

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

**Soutenu publiquement le 20 janvier 2025
Par Mlle COTREZ Perrine**

« Analyse des connaissances actuelles du pharmacien pour une prise en charge de l'anorexie en officine. »

Membres du jury :

Président : Mr Gressier Bernard : Professeur de Pharmacologie (PU-PH) du Département de Pharmacie de Lille (UFR3S), Praticien Hospitalier à l'hôpital d'Armentières

Assesseur(s) : Mme Cuvelier Elodie : Maître de Conférences en Pharmacologie du Département de Pharmacie de Lille (UFR3S), Praticien Hospitalier au CHU de Lille

Membre(s) extérieur(s) : Mme Legrand Camille, Pharmacien titulaire à Hazebrouck, Pharmacie de la haute loge

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie Document transversal	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024 Page 1/11

Université de Lille

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

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
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
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - 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 de l'Administration et du Pilotage
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

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

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 2/11

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	ALIOUAT	Cécile-Marie	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

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 3/11

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 bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
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
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86

 		LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie		Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal			Page 4/11

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
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
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

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 5/11

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BEDART	Corentin	ICPAL	86
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
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

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 6/11

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.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	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

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 7/11

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	87
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

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 8/11

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
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	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
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
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 9/11

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
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	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 10/11

Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

		LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie Document transversal	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024	Page 11/11

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
2.3		15/11/2024	Mise à jour

Faculté de Pharmacie de Lille

3 Rue du Professeur Laguesse - 59000 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.

Analyse des connaissances actuelles du pharmacien pour une prise en charge de l'anorexie en officine.

Figures	3
Tableaux	3
Annexes	3
Glossaire	4
Introduction	5
Partie 1 : L'anorexie mentale : généralités et prise en charge médicale	
I. Généralités	7
A. Définition	7
1. Caractérisation	7
2. Epidémiologie	8
3. Les différents types d'anorexie	9
4. Physiopathologie	10
a) Facteurs protecteurs	11
b) Facteurs de prédisposition	11
c) Facteurs de pérennisation	12
5. Les dysfonctionnements clinico-biologiques de l'anorexie	13
6. Le diagnostic	15
B. Évolutions et complications de l'anorexie	15
1. Troubles hormonaux	16
a) Aménorrhée	16
b) Trouble de la fertilité	17
c) Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)	17
2. Carences vitamino-minérales	18
a) Hypokaliémie	18
b) Carence en calcium et VitD, ostéopénie et ostéoporose	18
c) Troubles cutanés et des phanères	19
3. Érosions localisées	19
4. Plaintes digestives	20
5. Hypothyroïdie	20
6. Troubles biologiques	21
7. Troubles neuropsychiques :	21
a) Difficultés d'attention et de concentration	21
b) Épuisement en lien avec la dénutrition	21
II. Prise en charge médicale de l'anorexie	23
A. Prise en charge médicamenteuse et renutrition	23
1. La renutrition	23

2. Les traitements de supplémentation	24
3. Les traitements symptomatiques	24
B. Prise en charge psychologique	25
Partie 2 : La place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'anorexie mentale	
I. Relationnel avec les patients	27
A. Les attentes des patients	27
B. Difficultés rencontrées dans l'accompagnement	27
II. Rôle de prévention et d'accompagnement	28
A. Connaissances actuelles du pharmacien sur l'anorexie et action dans la prise en charge suite au questionnaire	28
B. Retour d'expérience sur la prise en charge des patients atteints d'anorexie	30
C. Activités du pharmacien d'officine face aux patients anorexiques	32
D. Sensibilisation des pharmaciens et des patients aux TCA	35
E. Conseils au comptoir	35
Conclusion	37
Bibliographie	38

Figures :

Figure 1 : Figure représentant la classification des indices de masse corporelle selon l'organisation mondiale de la santé.	8
Figure 2 : Modèle de développement des troubles du comportement alimentaire (D'après Catherine Chamay-Weber et Françoise Narring)	11
Figure 3 : Cascade de synthèse des oestrogènes (D'après Bertrand Dufils et al)	17
Figure 4 : Orientation des patients atteints de troubles du comportement alimentaire en officine (d'après Bertrand Dufils et al)	31
Figure 5 : Rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage et l'orientation des patients atteints de troubles du comportement alimentaire (D'après Bertrand Dufils et al)	36

Tableaux :

Tableau 1 : Facteurs de prédisposition à l'anorexie selon la HAS	12
Tableau 2 : Résumé des signes évocateurs de l'anorexie (Inicea)	13

Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire de thèse	44
Annexe 2 : Dépliant de thèse	48

Glossaire :

ACT : *Acceptance and commitment therapy* (Thérapie d'acceptation et d'engagement)

AMM : Autorisation de mise sur le marché

BZD : Benzodiazépines

CATTP : Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel

CIM : Classification internationale des maladies

CNO : Complément nutritionnel oral

DMP : Dossier médical partagé

DP : Dossier pharmaceutique

DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual Disorders 5*

EAT : *Eating attitude test*

ECG : Electrocardiogramme

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

FSH : *Follicle stimulating hormone*

GH : *Growth hormone*

HAS : Haute autorité de santé

IGF-1 : *Insulin-like growth factor one*

IMC : Indice de masse corporelle

IRM : Imagerie à résonance magnétique

ISRS : Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine

LH : *Luteinizing hormone*

LH-RH : *Luteinizing hormone releasing hormone*

MBCT : *Mindfulness-Based cognitive therapy*

OMS : Organisation mondiale de la santé

RC : Remédiation cognitive

SCOFF : *Sick, control, one, fat, food*

SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques

SRI : Syndrome de renutrition inappropriée

TCA : Troubles du comportement alimentaire

TCC : Thérapies comportementales et cognitives

T3 : Tri-iodothyronine

T4 : Tétr-iodothyronine

5-HT : 5 Hydroxytryptamine

Introduction

L'alimentation est un besoin inéluctable pour un individu. En effet, tout au long de la vie, elle est indispensable pour la survie et le développement.

L'alimentation d'un individu permet de refléter son hygiène de vie, son état physique ainsi que son état psychique.

Cependant, pour certaines personnes des perturbations peuvent être associées à ce geste quotidien qu'est l'alimentation, un appétit démesuré ou au contraire une privation d'alimentation. (1)

L'anorexie mentale est considérée comme un trouble du comportement alimentaire (TCA). Ces troubles sont caractérisés par des comportements alimentaires différents de ceux habituellement adoptés par les personnes vivant dans le même environnement. (1)

Les patients anorexiques présentent une perturbation de leur représentation alimentaire durant plusieurs mois. Cette restriction alimentaire a des conséquences telles qu'une perte de poids importante, une perte de la satisfaction de manger et une obsession de la balance et de l'image corporelle. Leur plus grande peur étant de grossir, ils cherchent donc constamment à perdre du poids. (1)

Cette perte de poids peut être obtenue en pratiquant une restriction alimentaire excessive, pouvant être associée à une pratique d'une activité sportive démesurée qui va générer une grande satisfaction, parfois on y associe des vomissements provoqués, ainsi qu'un usage détourné de certains médicaments, tels que des laxatifs.

La personne a une perception perturbée de l'image de son corps et ne reconnaît pas la gravité de sa maigreur. (1) Cependant l'anorexie mentale a des conséquences psychologiques et somatiques pouvant être dramatiques voire létales, qui ne sont reconnues par les patients atteints d'anorexie mentale. Leur obsession est telle que l'explication de ces conséquences par un professionnel de santé est difficile à entendre. (2)

La prise en charge de ces patients doit donc être la plus précoce possible afin de minimiser les conséquences somatiques et sociales en lien avec cette pathologie. Connu pour être un soignant de premier recours et de proximité, le pharmacien d'officine peut avoir une place importante dans la prise en charge des TCA. C'est un professionnel de santé accessible sans rendez-vous, qui peut facilement engager le

dialogue avec un patient ou son étayage (amical, familial), que ce soit au moment du diagnostic ou au cours de la prise en charge.

De plus, le pharmacien peut repérer précocement la pathologie et aider à prévenir l'évolution vers une forme chronique et l'apparition de complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales.

Ainsi, après avoir défini cette pathologie et sa prise en charge, l'objectif de ce travail a été d'analyser les connaissances actuelles des pharmaciens d'officine sur ce sujet et de réaliser un dépliant informatif pour les patients.

PARTIE 1 : L'ANOREXIE MENTALE : GÉNÉRALITÉS ET PRISE EN CHARGE MÉDICALE

I. Généralités

A. Définition

1. Caractérisation

Comme évoqué précédemment, l'anorexie est une pathologie appartenant aux troubles du comportement alimentaire. Ce désordre est d'origine psychique et comprend un trouble important de la perception de l'image du corps. (2)

Plus précisément, la Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française, considère que 3 conditions sont requises pour qualifier une conduite alimentaire pathologique (3) :

- Elle diffère de façon importante sur le plan qualitatif ou quantitatif de la conduite habituelle des individus vivant dans le même environnement nutritionnel, social et culturel.
- Elle entraîne des conséquences néfastes sur la santé physique ou psychologique.
- Elle témoigne d'une difficulté existentielle, d'une souffrance psychologique ou d'une lésion du système biologique qui contrôle la prise alimentaire.

D'autre part, la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) a défini l'anorexie mentale selon 4 critères (4) :

- Un amaigrissement de plus de 15% du poids initial et/ou un index de masse corporelle (IMC) inférieur à 17,5 kg/m².
- Une anorexie, une "perte de l'appétit", fréquemment associée à d'autres manifestations qui ont toutes pour but de perdre du poids (telles que des vomissements provoqués, une hyperactivité physique, et un mésusage médicamenteux).
- Une aménorrhée, c'est-à-dire une disparition (ou non-apparition pour les patientes prépubères) de règles.
- Une perturbation de l'image corporelle ou une dysmorphophobie.

En parallèle, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est un indice validé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour évaluer la corpulence d'un individu. En fonction du score obtenu, celui-ci permet de déterminer le niveau de maigreur des patients (figure 1) (5). Il sera l'indice de référence tout au long du suivi. Un patient est identifié maigre lorsque l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m² et en dénutrition s'il est inférieur à 16,5 kg/m².

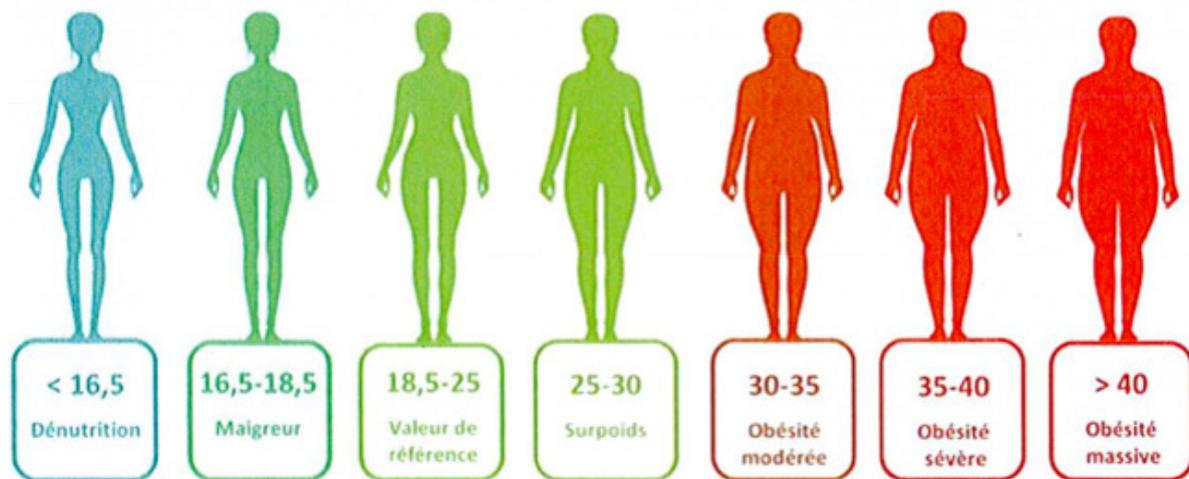


Figure 1 : Figure représentant la classification des indices de masse corporelle selon l'organisation mondiale de la santé.

2. Epidémiologie

L'anorexie n'est pas une maladie rare : elle impacte 5 personnes pour 100 000 habitants en France, et 1 à 8 cas pour 100 000 personnes aux États-Unis.

Cette pathologie survient le plus souvent à l'âge de 14 à 17 ans. Une étude épidémiologique française menée auprès d'adolescents dans leur 18^e

année en 2008 indique que l'anorexie mentale a concerné 0,5% de ces jeunes filles et 0,03% des garçons âgés de 12 à 17 ans. (6)

Cependant une anorexie peut aussi parfois survenir aux âges extrêmes de la vie.

De plus, la prévalence est importante chez les femmes françaises, avec un sexe ratio de 8 femmes pour 1 homme. (7)

En moyenne, la durée de la maladie est de 7 ans, où $\frac{2}{3}$ des sujets guérissent après 5 ans. Pour le tiers restant : on parle d'anorexie mentale chronique.

A terme, presque 50% des personnes soignées pour une anorexie mentale à

l'adolescence guérissent, 33% est amélioré, 21% souffrent de troubles chroniques puis 5 à 6% décèdent. (6)

3. Les différents types d'anorexie

Il existe 5 différents types d'anorexie.

Tout d'abord, le type restrictif est une anorexie restrictive (*restricting type*). Les patients vont s'astreindre à une restriction alimentaire drastique, une diminution de leurs apports énergétiques par rapport à leurs besoins, tant en terme quantitatif que qualitatif. De plus, dans la plupart des cas, ces patients vont accompagner cette restriction d'une pratique sportive excessive. Ce type d'anorexie n'est pas associé à des épisodes réguliers de crise de boulimie, des vomissements provoqués ou à l'utilisation de purgatifs. (8) La perte de poids est donc exclusivement due à un régime drastique et/ou à une activité physique intense.

En second, l'anorexie mentale type boulimique. Le patient va effectuer tout comme précédemment une restriction excessive de son alimentation mais accompagnée de crises de boulimie qui constitueront l'essentiel de ses apports alimentaires. La boulimie est caractérisée par des prises compulsives de quantités importantes de nourriture, celles-ci étant compensées par des périodes de jeûne, ou encore un exercice physique excessif. Le sujet n'aura pas recours aux vomissements ou à la prise de laxatif. (8) La perte de poids est donc ici due à un régime drastique, ponctué de crises de boulimie compensées par une activité physique intense.

Ensuite, l'anorexie mentale de type boulimique avec prise de purgatifs. Ici les patients vont compenser leur prise incontrôlée d'aliments par une prise de purgatifs (laxatifs, lavements) sans vomissement. Cependant, ces laxatifs peuvent avoir des conséquences métaboliques sur les sujets qui s'ajouteront aux conséquences de l'anorexie. (8) La perte de poids est ici due à un régime drastique, ponctué de crises de boulimie compensées par une prise de laxatifs et/ou une activité physique intense.

Aussi, il existe l'anorexie mentale de type boulimique avec vomissements. Le patient présente également une prise incontrôlée d'aliments associée à des vomissements. Ces vomissements provoqués peuvent devenir spontanés en cas de répétition. (8) La perte de poids est ici due à un régime drastique, ponctué de crises de boulimie compensées par des vomissements et/ou une activité physique intense.

Et enfin, l'anorexie mentale de type boulimique avec prise de purgatifs et vomissements. D'où ici un risque très élevé d'hypokaliémie provoquée par les vomissements et la prise de purgatifs. (8) La perte de poids est ici due à un régime drastique, ponctué de crises de boulimie compensées par des vomissements, une prise de laxatifs et/ou une activité physique intense.

4. Physiopathologie

Dans l'anorexie, il existe des dérèglements biologiques, avec des taux d'hormones gonadiques bas, des taux légèrement diminués de thyroxine (T4) et de triiodothyronine (T3) ainsi qu'une augmentation de la sécrétion de cortisol. On constate également très souvent une aménorrhée, une déshydratation et une alcalose métabolique. (2)

Des dysfonctions cérébrales de la sérotonine ont été démontrées. Le circuit de la récompense pouvant être perturbé et la restriction d'apport alimentaire chez le patient anorexique peut devenir source de plaisir.

Plusieurs facteurs peuvent agir sur ces troubles. Premièrement les stéroïdes gonadiques féminins qui peuvent exacerber la dérégulation de la sérotonine ainsi que le stress et la pression socio-culturelle qui augmentent le risque de comportements anxieux et obsessionnels. (9)

De plus, des dysfonctionnements cardiaques peuvent être observés (tel qu'un prolapsus des cavités cardiaques, un débit cardiaque diminué et un allongement de l'intervalle QT).

A un certain stade, tous les organes vitaux peuvent se mettre à dysfonctionner (2).

L'anorexie mentale est une pathologie multifactorielle : elle dépend de facteurs génétiques et psychologiques, mais également de facteurs environnementaux, familiaux et socioculturels. Parmi ces facteurs, on retrouve des facteurs protecteurs, des facteurs de prédisposition et des facteurs de pérennisation décrits dans cette partie.

a) Facteurs protecteurs

Selon une étude réalisée en 1998 sur des enfants entre 9 et 12 ans scolarisés dans le Minnesota, les facteurs protecteurs de l'anorexie seraient une estime de soi positive, un bien-être émotionnel, une réussite scolaire et de bonnes relations intrafamiliales. (10)

b) Facteurs de prédisposition

Il existe plusieurs facteurs de prédisposition à l'anorexie mentale regroupés dans la figure 2 (11). Sont notés par exemple une faible estime de soi, un état psychologique perturbé, une susceptibilité génétique, une puberté précoce, des facteurs environnementaux et socio-culturels. Ces facteurs peuvent conduire à une préoccupation excessive du poids et du régime alimentaire, menant aux TCA.

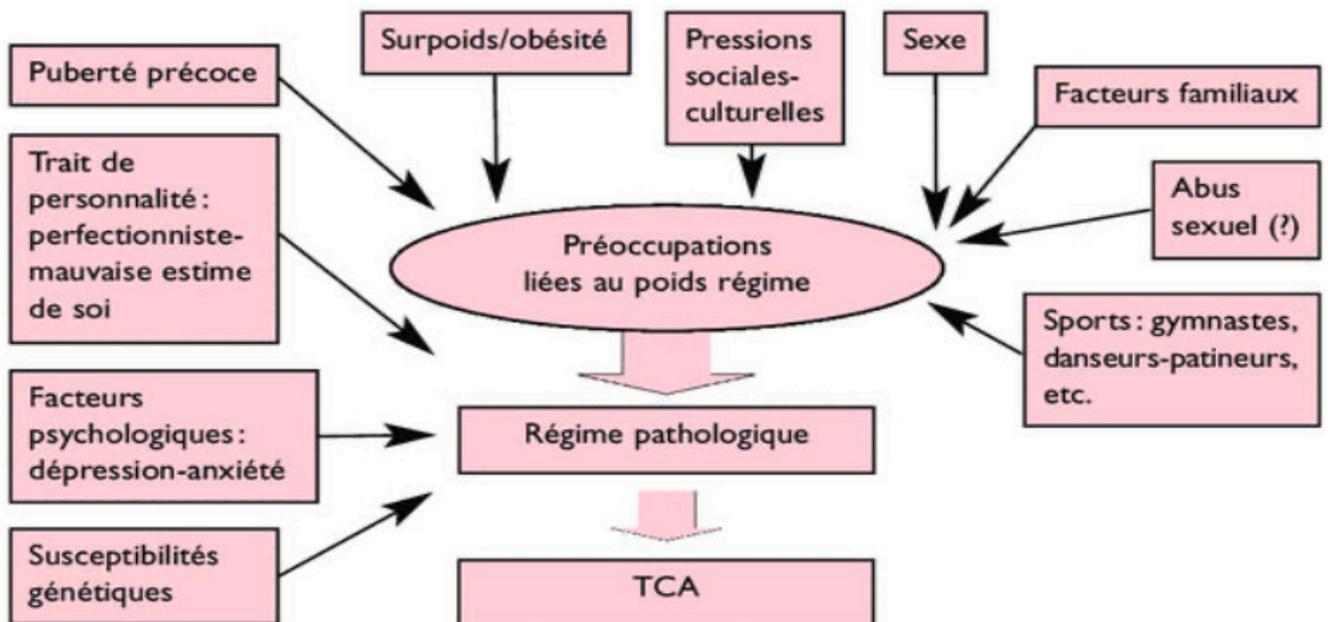


Figure 2 : Modèle de développement des troubles du comportement alimentaire
(D'après Catherine Chamay-Weber et Françoise Narring)

Une étude portant sur les antécédents familiaux dans l'anorexie mentale a été menée à l'Institut Mutualiste Montsouris sur 58 patientes féminines hospitalisées entre 1996 et 1998. Elle met en lumière une forte présence de TCA chez les mères et la fratrie des patientes ainsi que des troubles dépressifs fréquemment retrouvés chez les mères. (12)

De plus, la haute autorité de santé (HAS) indique que certains traits et profils de personnalité, certaines variations génétiques et anomalies biologiques ou encore certains antécédents peuvent être des facteurs de prédisposition favorisant la survenue de la pathologie (tableau 1) (13).

Tableau 1 : Facteurs de prédisposition à l'anorexie selon la HAS

Profils :	<ul style="list-style-type: none"> - Le sexe féminin - L'âge, notamment la période post-pubère et les âges extrêmes - Un IMC inférieur à 18,5 ou supérieur à 25 kg/m² - Les sportifs - Les patients atteints de pathologies chroniques entraînant un régime (ex : diabète de type 1, hypercholestérolémie familiale, ...)
Trait de tempérament :	<ul style="list-style-type: none"> - Perfectionnisme - Faible estime de soi - Personne anxieuse ou dépressive - Préoccupation excessive de son image - Tendance addictive - Sentiment de persécution - Conduites suicidaires
Variations génétiques :	Des mutations sur 8 gènes sont déjà associées par exemple aux troubles obsessionnels compulsifs (qui se définissent par des comportements répétitifs et irraisonnés). Cependant à ce jour, aucun gène n'est directement associé à l'anorexie mentale.
Anomalies biologiques :	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperfonctionnement du système sérotoninergique - Anomalie du circuit dopaminergique
Antécédents :	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du sommeil - Maltraitance - Traumatisme psychologique dans l'enfance

c) Facteurs de pérennisation

Selon l'Inserm, il existe également des facteurs de pérennisation qui mènent la pathologie vers la chronicité. En effet, le corps semble s'adapter à la restriction alimentaire et on constate une modification des systèmes de régulation de l'appétit, du métabolisme et de l'humeur. Le système de récompense est ainsi perturbé chez la plupart de ces patients.

En effet, pour ces patients, la prise d'aliments appétissants ne provoque pas de libération d'endorphines, contrairement au jeûne et à la pratique d'activité physique excessive. (10)

De plus, d'après une étude menée sur 26 femmes anorexiques, 25 femmes boulimiques et 26 femmes sans trouble alimentaire, les connexions neuronales au niveau de l'hypothalamus seraient inversées. En effet, la sensation de faim serait régie par l'hypothalamus. Or sur les clichés des IRM des femmes atteintes de TCA, on observe des altérations de la matière blanche chargée qui normalement transporte les informations jusqu'à l'hypothalamus (14). Aussi, l'hypothalamus serait lui-même dérégulé, il enverrait par ses propres moyens des signaux de faim au lieu de les recevoir. Le circuit étant détourné, les signaux se perdent et la sensation de faim est perturbée.

5. Les dysfonctionnements clinico-biologiques de l'anorexie

Différents signes clinico-biologiques peuvent faire évoquer une anorexie mentale. Ces signes peuvent être psychiques, physiques ou encore métaboliques, et sont regroupés dans le tableau 2. (7)

Tableau 2 : Résumé des signes évocateurs de l'anorexie (Inicea)

Dysfonctions cérébrales	Déni de la maladie Image corporelle altérée Peur de prendre du poids Troubles cognitifs Dépression, anxiété Besoin de contrôle
Dysfonctions digestives	Constipation Douleurs abdominales Hypertrophie des glandes salivaires
Dysfonctions sanguines	Anémie Thrombopénie Lymphopénie
Dysfonctions musculaires	Hypotonie musculaire Fonte musculaire
Dysfonctions du système ostéo-articulaire	Ostéopénie/ostéoporose Risques de fractures spontanées
Troubles capillaires	Cheveux cassants, avec chute de

	cheveux
Dysfonctions du système cardiovasculaire	Hypotension artérielle Bradycardie Palpitations Troubles du rythme
Troubles cutanés	Lanugo Jaunissement Ecchymoses fréquentes
Dysfonctions rénales	Calculs rénaux Insuffisance rénale Pyélonéphrite
Dysfonctions sexuelles	Aménorrhée Baisse de libido

L'étayage du patient peut s'inquiéter de leur perte de poids alors que les patients se considèrent avec un embonpoint sans constatation de leur perte de poids.

De plus, la nourriture et la perte de poids deviennent une obsession. Leurs conversations sont centrées sur le sujet ainsi que leurs activités. En effet, il est fréquent de les retrouver en cuisine pour préparer des gâteaux pour leur entourage. Ils se soucient de l'alimentation et du plaisir des autres tout en se privant (constat d'un changement des habitudes alimentaires). (2)

En plus de la privation, les patients anorexiques sont souvent hyperactifs et pratiquent le sport à outrance afin de perdre le plus de poids possible.

Aussi, la gestion de leur alimentation leur donne la sensation d'avoir le contrôle. Et plus généralement ce sont des personnes qui ont besoin de tout contrôler, tout planifier et le contraire entraîne des situations d'extrême anxiété.

La personne anorexique a également un rapport à soi difficile : ce sont souvent des personnes qui manquent de confiance en elles, qui se dévalorisent, qui ont une faible estime de soi et une mauvaise image de leur corps.

Il arrive parfois que ces patients s'automutilent voire se suicident suite à ce mal être. (7)

Ce sont également des personnes perfectionnistes, ils ont une grande exigence envers eux-mêmes, ils sont actifs en permanence, visent la réussite scolaire et ont un besoin de maintenir l'ordre (notamment le ménage et le rangement). (7)

Et enfin, on peut constater au fil du temps, un abandon des loisirs et une perte de la vie sociale, notamment dans leur milieu scolaire. (7)

Parmi ces signes, certains sont visibles et peuvent nous interpeller en officine afin de repérer les patients atteints d'anorexie, tels qu'un patient ayant perdu du poids, pouvant être traité par anxiolytique voire antidépresseur, un patient ayant régulièrement des entorses voire des fractures et un entourage inquiet.

Le pharmacien peut repérer certains de ces signes au comptoir et ainsi contribuer au diagnostic précoce de la pathologie. Plus tard, il pourra également repérer certaines complications ou leurs traitements associés.

6. Le diagnostic

Le diagnostic de l'anorexie mentale repose sur différents critères issus des classifications internationales (Classification internationale des Maladies établie par l'OMS et le DSM5, *Diagnostic and Statistical Manual Disorders*).

Le premier critère est un critère alimentaire. Comme présenté précédemment, le patient anorexique s'astreint à certaines restrictions, à des évictions alimentaires, il peut refuser de s'alimenter, ou encore subir des phases boulimiques.

En second, il y a un critère de poids : comme présenté en figure 1, une personne est définie maigre si son IMC est inférieur à $17,5 \text{ kg/m}^2$.

Ensuite il y a un critère de perception de soi : le patient refuse de reconnaître sa maigreur, il a une perception déformée de son corps, a besoin d'avoir un sentiment de contrôle sur son corps et a une hantise de grossir.

L'aménorrhée (l'absence de règles) depuis plus de 3 mois est un indicateur clinique qui ne fait plus partie des critères de diagnostic du DSM5. La prise de contraceptif oestro-progestatif pouvant donner aux patientes des hémorragies de privation masquant l'aménorrhée, on ne peut plus se baser sur ce critère. (6)

B. Évolutions et complications de l'anorexie

Les complications de l'anorexie dépendent de l'historique de la maladie (durée et âge de début de la maladie) et sont influencées par des facteurs psychologiques et l'intensité des symptômes.

1. Troubles hormonaux

a) Aménorrhée

L'aménorrhée, ou l'absence de menstruation chez une femme en âge de procréer, est un des symptômes courants de l'anorexie mentale, mais ne peut être un critère de diagnostic.

Cette aménorrhée est fonctionnelle d'origine hypothalamique, due à une baisse des apports lipidiques d'origine alimentaire. En effet, les hormones hypothalamiques sont synthétisées à base de protéines.

On a donc une diminution de la production des œstrogènes et de la progestérone causée par une carence en acides gras exogènes et en acides aminés. En effet, il y a un déficit de leptine synthétisée à partir de ces acides gras alimentaires qui sont amoindris. Ce déficit en leptine limite la synthèse de LH-RH par l'hypothalamus, et de FSH et LH par l'hypophyse, ces hormones étant nécessaires à la production d'œstrogènes par les ovaires. (7)

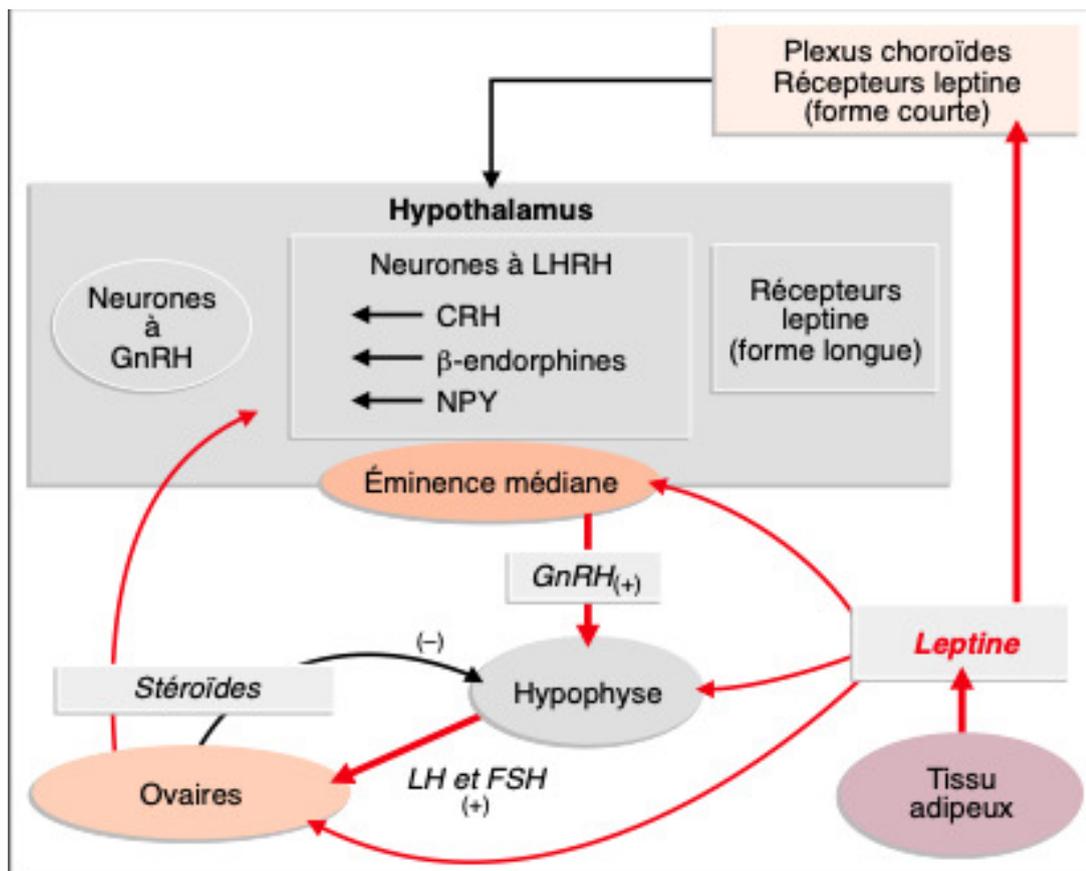


Figure 3 : Cascade de synthèse des oestrogènes (D'après Bertrand Dufils et al)

b) Trouble de la fertilité

Comme dit précédemment, l'anorexie peut mener dans un grand nombre de cas à une aménorrhée ou absence de menstruations. Cependant une absence de règle ne signifie pas forcément infertilité.

Par exemple, dans une étude de 2010 sur 62000 femmes enceintes, 63 souffraient d'une anorexie, la moitié de ces femmes ne s'attendaient pas à être enceinte (contre 19% chez les femmes non atteintes d'anorexie). Parmi ces 63 femmes, 24% ont demandé l'avortement contre 14% chez les femmes sans TCA. (15)

De plus, les vomissements répétés souvent associés dans l'anorexie, peuvent rendre la prise de contraceptifs oraux inefficace. Il faudra donc être vigilant chez les femmes en âge de procréer.

Selon l'association « Anorexie et boulimie du Québec », un IMC < à 18,5 kg/m² est généralement considéré comme un facteur de risque pour les problèmes de fertilité (16).

c) Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)

Le syndrome des ovaires polykystiques, aussi appelé syndrome de Stein-Levanthal, est une maladie causée par un dérèglement hormonal qui pourrait provenir des ovaires et/ou du cerveau. Les conséquences sont une inhibition de l'ovulation ainsi qu'une élévation anormale de la sécrétion d'androgènes.

Les complications de cette pathologie sont des troubles de l'ovulation, une hyperandrogénie (ayant pour conséquence une hyperpilosité, de l'acné, une alopecie). A plus long terme, le SOPK peut entraîner un syndrome métabolique, en favorisant le développement d'une adiposité, notamment abdominale, ainsi qu'une insulino-résistance.

De plus, des études récentes ont révélé qu'il existe un lien entre la présence d'un SOPK et la présence d'un syndrome anxio-dépressif (17).

A ce jour, aucune étude n'a démontré de lien entre la survenue de l'anorexie mentale et le SOPK. Néanmoins, selon une étude de 2017, les femmes atteintes de SOPK représentent quatre fois plus de risque de développer des TCA. (18)

2. Carences vitamino-minérales

a) Hypokaliémie

En 2004, une étude a décrit une hypokaliémie (<3,5mmol/L) chez 12% des patients anorexiques aux Etats-Unis.

L'hypokaliémie peut être multifactorielle, dont plusieurs peuvent être observées en cas de TCA : un déficit d'apport au sein de l'alimentation, les vomissements provoqués ou encore la prise de laxatifs ou de lavements (19).

Cette hypokaliémie peut mener à un allongement du QT et à une bradycardie, responsable d'un trouble du rythme et d'une mort subite.

b) Carence en calcium et Vitamine D, ostéopénie et ostéoporose

L'anorexie mentale est souvent observée lors de l'adolescence. Or cette période est une période d'accroissement rapide du squelette et de la densité osseuse. Cette croissance résulte de l'action des hormones sexuelles ainsi que de l'hormone de croissance.

L'hormone de croissance stimule directement la croissance tissulaire et indirectement par l'effecteur *Insulin-like growth factor one* (IGF-1).

Les complications dues à la dénutrition de l'anorexie peuvent être un arrêt de cette croissance osseuse ainsi qu'une ostéopénie décelée par ostéodensitométrie.

Le risque d'ostéopénie est corrélé à la durée de l'anorexie mentale et à la perte de poids du patient. Il est ainsi essentiel de surveiller le patient anorexique par une ostéodensitométrie annuelle. (20)

Selon une étude de 2000, les adolescentes présentent principalement une diminution du remodelage osseux (c'est-à-dire de la formation et de la résorption osseuse) alors que les femmes adultes atteintes de TCA présentent principalement une augmentation de la résorption osseuse.

Le risque de fracture est donc augmenté par 3 chez les femmes avec un antécédent d'anorexie.

Un article de 2014 met en évidence également un risque d'ostéopénie chez les hommes. (21)

c) Troubles cutanés et des phanères

Le Pr Misery a mis en évidence des signes cutanéomuqueux chez les patients anorexiques. Ces dermatoses sont essentiellement d'origine carencielle :

- Une carence en fer peut entraîner une pâleur, une glossite et une sécheresse cutanée,
- Une carence en zinc peut entraîner un tableau d'acrodermite entéropathique type eczéma craquelé, dermite croûteuse des plis et péri-orificielle,
- Une carence en vitamine B12 peut entraîner une glossite, une neuropathie, ou encore une anémie macrocytaire,
- Une carence en vitamine PP (B3) peut entraîner un tableau de type pellagroïde (sécheresse cutanée, eczéma photodistribué, craquelé, glossite)
- Une carence en vitamine C peut entraîner un tableau de type scorbut avec des purpura ecchymotiques, des kératoses folliculaires, et un déchaussement dentaire. (22)

Ainsi, la réalisation d'un dosage ferrique et un bilan sanguin vitaminique sont essentiels à la prise en charge du patient anorexique, afin de pallier d'éventuelles carences et leurs conséquences cutanéomuqueuses.

3. Érosions localisées

Les vomissements entraînent un déséquilibre du pH buccal favorisant l'apparition de caries, voire d'abcès dentaire avec un risque d'infection et de nécrose.

Selon Armelle Cassanas, les TCA favoriseraient les parodontopathies (inflammation du milieu buccal et maladies parodontales dues aux carences alimentaires et à l'acidité du milieu), des érythèmes et des chéilites (fissures, rougeurs, irritations, gonflements) ainsi que la parotidomégalie (tuméfaction unilatérale inflammatoire de la glande parotide) (23).

4. Plaintes digestives

Les personnes atteintes d'anorexie sont souvent sujettes aux douleurs digestives. Ces douleurs peuvent être localisées tout au long du tube digestif : des

régurgitations, aux troubles de la vidange gastrique, au météorisme intestinal jusqu'à la constipation.

L'origine de ces troubles est peu connue, la diminution des quantités ingérées peut être une explication. En revanche, leur recherche doit être systématique et leur prise en charge est essentielle à la réalimentation des patients (24).

Une étude de 2005 a relevé les troubles du métabolisme développés parmi 101 patients présentant un TCA (anorexie ou boulimie). Les troubles les plus fréquemment décrits sont le syndrome de l'intestin irritable (52% des patients) et le pyrosis (51% des patients). Également sont décrits un météorisme abdominal (31% des patients), une constipation (24% des patients), une dysphagie fonctionnelle (23% des patients) ou encore des troubles anorectaux (22% des patients). En revanche, cette étude ne distingue pas la prévalence entre les patients anorexiques et les patients boulimiques.

Un article publié en 2007 au CHU de Rouen, mené sur 254 patients atteints d'anorexie mentale, a mis en évidence une prévalence de 43% de la constipation et de 28% des troubles dyspeptiques (24).

5. Hypothyroïdie

On peut observer chez certains patients anorexiques une baisse de la sécrétion de la thyrostimuline ou thyrotrophine ou TSH (celle-ci restant en général dans les normes, mais étant diminuée). Cette hormone hypophysaire stimule et régule la sécrétion des hormones thyroïdiennes T3 et T4.

Cette baisse observée lors des phases restrictives de l'anorexie peut provoquer secondairement une hypothyroïdie fonctionnelle d'origine centrale évaluée par la diminution de la T3 libre.

Cette hypothyroïdie fonctionnelle a des conséquences : on peut constater une diminution de la température corporelle, des troubles cutané-muqueux, une constipation, une hypercholestérolémie, un syndrome dépressif, des pertes de mémoire ou encore une fatigue excessive.

Cependant cette hypothyroïdie ne nécessite, en général, pas de traitement. Celle-ci étant adaptative, la TSH et la T3 vont se normaliser avec la prise de poids du patient (25).

6. Troubles biologiques

Dans l'anorexie, les dérèglements biologiques nécessitent une surveillance biologique.

En effet, l'anorexie peut se compliquer d'une hypoplasie médullaire, d'une perturbation du ionogramme sanguin car des perturbations peuvent survenir suite à la potomanie, aux vomissements provoqués ou encore à la prise de laxatifs. Aussi, les insuffisances rénales sont fréquentes chez les patients anorexiques, on surveillera donc l'urémie et la créatininémie. La magnésémie, la phosphorémie et la kaliémie peuvent devenir anormales ce qui favorise les troubles du rythme cardiaque : il est nécessaire de les surveiller.

En plus des complications du bilan biologique, des défaillances viscérales peuvent également survenir au cours de la maladie. On retrouvera par exemple une insuffisance hépatique avec troubles de l'hémostase, une pancréatite aiguë et une diminution de la masse musculaire cardiaque. (26)

7. Troubles neuropsychiques :

a) Difficultés d'attention et de concentration

Il est fréquent d'observer chez les patients anorexiques des troubles cognitifs. En effet, privé de micronutriments, le cerveau fonctionne plus lentement et ses capacités d'attention et de concentration s'en trouvent diminuées. Les patients ont des difficultés à mémoriser, à être attentifs et concentrés (27).

b) Épuisement en lien avec la dénutrition

Une personne privée de nourriture manque d'énergie et devrait donc économiser ses forces. Or une personne anorexique est bien souvent une personne hyperactive, afin de brûler rapidement des calories. La combinaison entre une privation d'apport et un excès de dépense mène le corps à un épuisement des ressources.

Une étude de 2022 démontre que la restriction alimentaire et l'hyperactivité pratiquées par les patients atteints d'anorexie conduisent à un dysfonctionnement de la mémoire dû à une altération de la synapse glutamatergique dans le cortex préfrontal. L'équipe de Mottarlini en 2020 suggère que des dysfonctionnements de l'homéostasie du glutamate seraient à l'origine d'une altération du circuit de la récompense alimentaire contribuant au phénotype anorexique. (28)

A l'issue de cette première partie, on constate de nombreuses évolutions et conséquences possibles de l'anorexie et la grande nécessité de les repérer pour prendre en charge le plus vite possible afin de limiter ces désagréments et l'entrée dans la chronicité.

En résumé, le pharmacien occupe une place clé dans le repérage précoce des patients et leur bonne orientation afin de limiter les complications possibles de l'anorexie telles que des troubles hormonaux, des carences vitamino-minérales, des érosions localisées, une hypothyroïdie, des troubles du métabolisme ou encore des troubles psychiques.

Une fois les patients repérés, il est important de connaître la conduite à tenir et de savoir comment les prendre en charge.

II. Prise en charge médicale de l'anorexie

A. Prise en charge médicamenteuse et renutrition

L'anorexie mentale est une pathologie multifactorielle, et s'accompagne souvent de troubles psychologiques et somatiques. Les traitements utilisés dans cette maladie ont donc pour but de corriger les anomalies biologiques de l'anorexie, de corriger les troubles psychologiques et d'aider à la renutrition. (29)

1. La renutrition

La renutrition a deux objectifs essentiels : restaurer un état nutritionnel pour la protection du pronostic vital et permettre une approche comportementale vis-à-vis de l'alimentation plus saine pour le patient.

Cette prise en charge repose sur deux versants.

Tout d'abord les traitements nutritionnels lorsque les patients ont un IMC inférieur à 13kg/m² accompagné de perturbations biologiques (hypokaliémie, hypophosphorémie) ou des signes cliniques de dénutrition (tels qu'une perte de poids importante, une peau sèche, des oedèmes). Ils doivent alors être pris en charge par des praticiens spécialisés en milieu médical.

D'autre part, les traitements diététiques, les patients sont pris en charge dans un service spécialisé pour créer un programme de diversification alimentaire avec réintroduction progressive d'aliments jusqu'alors évités afin de retrouver une alimentation complètement diversifiée.

Corinne Clanchet-Collet et Marie Rose Moro décrivent deux types de renutrition : Le sauvetage nutritionnel et la renutrition programmée.

- Le sauvetage nutritionnel se déroule en milieu hospitalier, en situation d'urgence face à une intolérance à la dénutrition. Il consiste en général en une renutrition par voie entérale, nocturne d'appoint ou continue exclusive. On utilise alors une sonde naso-gastrique de petit calibre. La renutrition est alors effectuée par paliers tous les 2 à 3 jours, en parallèle une alimentation orale et progressivement remise en place.
- La renutrition programmée se déroule en milieu hospitalier spécialisé où les repas sont considérés comme des temps de soins. Les patients prendront alors 3 repas principaux plus ou moins 2 collations par jour dans une salle appelée "salle à manger thérapeutique". (30)

Cependant, la renutrition d'un patient atteint d'anorexie n'est pas sans risque : un risque de syndrome de renutrition inappropriée (SRI) peut survenir. Ce syndrome correspond à l'ensemble des manifestations néfastes cliniques et biologiques observées à la renutrition, qu'elle soit entérale, parentérale ou même orale. (31) Une revue systématique de la littérature anglaise entre octobre 2008 et mars 2021 indique que les principaux signes cliniques du SRI étaient cardiaques, digestifs et

neurologiques et les principales anomalies biologiques étaient l'hypophosphorémie, l'hypokaliémie, l'hypoglycémie ainsi que l'hypertransaminasémie. (32)

La gravité potentielle de ce syndrome impose sa prévention. Les soignants doivent donc identifier les patients à risque de SRI et effectuer une surveillance clinico-biologique chez ces patients. Il est donc nécessaire de prévenir le potentiel déséquilibre hydroélectrolytique et vitaminique en palliant aux carences de l'organisme. (33)

2. Les traitements de supplémentation

Outre la renutrition, des traitements visant à supplémer les carences provoquées par l'anorexie (apport en oligoéléments, en vitamines, en minéraux) peuvent être prescrits. (29)

Un exemple de traitement palliant aux carences provoquées par les vomissements ou la prise récurrente de laxatifs est la prise en charge de l'hypokaliémie.

Une hypokaliémie mineure, supérieure à 3 mmol/L sans signes à l'ECG, est complémentée par un apport per os de potassium en trois doses journalières.

Une hypokaliémie modérée, entre 2,5 et 3 mmol/L sans signes à l'ECG, nécessite une surveillance cardiaque et une prise de chlorure de potassium par perfusion, associée à une ampoule de chlorure de magnésium.

Une hypokaliémie sévère, inférieure à 2,5 mmol/L et/ou avec des signes à l'ECG nécessite le même traitement que pour une hypokaliémie modérée en service de réanimation ou en unité de soins continus. (31)

3. Les traitements symptomatiques

Comme vu précédemment, l'anorexie est étroitement liée à des troubles digestifs, notamment la constipation. Ainsi des traitements symptomatiques sont nécessaires.

En effet, un patient atteint d'anorexie aura tendance à mésuser des laxatifs afin de perdre du poids. Cependant ces patients dénutris ont une tendance à la constipation du fait de l'atteinte musculaire du côlon. La constipation doit donc être traitée mais avec précaution étant donné l'usage déjà excessif des laxatifs par ces patients.

Lorsque la constipation est avérée, les laxatifs de type osmotiques tel que le Forlax seront privilégiés. Ceux-ci vont ramollir les selles en attirant l'eau dans l'intestin.

Les patients doivent comprendre que les lavements ne sont utiles que lorsqu'il y a un problème d'évacuation des selles, une constipation obstructive basse. (34)

Aussi, chez certains patients, une prise en charge de l'anxiété voire de la dépression sera nécessaire. Interviennent alors les anxiolytiques et/ou les antidépresseurs. Cependant, ils sont à utiliser avec précaution. Si la prise de ces traitements est nécessaire, on recherche toujours la dose minimale efficace.

Par exemple, les benzodiazépines (BZD) sont très couramment utilisées pour pallier à l'anxiété. Pourtant chez un patient anorexique, ce ne sera pas un traitement de

premier choix, le risque d'accoutumance étant trop élevé. On préférera par exemple la buspirone qui est un anxiolytique non benzodiazépinique et qui est dépourvu d'activité hypnotique, anticonvulsivante et myorelaxante. Cependant au vu de son délai d'action, il ne pourra pas être utilisé dans toutes les situations.

Concernant les antidépresseurs, aucun n'a encore prouvé son efficacité dans le cadre de l'anorexie. (35)

Cependant la fluoxétine possède une AMM chez l'enfant et est dépourvue de l'effet indésirable de la plupart des antidépresseurs qu'est la prise de poids, cependant cet aspect anorexigène est plus intéressant dans les TCA de type boulimie.

L'anorexie est régulièrement associée à des troubles du sommeil, des antidépresseurs tels que la miansérine peuvent être utilisés pour leur effet hypnotique. Cependant, un des principaux effets indésirables de cette molécule est la prise de poids.

Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge à appliquer, celle-ci étant dépendante des troubles du patient, de son âge, de son poids, et de ses besoins (Mayer et coll. 1998). (36)

Les antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) ayant une bonne tolérance et étant souvent recommandés en première intention dans la prise en charge des épisodes dépressifs, ils seront couramment retrouvés dans le traitement de la dépression chez le patient anorexique. (37)

B. Prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique est nécessaire. En effet, la prise de poids peut être difficile pour les patients, notamment pour ceux souffrant de dysmorphophobie. De plus, la prise de poids peut s'accompagner de changements physiologiques tels que l'apparition ou la réapparition des règles pour les filles et la reprise de la puberté. (30)

Lors d'une prise en charge de l'anorexie en centre spécialisé, le patient peut également bénéficier d'une thérapie cognitive comportementale ou TCC, qui est une psychothérapie brève et structurée. Elle consiste à entériner les distorsions cognitives du patient, telles que l'absence de conscience du trouble, la perturbation de l'image corporelle et l'éviction alimentaire. (38)

Le plan de ces thérapies est le suivant :

- Identifier les réactions apprises et les pensées automatiques qui les déterminent, il s'agit de l'analyse fonctionnelle.
- Discuter des schémas, entamer une restructuration cognitive.
- Enfin le patient devra réaliser une mise en pratique concrète de ces solutions.

(39)

Selon Fabienne Glowacz et Jean-Pierre Bourguignon, plusieurs axes d'intervention sont à mettre en place pour soigner le patient anorexique : il faut ancrer dans la réalité du patient le déficit pondéral, mettre le patient au coeur de la demande de soin, qu'il s'en sente à l'initiative, il doit reconnaître son besoin de "contrôle", exprimer ses symptômes et ses souffrances. Le suivi à mettre en place doit être multidisciplinaire, et le travail de guérison doit s'inscrire sur le long terme. (40)

Une étude a été menée en 2021 à Paris sur 169 patients ambulatoires adultes atteints de TCA diagnostiqués récemment. Au cours d'une journée découverte, 8 psychothérapies leur ont été présentées, où une série d'ateliers par groupe de 10 leur ont été proposés dans les deux semaines suivant leur diagnostic.

Ces 8 psychothérapies étant :

- L'entretien motivationnel
- La psychoéducation
- Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) : thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT)
- La remédiation cognitive (RC)
- La thérapie familiale
- L'approche psychodynamique
- Les approches à médiations corporelle ou artistique
- Les applications numériques dédiées au TCA

Le dispositif permet aux patients une meilleure compréhension des troubles ainsi qu'une plus grande motivation au changement.

Ainsi une session d'une journée consacrée à la présentation d'un ensemble de thérapies de groupe, permet une plus grande motivation des patients à s'engager dans leurs soins.

En conclusion de cette étude, a été développé un dispositif qui a pour but de faciliter la transition entre le moment du diagnostic et le démarrage d'une psychothérapie.

(41)

Après avoir défini l'anorexie, énumérer ses complications potentielles ainsi que les possibilités de prise en charge médicamenteuse et psychologique de la pathologie, se pose la question de la place du pharmacien dans la prise en charge de cette pathologie.

Quelle réaction adopter face à un patient, comment l'aider dans son processus de guérison, et comprendre les connaissances du pharmacien ainsi que les outils à sa disposition.

PARTIE 2 : LA PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE

I. Relationnel avec les patients

A. Les attentes des patients

Aucune étude n'a été réalisée sur la relation patient-pharmacien et l'attente du patient dans ce lien.

En revanche, une étude similaire a été réalisée sur le lien médecin-patient, par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 20 femmes. Il en résulte que le médecin traitant occupe une place centrale dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Les patients attendent une relation basée sur l'écoute et le non-jugement, avec un investissement et une connaissance du sujet par le médecin. (42)

Si, on transpose ces attentes au pharmacien, il est donc nécessaire d'adopter une attitude neutre, attentive, et de ne pas culpabiliser le patient, afin d'instaurer un climat de confiance avec le patient. Aussi, il est important que le pharmacien connaisse son sujet.

Le pharmacien est un professionnel de santé de proximité, disponible à tout moment, tant par sa proximité géographique que par son amplitude horaire large. Il existe souvent une fidélité de la clientèle, il suit donc ses patients depuis des années. Le pharmacien étant soumis au secret professionnel, cela permet d'instaurer un climat de confiance.

B. Difficultés rencontrées dans l'accompagnement

Le pharmacien peut se retrouver en difficulté au comptoir. En effet, les patients anorexiques utilisent régulièrement le déni comme mécanisme de protection, il est ainsi difficile d'engager le dialogue.

Parfois le déni peut être intentionnel, par exemple mentir sur sa consommation de nourriture, cacher sa prise de laxatif ou ses vomissements provoqués. Dans d'autres cas, le déni est non intentionnel : le patient ne prend pas conscience de sa pathologie, de ses comportements et il ne perçoit pas sa minceur.

Ainsi le pharmacien se doit d'adopter un comportement patient, d'écoute et d'empathie. (43)

D'autre part, le pharmacien peut engager la conversation avec l'étayage du patient, afin qu'il puisse jouer un rôle dans l'acceptation et la mise en place de sa prise en charge. En effet, l'entourage du patient se culpabilise souvent de la situation, en particulier les parents lorsqu'il s'agit d'adolescents. Il est donc important de déculpabiliser l'étayage et d'expliquer le comportement à adopter face à la maladie. L'entourage doit donc tenir une fonction de soutien. (44)

II. Rôle de prévention et d'accompagnement

Comme vu précédemment, on remarque l'importance pour le patient d'avoir face à lui un pharmacien qui connaît sa pathologie.

Ainsi, dans le cadre de cette thèse, un questionnaire a été créé pour analyser la place actuelle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'anorexie et leurs connaissances actuelles. Ce questionnaire, destiné aux pharmaciens (ou étudiants travaillant en officine) des Hauts de France a été diffusé à l'aide des réseaux sociaux ou par mail à partir d'octobre 2022 et relancé à plusieurs reprises jusqu'en mai 2023. 36 réponses ont ainsi été obtenues.

Ce questionnaire a fait l'objet d'une déclaration portant le n°251062608 au registre des traitements de l'Université de Lille, avec anonymisation des données.

Ce questionnaire est décrit en annexe 1. Les 36 réponses obtenues ont été détaillées dans les paragraphes suivants.

A. Connaissances actuelles du pharmacien sur l'anorexie et action dans la prise en charge suite au questionnaire

Connaissances sur la maladie

Tout d'abord, la première question a eu pour but de déceler les connaissances sur les signes d'alertes pouvant orienter les pharmaciens vers une potentielle anorexie mentale.

Les résultats du questionnaire indiquent que 29/36 pharmaciens (80%) évoquent le faible poids, 22/36 (61%) le mésusage de laxatif, 14/36 (38%) la perte de poids rapide ou encore 12/36 (33%) évoquent un comportement anormal.

D'autre part, la connaissance des complications liées à l'anorexie a été recherchée. Parmi les 34 réponses/36 participants, l'isolement social est cité par 15 pharmaciens (44%), la dépression, la perte de l'estime de soi, la perte de confiance par 14 pharmaciens (41%), le décès et le suicide est évoqué par 13 pharmaciens (38%), les problèmes endocrinologiques par 12 d'entre eux (35%), le risque de problème osseux, le risque de fractures, chez 11/34 (32%) ou encore certains évoquent le risque de dénutrition et de carences multiples 11/34 (32%).

Les complications potentielles sont donc peu connues des pharmaciens.

Sur les 36 pharmaciens participants à ce questionnaire, 19 ont déjà été confrontés à la prise en charge de patient anorexique au comptoir, mais seuls 12 (63%) ont déjà discuté des conséquences potentielles de l'anorexie avec un patient.

Un rappel des signes d'alerte pourrait permettre aux pharmaciens de les repérer plus vite et de mettre en place la prise en charge du patient aux prémices de leur apparition.

Il conviendra donc d'être attentif à la perte de poids rapide du patient, à son auto-médication (mésusage de laxatif, demande de phytothérapie pour des plantes adaptogènes par exemple, demande de compléments pour lutter contre la perte de cheveux, les ongles cassants), à un changement physique et/ou vestimentaire, à un changement de situation familiale, ainsi qu'à un changement de comportement (demande pour des produits aidant au sommeil ou réduisant le stress). La proximité du pharmacien avec ces patients rend ce repérage aisé.

Si on devait résumer la majorité des signes évoqués depuis le début pour aider le pharmacien au repérage précoce de la pathologie :

- Déni de la maigreur mais un étayage inquiet
- Une perte de poids rapide et qui devient obsessionnelle
- Une hyperactivité
- Une personne constamment dans le contrôle, perfectionniste
- Un patient avec un manque de confiance en lui, une faible estime de sa personne
- Une perte de vie sociale
- Des plaintes digestives, des troubles cutanés et des phanères, des érosions localisées (bucco-dentaires et digestives)
- Une constipation, des douleurs abdominales, des troubles métaboliques
- Une anémie, une fonte musculaire, une ostéopénie, une aménorrhée
- Une chute de cheveux, des ecchymoses régulières
- Une bradycardie, des palpitations, une hypotension
- Des calculs rénaux, des pyélonéphrites, une insuffisance rénale
- Des troubles de l'ionogramme

Associée à cette description, la formation commune de base sur l'anorexie semblait suffisante pour 2 pharmaciens (5%) alors que 34 répondants (94%) aimeraient une formation plus approfondie au cours des études de docteur en pharmacie. Et en particulier pour 23 d'entre eux (67%), sous forme d'une formation continue au cours du cursus universitaire.

Pris en charge des patients à l'officine :

Suite à ce repérage, la question était de savoir quelle serait la réaction des pharmaciens face à ces patients. 32/36 (88%) essaient d'instaurer un climat de confiance, 14/36 (38%) dirigerait le patient vers un confrère spécialisé, 8/36 (22%) ignorerait le patient et l'accueilleraient comme n'importe quel autre client ou encore 7/36 (19%) essaieraient de discuter avec le patient ou l'étayage.

Cette question montre la volonté du pharmacien de s'impliquer dans la prise en charge de ce type de patient.

B. Retour d'expérience sur la prise en charge des patients atteints d'anorexie

Dans le questionnaire a été posée la question aux pharmaciens de leur expérience personnelle, et de leur prise en charge ou non de patients atteints d'anorexie. Sur les 36 réponses, 19 pharmaciens (52%) ont déjà été amenés à en prendre en charge, soit plus de la moitié.

Ceci nous permet de constater que l'anorexie est une pathologie relativement courante et que les cas en officine ne sont pas des cas isolés.

Ainsi, il est important pour le pharmacien d'être à l'aise sur la prise en charge de cette pathologie.

De plus, sur ces 19 professionnels ayant fait face à la pathologie, 11 (57%) ont déjà pris en charge plus de 2 personnes atteintes d'anorexie au cours de leur carrière.

Une fois le diagnostic posé, a été évoqué précédemment la question de la renutrition. Parmi les 19 pharmaciens ayant déjà fait face à un patient atteint d'anorexie, 16 (84%) ont déjà conseillé des compléments nutritionnels oraux (CNO).

Cependant la prise en charge d'un patient anorexique doit être multidisciplinaire, c'est pourquoi il est important de savoir orienter le patient et non de le prendre en charge seul.

Parfois les CNO peuvent être adaptés, mais parfois ils seront insuffisants. C'est pourquoi il est important de pouvoir évaluer l'état nutritionnel du patient par un médecin spécialiste et de proposer de consulter une diététicienne ou nutritionniste afin de réintroduire progressivement les aliments nécessaires à la renutrition du patient.

De plus, lors de la renutrition, une surveillance du bilan hydroélectrolytique est recommandée comme vu précédemment. (45)

Se pose donc la question de l'orientation. Dans la grande majorité des cas, les pharmaciens orienteront vers le médecin traitant (26/36, 72%) voire un psychologue (17/36, 47%) ou encore un diététicien (15/36, 41%).

Si un TCA est suspecté, le pharmacien doit orienter son patient vers une prise en charge adaptée, en ville (médecin traitant, diététicien/nutritionniste, psychologue), voire en milieu hospitalier spécialisé si le patient présente des complications. (46)

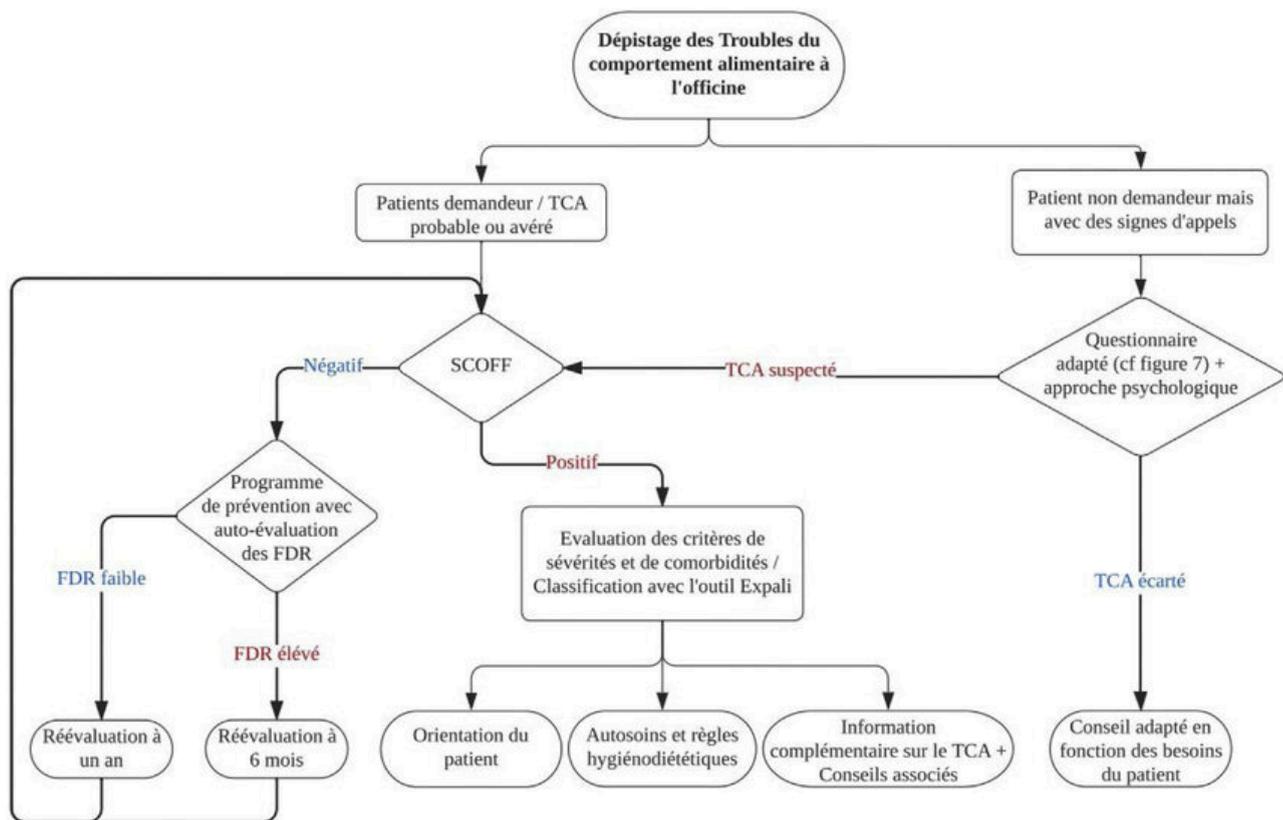


Figure 4 : Orientation des patients atteints de troubles du comportement alimentaire en officine (d'après Bertrand Dufils et al)

Tous les pharmaciens estiment avoir un rôle utile dans ce type de prise en charge. Ils s'estiment être un premier rempart avec un contact moins formel que le médecin et plus accessible. Certains pensent avoir un rôle pour alerter et prévenir des conséquences néfastes de la pathologie. De plus, ils sont aptes à conseiller sur la renutrition et notamment les CNO, et peuvent expliquer les traitements qu'ils soient symptomatiques ou psychologiques.

La plupart des pharmaciens questionnés s'accordent pour dire que le pharmacien est un professionnel de santé de proximité, accessible, peut-être même le premier professionnel que le patient consultera. Souvent s'établit une relation de confiance, de proximité et d'écoute avec les patients. Ainsi il lui est peut être plus aisé de repérer et d'orienter ses patients. Le pharmacien est un professionnel à qui on se confie facilement et qui peut repérer une automédication anormale. De plus, le pharmacien va revoir fréquemment le patient, que ce soit mensuellement pour le renouvellement de ses traitements, mais aussi entre deux pour des demandes spontanées.

Outre les plaintes émises par les patients au comptoir, le pharmacien peut également suivre l'historique pharmaceutique du patient. En effet, le patient est libre du choix de sa pharmacie, en revanche si il a un dossier pharmaceutique (DP) ouvert, le pharmacien peut visualiser les médicaments délivrés dans d'autres

officines. Le DP permettant de renforcer la sécurisation de la dispensation en visualisant les médicaments dispensés au cours des douze derniers mois. (47) C'est un bénéfice pour le suivi des patients, afin de contrôler l'évolution de la maladie. Il permettra une meilleure coopération entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient. Aussi, il permettra de lutter contre la iatrogénie.

Ainsi, face à un patient anorexique, il est important que le pharmacien prenne le temps d'expliquer l'importance d'ouvrir un DP.

Outre les médicaments sur prescription, le pharmacien pourra surveiller les demandes spontanées. En effet, un patient atteint d'anorexie aura tendance à s'auto-médiquer et à mésuser des médicaments.

Coexiste avec le DP, le dossier médical partagé DMP. Celui-ci est intéressant car il contient l'essentiel des informations de santé (historique des soins, résultats d'examen, antécédents médicaux). Cependant seules les données concernant les médicaments remboursés y figurent. (48)

Ainsi le pharmacien est l'un des professionnels les plus aptes à repérer cette pathologie, à instaurer un climat de confiance avec le patient, à l'orienter au mieux et plus tôt dans la prise en charge de sa pathologie et à le soutenir tout au long de son parcours.

C. Activités du pharmacien d'officine face aux patients anorexiques

Outils utilisables avant le diagnostic :

Afin de repérer ou d'améliorer les soins du patient anorexique, le pharmacien dispose de plusieurs outils.

Dans le questionnaire proposé aux pharmaciens, une question sur la connaissance du test SCOFF leur a été posée. Sur 36 réponses, seul 1 (2,8%) pharmacien le connaissait. Il serait intéressant de former les pharmaciens sur ce test et de le diffuser dans les officines.

En effet le questionnaire SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food) est un outil permettant un repérage précoce de la pathologie et une orientation adaptée du patient. La version française du test a été validée en 2008 à partir du questionnaire anglais créé en 1999 : il est maintenant recommandé par la HAS pour le diagnostic des TCA. Il est facilement réalisable car facile de compréhension et rapide.

Une étude de 2010 a validé la version française du test SCOFF. En est ressorti de cette étude une sensibilité du test à 94,6%, une spécificité à 94,8%, une valeur prédictive positive de 65% et négative de 99%. (49)

Il s'agit d'un auto questionnaire composé de 5 questions dichotomiques, facilement transposable au comptoir: (50)

Ce test se présente sous la forme suivante :

Q1 : Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien "l'estomac plein" ?

Q2 : Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

Q3 : Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de 3 mois ?

Q4 : Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

Q5 : Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

(51)

Au moins deux réponses positives ou plus peuvent possiblement orienter le pharmacien vers un trouble du comportement alimentaire. Et lui permet donc de diriger son patient vers un professionnel de santé adapté.

Ce test est facilement envisageable au comptoir ou au cours d'un entretien, lors d'une suspicion d'anorexie chez un patient.

Un autre test d'auto-évaluation de l'anorexie mentale peut être utilisé afin d'évaluer le risque de développer un TCA. Le eating attitude test ou EAT existe sous 2 formes : soit 26, soit 40 items. Ce test rapide peut aisément se faire en officine accompagné par le pharmacien. (50)

Le diagnostic lié à ces tests n'est pas certain, mais il permet d'introduire le dialogue et d'orienter la prise en charge en fonction des réponses.

Il est plus nuancé que le test SCOFF mais aussi plus long.

On les utilisera dans une pièce de confidentialité, avec l'accord du patient. Et un résultat positif nous invitera à orienter le patient pour une meilleure prise en charge.

Enfin, des applications accessibles par tous sont disponibles pour soutenir les patients atteints d'anorexie. Par exemple : Anorexiclic ou encore Blue Buddy.

Anorexiclic est un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge des patients souffrant de TCA. Créé en 2019, il est mentionné par la Fédération française anorexie et boulimie et peut permettre au pharmacien d'aider au repérage, au diagnostic et à la prise en charge des patients. (52)

Initialement le site a été conçu pour les premières consultations des médecins généralistes, mais il est tout à fait transposable au comptoir.

Blue Buddy est une application mobile ludique et interactive. Elle accompagne les patients souffrant de TCA. Le site consiste en un journal alimentaire ainsi qu'un enregistrement des événements (compulsion, crise de boulimie, vomissements,

prises de laxatifs). Il aide le patient à se fixer des objectifs, qu'ils soient alimentaires ou sociaux, il leur propose des stratégies pour se détendre. (53)

Le pharmacien peut présenter cette application aux patients afin de les aider à combattre leur pathologie.

Outils utilisables lorsque le TCA est diagnostiqué :

Une fois le diagnostic posé, le pharmacien a un rôle dans l'orientation médicale du patient. La maladie étant multifactorielle, la prise en charge se doit d'être pluridisciplinaire. Ainsi, comme vu précédemment, selon la gravité de la pathologie, le pharmacien orientera le patient vers des soins ambulatoires ou à contrario vers une hospitalisation.

En règle générale, la piste des soins ambulatoires est privilégiée, sauf en cas d'urgence.

Les soins seront assurés par au moins deux soignants : un psychiatre, pédopsychiatre ou psychologue, ainsi qu'un somaticien (médecin généraliste ou pédiatre). (44)

Ainsi le premier réflexe que doit avoir le pharmacien, est d'orienter son patient vers son médecin traitant, après avoir pris contact avec lui et évaluer sa capacité à prendre en charge ce type de pathologie. Si le médecin traitant ne veut pas assumer cette prise en charge, il peut alors orienter le patient vers une structure spécialisée dans les addictions. Dans tous les cas, le pharmacien ne doit pas rester seul face à cette situation.

Conjointement à la thérapie "standard" somatique, nutritionnelle et psychologique, d'autres modalités de soins peuvent être proposées après avis médical, telles que les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), les hébergements et post-cures thérapeutiques. (44)

En plus du repérage précoce de la maladie et de l'orientation, le pharmacien peut également jouer un rôle dans le repérage des complications de l'anorexie.

Les patients peuvent souffrir d'atteinte cardiovasculaire (bradycardie, hypotension, hypokaliémie), d'anémie ou encore de problèmes rénaux ou hépatiques. Ces complications sont repérables grâce aux plaintes des patients, à leurs ordonnances ou encore à leur bilan sanguin. (54)

Au niveau du suivi, le pharmacien peut également proposer au patient une mesure du poids régulière. Cependant, d'après le questionnaire, seuls 16/36 pharmaciens (44%) disposent d'un pèse personne.

Il serait peut être intéressant, lors de campagne de prévention par exemple, d'inciter les pharmaciens à disposer d'un pèse-personne au sein de leur officine. En effet, la mesure du poids étant une étape indispensable pour le suivi de la pathologie mais délicate pour le patient.

Aussi grâce au questionnaire nous avons constaté qu'aucun des pharmaciens disposant d'une balance ne l'a déjà utilisé pour suivre un patient qu'il suspecte d'être atteint d'anorexie.

Il est pourtant important de suivre cet indice qui indique l'évolution de la maladie. Ainsi, se fixer un objectif par exemple d'une pesée par semaine, en présence du pharmacien, pourrait permettre au patient de ne pas se retrouver seul face à cette situation difficile pour lui.

D. Sensibilisation des pharmaciens et des patients aux TCA

Dans le cadre de cette thèse, un dépliant a été réalisé pour sensibiliser les patients afin de mieux comprendre la pathologie, et les inciter à s'informer sur l'anorexie. Le but étant de les mettre sur les comptoirs afin de sensibiliser les patients voire l'étayage des patients potentiellement atteints d'anorexie. Ainsi que de faciliter l'entame d'une discussion.

Il contient les critères de diagnostic de l'anorexie, quelques définitions, le rôle du pharmacien et de l'étayage, les professionnels de santé à consulter ainsi qu'un numéro d'urgence (ligne téléphonique "Anorexie, Boulimie, Info écoute"). (Annexe 2)

La Fédération Française Anorexie-Boulimie a créé des journées de sensibilisation aux troubles du comportement alimentaire.

Par exemple, du 27 mai au 2 juin 2024, a été créée une semaine de sensibilisation aux TCA en France, à l'occasion de la 9^e journée internationale des TCA

La semaine avait pour thème : "TCA et activité physique : faisons bouger les lignes !".

Cette semaine dédiée aux TCA peut inciter les pharmaciens à en parler dans leurs officines : en faisant des vitrines, en laissant des dépliants, en posant des questions au comptoir.

Ces jours-là, encore plus qu'aucun autre, la prévention des TCA a toute sa place dans les officines.

Après avoir contribué au repérage et à l'orientation du patient atteint d'anorexie, le pharmacien d'officine doit conseiller de façon adaptée son patient.

E. Conseils au comptoir

Au comptoir, les patients atteints d'anorexie peuvent exprimer beaucoup de maux (sommeil perturbé, stress, anxiété, ballonnements, troubles cutanés et des phanères, reflux, constipation).

Toutes ces plaintes peuvent être des demandes sans ordonnance et il est alors important que le pharmacien y réponde.

Par exemple, conseiller de la mélatonine ou de la passiflore composée pour les troubles du sommeil ou encore des laxatifs osmotiques pour lutter contre la constipation.

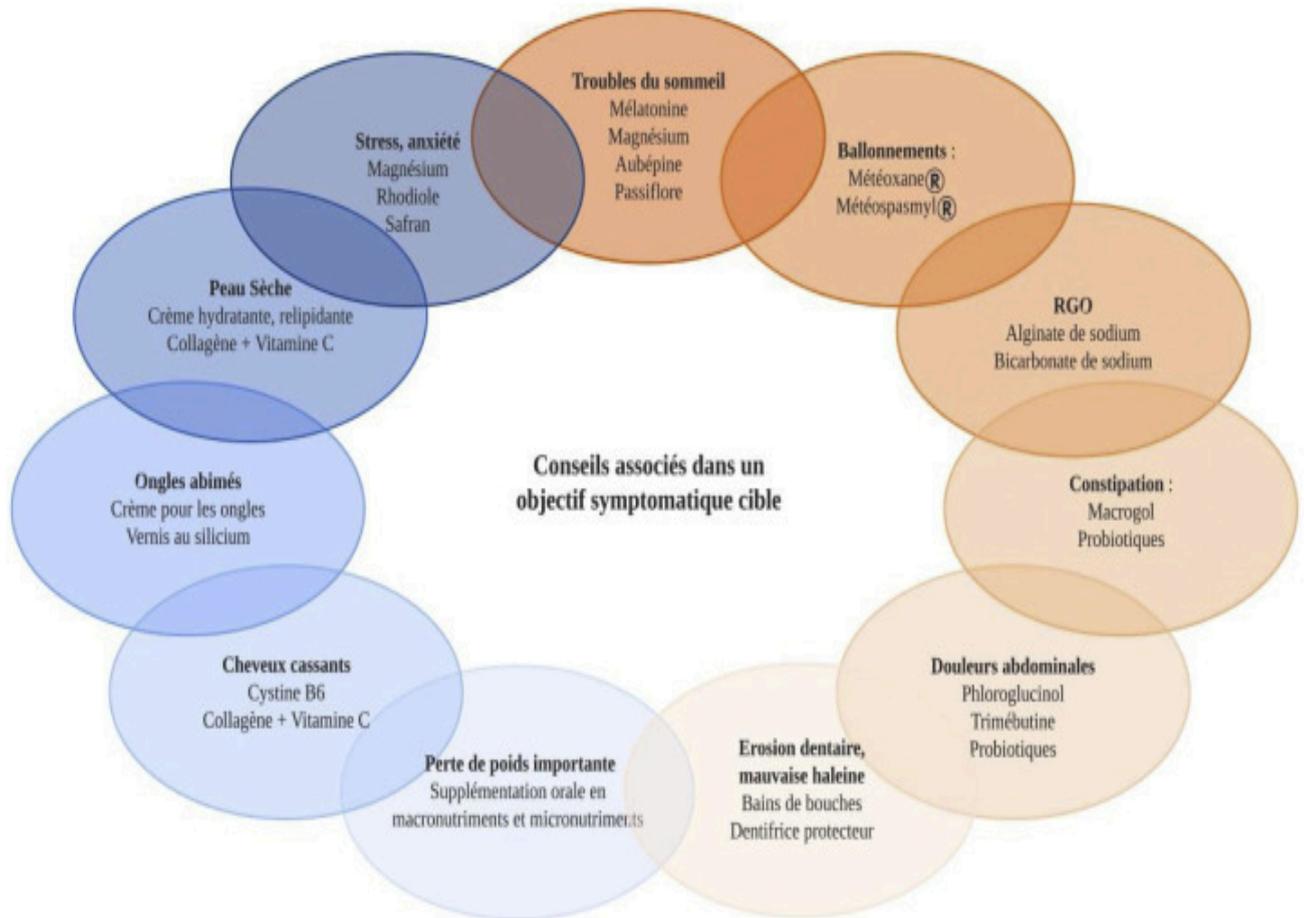


Figure 5 : Rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage et l'orientation des patients atteints de troubles du comportement alimentaire (D'après Bertrand Dufils et al)

Ces demandes ne seront pas toujours clairement formulées. Par exemple, un patient peut venir au comptoir et simplement demander un laxatif. C'est alors au pharmacien d'approfondir et d'engager la conversation sur les raisons de la constipation.

On observe souvent un nomadisme des officines chez les personnes atteintes d'anorexie mentale. Ainsi, elles iront par exemple chercher leurs laxatifs dans différentes pharmacies pour ne pas se voir refuser la délivrance. D'où l'importance des questions du pharmacien, celles-ci doivent être pertinentes afin de déceler rapidement le problème et non de donner le produit sans questionnement car les conséquences peuvent être dramatiques.

Conclusion

En conclusion, l'alimentation est un besoin essentiel au développement et à la survie de l'être humain. Cependant dans certains cas, l'alimentation peut devenir source d'anxiété et certaines personnes pourront alors développer des TCA.

On constate que cette pathologie n'est pas isolée : la probabilité de les rencontrer en officine peut être fréquente (19 pharmaciens sur 36 interrogés soit 52% ont déjà été confrontés à ce cas).

Le pharmacien occupe une place de choix dans la prise en charge de ces patients. Ce professionnel de santé de proximité est accessible facilement et rapidement, tant par sa proximité géographique que par ses amplitudes horaires. Son investissement dans la prise en charge précoce et l'orientation des personnes atteintes d'anorexie est donc essentiel.

Suite au questionnaire diffusé auprès des pharmaciens, se pose tout de même la question de la formation de la profession à la prise en charge de ses troubles du comportement alimentaire : 67% des pharmaciens interrogés estiment leur formation sur la pathologie insuffisante et souhaiteraient davantage de formation continue. Le pharmacien est donc un professionnel de santé formé et en capacité de prendre en charge ce type de pathologie mais il peut être intéressant de développer davantage la formation du pharmacien afin de repérer le plus précocement possible les patients atteints d'anorexie et de les accompagner au mieux tout au long de leur suivi.

Aussi il est important que les pharmaciens s'investissent dans la prévention de l'anorexie mentale. Notamment grâce aux journées de sensibilisation de la Fédération Française Anorexie Boulimie.

Une avancée est à suivre, cet été une publication de l'équipe de recherche de McGill en collaboration avec une équipe de chercheurs français a été publiée. Une étude sur des souris leur a permis de constater qu'un déficit en acétylcholine (neurotransmetteur du système de récompense) pouvait induire un comportement excessif et entraîner une privation alimentaire stricte et volontaire. (55)

Bibliographie :

- 1) Anorexie mentale : définition et causes. Ameli. 2024. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
- 2) Eveyn Attia et B.Timothy Walsh. Anorexie mentale. 2022. Disponible sur : <https://msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/anorexie-mentale>
- 3) AJ.Meille et L.Labreze. Anorexie mentale et boulimie nerveuse. Disponible sur : <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/psychologie/anorexie.asp#>
- 4) Qu'est-ce qu'un TCA. FFAB. 2021. Disponible sur : <https://www.ffab.fr/accueil/qu-est-ce-qu-un-tca>
- 5) Département Prévention Cancer Environnement Centre Léon Bérard. Surpoids, obésité et cancer. Léon Bérard. 2023. Disponible sur : <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/nutrition-activite-physique/surpoids-obesite-et-cancer/>
- 6) Anorexie mentale : un trouble essentiellement féminin, à la frontière de médecine somatique et de la psychiatrie. Inserm. 2017. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
- 7) L'anorexie mentale : tout savoir sur cette maladie. Inicea. 2022. Disponible sur : <https://www.inicea.fr/articles/pathologie/lanorexie-mentale-tout-savoir-maladie#Co94174>,
- 8) Anorexie. Réseau TCA poitou-charentes. Disponible sur : <https://tca-poitoucharentes.fr/anorexie/>
- 9) Walter Kaye. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. PubMed. 2007. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18164737/>
- 10) J.Croll, D.Neumark-Sztainer, M.Story et M.Ireland. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents : relationship to gender and ethnicity. PubMed. 2002. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12127387/>
- 11) C.Chamay-Weber et F.Narring. La prévention des troubles du comportement alimentaire : l'école a-t-elle un rôle à jouer. Revue médicale suisse. 2006. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-69/la-prevention-des-troubles-du-comportement-alimentaire-l-ecole-a-t-elle-un-role-a-jouer>
- 12) F.Perdereau, N.Godart et P.Jeammet. Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2002. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961702000892>
- 13) HAS, Afdas-TCA, FFP et Inserm. Anorexie mentale : prise en charge. 2010. Disponible sur :

- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf
- 14) Anorexie. Un cerveau dérégulé, une sensation de faim ignorée. Ouest france. 2016. Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/sante/anorexie-un-cerveau-deregle-une-sensation-de-faim-ignoree-4612232>
 - 15) Grossesse et trouble du comportement alimentaire. Association autrement. 2011. Disponible sur : <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-501-grossesse-et-troubles-du-comportement-alimentaire.htm>
 - 16) Quand vouloir un enfant ne suffit pas. aneb. Disponible sur : <https://anebquebec.com/troubles-alimentaires/vouloir-enfant-ne-suffit>,
 - 17) J.Morzier, Dt.P. Syndrome des ovaires polykystiques (stein-leventhal) et mode de vie. Médecins francophones du canada. 2021. Disponible sur : <https://www.medecinsfrancophones.ca/syndrome-des-ovaires-polykystiques-s-tein-leventhal-et-mode-de-vie/>
 - 18) I.Lee, L.G.Cooney, S.Saini, M.E.Smith, M.D.Sammel, K.C.Allison et A.Dokras. Increased risk of disordered eating in polycystic ovary syndrome. PubMed. 2016. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28104244/>
 - 19) L.Tric, G.Agman, D.Tran, N.Godart, E.L.Benmansour et C.Lamer. Prise en charge de l'anorexie mentale en réanimation. Elsevier. 2004. Disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0409-Reanimation-Vol13-N6-7-p407_416.pdf
 - 20) I.B.Abadie, R de Tournemire et P.Alvin. Anorexie nervosa : impact on growth and bone mineral density. Elsevier. 2003. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X03003944>
 - 21) P.K.Fazeli et A.Klibanski. Bone metabolism in Anorexie Nervosa. National library and Medicine. 2014. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3936314/>
 - 22) A.Lecrubier. troubles du comportement alimentaire : des signes cutanés révélateurs. Medscape. 2018. Disponible sur : <https://français.medscape.com/voirarticle/3603851?form=fpf>
 - 23) A.Cassanas. Troubles alimentaires et santé dentaire : que faut-il savoir ? Dentaly. 2023. Disponible sur : <https://www.dentaly.org/troubles-alimentaires-dents/>
 - 24) Déchelotte, P., Grigioni, S., & Fetissof, S. (2007) Conséquences digestives de l'anorexie mentale. Nutrition clinique et métabolisme. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0985056208000071>
 - 25) A.M.Ecochard. Conséquences endocriniennes de l'anorexie mentale. Springer link. 2012. Disponible sur : https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-8178-0322-7_12
 - 26) C.Stheneur. Surveillance biologique des anorexiques. Pas à pas. 2017. Disponible sur : <https://pap-pediatrie.fr/biologie-genetique/surveillance-biologique-des-anorexi>

- [4d48005298d09fd683abc93c9755ec1341af4d21b0c138b36362&hash=efd80b35fa44b8ffa0addab422285de7a1af0eda20688290d985465e6561c2b&host=68042c943591013ac2b2430a89b270f6af2c76d8dfd086a07176afe7c76c2c61&pii=S1259479215001108&tid=pdf-1ff8453b-0c97-4607-bd0e-cb726b0a2373&sid=aa3060249fa43343b59ac4a2b34a6b25f807gxrbq&type=client](https://www.sfncl.org/images/stories/Outils/BrochureSRI_enfant-E210930-maj.pdf)
- 31) Signataire de la charte patients prestataires, SFNCL et QualiPSAD. Les points clés du syndrome de renutrition inappropriée (SRI) en pédiatrie. SFNCM. 2021. Disponible sur :
https://www.sfncl.org/images/stories/Outils/BrochureSRI_enfant-E210930-maj.pdf
- 32) D.C.Sanchez, M.Dicembre, V.Damas, M.Duquesnoy, L.Lachkar, J-C.Melchior et M.Hanachi. Le syndrome de renutrition inapproprié (SRI) : quelles spécificités chez les patients dénutris souffrant d’anorexie mentale ? Revue de la littérature. Nutrition clinique et métabolique. 2022. Disponible sur :
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0985056221003137>
- 33) A-C.Barras-Moret, E.Guex et P.Coti.Bertrand. Le syndrome de renutrition inappropriée : la clé du traitement est la prévention. Nutrition clinique et métabolique. 2011. Disponible sur :
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0985056211000288>
- 34) Dr Mickael Bouin. Experts-conseils : réponses marquantes de 2013. Stacomcommunications.com. 2013. Disponible sur :
http://www.stacomcommunications.com/journals/leclinicien/2013/09-Novdec/09CLI_013.pdf
- 35) Les traitements de l’anorexie et de la boulimie. Vidal. 2020. Disponible sur :
<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anorexie-boulimie/traitements.html#:~:text=Quels%20sont%20les%20m%C3%A9dicaments%20contre,en%20compl%C3%A9ment%20d'une%20psychoth%C3%A9rapie>
- 36) Place des psychotropes dans les troubles des conduites alimentaires. Cairn.info. 2011. Disponible sur :
<https://shs.cairn.info/le-corps-insoumis--9782100552603-page-235?lang=fr>
- 37) Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Pharmacomédicale.org. 2022. Disponible sur :
<https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/inhibiteurs-se-lectifs-de-la-recapture-de-la-serotonine-isrs>
- 38) N.Neveux. Anorexie mentale : comment la traiter ? Psychiatrie Paris TCC, TIP, EMDR. Disponible sur :
<https://e-psychiatrie.fr/situations-ou-appeler-a-laide/anorexie-boulimie-restriction-alimentaire-amaigrissement-vomissements-honte-crise-psychiatre-psy-paris-contrôle-tigh-gap/anorexie-mentale-traiter-soigner-traitement-specialiste-psychiatre/>
- 39) N.Neveux. Principes et modèles de la thérapie cognitive comportementale. Psychiatrie Paris TCC, TIP, EMDR. Disponible sur :
<https://e-psychiatrie.fr/tcc-psy-paris/principes-modeles-psy-tcc-paris/>

- 40) F.Glowacz et J-P Bourguignon. L'adolescente anorexique et sa famille : quelles perspectives thérapeutiques ? Google livre. 2001. Disponible sur : <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=1PFGIgrCeVoC&oi=fnd&pg=PA89&dq=prise+en+charge+psychologique+de+l%27anorexie&ots=fqFcPDCAHU&sig=yaz4Cddo1rRQtMwVeirbd76RLRY#v=onepage&q=prise%20en%20charge%20psychologique%20de%20'anorexie&f=false>
- 41) E.Scanferla. Les patients atteints de TCA découvrent des thérapies lors d'une journée expérientielle : des résultats positifs dévoilés. GHU Paris. 2022. Disponible sur : <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/les-patients-atteints-de-tca-decouvrent-des-therapies-lors-dune-journee-experientielle>
- 42) F.Ducherpozat. Exploration de la relation entretenue par les patients atteints d'anorexie mentale avec leur médecin traitant. DUMAS. 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02964630>
- 43) S.Leonard. Le déni de la maladie. Aneb. Disponible sur : <https://anebquebec.com/troubles-alimentaires/le-deni-de-la-maladie>
- 44) HAS, AFDAS-TCA, FFP et Inserm. Anorexie mentale : prise en charge. HAS. 2010. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-_mentale.pdf
- 45) Nestlé Nutri Pro. Prise en charge nutritionnelle des troubles du comportement alimentaire. 2023. Disponible sur : <https://www.nutripro.nestle.fr/article/trouble-comportement-alimentaire>
- 46) Bertrand Dufils, Marie Galmiche et Pierre Déchelotte. Nutrition clinique et métabolisme. Rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage et l'orientation des patients atteints de troubles du comportement alimentaire. 2023. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0985056223002650>
- 47) ONP. Le DP en pratique. 2022. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/le-dossier-pharmaceutique/le-dp-en-pratique/le-dp-en-pratique-officine>
- 48) Ordre des pharmaciens. DP et DMP : deux outils complémentaires. 2018. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/dp-et-dmp-deux-outils-complementaires>
- 49) Zriouel Asmaa. Evaluation de la qualité nutritionnelle et repérage des troubles du comportement alimentaire chez des enfants et adolescents coeliaques sous régime sans gluten. 2020. Disponible sur : <https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/16781/D0142021.pdf?sequence=1>
- 50) Institut français d'EMDR. Auto-évaluations des TCA. 2023. Disponible sur : <https://www.ifemdr.fr/auto-evaluations-des-tca/>
- 51) Addiction CGIF. test SCOFF. 2021. Disponible sur : https://srae-addicto-pdl.fr/wp-content/uploads/2021/06/D30_SCOFF.pdf

- 52) Mauhourat J, Gicquel L et Mignot S. Exercer. Anorexiciel : un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires à destination des médecins généralistes. 2017.
Disponible sur : https://www.exercer.fr/full_article/2017
- 53) S. Criquillion, A. Laszcz et P. Gorwood. French journal of psychiatry. Blue buddy : une application mobile pour accompagner les soins dans l'anorexie et la boulimie. 2020. Disponible sur :
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S259024151930131X>
- 54) SickKids. Anorexie : complications. 2016. Disponible sur :
<https://www.aboutkidshealth.ca/fr/article?contentid=267&language=french>
- 55) S.El.Mestikawy. Un traitement pour l'anorexie mentale ? McGill. 2024.
Disponible sur :
<https://www.mcgill.ca/nursing/fr/channels/news/un-traitement-pour-lanorexie-mentale-357901>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

https://docs.google.com/forms/d/1AGSggxUaUIWoN_APPI-QNGqDYhfh-wDIbNIFe2r81mE/prefill

Bonjour, je suis Cotrez Perrine, étudiante en 6e année de pharmacie filière officine.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la prise en charge de l'anorexie au comptoir. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la place du pharmacien dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être un pharmacien d'officine des Hauts de France. (ou étudiant travaillant en officine)

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prend que 5 minutes seulement !

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne sont pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Et elles ne seront accessibles que par ma directrice de thèse et moi-même.

Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n°251062608 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

* Indique une question obligatoire

1. Quel(s) signe(s) vous a/ont déjà alerté chez un(e) patient(e) potentiellement anorexique mentale ? (Plusieurs réponses possibles)*

Plusieurs réponses possibles.

- Faible poids
- Perte de poids rapide
- Comportement anormal
- Style vestimentaire

- Prescription / Nouveau traitement / Arrêt de traitement
- Mesusage de laxatif
- Demande d'homéopathie
- Demande de phytothérapie
- Demande de conseils particuliers
- Un entourage inquiet
- Une situation sociale particulière
- Une perte de cheveux
- Autre :

2. Connaissez-vous le test SCOFF ?*

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

3. Si "oui", l'avez vous déjà appliqué à l'officine ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

4. Avez-vous été amené à prendre en charge personnellement un(e) patient(e) anorexique ?*

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

5. Si "oui", avez-vous déjà conseillé des CNO à un(e) patient(e) anorexique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

6. Combien de patient(e)(s) souffrant de cette pathologie avez-vous suivi ?*

7. Quelle serait votre réaction face à une suspicion d'anorexie ? (Plusieurs réponses possibles)*

Plusieurs réponses possibles.

- Vous ignorez et accueillez le/la patient(e) comme n'importe quel patient
- Vous essayez d'instaurer un climat de confiance
- Vous essayer d'emblée de discuter et de l'aider
- Vous prenez les parents/proches à part pour en discuter
- Vous en discutez avec le/la patient(e) en présence des parents si il/elle est mineur(e)
- Vous lui remettez un dépliant sur la pathologie
- Vous la redirigez vers un confrère spécialisé
- Autre :

8. Disposez-vous d'une balance dans votre officine ?*

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. Si "oui", avez-vous déjà demandé à un(e) patient(e), que vous suspectiez anorexique, de se peser ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

10. Vers qui orienteriez-vous le/la patient(e) suspecté(e) d'être atteint(e) d'anorexie ? (Plusieurs réponses possibles)*

Plusieurs réponses possibles.

- Son médecin généraliste
- Un psychiatre
- Un psychologue
- Un addictologue
- Un diététicien
- Un centre hospitalier
- Une association spécialisée
- Autre :

11. Estimez-vous que votre formation en tant qu'étudiant ait été suffisante pour vous permettre de prendre en charge ce type de pathologie ?*

Une seule réponse possible.

- Oui

- Non

12. Si "non", comment améliorer la formation ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Avec un DU
- En formation continue
- A la faculté
- Par des patients experts
- Autre :

13. Estimez-vous que votre rôle de pharmacien soit utile dans ce type de prise en charge ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

14. Justifiez :*

15. Quelles sont pour vous les conséquences possibles de l'anorexie ? *

16. Avez-vous déjà discuté de ces conséquences avec un(e) patient(e) anorexique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : perrine.cotrez.etu@univ-lille.f

Université de Lille UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Nom : Cotrez

Prénom : Perrine

Titre de la thèse : Analyse des connaissances actuelles du pharmacien pour une prise en charge de l'anorexie en officine.

Mots-clés : Anorexie, pharmacien, officine, prévention, confidentialité.

Résumé :

Après avoir décrit les généralités de cette pathologie (épidémiologie, différents types de troubles du comportement alimentaire, physiopathologie, évolutions et complications de la pathologie, et prise en charge), l'objectif de cette thèse était d'analyser l'état des connaissances en officine à l'aide d'un questionnaire officinal, à destination des pharmaciens ou étudiants travaillant en officine, des Hauts de France.

Ce questionnaire a pour but d'analyser leur aptitude à prendre en soin ce type de patient en officine, le relationnel avec ces patients, le rôle du pharmacien d'officine dans le repérage précoce de la pathologie et les méthodes de suivi de ces patients.

Aussi cette thèse montrera que le pharmacien peut avoir un rôle de prévention auprès de ses patients. Un dépliant a également été créé afin de faciliter l'entame d'une discussion avec les patients concernés.

Membres du jury :

Président : Mr Gressier Bernard : Professeur de Pharmacologie (PU-PH) du Département de Pharmacie de Lille (UFR3S), Praticien Hospitalier à l'hôpital d'Armentières.

Directeur de thèse : Mme Cuvelier Elodie : Maître de Conférences en Pharmacologie du Département de Pharmacie de Lille (UFR3S), Praticien Hospitalier au CHU de Lille.

Assesseur : Mme Legrand Camille, Pharmacien titulaire à Hazebrouck, Pharmacie de la haute loge.