106). Ce sont généralement des services complètement pris en charge, à la différence des consultations libérales, qui elles, sont payantes et non accessibles à tout le monde (7).

## **5. Les centres médico-psychologiques**

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont des centres de soins, spécialisés ou non dans les TCA, dans lesquels les consultations avec infirmiers, psychiatres et psychologues sont complètement pris en charge. Ils sont sectorisés, à chaque lieu d'habitation correspond un centre de soins, et trouvables sur internet via le lien suivant : <https://www.sante.fr/recherche/trouver/cmp> (107).

## **D. Les conseils**

### **1. Les règles hygiéno-diététiques**

#### **a. Les croyances**

Les croyances étant le point de départ de la mise en place d'un désordre alimentaire voire de troubles des conduites alimentaires, un travail sur celles-ci est indispensable. Il s'agit d'un travail de longue haleine, pour lequel l'accompagnement doit nécessiter l'aide d'un professionnel de santé spécialisé mais la prise en charge des troubles des conduites alimentaires nécessitant d'être la plus précoce possible, le pharmacien d'officine, acteur de proximité, pourrait en donner quelques pistes.



[Figure 14] : Mise en place d'un désordre de la prise alimentaire.

En effet, les croyances initiales sont responsables de comportements et donc de conséquences, elles-mêmes à l'origine de souffrances physiques et psychiques voire de TCA.

Ce travail sur les croyances peut s'axer en différents points :

1. Prendre conscience que les idées reçues existent et qu'elles peuvent induire des comportements néfastes pour la santé.
2. Trouver des informations liées à des preuves objectives et scientifiques dans le but de mettre en contradiction ces croyances inexactes et ainsi développer un esprit critique.
3. Mettre en action le comportement adapté afin d'induire une dissonance cognitive et de déconstruire les idées reçues.



En prenant l'idée reçue suivante : « les féculents font grossir le soir car ils sont stockés pendant la nuit », le travail consisterait, par exemple, à se renseigner sur l'utilité des féculents, l'importance d'en consommer, y compris le soir, les dépenses réalisées pendant la nuit etc ... Le but est de trouver les informations permettant de remettre en question la croyance initialement ancrée pour ensuite agir face à cette idée inexacte. L'objectif consisterait, dans cet exemple, à prendre conscience que les féculents apportent de l'énergie, énergie dont on a besoin, et ce, même la nuit. En effet, les organes tels que le cœur, le cerveau, le foie et les reins continuent de fonctionner. Cette énergie nécessaire au fonctionnement représente, d'ailleurs, la majorité des dépenses énergétiques. Être actif, hormis chez les grands sportifs, ne représente que 30% des dépenses énergétiques, le restant ne sert qu'à maintenir en vie. De plus, manger ne fait pas grossir, en revanche sur-manger, oui. A partir du moment où le corps en a besoin, le poids ne va pas être influencé (108).

Une fois cette idée intégrée, la dernière étape consiste à manger, de manière répétée, des féculents le soir pour modifier la croyance en fonction de ce nouveau comportement. Progressivement l'adhésion à la croyance diminue et l'idée reçue se déconstruit. Autrement dit, la croyance s'adapte au comportement (109).

En parallèle, et de manière continue, un travail sur la flexibilité cognitive peut être mis en place. Celle-ci se définit comme la capacité à s'adapter efficacement à un environnement, potentiellement changeant. Une faible flexibilité cognitive est associée à l'anorexie mentale, d'où l'importance de la travailler. L'objectif est de sortir de ses habitudes afin de s'ouvrir et de dé-rigidifier la pensée (110).

## **b. Prévenir l'insatisfaction corporelle**

Toujours très présente dans la société, de par les images véhiculées et les comparaisons qui en découlent, il est important de rester critique. L'insatisfaction corporelle apparaît alors comme l'un des socles sur lequel agir pour prévenir le développement de troubles des conduites alimentaires.

### **i. Ne pas miser sur l'apparence physique avant toute chose**

Rappeler que la santé mentale, le bien-être et l'estime de soi ne dépendent pas de l'enveloppe corporelle mais bien de la façon de voir, d'interpréter et de surmonter les obstacles. Le travail consiste à s'affirmer sans avoir peur du regard des autres en intégrant le positif, les qualités et les valeurs qui nous caractérisent et non pas en focalisant sur les défauts (111).

Les idées à mettre en place au quotidien :

- Ne pas placer l'apparence physique au premier plan pour parler de soi et des autres, se focaliser sur les actions, les qualités, les projets ;
- Parler de ce qui est apprécié chez les autres, des qualités qui comptent : valoriser l'identité de chacun ;
- Encourager les activités variées : artistiques, manuelles, musicales, associatives ...
- Apprécier ce que le corps permet de faire : danser, dessiner, chanter ...
- Prendre soin de son corps pour qu'il soit en bonne santé et qu'il fonctionne convenablement : manger, boire, dormir suffisamment ... (49).
- S'épanouir dans son environnement social et son milieu de vie ;
- Ne pas encourager une personne qui s'installe dans la restriction alimentaire et l'hyperactivité (112).

### **ii. Ne pas se comparer aux autres**

Lutter contre la tendance naturelle à se comparer aux autres qui alimente des jugements négatifs sur soi-même, renforce la dépendance à l'approbation d'autrui et fragilise l'estime de soi.

Les idées à mettre en place au quotidien :

- Diminuer dans leur ensemble les commentaires à propos du poids et de l'apparence ;

- Apprendre à se comparer à soi-même plutôt qu'aux autres (49).

### **iii. Distinguer ce qui favorise une bonne image de soi de ce qui nuit à l'image de soi**

L'objectif est de repérer les contenus qui génèrent du mal être et ceux qui améliorent l'image de soi.

Les idées à mettre en place au quotidien :

- Limiter l'exposition aux réseaux sociaux ;
- Discuter du ressenti au contact des contenus en lien avec l'apparence, les régimes alimentaires ou l'activité physique à visée esthétique ou à visée du contrôle du poids ;
- Se désabonner des contenus qui procurent du mal être voire même désinstaller certaines applications ;
- Trouver des contenus qui procurent du bien-être (vidéos humoristiques, loisirs créatifs, musique, citations inspirantes ...) ;
- Apprendre à repérer les images ou vidéo retouchées, les montages abusifs (faux avant / après) et prendre conscience des effets néfastes de l'utilisation des filtres (49).

### **iv. Développer un sens critique**

L'objectif consiste en développer un esprit critique sur les standards de beauté et la capacité à prendre du recul sur tout ce qui peut influencer.

Les idées à mettre en place au quotidien :

- Se questionner sur l'impact des publicités sur la représentation de la beauté, de l'humeur, de l'image de soi ;

- Repérer les liens abusifs qui peuvent être fait entre bonheur et contrôle de l'apparence ;
- Prôner l'acceptation de la diversité des morphologies et des apparences et repérer la beauté à travers des morphologies variées, à travers des styles, les arts, les cultures, les époques (49).

### **c. Les régimes à visée amaigrissante**

Dans les troubles des conduites alimentaires, l'estime de soi est souvent liée au poids et à la forme du corps (111).

Dans le but d'améliorer son bien-être, l'idée de la mise en place d'un régime peut s'avérer être la solution mais celle-ci n'a pas lieu d'être, et ce, même en cas d'excès. La simple reprise de l'alimentation habituelle, équilibrée, suffit à retrouver un poids de forme.

En effet, les « détox », très médiatisées, dont le but est d'éliminer ou d'accélérer l'élimination des toxines, sont réalisées naturellement par l'organisme via le foie et les reins. Le foie a un rôle de détoxification : il dégrade les substances toxiques pour l'organisme en produits non toxiques. Les substances lipo-solubles sont ensuite reversées dans la bile puis dans l'intestin et éliminées via les selles tandis que les produits hydro-solubles sont reversés dans le sang et amenés jusqu'aux reins pour être éliminés dans les urines. L'efficacité des cures détox n'a pas été démontrée et celles-ci peuvent même parfois être à l'origine d'effets secondaires (113).

De plus, il est important d'avoir à l'esprit que les régimes poussent à certaines restrictions et vont à l'encontre des mécanismes du corps. En effet, les restrictions alimentaires poussent l'organisme à s'adapter en réduisant ses dépenses énergétiques de repos, autrement dit, le métabolisme de base diminue. D'autre part, ces privations induisent une augmentation de l'appétit. Par la suite, lorsque la restriction calorique est levée et que le sujet recommence à manger comme avant voire d'avantage (les fringales sont fréquentes après une restriction), c'est au sein d'un métabolisme ralenti que cette énergie arrive de manière massive. Cela induit de ce

fait, une reprise de poids avec retour au poids initial ou à un poids supérieur (114). Ceci explique le fameux « effet yoyo » des régimes restrictifs (115).

Si l'état de santé nécessite une perte de poids pour retrouver un poids de forme, il est important de se faire accompagner. En effet, la prise en charge aura pour objectif :

- D'identifier l'origine du surpoids ;
- De retrouver un équilibre alimentaire : tendre vers une diversité alimentaire sans interdictions et privilégier le fait maison, les aliments peu transformés avec peu d'additifs ;
- De rééduquer aux sensations alimentaires.

La perte de poids sera un effet secondaire de cette prise en charge (116).

#### **d. Ecouter ses sensations alimentaires**

Il peut être intéressant de revoir quelques notions avec le patient au comptoir.

La prise alimentaire se définit en 3 phases :

- La phase pré-prandiale, caractérisée par la faim ;
- La phase prandiale où intervient le rassasiement ;
- La phase post-prandiale durant laquelle se manifeste l'état de satiété.

Il est important pour le patient de savoir identifier ces 3 phases dans le but de :

- Manger quand la faim se manifeste et non pas attendre au risque de se ruer sur la nourriture ;
- Prendre le temps de manger et de ressentir le rassasiement : plus l'ingestion des aliments se fait rapidement, moins le corps a le temps d'assimiler, plus le risque de manger en quantité augmente ;
- Manger équilibré pour que la satiété perdure entre deux repas (117).

Rappeler également le caractère hédonique de l'alimentation. Manger équilibré ne veut pas dire ne pas se faire plaisir, bien au contraire. Ne pas se faire plaisir engendrerait frustrations avec risque de perte de contrôle sur l'alimentation et donc un déséquilibre psychique (118).

## **e. Les balances**

Au quotidien, il est conseillé de lâcher sa balance afin de retrouver un équilibre physique et psychique au long cours. Cela permet de reconnecter avec son corps et ses sensations tout en évitant l'intellectualisation des comportements en fonction des chiffres.

En effet, les variations de poids sur la balance sont responsables de fluctuations d'humeur mais le poids varie naturellement dans la même journée et d'un jour à l'autre selon différents facteurs. Se peser tous les jours voire plusieurs fois par jour paraît donc inutile.

D'autant plus que certaines personnes ont un poids de forme, génétiquement déterminé, au-delà ou en deçà de l'IMC défini comme « normal » mais sont pour autant en bonne santé.

En effet, il convient d'accepter le poids physiologique. Celui-ci correspond au poids d'équilibre et est atteint en répondant aux besoins naturels grâce à une alimentation équilibrée et variée, sans se poser de questions, sans régimes ni restrictions et sans troubles alimentaires.

Par ailleurs, si pour la santé, il serait préférable de prendre ou perdre du poids, le succès ne dépendra pas d'un chiffre affiché sur la balance au risque de déconnecter des sensations et des besoins. En effet, ce dernier n'est pas toujours le reflet d'une bonne santé. De plus, l'IMC n'est qu'un calcul mathématique statistique permettant, sur le plan médical, de repérer les facteurs de risque de surpoids. Cet indice ne prend pas en compte la masse osseuse ni musculaire, il est donc variable en fonction de l'activité sportive et de la densité osseuse (119).

Il est, de ce fait, conseillé d'espacer les pesées si la surveillance est indispensable. Sinon, on pourrait envisager des pesées régulières encadrées et réalisées sur prescription médicale.

Il paraît important d'insister sur le fait que le poids ne définit pas l'individu ni le bien-être et que s'obstiner à le contrôler peut être néfaste pour la santé physique et mentale (120).

## **f. Les fortes chaleurs**

Les comportements en eux même, rencontrés chez un sujet souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie nerveuse, induisent fréquemment un manque d'eau.

Ce déficit en eau s'explique de différentes manières :

- Le manque d'apport en eau avec l'idée que l'eau pèserait dans l'organisme et ferait prendre du poids ;
- Les vomissements et la prise de laxatifs (présents aussi bien dans l'anorexie que la boulimie) entraînent une déshydratation et une perte en potassium dangereuse ;
- L'hyperactivité physique, qui, de par la transpiration, induit une perte d'eau.

Avec le réchauffement climatique, les étés caniculaires deviennent un rituel. La chaleur intense et/ou l'exposition au soleil associée à cet état de déshydratation déjà rencontré chez un sujet souffrant de TCA peut induire des complications. Cette déshydratation poussée à l'extrême peut engendrer maux de tête, vertiges, insuffisance rénale, état confusionnel et parfois un décès.

De plus, pour faire face à cette chaleur, le corps doit s'adapter, c'est ce qu'on appelle la thermorégulation. Celle-ci nécessite de l'énergie dont le corps, sujet à l'anorexie mentale ou à la boulimie nerveuse, peut manquer. En conséquence, le corps s'épuise, un état de dénutrition apparaît et se traduit par des pertes de connaissance, des hypoglycémies, des troubles du rythme cardiaque, une cytolysse hépatique, une hypotension, des manifestations pouvant aller jusqu'au décès.

Il convient également d'être vigilant vis-à-vis des coups de soleil. En effet, chez un sujet dénutri, la peau étant plus fine et la cicatrisation plus difficile, les coups de soleil sont plus dangereux. Pour y faire face, des dépenses énergétiques sont nécessaires dont le sujet souffrant de TCA n'a pas les ressources engendrant ainsi les complications vues précédemment.

De ce fait, il est indispensable de prodiguer les conseils suivants :

- S'hydrater régulièrement ;
- Se protéger du soleil avec chapeau, lunettes, vêtements couvrants et protection solaire ;
- Eviter les sorties pendant les périodes les plus chaudes ;
- Eviter au maximum la consommation de laxatifs et les vomissements (121).

### **g. Le froid**

Chez un sujet souffrant d'anorexie mentale, le froid de l'hiver est souvent une problématique importante. En effet, comme pour les fortes chaleurs, le corps doit s'adapter pour faire face aux températures basses et ce, via la thermorégulation. Celle-ci nécessite de l'énergie dont le corps, chez un sujet souffrant de TCA, peut manquer. En conséquence et comme vu précédemment, le corps s'épuise, un état de dénutrition apparaît et se traduit par des pertes de connaissance, des hypoglycémies, des troubles du rythme cardiaque, une cytolysse hépatique, une hypotension, des manifestations pouvant aller jusqu'au décès.

L'expression « le froid me glace le sang » traduit, non seulement, une sensation externe mais aussi un ressenti interne difficilement supportable et apaisable. En effet, les nombreuses couches de vêtements, les plaids et les bouillottes ne suffisent pas.

La petite voix caractéristique de la maladie vient également jouer un rôle dans cette problématique. Elle impose de ne pas se couvrir pour continuer à dépenser de l'énergie, à perdre du poids ou à compenser les prises alimentaires.

De ce fait, il paraît opportun de prodiguer les conseils suivants en cas de froid :

- Lutter contre la petite voix qui incite à ne pas se couvrir ;
- Se couvrir au maximum en mettant l'accent sur les extrémités (gants, bonnet, chaussettes épaisses) et en privilégiant les matières chaudes (laine, cachemire, polaire, tissus techniques) ;
- Rester au chaud chez soi s'il n'y a pas d'impératif à sortir ;



- Utiliser une bouillote pour se réchauffer mais attention au risque de brûlure car en étant dénutri, la peau est plus fine et plus fragile et les brûlures plus à risque. Elles peuvent laisser des taches brunes sur la peau, c'est un signe d'alerte ;
- Augmenter ses apports énergétiques de façon encadrée par un spécialiste ;
- Ne pas oublier les lipides : alliés indispensables au fonctionnement de la thermorégulation ;
- Assurer, via le médecin généraliste, une supplémentation en vitamines pour aider le corps à se renutrir sans risque (122).

#### **h. L'hygiène bucco-dentaire**

Afin de limiter les complications dentaires, il est conseillé d'éviter les boissons acides ou à défaut de les consommer avec une paille et d'éviter ou limiter les vomissements. Dans le cas où ces symptômes sont difficilement maîtrisables, il est préconisé de ne pas se brosser les dents directement après les vomissements ou après avoir bu ou mangé des aliments acides. Pour diminuer l'acidité, il est conseillé de bien se rincer la bouche à l'eau et d'attendre au moins 20 minutes avant de procéder au brossage pour éviter de répandre cette acidité sur toutes les dents (57).

## **2. Les compléments nutritionnels oraux (CNO)**

Les compléments nutritionnels oraux sont des mélanges nutritifs complets, administrables par voie orale, hyperénergétiques et / ou hyperprotidiques. Dans le cadre d'une dénutrition, la HAS recommande un apport alimentaire supplémentaire de 400kcal/j et / ou de 30 g/j de protéines (123).

Les troubles des conduites alimentaires comme l'anorexie mentale ou la boulimie nerveuse peuvent induire une dénutrition par carence d'apports. A l'exception des états de dénutrition très profonds (IMC < 11kg/m<sup>2</sup>) ou de complications somatiques, il est recommandé de proposer une renutrition par voie orale avec reprise d'un régime alimentaire adapté. En effet l'objectif étant, une alimentation équilibrée, où les apports

énergétiques ne dépassent pas les besoins, et variée afin d'apporter tous les macro et micronutriments nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme.

Afin de couvrir ces apports, la prescription de compléments nutritionnels oraux est possible dans le but d'atteindre cet objectif. Le nombre de CNO à consommer par jour est défini par le corps médical. En effet, ces CNO apportent de l'énergie sous un petit volume, facilitant, ainsi, la prise de poids.

Les CNO sont des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales (DADFMS) et leur prescription entre dans la catégorie des produits de nutrition clinique. Ils sont spécialement formulés pour répondre aux besoins des patients atteints de dénutrition et font l'objet d'une réglementation spécifique. En effet, l'instauration de CNO par le médecin ne peut se faire, la première fois, que pour un mois maximum.

Afin de satisfaire le plus grand nombre, différents goûts et textures existent. En effet, les CNO, sucrés ou salés, peuvent se présenter sous forme de boissons, de potages, de jus de fruit, de compotes, de crèmes, de biscuits, de gâteaux, de plats mixés, de poudres de protéines ... A consommer froid ou chaud.

Il est important de rappeler que les CNO ne sont pas des substituts de repas mais bien des suppléments à consommer en plus des repas habituels, 2 heures avant ou 2 heures après, afin que l'appétit soit conservé au moment des repas (124). Une fois ouvert, le CNO se conserve 2h à température ambiante et jusqu'à 24h au réfrigérateur (123).

Sur le long terme, une lassitude de la part des patients consommant des CNO peut s'installer. C'est là tout l'enjeu puisque le complément permet un apport protéino-énergétique immédiat mais la difficulté réside dans le fait de le consommer de manière régulière. Une option intéressante consiste en l'intégration du CNO dans une recette, une pâtisserie en lui donnant une autre forme visuelle et un autre goût. L'intérêt est de donner envie pour que le patient retrouve masse musculaire et gain de poids, tout en retrouvant le plaisir à la consommation du CNO (125).

### **3. Les laxatifs**

Le temps de transit est très fortement influencé par l'alimentation. La dénutrition induite par le trouble alimentaire est responsable d'une constipation. Dans le but de la soulager et d'éviter l'occlusion, certains médecins prescrivent des laxatifs pour faciliter le transit.

Plutôt utilisés dans le but de maigrir ou de moins grossir, certains patients atteints de troubles des conduites alimentaires abusent de ces laxatifs. Ces patients concerneraient plutôt la tranche 17-19 ans et surtout ceux qui auraient des troubles mixtes type boulimie (126).

Ces laxatifs, bien que peu probants sur la perte de poids, sont surtout responsables :

- D'une dépendance aux laxatifs : l'exonération est, au fil du temps, déclenchée par ces laxatifs stimulants et l'interruption du traitement entraîne un « rebond » de constipation. Le patient a le sentiment qu'il ne peut plus interrompre ce traitement et qu'une surenchère thérapeutique avec des doses croissantes de laxatifs stimulants est nécessaire ;
- De la maladie des laxatifs : plus rare, elle accompagne la dépendance et est responsable d'anomalies organiques à type d'hypokaliémie, elle-même source d'accentuation de la constipation et d'autres troubles hydroélectrolytiques. Les accidents graves, devenus rare, surviennent surtout en cas de mésusage dans le but de maigrir, quelque fois en association avec un diurétique.

#### **a. Les laxatifs de lest**

Utilisés en première intention de par leur composition en fibres alimentaires, ils produisent des selles plus volumineuses, plus hydratées et plus molles. Leur effet se manifeste 48h après la prise.

Il convient d'initier le traitement à une posologie modérée et de l'augmenter par paliers.

Les laxatifs de lest sont constitués par 2 types de substances : les fibres alimentaires et les mucilages. Les fibres alimentaires sont les constituants celluloseux et ligneux des aliments. Elles existent dans les légumes et, surtout, dans les enveloppes des « grains » de céréales : blé, orge etc. Le son de blé est souvent utilisé car il est riche en fibres (40 à 45g/100g) et son pouvoir calorique est de 300 kcal/100g.

Les mucilages sont des molécules celluloseux d'origine biologique. Les principaux sont extraits de graines (psyllium, ispaghul, sterculia). Attention toutefois, un risque de bézoards avec obstruction œsophagienne et fécalome est possible lorsque l'ispaghul est pris avec une quantité insuffisante d'eau (127).

### **b. Les laxatifs osmotiques**

Formulés à base de sorbitol, lactulose, mannitol ou macrogol, ils augmentent l'hydratation des selles par appel d'eau dans la lumière colique. Les selles, plus abondantes et molles, sont évacuées plus facilement. Ils sont utilisés en recours aux laxatifs de lest et leur effet se manifeste entre 1 et 3 jours.

Les laxatifs polyols (lactulose, sorbitol et lactitol) sont des disaccharides de synthèse qui ne sont ni digérés, ni absorbés par l'intestin (du fait du manque de matériel enzymatique adapté). Ces sucres augmentent l'osmolarité dans la lumière intestinale et provoquent un appel d'eau et d'électrolytes, d'où un effluent iléal augmenté.

Ces sucres peuvent, cependant, être l'objet de fermentation par la flore bactérienne colique induisant, de ce fait, deux types de conséquences :

- Un apport calorique, de par une réabsorption des métabolites de fermentation ;
- Des douleurs abdominales, des ballonnements, des flatulences.

Les PEG ou macrogols sont des mélanges de polymères de polyéthylène glycol de haut poids moléculaire. Ils induisent également un appel d'eau intra-intestinal mais ne sont ni absorbés, ni l'objet de fermentation. Il est admis que le PEG est d'efficacité supérieure à celle du lactulose.

Les laxatifs salins (magnésium, sulfates, phosphates, tartrates) ont été utilisés comme purgatifs. Ce sont des solutions hypertoniques qui stimulent la sécrétion jéjunale et inhibent l'absorption d'eau et d'électrolytes au niveau du jéjunum et de l'iléon (127).

#### **c. Les laxatifs lubrifiants**

Les laxatifs lubrifiants favorisent l'exonération de selles initialement trop dures. Ils sont très utiles en cas de douleurs anales, et notamment de fissures, et peuvent être proposés en cas d'échec des laxatifs de lest ou osmotiques. Composés de paraffine, ils agissent dans les 24 à 48 heures. Il est possible qu'un suintement anal ainsi que des démangeaisons se manifestent en cas de doses trop élevées. Leur usage prolongé est déconseillé car ils réduisent l'absorption des vitamines A, D, E et K (127).

#### **d. Les laxatifs stimulants**

Les laxatifs stimulants déclenchent l'exonération en stimulant la muqueuse rectosigmoïdienne. L'effet se manifeste en 12 à 24h. Formulés à base d'aloès, bourdaine, séné, cascara, bisacodyl ou de picosulfate, ces laxatifs sont très irritants et comportent de nombreux effets indésirables graves et de risques d'interactions avec d'autres médicaments. Une dépendance peut s'installer en cas d'usage prolongé et à long terme, une maladie des laxatifs. Ils peuvent être proposés en seconde intention en cas d'échec des laxatifs de lest et osmotiques ou en cas d'absence de selles depuis plusieurs jours (127).

#### **e. Les laxatifs par voie rectale**

Ils agissent en moins d'une heure mais peuvent être très irritants localement en cas d'usage prolongé. Ils sont déconseillés en cas de poussées hémorroïdaires, de fissures anales ou de rectocolite.

#### **4. Les diurétiques**

Les diurétiques, indiqués dans le traitement de l'hypertension artérielle et dans l'insuffisance cardiaque, augmentent la diurèse par élimination des sels minéraux. Leur utilisation dans le but de perdre du poids (liée à la perte en eau) est illusoire et comporte des risques d'hypotension, d'asthénie, d'insuffisance rénale, de troubles du rythme cardiaque ...

Les signes d'alerte doivent être connus et doivent pousser le pharmacien d'officine au questionnement : fatigue, engourdissements, crampes, vomissements ... (128).

#### **5. L'activité physique**

Les sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires peuvent tomber dans l'hyperactivité physique.

En parallèle, une méta-analyse, publiée en février 2024, rapporte que, sur un échantillon d'athlètes de 27 pays, la prévalence des troubles de l'alimentation autodéclarés s'élève à 19,23%. En conséquence, 1 athlète sur 5 risque de développer un trouble alimentaire (129).

Symptôme de ces troubles, facteur déclenchant ou facteur d'entretien, l'activité physique peut devenir problématique.

Selon Laurence Kern, enseignante chercheuse et maître de conférences en sciences des activités physiques et sportives, l'activité physique problématique est caractérisée par deux composantes :

- Une composante quantitative : définie comme la quantité d'activité physique trop importante par rapport au poids, à la fatigue, à la dénutrition du sujet ...
- Une composante qualitative : définie comme le rapport compulsif et / ou dépendant entretenu avec l'activité physique. Il paraît impossible pour le sujet de ne pas la pratiquer pour pouvoir continuer sa journée.

Cette activité physique, trop présente, devient une obsession et se caractérise par différentes fonctions :

- Dépenser de l'énergie pour perdre du poids ;
- Compenser les prises alimentaires pour ne pas prendre de poids ;
- Faire disparaître ou, au moins, réduire la culpabilité à s'alimenter ;
- Combler un sentiment de vide ;
- Gérer des émotions négatives ;
- Eviter les ruminations et les perceptions liées à la maladie ;
- Maintenir du muscle et non du gras.

De plus, elle induit une trop grosse dépense d'énergie qui va à l'encontre du processus thérapeutique de prise en charge. Cette hyperactivité peut empêcher la renutrition ou aggraver la dénutrition, entraîner une grande fatigue, engendrer des blessures musculaires et articulaires, et entretenir ou aggraver le trouble (130).

De ce fait, l'activité physique restant nécessaire pour être en bonne santé, la prise en charge consiste en la réintroduction progressive d'une activité physique adaptée et personnalisée. L'objectif est de réassocier l'activité au plaisir et au bien être afin de retrouver une relation saine et fonctionnelle. Pour ce faire, différents points :

- Être accompagné pour réintroduire progressivement une activité physique adaptée au profil ;
- Pratiquer une activité pour le plaisir, non imposée, et sans volonté de compensation calorique ou de contrôle ;
- Favoriser les activités en groupe qui permettent de créer du lien ;
- Intégrer des activités qui permettent de ressentir son corps différemment et de se reconnecter à lui (yoga, relaxation, stretching ...) ;
- Savoir être au repos de toute activité si le corps ne le permet pas ;
- Être flexible dans la pratique de l'activité (131).

Ainsi, Laurence Kern déconseille la pratique cachée et préconise d'oser en parler, d'accompagner cette activité physique avec un professionnel, d'en pratiquer avec plaisir et de la compenser avec son diététicien puisque celle-ci reste nécessaire pour être en bonne santé (132).

## E. Synthèse des messages clés à aborder « au comptoir »

Concrètement et en résumé, le pharmacien d'officine a pour rôle au comptoir :

1. Repérer les signes :
  - Variation brutale de poids ;
  - Demande de produits à visée amaigrissante, laxatifs, diurétiques, pansements gastriques ...
  - Préoccupations excessives autour du poids, de l'image du corps, de l'alimentation ;
  - Chirurgie bariatrique prévue ;
  - Hyperactivité physique, pratique d'une activité sportive à catégorie de poids (danse classique, athlétisme, gymnastique, natation synchronisée ...), entrée dans le mannequinat ;
  - Aménorrhée, infertilité ;
  - Arrêt de croissance chez l'enfant ;
  - Surinvestissement dans les études ...
2. En cas de doute, proposer le questionnaire de SCOFF :
  - 2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA.
3. Conseiller la consultation chez le médecin traitant.
4. Donner le numéro de la ligne Anorexie Boulimie Info Ecoute (flyer) :
  - 09.69.325.900
  - Service anonyme, non surtaxé, destiné aux patients, familles, proches et professionnels de santé pour répondre aux questions, accompagner et soutenir.
5. Orienter vers une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire et trouver un centre à proximité :
  - Annuaire de la FFAB : <https://www.ffab.fr/trouver-de-l-aide/annuaire-2021-carteseule>.
6. Faire passer quelques idées :
  - Inciter à en parler ;
  - Plus la prise en charge est précoce, meilleur est le pronostic (meilleure efficacité des soins et moins de complications) ;



- Rassurer, c'est une maladie qui se soigne, on en guérit et les rechutes font parties de la guérison ;
- Combattre les idées reçues :
  - Diabolisation des aliments → restrictions → frustrations → compulsions → culpabilité renforçant la diabolisation de l'aliment en question ;
  - Le corps nécessite une alimentation équilibrée, variée et adaptée aux besoins pour fonctionner convenablement (organes + activités) ;
  - La minceur et le poids sur la balance ne nous définissent pas, contrairement aux valeurs ;
  - Ne pas associer le bonheur / le fait d'être bien dans sa peau avec le fait d'être mince ;
  - Savoir dissocier la maladie du malade : je souffre d'anorexie ou de boulimie et non pas, je suis anorexique ou boulimique.
- Régime uniquement si des raisons de santé le justifient et s'il est accompagné ;
- Reconnecter avec son corps en écoutant ses sensations et en lâchant la balance ;
- Déculpabiliser les familles :
  - Maladie multifactorielle ;
  - Partie intégrante de la solution.



[Figure 15] : Promotion de la santé mentale (133).

## CONCLUSION

En conclusion, les troubles des conduites alimentaires sont des maladies complexes qui ne sont pas simplement question de nourriture. Elles sont aussi liées à des problèmes sous-jacents tels que l'estime de soi, l'anxiété, la dépression et les traumatismes passés. Ces troubles nécessitent une approche pluridisciplinaire englobant santé mentale et nutrition pour éviter de graves conséquences et obtenir une guérison.

Sensibiliser sur l'importance de la santé mentale est un enjeu actuel majeur pour permettre à ces troubles, et à d'autres, d'être déstigmatisés, mieux compris, traités et prévenus. En effet, libérer la parole sur ce qui préoccupe, c'est aussi un moyen de prendre conscience de la situation. On est tous confrontés, au moins une fois dans sa vie, par des préoccupations corporelles et/ou alimentaires. Celles-ci, même si elles ne conduisent pas à des troubles des conduites alimentaires, peuvent être sources de souffrance et peuvent nécessiter et sont légitimes à recevoir des soins (109). Mettre en lumière ces troubles permet donc de montrer leur existence mais aussi d'oser en parler, de ne plus avoir honte et d'en acquérir une meilleure connaissance.

Le pharmacien d'officine, en tant qu'acteur de premier recours et, de par son accessibilité, se doit de reconnaître ces troubles comme des maladies à part entière et d'orienter vers une consultation adaptée quelle que soit l'intensité des symptômes. Prôner la bienveillance, l'écoute et l'absence de jugement dans le but de sensibiliser, repérer, dépister, orienter, informer et conseiller sont des nouvelles missions de base de notre métier.

Il faut donc désormais que la prévention et le dépistage prennent toute leur place dans notre politique de santé publique afin de sensibiliser la population, professionnels de santé compris, et de lutter contre les stéréotypes et les pressions sociales liées à l'apparence physique. Les troubles des conduites alimentaires sont intimement liés aux problèmes de surpoids et d'obésité. De ce fait, des stratégies de promotion de la santé intégrant la prévention des TCA à celle de l'obésité paraissent être des approches prometteuses dans la prévention de ces pathologies en milieu scolaire où les influences socioculturelles sont très fortes (134). Y associer, d'ailleurs, la lutte

contre la stigmatisation du poids pourrait rendre ces interventions d'autant plus complètes compte tenu de son impact (135). En effet, celle-ci induit des conséquences négatives sur les troubles alimentaires, le bien-être et la recherche de traitement d'où l'importance de l'intégrer à la prévention (136).

## BIBLIOGRAPHIE

1. Dailymotion [Internet]. 2024 [cité 29 févr 2024]. Anorexie, boulimie : Joyce Jonathan se livre sur ses TCA - Vidéo Dailymotion. Disponible sur: <https://www.dailymotion.com/video/x8rt1lp>
2. Fondation pour la Recherche Médicale [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Tout savoir sur les troubles de conduite alimentaire. Disponible sur: <https://www.frm.org/recherches-autres-maladies/troubles-des-conduites-alimentaires/focus-troubles-conduite-alimentaires>
3. Trouble des conduites alimentaires enfants et ados [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://appea.org/formation/troubles-du-comportement-alimentaire/>
4. Mouv' [Internet]. 2024 [cité 10 mars 2024]. Comment les réseaux troublent les conduites alimentaires. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/mouv/podcasts/reporterter/comment-les-reseaux-troublent-les-comportements-alimentaires-3700130>
5. Gomez-Larenas M. Lorsque les conduites alimentaires se troublent.... Cah Dyn. 2005;33(1):22-4.
6. RTL. Focus - TCA : Anorexie, boulimie, hyperphagie ... Comment s'en sortir ? 2024.
7. Docteur Camille Ringot. Déconstruire les régimes, cultive ton sens critique. 2023.
8. Anorexie mentale : définition et causes [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
9. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique - Urgences et troubles du comportement alimentaire [Internet]. 2019 [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_boulimie\\_urgences\\_v3.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_urgences_v3.pdf)
10. Replay - Troubles des conduites alimentaires [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://appea.org/media/2024/2/replay-webinaire-gratuit-troubles-des-conduites-al/>
11. Podcast Ipokamp avec le docteur Camille Ringot. Les troubles des conduites alimentaires [Internet]. 2023 [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: <https://shows.acast.com/6479f399717a6400114e7f4a/episodes/les-troubles-des-conduites-alimentaires>
12. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et addictologie [Internet]. 2021 janv [cité 17 juill 2023]. (L'officiel ECN). Disponible sur: [https://www.cunea.fr/sites/default/files/ref\\_psy\\_add\\_def\\_2021.pdf](https://www.cunea.fr/sites/default/files/ref_psy_add_def_2021.pdf)

13. Mayr G. France Bleu. 2023 [cité 6 juill 2023]. Comment soigner les troubles du comportement alimentaire ? Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/francebleu/podcasts/bonjour-docteur/comment-soigner-les-troubles-du-comportement-alimentaire-8096823>
14. Docteur Camille Ringot. La dysmorphophobie quand on souffre de TCA. 2023 févr 15.
15. Définition et différents TCA - Journée mondiale des TCA [Internet]. [cité 16 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.journeemondialetca.fr/tout-sur-les-tca/definition-et-differents-tca>
16. Replay Webinaire gratuit - Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant & l'adolescent [Internet]. 2024 [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=jGPPLldPvZk>
17. Ameli. Boulimie et hyperphagie boulimique : définition et causes [Internet]. 2022 [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-definition-causes>
18. Journée mondiale des TCA. Les Troubles des Conduites Alimentaires, parlons-en! - Journée mondiale des TCA [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.journeemondialetca.fr/>
19. Vidal. Troubles des conduites alimentaires - Prise en charge [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: [https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/recos/details/3383/troubles\\_des\\_conduites\\_alimentaires/prise\\_en\\_charge](https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/recos/details/3383/troubles_des_conduites_alimentaires/prise_en_charge)
20. Jorge C. Correia, Alain Golay, Zoltan Pataky. Double pandémie : impact des mesures anti-Covid-19 sur l'obésité [Internet]. 2021 mars [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2021/revue-medicale-suisse-731/double-pandemie-impact-des-mesures-anti-covid-19-sur-l-obesite>
21. Quand la crise sanitaire déclenche et aggrave les troubles alimentaires [Internet]. 2021 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=4la2UdsHOGI>
22. Les troubles du comportement alimentaire en augmentation - Le Magazine de la Santé [Internet]. 2021 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=r5twaCi8E7U>
23. J Devoe D, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord.* janv 2023;56(1):5-25.
24. Anorexique, boulimique, hyperphagique... comment vivre le Covid avec un TCA ? [Internet]. 2020 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=9MekA6yeg3Y>

25. Anorescue. Podcast - Spécialistes de TCA : Dr. Camille Ringot, Dr. Hugo Saoudi. 2023.
26. Colloque « L'anorexie et la boulimie sont elles genrées ? » / Fond. S Castellotti & FFAB (10/10/2023) [Internet]. 2023 [cité 18 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=YwYaBVMVhma>
27. www.20minutes.fr [Internet]. 2021 [cité 15 janv 2024]. L'anorexie masculine, ce grand tabou. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/societe/3075427-20210713-anorexie-masculine-honte-avoir-trouble-psychique-ajoute-honte-avoir-trouble-considerere-comme-feminin>
28. INSERM. Anorexie/Boulimie : une protéine bactérienne mise en cause [Internet]. 2014 [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/anorexie-boulimie-une-proteine-bacterienne-mise-en-cause/16002/>
29. Ignasse J. Sciences et Avenir. 2014 [cité 30 mai 2024]. Une protéine bactérienne en cause dans l'anorexie et la boulimie. Disponible sur: [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/une-proteine-bacterienne-en-cause-dans-l-anorexie-et-la-boulimie\\_23451](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/une-proteine-bacterienne-en-cause-dans-l-anorexie-et-la-boulimie_23451)
30. <https://www.facebook.com/inserm.fr>. Inserm. [cité 3 août 2023]. Anorexie mentale - Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
31. Que se passe-t-il dans le corps et le cerveau d'une personne qui souffre de boulimie ? [Internet]. 2023 [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=dF7TFLsxUo4>
32. Seguy David, Collectif des membres du Collège des enseignants de Nutrition. Nutrition [Internet]. Elsevier Masson. 2021 [cité 12 juin 2023]. (Les référentiels des collèges). Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294773594000142#hl0001032>
33. France 3 Hauts-de-France [Internet]. 2024 [cité 8 janv 2024]. Troubles du comportement alimentaire : les conseils pour aider un proche à s'en sortir. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/nord-0/troubles-du-comportement-alimentaire-les-conseils-pour-aider-un-proche-a-s-en-sortir-2885969.html>
34. Collège national des pédiatres universitaires et Collège national hospitalier et université de chirurgie pédiatrique - Grégoire Benoist - Antoine Bourillon. Pédiatrie [Internet]. 8e édition. Elsevier; 2021 [cité 20 févr 2023]. (Référentiels des Collèges). Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294779831500531>
35. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge [Internet]. 2019 juin [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/boulimie\\_et\\_hyperphagie\\_boulimique\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/boulimie_et_hyperphagie_boulimique_-_recommandations.pdf)



36. Docteur Camille Ringot. Idéal de minceur : Barbie responsable ? 2023 juill.
37. Table ronde de la FFAB & du Réseau TCA Francilien - Journée mondiale TCA du 02/06/2023 [Internet]. 2023 [cité 8 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=6VIBGEARKog>
38. Jiotsa B, Naccache B, Duval M, Rocher B, Grall-Bronnec M. Social Media Use and Body Image Disorders: Association between Frequency of Comparing One's Own Physical Appearance to That of People Being Followed on Social Media and Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. *Int J Environ Res Public Health*. 11 mars 2021;18(6):2880.
39. Iceta S. Génération 3.0 : internet risques et opportunités dans les soins des TCA. *Fr J Psychiatry*. 1 nov 2018;1:S53.
40. VIDAL [Internet]. [cité 29 avr 2023]. Usage détourné d'OZEMPIC (sémaglutide) : la France renforce la surveillance. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/30111-usage-detourne-d-39-ozempic-semaglutide-la-france-renforce-la-surveillance.html>
41. L'Express [Internet]. 2023 [cité 9 nov 2023]. Santé mentale, privation alimentaire... Les effets de l'inflation sur les Français. Disponible sur: <https://www.lexpress.fr/economie/sante-mentale-privation-alimentaire-les-effets-de-linflation-sur-les-francais-XPFXC7N7TNBLNCJCVMPZ6WGYQ4/>
42. 20 minutes [Internet]. 2023 [cité 9 nov 2023]. La hausse des prix augmente les troubles alimentaires. Disponible sur: <https://www.20min.ch/fr/story/la-hausse-des-prix-augmente-les-troubles-alimentaires-951447548298>
43. Marianne Kédi, Aurore Sabouraud-Séguin. Psycho-traumatologie - chapitre 29. Troubles du comportement alimentaire [Internet]. Dunod. 2020 [cité 11 janv 2024]. (Les Ateliers du praticien). Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/psychotraumatologie--9782100793327-page-299.htm>
44. Sénat [Internet]. 2023 [cité 11 janv 2024]. Surpoids et obésité, l'autre pandémie. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-744/r21-744.html>
45. Comprendre le surpoids et l'obésité de l'adulte [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/definition-causes-risques>
46. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. 2010 [cité 25 févr 2024]. Régimes amaigrissants : des pratiques à risque. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9gimes-amaigrissants-des-pratiques-%C3%A0-risque>
47. Chamay-Weber C, Narring F. La prévention des troubles du comportement alimentaire : l'école a-t-elle un rôle à jouer? *Rev Med Suisse*. 7 juin 2006;069:1531-4.

48. Vogel L. Fat shaming is making people sicker and heavier. CMAJ Can Med Assoc J. 10 juin 2019;191(23):E649.
49. Bouchlaghem N. Le mal être physique de mon enfant. Comment l'aider ? | CléPsy [Internet]. CléPsy. 2023 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.clepsy.fr/mal-etre-physique-de-mon-enfant/>
50. Juliette Lemille, M. Le Bras, M. Fauconnier, M. Grall-Bronnec. Anorexie mentale : anomalie des paramètres hématologiques et biochimiques. 2020.
51. Mathilde Mignot-Bedetti, Corinne Blanchet-Collet, Marie Rose Moro. La boulimie nerveuse, une pathologie aux multiples complications. 2015.
52. Karim Sibaï, René Rizzoli. L'hypophosphatémie : quelle importance, quand et comment la corriger ? [Internet]. Forum Médical Suisse; 2005 [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: <http://medicalux.fr/www/nicbook/Biblio/HypophosphatemieQuelleImportance.pdf>
53. Helfer J, Favaro A, Ambresin AE. Prise en charge somatique et complications de l'anorexie mentale chez l'adolescente. Rev Med Suisse. 8 juin 2016;522:1129-32.
54. Steinman J, Shibli-Rahhal A. Anorexia Nervosa and Osteoporosis: Pathophysiology and Treatment. J Bone Metab. août 2019;26(3):133-43.
55. Waugh EJ, Woodside DB, Beaton DE, Coté P, Hawker GA. Effects of exercise on bone mass in young women with anorexia nervosa. Med Sci Sports Exerc. mai 2011;43(5):755-63.
56. Docteur Camille Ringot. Anorexie mentale et fragilité des os. 2023 oct.
57. Docteur Camille Ringot. TCA et complications dentaires. 2023 août.
58. Mal de dent et douleurs de la bouche : quelles causes ? [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/assure/sante/themes/douleurs-dentaires-bouche/causes-douleurs>
59. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 24 juill 2023]. Des signes d'appel cutanés de l'anorexie. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/dermatologie/des-signes-dappel-cutanes-de-lanorexie>
60. Docteur Camille Ringot. Les troubles digestifs quand on souffre de TCA - épisode 1. 2023 août.
61. Docteur Camille Ringot. Les troubles digestifs quand on souffre de TCA - épisode 2. 2023 août.
62. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. Intern Med J. janv 2020;50(1):24-9.
63. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique - Troubles des conduites alimentaires - Aspects gynécologiques et obstétricaux [Internet]. 2019



- [cité 5 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_boulimie\\_aspects\\_gynecologiques\\_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_aspects_gynecologiques_v1.pdf)
64. Docteur Corinne Blanchet. Le fonctionnement hormonal dans les TCA. 2023.
  65. Docteur Camille Ringot. Si je souffre de TCA, je ne pourrai pas avoir d'enfant - épisode 1. 2023 oct.
  66. Docteur Camille Ringot. Je suis enceinte et je souffre de TCA, y a t-il des risques pour mon bébé ? 2023 nov 12.
  67. Peter Cooper, Stéphane Rusinek. Surmonter la boulimie, la suralimentation et le binge eating. 2013. (Dunod).
  68. Les Maux bleus et le psychiatre spécialisé dans les troubles des conduites alimentaires : Hugo Saoudi. Les Maux bleus reçoivent Hugo Saoudi [Internet]. 2022 [cité 30 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=7MXkhhRORXM>
  69. Giusti V, Gebhard S. Anorexie : évaluation et prise en charge somatiques. Rev Med Suisse. 30 mars 2011;288:711-5.
  70. Karcher B, Bisson T. L'anorexie et la boulimie : différentes facettes d'une même psychopathologie. Kabaro Rev Int Sci Homme Sociétés. 2014;VIII(12-13):9.
  71. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique - Prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée [Internet]. 2019 juin [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_boulimie\\_prise\\_en\\_charge\\_pluri\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_prise_en_charge_pluri_v2.pdf)
  72. Tout sur les TCA. Le rôle du médecin généraliste. 2023 mai 11.
  73. Tout sur les TCA. Le rôle du psychothérapeute. 2023 mai 13.
  74. Psychiatre ou psychologue : connaître les différences [Internet]. Psychiatre Paris TCC, TIP, EMDR. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://e-psychiatrie.fr/sante-mentale-paris-psy-psychiatre/psy-psychiatre-psychologue-psychotherapeute-psychanalyste/>
  75. Anais Hublet - Dr. Camille Ringot - Dr. Hugo Saoudi. Spécialistes de TCA. 2023.
  76. Tout sur les TCA. Le rôle du spécialiste en nutrition. 2023 mai.
  77. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. 2010 juin [cité 4 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu\\_anorexie\\_mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf)
  78. Léonard T. 8. Thérapie motivationnelle et troubles du comportement alimentaire. In: Anorexie, boulimie [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2016 [cité 12 oct 2023]. p. 69-78. (Les Précis). Disponible sur: <https://www.cairn.info/anorexie-boulimie--9782257206442-p-69.htm>

79. Docteur Camille Ringot. Jeûne, régimes, minceur, la grande manipulation. Larousse. 2023.
80. Docteur Camille Ringot. Il y a des médicaments qui soignent l'anorexie mentale ? 2023 avr 18.
81. Collège National des enseignants de gériatrie. Gériatrie [Internet]. 5e édition. Elsevier - Masson; 2021 [cité 26 août 2023]. (Les référentiels des collèges). Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294770227000146#hl0001862>
82. Barras-Moret AC, Guex E, Coti Bertrand P. Le syndrome de renutrition inappropriée : la clé du traitement est la prévention. Nutr Clin Métabolisme. 1 juin 2011;25(2):86-90.
83. Docteur Camille Ringot. Les médicaments dans la boulimie nerveuse. 2023 mars 29.
84. Ragnhildstveit A, Slayton M, Jackson LK, Brendle M, Ahuja S, Holle W, et al. Ketamine as a Novel Psychopharmacotherapy for Eating Disorders: Evidence and Future Directions. Brain Sci. mars 2022;12(3):382.
85. Feng B, Harms J, Chen E, Gao P, Xu P, He Y. Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders. Int J Environ Res Public Health. janv 2023;20(14):6325.
86. Quels soins ambulatoires pour les troubles des conduites alimentaires ? [Internet]. 2023 [cité 5 févr 2023]. Disponible sur: [https://reseautcaidf-my.sharepoint.com/:v/g/personal/julienlb\\_reseautcaidf\\_onmicrosoft\\_com/EQNJRkGiOEVBtNhTXNZhxJ0BwgBWVCxN4ScT03yebyoVkw](https://reseautcaidf-my.sharepoint.com/:v/g/personal/julienlb_reseautcaidf_onmicrosoft_com/EQNJRkGiOEVBtNhTXNZhxJ0BwgBWVCxN4ScT03yebyoVkw)
87. Réseau TCA Francilien. Quels soins ambulatoires pour les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires ? [Internet]. 2023 13 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: [https://drive.google.com/file/d/1ocWAeK1HNgoiarkR-\\_FBW\\_5UGbvcZjX0/view](https://drive.google.com/file/d/1ocWAeK1HNgoiarkR-_FBW_5UGbvcZjX0/view)
88. Dr Sophie Criquillon. Prise en charge des troubles alimentaires : De l'ambulatoire à l'hospitalisation [Internet]. 2009 juin 11 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2014/06/criquillon-Prise-en-charge-des-troubles-alimentaires.pdf>
89. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 31 déc 2023]. Boulimie, hyperphagie boulimique : la HAS donne les clefs pour repérer des troubles méconnus. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/recos-pratique/boulimie-hyperphagie-boulimique-la-has-donne-les-clefs-pour-reperer-des-troubles-meconnus>
90. GHT de l'Artois [Internet]. 2019 [cité 31 mars 2024]. GHT de l'Artois. Disponible sur: <https://www.gh-tartois.fr/>

91. Anorexie mentale : prise en charge - critères d'hospitalisation à temps plein [Internet]. 2010 juin [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs\\_anorexie\\_3\\_cdp\\_300910.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_3_cdp_300910.pdf)
92. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Éducation thérapeutique du patient (ETP). Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)
93. Dr Corinne Blanchet. Un programme d'éducation thérapeutique pour adolescents souffrant d'anorexie mentale. 2022.
94. L'App mobile Blue Buddy - Journée mondiale des TCA [Internet]. [cité 6 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.journeemondialetca.fr/ressources/l-app-mobile-blue-buddy>
95. « Blue Buddy », première application mobile française pour les personnes souffrant de TCA! [Internet]. 2018 [cité 6 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/391-blue-buddy-premiere-application-mobile-francaise-pour-les-personnes-souffrant-de-tca>
96. Parotidomégalie - Medical Actu [Internet]. [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.medical-actu.com/cours/oto-rhino-laryngologie/parotidomegalie/>
97. Signe de Russell. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Signe\\_de\\_Russell&oldid=191995269](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Signe_de_Russell&oldid=191995269)
98. 11 conséquences graves de l'anorexie dans votre vie [Internet]. [cité 7 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/tca/anorexie-consequences>
99. ici, par France Bleu et France 3 [Internet]. [cité 7 déc 2023]. Les troubles des conduites alimentaires : comment s'en sortir ? - France Bleu. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/emissions/bonjour-docteur/les-troubles-des-conduites-alimentaires-6161486>
100. Haute Autorité de Santé. Boulimie et Hyperphagie boulimique : comment en parler ? [Internet]. 2019 juin [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_boulimie\\_commentenparler\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_commentenparler_v2.pdf)
101. pecoul delphine. IFEMDR. 2021 [cité 18 sept 2023]. Auto-évaluations des TCA. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/auto-evaluations-des-tca/>
102.  La ligne d'écoute TCA change de numéro  [Internet]. 2023 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/501-ligne-tca-nouveau-numero>
103. troubles des conduites alimentaires - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://recherche.ordre.pharmacien.fr/myapps/apps/onp/?query=troubles%20des%20conduites%20alimentaires&constraint=cespharm>

104. Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles des Conduites Alimentaires [Internet]. [cité 25 mars 2024]. Les missions | Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles des Conduites Alimentaires (FNA-TCA). Disponible sur: <https://www.fna-tca.org/les-missions>
105. Je Danse – Association Annasso – TCA [Internet]. [cité 6 janv 2024]. Disponible sur: <https://jedanse-asso.fr/>
106. FFAB - Trouver de l'aide [Internet]. [cité 18 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/20-ffab/joomla/trouver-de-l-aide>
107. Médecin Psychiatre Camille Ringot. Quelques contacts utiles dédiés aux TCA. 2023 mai.
108. Nicolas Da Silva, diététicien et nutritionniste. Les féculents le soir font grossir ? 2024 févr 18.
109. Alizée Perrin et Docteur Camille Ringot. Régimes, jeûne intermittent, summer body ... Sommes nous manipulés ? [Internet]. 2023 août 16 [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://podcasts-francais.fr/podcast/encore-un-pas/regimes-jeune-intermittent-summer-body-sommes-nous>
110. Miles S, Phillipou A, Sumner P, Nedeljkovic M. Cognitive flexibility and the risk of anorexia nervosa: An investigation using self-report and neurocognitive assessments. J Psychiatr Res. 1 juill 2022;151:531-8.
111. Docteur Camille Ringot. Santé mentale, le corps ne fait pas tout ! 2021 sept.
112. Prévenir l'anorexie mentale [Internet]. [cité 27 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/assure/sante/themes/anorexie-mentale/prevention>
113. Docteur Camille Ringot. Comme tous les ans, les formules amigrissantes pullulent après les fêtes ! 2024 janv.
114. Docteur Camille Ringot. Après un été chargé, maintenant on mange léger ? 2021 sept.
115. Citadelle - Citadoc [Internet]. [cité 13 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.citadelle.be//Citadoc/Publications/Articles-medicaux/Troubles-alimentaires-chez-les-adolescents-un-di.aspx>
116. Docteur Camille Ringot. Diabolisation des aliments : un risque non négligeable. 2023 juin.
117. Docteur Camille Ringot. Faim, satiété, sensations alimentaires ... Pourquoi c'est un point clé ? 2021 oct.
118. Docteur Camille Ringot. Le plaisir dans l'alimentation. 2021 oct.
119. Docteur Camille Ringot. Le poids physiologique, c'est quoi et pourquoi c'est important. 2021 août.

120. Docteur Camille Ringot. Les balances, on les balance !! 2023 juill.
121. Docteur Camille Ringot. Il fait chaud et je souffre d'anorexie ou de boulimie. 2023 juin.
122. Docteur Camille Ringot. Ce froid qui glace les os quand on souffre d'anorexie mentale. 2023 déc 3.
123. Ameli. Dénutrition chez la personne âgée et aide à la prescription de compléments nutritionnels oraux [Internet]. 2015 mars [cité 28 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5060/document/denuitration-aide-prescription-cno\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5060/document/denuitration-aide-prescription-cno_assurance-maladie.pdf)
124. Les CNO contre la dénutrition. Fiche patient n°3 - La dénutrition chez le patient atteint d'anorexie mentale [Internet]. [cité 23 déc 2023]. Disponible sur: [https://lescnocontreladenutrition.fr/wp-content/uploads/2023/01/Fiche\\_CNO\\_patient\\_3\\_Anorexique-1.pdf](https://lescnocontreladenutrition.fr/wp-content/uploads/2023/01/Fiche_CNO_patient_3_Anorexique-1.pdf)
125. floizeau. Des pâtisseries avec CNO qui aident à retrouver le plaisir et la santé [Internet]. Les CNO contre la denutrition. 2023 [cité 23 déc 2023]. Disponible sur: <https://lescnocontreladenutrition.fr/des-patisseries-avec-cno-qui-aident-a-retrouver-le-plaisir-et-la-sante/>
126. VIDAL [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Anorexie mentale des adolescents : place du détournement de l'usage de certains médicaments. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/14683-anorexie-mentale-des-adolescents-place-du-detournement-de-l-usage-de-certains-medicaments.html>
127. VIDAL [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Recommandations Constipation de l'adulte. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/constipation-de-l-adulte-2484.html>
128. Boulimie ou Anorexie + Diurétiques: Doublé Perdant! [Internet]. Psychothérapie & Hypnothérapie depuis octobre 1988. 2009 [cité 28 déc 2023]. Disponible sur: <https://duvallesques-psychotherapie-hypnose.fr/2009/05/16/boulimie-ou-anorexie-diuretiques-double-perdant/>
129. Ghazzawi HA, Nimer LS, Haddad AJ, Alhaj OA, Amawi AT, Pandi-Perumal SR, et al. A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of the prevalence of self-reported disordered eating and associated factors among athletes worldwide. *J Eat Disord.* 7 févr 2024;12(1):24.
130. Docteur Camille Ringot. L'hyperactivité pathologique ou l'activité problématique dans les TCA. 2022 août.
131. Docteur Camille Ringot. Quelle prise en charge pour l'activité problématique dans les TCA ? 2022 août.
132. Laurence Kern. L'activité physique dans les TCA. 2023.

133. Promotion de la santé mentale - CTSM [Internet]. 2020 [cité 6 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ctsm78nord.fr/promotion-de-la-sante-mentale/>
134. Chamay-Weber C, Narring F. La prévention des troubles du comportement alimentaire: l'école a-t-elle un rôle à jouer? *Rev Med Suisse*. 7 juin 2006;069:1531-4.
135. Levinson JA, Kinkel-Ram S, Myers B, Hunger JM. A systematic review of weight stigma and disordered eating cognitions and behaviors. *Body Image*. mars 2024;48:101678.
136. Brelet L, Flaudias V, Désert M, Guillaume S, Llorca PM, Boirie Y. Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review. *Nutrients*. 18 août 2021;13(8):2834.

Université de Lille

UFR3S-Pharmacie

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Année Universitaire 2023/2024

**Nom : DHELIN**

**Prénom : Marie**

**Titre de la thèse : Anorexie, boulimie : mieux comprendre pour mieux s'impliquer**

**Mots-clés : Troubles des conduites alimentaires, repérer, dépister, orienter, informer, prise en charge précoce et pluridisciplinaire, santé publique.**

---

**Résumé :**

Les troubles des conduites alimentaires sont des maladies psychiatriques ayant des conséquences physiques et psychiques graves. Trop peu connus, ces troubles touchent pourtant près d'1 million de personnes en France. D'origines multifactorielles complexes, la guérison repose sur une prise en charge précoce et pluridisciplinaire.

La sensibilisation et la prévention de la population générale par des professionnels de santé formés, est un véritable enjeu de santé publique.

---

**Membres du jury :**

**Président :** Monsieur DINE Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille - Praticien hospitalier au CH de Loos – Haubourdin.

**Assesseur :** Monsieur FRIMAT Bruno, Maître de conférences associé en Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille – Pharmacien – Praticien Hospitalier au CH de Lens.

**Membre extérieur :** Monsieur GRZESKIEWICZ Benoît, Docteur en Pharmacie – Pharmacien titulaire, Pharmacie de Babylone, Villeneuve d'Ascq.