

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

**Soutenue publiquement le 12 mars 2026  
Par Mme LEPERS Lisa**

---

**Repérage et sensibilisation de l'anorexie mentale à l'officine**



---

**Membres du jury :**

**Président :** DINE Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique (PU-PH) - UFR3S - Pharmacie - Université de Lille, Pharmacien hospitalier Groupe Hospitalier Loos Haubourdin

**Directeur, conseiller de thèse :** CUVELIER Elodie, Pharmacien MCU-PH  
Laboratoire de pharmacologie, Pharmacie clinique et pharmacocinétique,  
Faculté de pharmacie UFR3S, CHU de Lille

**Assesseur(s) :** ALLAN Laura, pharmacien d'officine, titulaire de la pharmacie de Wasquehal à Wasquehal

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie  Document transversal	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024

### Université de Lille

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

Régis BORDET  
Bertrand DÉCAUDIN  
Corinne ROBACZEWSKI  
Olivier COLOT  
Jean-Philippe TRICOIT  
Anne-Valérie CHIRIS-

### 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

### 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
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
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

#### 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
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
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

### 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	

### 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	
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**

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

*UFR3S-Pharmacie*

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



# Remerciements

Merci à Mme Cuvelier d'avoir pris le temps de m'encadrer durant cette thèse, d'avoir immédiatement accepté ce projet et transmis vos connaissances dans ce domaine par la même occasion, votre parcours m'impressionne et je suis flattée que vous ayez contribué de près à ce travail.

A Mr Dine, qui a fait l'honneur d'être présent pour ma thèse et de faire partie de mon jury. Votre dynamisme et votre implication rendent vos cours très intéressants et font de vous un pilier au sein de la faculté de pharmacie.

A Laura, merci d'avoir accepté et me faire le privilège d'être présente dans mon jury de thèse, j'admire ton parcours professionnel et ton engagement en pharmacie.

A mes parents, qui m'ont beaucoup soutenu, de m'avoir poussé vers ces études et cru en moi dans mes projets professionnels sans jamais douter de mes capacités. Je suis heureuse de l'équilibre que nous avons trouvé et de la relation que nous avons liée.

A ma sœur, ma puce, avec qui je travaillerai sûrement plus tard et dont je suis si fière d'être la grande sœur, je suis heureuse de la relation et la complicité que nous avons aujourd'hui. Merci de m'avoir encouragée pendant toutes ces années.

A Tatie Chantal, la fameuse, ma mamie de cœur, celle sur qui je pourrai toujours compter, avec une générosité si grande que l'amour que je te porte, et une sensibilité époustouflante, je suis si fière d'être ta petite nièce comme tu le dis si bien.

A Barbara, ma marraine, ton intelligence, ta sensibilité font de toi une force. Je ne te le dis jamais mais ton professionnalisme a toujours été un exemple pour moi, je suis fière d'être la filleule d'une personne si bienveillante.

A mes amis de pharma, Juliette, ma sœur de cœur, Tanya et Louis, les fidèles amis que tout le monde rêverait d'avoir, Paula, mon binôme et future mère préférée, à tous mes amis de pharma, comme quoi ces études auront aussi permis de rencontrer de vrais amis, sur qui je pourrai toujours compter, comme vous me l'avez déjà montré, c'est ça une vraie amitié, hâte de nos prochains voyages, verres et projets ensemble autant professionnels que personnels.

À Mailys, Chloé et Adèle, mes marraines préférées, dont je suis admirative du courage d'être partie loin, vos valeurs et votre bienveillance me rendent fière d'être votre amie.

A Léa, voisine à supmed et toujours là aujourd'hui, sûrement grâce à ton ouverture d'esprit et ta bienveillance qui m'ont beaucoup appris, malgré la distance.

Un petit clin d'œil à Jo, sans qui je ne serai jamais arrivée en pharma. Merci de m'avoir prise en voiture au retour de gayant en paces après l'épreuve de pharma, c'est aussi grâce à toi que j'en suis ici aujourd'hui.

A Louise, ta capacité d'écoute et ta volonté de venir en aide aux autres est un réel exemple. Merci d'avoir été présente pour moi dans les bons et mauvais moments. Je suis fière d'avoir une amie avec de si belles valeurs.

A Fleur, mon rayon de soleil, avec qui je partage cette mentalité pleine d'énergie et d'ambitions, avec toi la dolce vita prend tout son sens.

A Alice, loin des yeux près du cœur, tu m'as transmis ta détermination dont j'ai toujours été impressionnée et tu m'as motivé jusqu'au bout depuis la paces, c'est aussi grâce à toi si j'ai trouvé un métier qui me correspond aujourd'hui, tu as toujours cru en moi et je t'en remercie.

A Abi, rencontrée à la danse et Elisa, mon ortho dentiste préféré, de vraies amies avec qui on formera le cabinet de nos rêves un jour ou l'autre, merci de croire en moi jour et nuit et de trouver toujours les bons mots quand il le faut.

A Clara, Noémie, Elise, Clémence, ma plus vieille copine depuis nos 2 ans (comme le disent si bien nos mamans) et tous mes autres amis de lycée que je ne peux citer, qui me démontrent chaque jour qu'une amitié, de près ou de loin, est sacrée et durable lorsque ce sont les bonnes personnes, et resteront je l'espère de très longues années.

A la pharmacie du lion d'or, avec qui j'ai souvent ri autour d'une bière, mais aussi beaucoup appris, grâce aux super conseils de Benoit sur les brûlures et coups de soleil qui méritent un avis google, mais surtout les conseils d'Aurélie au comptoir, merci à tous pour cette ambiance au quotidien, c'est un plaisir de venir travailler.

A la pharmacie de Wasquehal, ou j'ai commencé et vais continuer, bien plus que de simples collègues, vous êtes une équipe soudée et bienveillante dont je suis ravie de refaire partie. Il est rare de trouver des collègues avec qui il est possible de travailler mais aussi de passer tant de moments à rire et apprécier d'aller travailler chaque jour.

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>11</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>15</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>17</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>18</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>19</b>
<b>I) Généralités : l'anorexie mentale</b> .....	<b>20</b>
1) Epidémiologie.....	20
1.1) Prévalence et incidence.....	20
1.2) Retard de diagnostic.....	20
2) Définition et symptômes .....	22
2.1) Définition de l'anorexie .....	22
2.2) Symptômes.....	22
2.3) Diagnostic.....	24
2.3.1) Outils d'aide au repérage précoce .....	24
2.3.2) Journal des prises alimentaires .....	25
3) Les facteurs de risque.....	26
4) Complications de l'anorexie mentale .....	27
4.1) Conséquences physiques ou somatiques.....	27
4.1.1) Anomalies du bilan biologique.....	27
4.1.2) Troubles de la peau et des phanères.....	28
4.1.3) Troubles cardiaques.....	28
4.1.4) Troubles digestifs.....	29
4.1.5) Perturbations des glandes endocrines .....	29
4.1.6) Perturbations osseuses.....	30
4.2) Conséquences psychologiques .....	30
4.3) Risques de mortalité .....	31
5) Mésusages médicamenteux .....	31
5.1) Laxatifs et purgatifs .....	32
5.2) Alginates.....	33
5.3) Les analogues de GLP-1 .....	33
5.3.1) L'exemple du sémaglutide (Ozempic®) .....	33
5.3.2) Nouvelles règles de prescription .....	33
5.4) Médicaments stimulants .....	34
5.5) Les hormones thyroïdiennes.....	34
5.6) Compléments alimentaires à visée amincissante .....	34
<b>II) Rôle du pharmacien auprès des patients présentant une anorexie</b> .....	<b>35</b>
1) Un professionnel de santé accessible et de confiance .....	36
1.1) Une profession historiquement en évolution .....	36
1.1.1) Place du pharmacien en 2005.....	36
1.1.2) Nouvelles missions du pharmacien .....	37
1.2) Un accès de premier recours.....	38
1.2.1) Facilité d'accès.....	38
1.2.2) Proximité géographique .....	38
1.2.3) Une disponibilité exemplaire .....	38
1.3) Une proximité favorisant la relation de confiance.....	38
2) Un rôle central dans l'éducation et la prévention .....	39

2.1) Rôle d'éducation à la santé .....	39
2.2) Prévention .....	39
2.2.1) Primaire : Information, sensibilisation, affichage .....	39
2.2.2) Secondaire : Détection précoce pour éviter la chronicisation .....	40
2.3) Importance du repérage précoce dans la trajectoire de soins.....	40
3) La communication avec le patient .....	41
3.1) La méthode des 4R (Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer) .....	41
3.2) Le processus de changement (stades de motivation).....	42
3.3) Le rôle de l'entourage dans le repérage et l'accompagnement.....	44
4) Les conseils et accompagnements proposés à l'officine .....	44
4.1) Conseils associés aux produits disponibles en libre accès.....	44
4.1.1) Compléments nutritionnels oraux (CNO).....	44
4.1.2) Produits capillaires.....	45
4.1.3) Produits dentaires .....	47
4.1.4) Produits destinés aux troubles cutanés.....	47
4.1.5) Produits destinés aux affections des phanères .....	49
4.1.6) Produits liés aux troubles gastro-intestinaux .....	50
4.1.7) Produits contre la constipation .....	50
4.1.8) Produits relatifs aux troubles thymiques et anxio-dépressifs.....	51
4.1.9) Produits destinés aux troubles du sommeil.....	51
4.2) Limites de l'intervention officinale : savoir quand réorienter .....	52
5) L'intégration du pharmacien dans une approche interprofessionnelle.....	52
5.1) La dynamique des équipes de soins (MSP, CPTS) .....	52
5.2) L'orientation vers une prise en charge dans des structures spécialisées (médecins, psychologues, nutritionnistes).....	53
5.3) Collaborations possibles avec les associations de lutte contre les TCA .....	54
5.3.1) "StopTCA" .....	54
5.3.2) FNA-TCA .....	54
5.3.3) FFAB.....	54
5.3.4) Le réseau TCA francilien.....	54
<b>III) Création d'outils permettant la sensibilisation des pharmaciens officinaux pour repérer et conseiller les patients présentant une anorexie .....</b>	<b>56</b>
1) Outils disponibles pour le pharmacien permettant le suivi et les conseils en lien avec l'anorexie .....	56
1.1) Le dossier pharmaceutique.....	56
1.2) Le dossier médical partagé.....	57
1.3) La Haute Autorité de Santé.....	58
2) Questionnaire de satisfaction relatif au document informatif élaboré .....	58
2.1) Description du document informatif et son questionnaire associé .....	58
2.2) Interprétation des résultats du questionnaire .....	61
2.3) Proposition et perspectives.....	65
2.3.1) Formation continue .....	65
2.3.2) Collaboration avec des structures spécialisées.....	66
2.3.3) Importance des nouvelles technologies .....	66
<b>Conclusion .....</b>	<b>67</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>68</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>74</b>

## Liste des abréviations

AM : Anorexie mentale  
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé  
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris  
CHU : Centre hospitalo universitaire  
CMP : Centre médico psychologique  
CNO : Complément nutritionnel oral  
CNOP : Conseil national de l'ordre des pharmaciens  
CPS : Carte de professionnel de santé  
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé  
DMP : Dossier médical partagé  
DP : Dossier pharmaceutique  
DPC : Développement professionnel continu  
DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*  
DU : Diplôme universitaire  
ESP : *Eating disorder screen for primary care*  
ETP : Entretien thérapeutique du patient  
FSH : Hormone Folliculo-Stimulante  
GH : *Growth hormone*  
GLP : *Glucagon like peptide*  
HAS : Haute autorité de santé  
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires  
IGF : *Insulin-like growth factor*  
IMC : Indice de masse corporelle  
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
LGO : Logiciel de gestion officinale  
LH : *Luteinizing hormone* (hormone lutéinisante)  
LP : Libération prolongée  
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle  
NFS : Numération de formule sanguine  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
PACA : Provence-alpes-côte d'azur

PUI : Pharmacie à usage hospitalier

QR : *Quick response (réponse rapide)*

RCP : Résumé des caractéristiques du produit

RGO : Reflux gastro œsophagien

RHD : Règles hygiéno diététiques

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

SMR : Service médical rendu

TCA : Troubles du comportement alimentaire

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

TSH : *Thyroid Stimulating Hormone* (hormone thyroïdostimulante)

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Motif des 58 hospitalisations des anorexiques restrictives strictes.....	21
<b>Figure 2</b> : Les symptômes de l'anorexie mentale.....	24
<b>Figure 3</b> : Automédication et consommation abusive de laxatifs : origine d'une dépendance vis à vis des laxatifs .....	32
<b>Figure 4</b> : Origine des patients atteints de TCA consultants ou hospitalisés .....	36
<b>Figure 5</b> : Le cercle de Prochaska et Di Clemente.....	43
<b>Figure 6</b> : Les 4 phases du cycle capillaire .....	45
<b>Figure 7</b> : Mesure de l'angle révélateur d'hippocratismes digital .....	49
<b>Figure 8</b> : Triptyque d'information recto verso à destination des professionnels exerçant en officine.....	59
<b>Figure 9</b> : Impact de la brochure dans le repérage et la sensibilisation de l'anorexie .....	60
<b>Figure 10</b> : Connaissances acquises par la brochure sur la pathologie .....	60
<b>Figure 11</b> : Connaissance du questionnaire SCOFF avant lecture du document.....	61
<b>Figure 12</b> : Connaissance du questionnaire SCOFF après lecture du document.....	61
<b>Figure 13</b> : Aisance à repérer la pathologie avant lecture du document.....	61
<b>Figure 14</b> : Aisance à repérer la pathologie après lecture du document .....	61
<b>Figure 15</b> : Intérêt du triptyque pour identifier des signaux d'alerte chez la personne anorexique .....	62
<b>Figure 16</b> : Intérêt du triptyque pour apporter des conseils au comptoir à la personne anorexique .....	62
<b>Figure 17</b> : Usage préalable d'outils pour aider à diagnostiquer une personne anorexique .....	63
<b>Figure 18</b> : Capacité d'orientation du patient après lecture de la brochure.....	63
<b>Figure 19</b> : Réutilisation potentielle de la brochure.....	63

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Journal de prise alimentaire .....	26
<b>Tableau 2</b> : Anomalies biologiques possibles dans l'anorexie mentale.....	27
<b>Tableau 3</b> : Anorexie mentale et perturbations endocriniennes : une logique de survie.....	29
<b>Tableau 4</b> : Carences en vitamines et oligo éléments et signes cliniques associés...	48

## Introduction

L'anorexie mentale est un trouble complexe du comportement alimentaire, caractérisé par une restriction alimentaire volontaire, une peur intense de prendre du poids et une altération de la perception de l'image corporelle. Elle peut entraîner une dénutrition, des complications physiques, psychologiques et un risque élevé de mortalité (1).

Elle présente un pronostic lourd, avec la mortalité la plus élevée de toutes les maladies psychiatriques. En France, on estime qu'environ 1 à 2 % des jeunes femmes et 0,3 % des hommes en sont atteints, avec un âge de début souvent situé à l'adolescence (3).

Le diagnostic est souvent retardé en raison du déni de la maladie et de la difficulté du repérage précoce. Or, plus le dépistage intervient tôt, plus les chances de rémission sont importantes. Dans ce contexte, le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de santé accessible, disponible et de confiance, occupe une place privilégiée pour identifier des signes d'alerte, sensibiliser les patients et leur entourage, et orienter vers une prise en charge adaptée. Son rôle ne se limite plus à la dispensation des médicaments : il participe désormais activement à la prévention, l'éducation et la coordination des soins, conformément aux recommandations nationales de santé publique.

Ainsi, cette thèse s'intéressera d'abord à l'épidémiologie, aux symptômes et aux complications de l'anorexie mentale, puis aux facteurs de risque et aux pratiques de mésusages médicamenteux.

Il sera ensuite proposé d'examiner la place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'anorexie mentale, en insistant sur ses missions de repérage précoce des signes évocateurs et de sensibilisation des patients comme de leur entourage, afin de favoriser une orientation adaptée et d'améliorer le parcours de soins.

Enfin, des outils concrets de sensibilisation seront proposés pour renforcer son implication dans la lutte contre cette pathologie.

# I) Généralités : l'anorexie mentale

## 1) Epidémiologie

### 1.1) Prévalence et incidence

L'anorexie mentale concerne 4 % de la population mondiale, soit 14% en France en 2014 selon une étude réalisée, et en constante augmentation depuis la Covid. Au niveau mondial, la prévalence des TCA a doublé entre 2000 et 2018 (1).

Selon Olivier Véran, député et médecin neurologue en profession, environ 30 000 à 40 000 personnes sont atteintes d'anorexie mentale en France en mars 2015 (2).

Dans le monde, la majorité des personnes concernées sont des femmes à 80%, avec une prévalence qui varie selon les études de 0,5 à 2.2% chez les femmes et 0,3% chez les hommes (3). Plus précisément à l'adolescence, on retrouve un pic d'incidence à 15 ans avec deux pics entre 13-14 ans et 17-18 ans.

Selon une étude réalisée en 2001 par McClelland et Crisp sur 693 patients, il existe près de deux fois plus de personnes anorexiques dans les classes moyennes et supérieures (4).

La prévalence varie aussi selon les territoires. En effet, elle est plus fréquente dans les pays occidentaux et développés. De plus, l'incidence chez les femmes est plus élevée dans les pays en Europe du Nord (85 au Royaume uni, 101 en Finlande) qu'en Europe du Sud (86 au Portugal) (5).

Après cinq ans, dans les deux tiers des cas, les patients guérissent. Dans le cas échéant, on parle d'anorexie mentale chronique qui peut évoluer vers la mort pour 6% des cas (1).

Mais l'anorexie mentale reste la pathologie psychiatrique avec le plus fort taux de mortalité prématurée (à 10 %) avec le taux de suicide le plus important également, bien que les causes puissent être toutes autres comme des complications somatiques (cardiaque le plus souvent). En effet, on obtiendra environ 5 à 10% de suicide et 20% de mortalité après un suivi de 20 ans (4).

### 1.2) Retard de diagnostic

Des études ont démontré que 75% des personnes atteintes de TCA n'ont pas accès à un traitement. Ceci est en partie dû à une incapacité des patients à prendre des rendez-vous, que ce soit chez leur médecin traitant et leur spécialiste (105) entraînant ainsi un long délai d'attente et donc un manque de suivi régulier. D'autres facteurs sont également pris en compte tels que le manque de motivation des patients.



**Figure 1** : Motif des 58 hospitalisations des patients présentant une anorexie restrictive stricte (15)

La figure 1 est issue d'une étude réalisée au courant de l'année 2005 au sein du service de médecine des adolescents de l'hôpital de bicêtre à l'AP-HP (15). Elle montre que la plupart des hospitalisations TCA surviennent lorsque la situation est déjà alarmante, c'est à dire dans plus de la moitié des cas une "urgence nutritionnelle", allant jusqu'au suicide.

De plus, le taux de guérison des patients atteints d'anorexie mentale varie fortement selon la durée d'évolution du trouble : il pourrait atteindre environ 60 % lorsque le trouble dure moins d'un an, mais devient très faible après quatre ans selon le Pr Darmon (85).

Enfin, le retard de diagnostic reste dans l'ensemble important dans les formes prépubères, mais tend à diminuer dans les pays pratiquant un repérage précoce, comme l'Allemagne, où la durée d'évolution avant admission est plus courte grâce à une meilleure sensibilisation, entraînant une augmentation des prises en charge, selon le Centre de Référence Anorexie Mentale à début précoce de Paris (86).

Dans ce contexte, le pharmacien a donc un rôle clé de par les nouvelles missions qui lui sont confiées, cela permet d'éviter de surcharger les médecins de ville et les hôpitaux. Il a aussi le rôle de relayer les informations fournies par le patient auprès des professionnels de santé et de l'orienter en cas de nécessité vers des équipes spécialisées. Ceci est d'autant plus facile pour le pharmacien grâce à sa relation privilégiée avec le patient.

## 2) Définition et symptômes

### 2.1) Définition de l'anorexie

L'anorexie mentale vient du grec "anorexia" qui signifie "manque d'appétit".

Elle fait partie des troubles du comportement alimentaire.

C'est un trouble chronique addictif qui consiste à restreindre son alimentation volontairement par peur intense de grossir et par dysmorphophobie ; entraînant ainsi un poids très faible (6).

On distingue l'anorexie mentale mentionnée ici de l'anorexie secondaire qui survient après le passage d'une maladie sévère ou de la prise de médicaments.

### 2.2) Symptômes

On peut noter deux formes principales d'anorexie mentale : la forme la plus classique, **restrictive pure**, qui consiste à se restreindre en calories et parfois pratiquer un exercice physique intense.

L'autre forme dite **purgative et hyperphagique** alterne des phases de restriction alimentaire avec des phases de vomissements provoqués ou la prise de laxatifs, après s'être alimenté excessivement par des phases de boulimie (7).

L'ensemble des critères diagnostic proviennent du DSM-5 (*diagnostic statistical manual* de l'association américaine de psychiatrie, 5e version), classification internationale datant de 2013. Cette manière restrictive voire purgative de s'alimenter constitue son premier critère (8).

Le DSM 5 TR (TR signifiant révision du texte), datant de mars 2019, contient un trouble supplémentaire, celui du deuil prolongé. Il est associé à une situation de traumatisme ou lié à des facteurs de stress (9).

On retrouve également un **amaigrissement** rapide et intense. Il peut se calculer durant l'adolescence par le déficit pondéral en pourcentage, c'est-à-dire le degré relatif par rapport au poids antérieur ou souhaitable. Il est souvent de 30% et peut atteindre jusqu'à 50% dans des cas extrêmes. Ce critère se traduit par un indice de masse corporelle (IMC) très diminué. En effet, une personne anorexique aura son IMC fortement régressé.

Un IMC inférieur à 17.5 kg/m<sup>2</sup> correspond à un poids insuffisant. Un IMC inférieur à 15 kg/m<sup>2</sup> est synonyme de pronostic vital engagé, on propose alors une hospitalisation afin de garantir une réalimentation (10).

On peut ainsi classer différents niveaux de sévérité d'amaigrissement selon l'IMC : (11)

- Léger : IMC  $\geq$  17 kg/m<sup>2</sup>
- Modéré : IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>
- Sévère : IMC : 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>
- Extrême : IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>

Le dernier critère essentiel au diagnostic est lié à la **perception de soi**. En effet, 40% des personnes atteintes d'anorexie ont des troubles psychologiques associés. Ces personnes auront une vision altérée de leur corps et de leur poids que l'on peut

qualifier de déni avec une peur extrême de grossir. **L'estime de soi** va aussi être altérée, comme le mentionne la Dr Taddeo avec une impression d'être incompris, entraînant des changements d'humeur, une fatigue, une irritabilité (12).

Du côté relationnel, on pourra observer un fort **rapprochement familial**, davantage constaté avec la mère. A ce sujet, des études ont démontré la présence d'une **surprotection maternelle** chez ces patients atteintes d'anorexie mentale, à l'inverse du père qui prône l'indépendance de son enfant (13).

A contrario, pour éviter les situations les confrontant à de la nourriture, et par peur d'être jugés, les personnes anorexiques vont préférer **s'isoler des proches** entraînant ainsi un retrait de la société (12).

De plus, de nombreuses études ont permis de constater un lien étroit entre les troubles du comportement alimentaire et des **comorbidités psychiatriques** (55 à 95% des personnes atteintes de TCA en souffrent). On y retrouve par ordre de fréquence de l'anxiété (62%), des troubles de l'humeur (54%), de la toxicomanie (28%), un stress post-traumatique (27%) ainsi que des troubles de la personnalité (22%) (14).

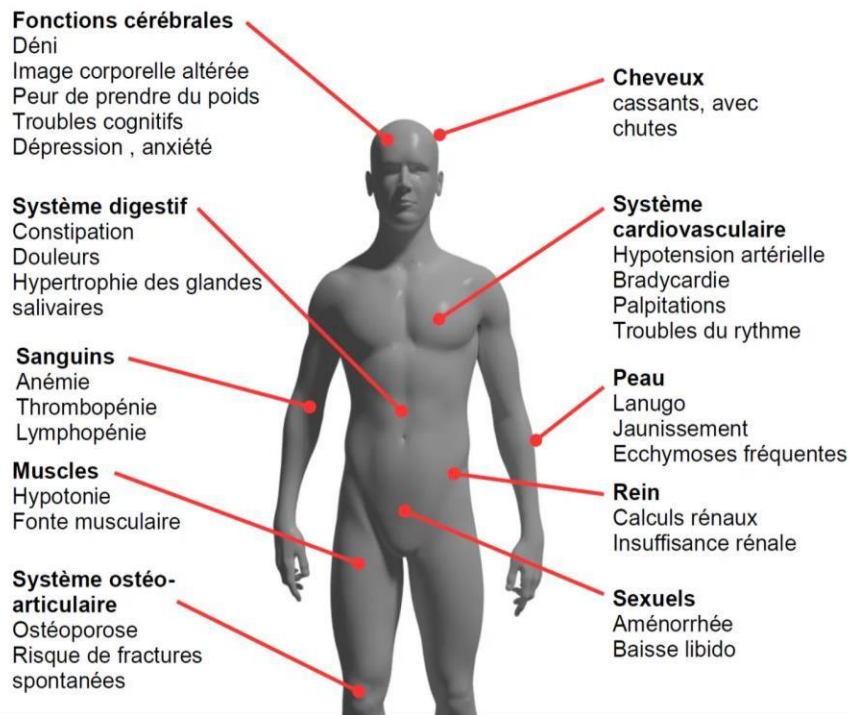
Comme évoqué ci-dessus, l'anorexie mentale peut avoir des atteintes psychologiques, comme des modifications du comportement et de **l'hyperactivité**. Celle-ci peut être **physique**, en favorisant des trajets à pied plutôt qu'en voiture et en réalisant du sport ou de l'exercice physique intensif comme de la gymnastique, de la course à pied et de la danse. Cet exercice physique intense leur procure un bien être en produisant des endorphines, mettant de côté l'écoute de leur propre corps et la sensation de fatigue associée (15).

Cette hyperactivité peut aussi être mentale et **intellectuelle** : on retrouve dans la plupart des cas des personnes très scolaires, qui passent beaucoup de temps à étudier et en recherche constante d'apprentissage, avec une grande exigence personnelle (16).

D'autres symptômes peuvent également être présents, bien qu'ils ne figurent pas dans les critères du DSM-5, comme **l'aménorrhée** c'est-à-dire l'absence de règles. Cet arrêt brutal est indirectement lié au poids, et directement lié à l'atteinte fonctionnelle et primaire du système hypothalamo-hypophysio-gonadique. Lorsque la patiente reprendra du poids, cette aménorrhée disparaîtra (17). Cette aménorrhée est dite "primaire" lorsque les règles ne sont jamais apparues avant. Par contre, une absence de règles pendant plus de 3 mois (auparavant régulières) est qualifiée de "secondaire". Ce critère a été retiré du DSM-5 car l'utilisation d'une pilule hormonale œstroprogestative peut masquer ce symptôme.

La plupart du temps on constate une **polydipsie voire polyurie** (15). Elle peut être visible par l'utilisation excessive notamment de thé, café, eau allant de 5 à 7 litres par jour (18).

Ces types de symptômes apparaissent la plupart du temps en toute discrétion et dans l'ignorance de ses proches ; les personnes concernées préférant éviter tout regard extérieur.



**Figure 2** : Les symptômes de l'anorexie mentale (19)

## 2.3) Diagnostic

Le diagnostic est clinique (16). Les critères cliniques sont ceux du DSM-5 TR comme cités précédemment, c'est-à-dire :

- Restriction de prise alimentaire
- Peur intense de prise de poids
- Altération de la perception de l'image de soi (poids, gravité de la pathologie)

Il faudra dès lors réaliser des examens complémentaires clinico-biologiques notamment par la prise de rendez-vous avec des spécialistes.

### 2.3.1) Outils d'aide au repérage précoce

#### a) Le questionnaire SCOFF

Le repérage de l'anorexie mentale peut être effectué par le test le plus courant, il s'agit du SCOFF (*Sick, control, one stone, fat, food*). C'est un questionnaire réalisé par les professionnels de santé où il faut répondre par « oui » ou « non » à 5 questions.

Le questionnaire SCOFF repose sur les questions suivantes :

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

Chaque réponse positive vaut 1 point. Un score de 2 points ou plus peut indiquer un risque potentiel d'anorexie ou de boulimie. Il existe toutefois des faux positifs de par leur spécificité limitée, mais peu de faux négatifs car le test présente une sensibilité

élevée (20). Le questionnaire permet surtout d'exclure un trouble alimentaire en cas de résultat positif ou peut être utilisé en cas de dépistage ciblé si une anorexie est déjà suspectée (21).

En cas de test positif, il est nécessaire de rediriger le patient vers un spécialiste qui s'occupera du diagnostic et de la prise en charge associée, dès lors que le patient aura donné son accord (21).

Depuis 2024 un algorithme (expaliTM) a été réalisé par le service de nutrition du CHU de Rouen. Sur la base des réponses fournies au SCOFF et de l'indice de masse corporelle (IMC), l'algorithme vise à déterminer de manière probabiliste la nature du trouble du comportement alimentaire impliqué (boulimie, hyperphagie ou restriction alimentaire principalement mais moins efficace lorsqu'il s'agit d'autres troubles). Il se base sur les données du DSM-5 et peut ensuite proposer un accompagnement personnalisé si le score est supérieur à 2 ou plutôt des actions de prévention dans le cas échéant (22).

#### b) L'ESP

Similaire au test précédemment cité, l'ESP (*eating disorder screen for primary care*) est un test légèrement plus rapide et plus simple à réaliser car les questions sont moins nombreuses et moins complexes à aborder, ce qui requiert un moindre degré d'exploration de l'intimité du patient (20).

Il est constitué des 4 questions suivantes :

1. Êtes-vous satisfait de vos habitudes alimentaires ?
2. Mangez-vous parfois en secret ?
3. Votre poids affecte-t-il la façon dont vous vous sentez ?
4. Souffrez-vous actuellement d'un trouble de l'alimentation, ou en avez-vous déjà souffert dans le passé ?

De la même manière que pour le questionnaire SCOFF, une réponse positive « oui » correspond à un point. A partir de 2 réponses positives, il sera nécessaire d'être orienté vers un spécialiste afin de poursuivre le dépistage.

#### **2.3.2) Journal des prises alimentaires**

Il est possible de proposer au patient de réaliser une grille d'auto observation (tableau 1) qui lui permettra de mieux caractériser sa prise alimentaire, d'identifier les émotions associées et de préciser les comportements compensatoires éventuels (23).

Ainsi, cela permettra au professionnel de santé de mieux cibler le TCA du patient et le comportement associé et donc de mieux le prendre en charge par la suite.

**Tableau 1 : Journal de prise alimentaire (93)**

Journal des prises alimentaires							
Date création	18/04/2021						
Informations	Auto-observation des prises alimentaires						
Instructions	Veuillez indiquer les différents éléments entourant vos prises alimentaires (avant, pendant, après), ils nous aideront à mieux comprendre ce qu'il se passe. Il est important de noter aussi bien les repas 'normaux' que les crises de boulimie ou de glotonnerie.						
Contexte							
N°	Date	Heure de l'événement	Que se passe-t-il ?	Mes pensées ou images	Emotions et sensations avant de manger	Lieu de consommation	
0 (exemple)	01/10/2020	15h10	Paul vient de me dire qu'il ne pourra pas venir à notre sortie	Une fois de plus il ne sait pas s'organiser ! On ne peut pas compter sur lui ! Il me laisse seule !	Colère, frustration, tristesse. Vide intérieur, ventre noué.	Dans ma voiture	
1							
2							
3							
4							
Heure début	Aliments et boissons (type et quantités approximatives)			Boulimie	Commentaires/précisions	Heure de fin	Durée
15h15	1 Paquet de chips, 6 viennoiseries, 4 barres chocolatées			<input checked="" type="checkbox"/>	Je mange jusqu'à ce que je sente une pression importante dans mon estomac et une sorte d'apaisement.	15h45	0h30
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
Pensées et images après		Emotions et sensations après		Vomissement	Laxatifs	Diurétiques	Sport (quoi, quelle durée, intensité de l'effort)
Je me dis que je suis nulle, je de nouveau perdu le contrôle, craqué, je vais redevenir une grosse vache.		Honte, dégoût, colère contre moi.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En fin de journée je vais courrir 15km et faire une séance d'abos. Intensité 9/10. Durée 2h30.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres ?							
Je me frappe la cuisse avec le poing, 1x par viennoiserie.							

### 3) Les facteurs de risque

Tout d'abord, il peut exister des **prédispositions génétiques**.

Selon l'INICEA, des études estiment que la part de génétique peut expliquer jusqu'à 70% de l'anorexie (123).

Selon l'INSERM, des études de cohorte portant sur plusieurs centaines de participants ont mis en évidence une prévalence plus élevée de mutations touchant huit gènes, déjà impliqués dans d'autres troubles psychiatriques, chez les personnes atteintes d'anorexie mentale (24).

Concernant les proches au premier degré de personnes atteintes, ils sont douze fois plus à risque de développer cette maladie (25).

Certains caractères ou **traits de personnalité** peuvent contribuer à l'émergence de ces troubles. Les personnalités perfectionnistes, organisées sont souvent retrouvées, avec une peur de perdre le contrôle (26).

L'**environnement** a un impact considérable sur l'apparition de troubles du comportement alimentaire.

En effet, certaines activités telles que la danse classique, le mannequinat et d'autres sports ont une exigence de la minceur très particulière, qui a d'ailleurs entraîné l'instauration de la "loi mannequin" en 2017 (27). Cette dernière impose aux mannequins de justifier d'un état de santé correct par le biais d'un certificat médical.

De plus, toute photo retouchée dans le but de modifier l'apparence d'un corps devra porter la mention "photo retouchée".

## 4) Complications de l'anorexie mentale

### 4.1) Conséquences physiques ou somatiques

#### 4.1.1) Anomalies du bilan biologique

Différentes anomalies du bilan biologique peuvent être observées notamment dans la numération de formule sanguine (NFS) chez les personnes atteintes d'anorexie mentale (28) : anémie, leucopénie, neutropénie, thrombopénie.

D'autres anomalies peuvent être retrouvées dans le bilan biologique avec par exemple une perte d'électrolytes visible sur l'ionogramme.

**Tableau 2** : Anomalies biologiques possibles dans l'anorexie mentale (15)

Anomalies biologiques	Causes
Neutropénie	Dénutrition
Thrombopénie	
Hypomagnésémie	
Hypokaliémie	Vomissements
Amylasémie élevée	
Élévation des bicarbonates	
Hypochlorémie (alcalose hypochlorémique)	
Hyponatrémie	Potomanie
Augmentation de l'urée sanguine	Déshydratation, insuffisance rénale fonctionnelle
Augmentation des transaminases	Hépatites de dénutrition sévère
Créatinine et clairance à la créatinine	Insuffisance rénale fonctionnelle si déshydratation
Hypophosphorémie	Syndrome de renutrition inappropriée
Hypocalcémie	Ostéopénie
Déficit en vitamine D	
Hypercholestérolémie secondaire	Carence d'apports

#### 4.1.2) Troubles de la peau et des phanères

Des signes cutanés sont des signes facilement identifiables chez les personnes anorexiques.

On retrouve souvent des **xéroses**, c'est-à-dire des sécheresses cutanées, dues à une déshydratation intense et de l'hypothyroïdie compensatoire (29).

Les patients atteints d'anorexie mentale ont une alimentation restrictive et modifiée, basée souvent sur des produits tels que des fruits et légumes peu énergétiques, riches en bêta-carotènes. Une hypercaroténémie d'origine alimentaire peut alors être présente chez eux.

Son origine peut aussi être métabolique. En effet, des études ont mis en évidence une hypercaroténémie associée à des anomalies hormonales (baisse de T3 et T4), engendrant une hypothyroïdie (94) et donc une diminution du métabolisme de la vitamine A par l'organisme (30).

De plus, une étude de cohorte en 2021 a montré des taux élevés de  $\beta$ -carotène chez des patients anorexiques, corrélés à une faible masse adipeuse sous-cutanée, ce qui pourrait freiner la reprise pondérale (95).

Par ailleurs, l'excès de caroténoïdes peut induire une coloration jaune-orangée de la peau, appelée **caroténodermie**, parfois observée chez ces patients (96).

On observe aussi d'autres signes comme un **déchaussement des dents, une atteinte des phanères, de la peau** (ongles, cheveux, peau terne et déshydratée).

La disparition du tissu graisseux sous-cutané entraîne une difficulté à réguler la chaleur corporelle ; en réaction, l'organisme produit du **lanugo** sur l'ensemble du corps pour limiter cette déperdition thermique. Le lanugo correspond à une fine pilosité importante et présente sur tout le corps.

L'intolérance au froid engendre également de l'**acrocyanose**, se définissant comme une extrémité des doigts bleutée, et concerne environ 43% des personnes atteintes d'anorexie (29).

Le repérage précoce de ces signes peut faire intervenir les dermatologues dans le parcours de soins.

Un manque d'apport alimentaire va par la suite entraîner des carences en minéraux tels que le calcium, le fer et le zinc, qui auront des conséquences sur la fragilité des ongles, les rendant alors plus mous, friables et cassants. Il peut d'ailleurs souvent être constaté une **onychorrhexie**, c'est-à-dire une fissuration longitudinale qui s'étend du bord libre au bord proximal de l'ongle ; ainsi qu'une **onychoschizie**, un décollement lamellaire du bord libre de la plaque unguéale (31).

#### 4.1.3) Troubles cardiaques

Cette forte et rapide perte de poids va entraîner une fonte musculaire intense ayant pour conséquence un rétrécissement des organes constitués de tissu musculaire comme le cœur. On constate dès lors un ralentissement du rythme cardiaque, une

**arythmie**, une **hypotension artérielle** ou encore une **bradycardie sinusale** d'ailleurs retrouvée chez 80% des personnes anorexiques (32).

De plus, l'**hypokaliémie** et l'**hypomagnésémie** souvent retrouvées chez les personnes anorexiques peuvent aussi être responsables de troubles cardiaques.

Les personnes anorexiques hospitalisées pour complications cardiaques peuvent aboutir au décès dans 30% des cas (33).

#### 4.1.4) Troubles digestifs

En cas d'une forte perte de poids, soit environ 20% du poids initial, un retard à la vidange gastrique, autrement appelé **gastroparésie**, sera constaté. Ces troubles concernent environ 70% des personnes anorexiques (34).

Ainsi, en découlent d'autres symptômes tels que des **météorismes ou des ballonnements**, une constipation, des douleurs localisées au niveau de l'hypochondre gauche et le sentiment de satiété qui apparaît plus rapidement. Les ballonnements peuvent aussi être causés par une alimentation riche en fibres pris volontairement par les personnes anorexiques (35).

La **constipation**, quant à elle, est fréquente car le manque d'apports alimentaires entraîne un hypofonctionnement réflexe du côlon (35), ainsi les muscles lisses vont naturellement s'atrophier et donc être moins efficaces (36).

Enfin, certaines personnes peuvent souffrir d'**acidité gastrique**. Elle s'explique par la persistance d'ouverture du cardia, situé à l'entrée de l'estomac, créant ainsi une remontée anormale d'acidité en provenance de l'estomac (34).

#### 4.1.5) Perturbations des glandes endocrines

Dans le cadre de l'anorexie mentale, l'organisme développe des adaptations endocriniennes complexes visant à préserver les fonctions vitales face à la carence énergétique.

Le tableau 3 synthétise les principales perturbations observées au niveau des axes hypothalamo-hypophysaires ainsi que leurs conséquences physiopathologiques.

**Tableau 3** : Anorexie mentale et perturbations endocriniennes : une logique de survie (15)

Axe	Perturbations hormonales	Conséquences
Axe somatotrope	GH normale ou augmentée, IGF1 diminuée	Mobilisation des graisses, freinage de la croissance
Axe thyroïdien	Diminution de l'hormone T3, T4 normale, TSH normale	Baisse des besoins caloriques
Axe corticotrope	Hypercortisolémie	Maintien de la néoglucogénèse
Axe gonadotrope	LH FSH E2 T diminuées	Aménorrhée et absence de grossesse

Au niveau de l'**axe somatotrope**, il existe un retard de croissance. On peut noter que le taux de GH ou *growth hormone* (ou hormone de croissance) est normal voire élevé, tandis que le taux d'IGF1 (*Insulin-like growth factor*) est, lui, diminué.

En effet, le foie, qui produit l'IGF1, ne va plus répondre efficacement et donc entraîner une résistance à la GH en raison d'un manque d'apports de nutriments essentiels en cas de dénutrition.

Ainsi, le feedback négatif normalement réalisé de l'IGF1 sur GH n'aura plus lieu, on aura donc un taux faible d'IGF1 et élevé de GH.

Au niveau de l'**axe thyroïdien**, on retrouve des signes caractéristiques d'une hypothyroïdie périphérique avec les hormones TSH et T4 normale mais T3 basse. Cette diminution énergétique va entraîner une cascade d'effets indésirables tels qu'une bradycardie, une constipation, une asthénie, une frilosité et d'autres signes typiques de l'hypothyroïdie.

Au niveau de l'**axe corticotrope**, dans les glandes surrénales, on retrouve un hypercortisolisme avec une augmentation du cortisol plasmatique et du cortisol libre urinaire (19).

Il y aura également une perte du rythme nyctéméral du cortisol et donc des difficultés de sommeil couramment observées chez les personnes atteintes d'anorexie.

Au niveau de l'**axe gonadotrope**, on pourra constater une absence anormale de retour des règles, appelée aménorrhée ainsi qu'un retard pubertaire observé lorsque l'anorexie a lieu durant l'adolescence, comme c'est souvent le cas.

Ainsi, seront observés une diminution des taux d'œstradiol et de progestérone chez la fille et de testostérone chez le garçon. Les bilans hormonaux montrent un faible taux de LH et FSH (124).

#### **4.1.6) Perturbations osseuses**

On peut réaliser une ostéodensitométrie pour mesurer la calcification osseuse, on retrouve souvent de l'**ostéoporose** ou **ostéopénie** dans cette pathologie avec une déminéralisation osseuse dès 3 ans, des tassements vertébraux dès 5 ans et de nombreuses fractures notamment au niveau du dos et du rachis.

En effet, la majorité des cas d'anorexie mentale survenant lors de l'adolescence, la restriction alimentaire sévère perturbe la croissance, en particulier la maturation et la densification osseuse. La diminution des apports nutritionnels essentiels compromet ainsi la minéralisation du squelette, entraînant une réduction de la densité minérale osseuse et augmentant dès lors le risque d'ostéopénie puis d'ostéoporose à long terme.

#### **4.2) Conséquences psychologiques**

La dénutrition va entraîner un manque d'afflux sanguin vers le cerveau, en particulier le système limbique, occasionnant des troubles neurofonctionnels et des perturbations de la régulation des émotions et des conduites alimentaires.

Dans la majorité des cas d'anorexie mentale qui surviennent lors de l'adolescence, on observe une **diminution des capacités d'attention et de mémorisation** surtout pour

ce qui concerne la mémoire du travail donc une atteinte des fonctions neurocognitives, néanmoins réversible.

Peu à peu, la pathologie va prendre une place considérable dans la vie du patient jusqu'à ce que la restriction alimentaire en devienne une réelle obsession entraînant ainsi un isolement social. Des perturbations de la régulation de l'humeur peuvent survenir, se manifestant par une alternance entre des périodes de honte et de **culpabilité**, liées à une **perte de confiance en soi**, et des épisodes **d'irritabilité**. Cela suscite des interrogations et incompréhensions de l'entourage.

Les relations sociales se trouvent également limitées par **l'anhédonie sociale**. Ce phénomène correspond à une perte de motivation liée à une diminution de l'activité du système de récompense. Le patient ressent alors moins de désir et de plaisir, aussi bien pour l'alimentation que pour les interactions sociales.

En effet ce système de récompense implique le noyau accumbens, qui possède très peu de connexions fonctionnelles chez les personnes anorexiques (4).

A ce sujet, on retrouve dans une étude une prévalence de 60 à 80% de troubles de l'humeur associés à des troubles du comportement alimentaire (contre 20% pour les témoins). Les **troubles anxieux** sont également très présents avec 37 à 75% de cas contre 20% de témoins (125).

La **dépression** est souvent constatée chez ce type de patients, due à l'effet des hormones stéroïdiennes qui vont impacter leur état psychologique.

Les atteintes psychologiques sur le long terme sont larges. Elles peuvent être la dépression, l'anxiété, les addictions, les obsessions, les relations sociales sur le plan personnel et professionnel.

### 4.3) Risques de mortalité

Le taux de mortalité de cette pathologie est élevé, comme vue précédemment.

Il peut être dû à une origine cardiaque ou à d'autres complications, et dans certains cas au suicide (37).

Le risque de mortalité est d'environ 20% pour les études de plus de 20 ans de suivi dont 5 à 10 % de taux de suicide. De plus, du fait d'une baisse d'immunité, le risque de morbi-mortalité est augmenté.

Dans la majorité des cas (80%) on obtient une guérison en se basant sur les critères de prise de poids, une alimentation adaptée et le retour de règles. Les critères du domaine psychique seront, eux, beaucoup plus longs et difficiles à se rétablir : on obtient seulement 50% de guérison en se basant également sur les critères psychologiques (135).

## 5) Mésusages médicamenteux

La plupart des personnes atteintes de TCA ont recours à des mésusages médicamenteux à visée anorexigène. Cet usage détourné peut se faire par une surconsommation médicamenteuse avec une posologie suprathérapeutique (usage sans indication donc hors recommandation) ou l'association de plusieurs médicaments ou de compléments alimentaires ayant la même indication.

## 5.1) Laxatifs et purgatifs

Tout d'abord, les laxatifs et purgatifs sont parmi les médicaments les plus fréquemment mésusés, notamment sous forme de lavements unidoses comme le phosphate disodique dodécahydrate ou le phosphate monosodique dihydrate (« Normacol® »).

En effet, l'abus de laxatifs concerne majoritairement des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire, notamment l'anorexie et la boulimie, avec une prévalence estimée entre 10 % et 60 % (126).

Les diurétiques de l'anse, tels que le furosémide, sont également détournés en raison de leur effet de polyurie, bien que disponibles uniquement sur ordonnance, entraînant une augmentation significative de la fréquence des mictions.

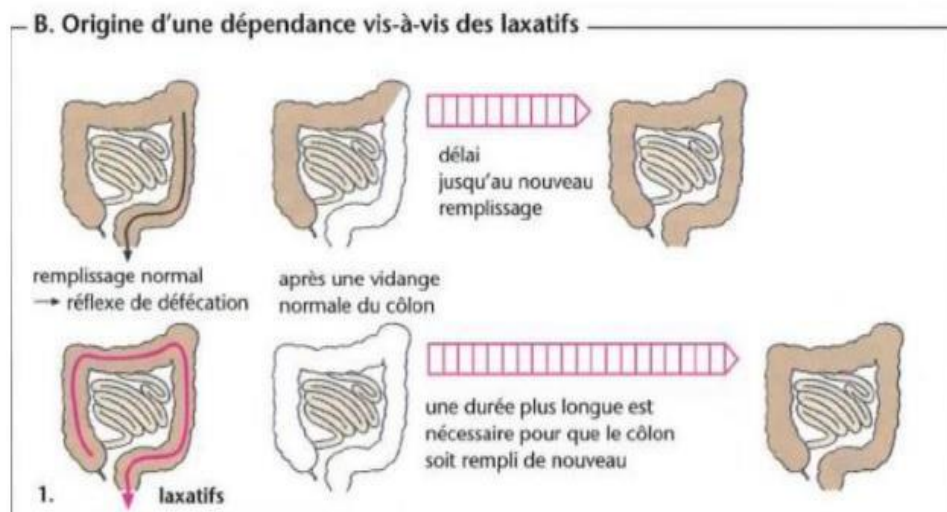
Il faut aussi veiller à la surconsommation de compléments alimentaires, comme des plantes à visée anorexigène et diurétique. Par ailleurs, une utilisation excessive voire prolongée peut entraîner des troubles hydroélectriques, des infections urinaires, des insuffisances rénales, ou encore une arythmie cardiaque pouvant conduire à la mortalité.

De plus, l'utilisation répétée de laxatifs peut entraîner un syndrome du côlon irritable par réduction du mucus protecteur de la paroi intestinale provoquant alors troubles digestifs et infections. Ces effets indésirables concernent surtout les laxatifs stimulants tels que la bourdaine, le séné ou le Bisacodyl®(97).

Cette surconsommation peut aussi entraîner une dépendance au produit, en entraînant une constipation, l'intestin n'effectuant plus de contractions physiologiques (1).

Concernant les effets indésirables potentiels, une déshydratation entraîne une insuffisance rénale ainsi qu'une rétention d'eau considérable, pouvant conduire à des œdèmes de la face notamment ou aux extrémités des membres.

Les conséquences observées ici sont d'autant plus graves car ces produits diurétiques sont, pour la plupart, en libre accès à l'officine (4).



**Figure 3 :** Automédication et consommation abusive de laxatifs : origine d'une dépendance vis à vis des laxatifs (98)

## 5.2) Alginates

Les mucilages comme l'**alginate** (retrouvé par exemple dans la spécialité Gaviscon®) sont utilisés aussi en complément comme mésusage car ils entraînent une sensation de satiété induite par une distension gastrique (38).

## 5.3) Les analogues de GLP-1

### 5.3.1) L'exemple du sémaglutide (Ozempic®)

Il existe aussi un mésusage qui a notamment fait récemment polémique dans les médias, d'où une alerte signalée par l'ANSM pour l'**Ozempic®** (sémaglutide) (15), indiquée dans le diabète de type 2, va être utilisé ici dans le but de perdre du poids chez des personnes non atteintes du diabète. En effet, ce sont des agonistes des récepteurs GLP-1, hormone responsable de la sécrétion d'insuline et donc de la diminution de la glycémie associé à un ralentissement de la vidange gastrique. On pourra constater une augmentation de la satiété et moins d'intérêt porté pour les aliments riches en acides gras (39).

Une augmentation de la consommation a été constatée suite à une augmentation de la demande auprès du fabricant et des ruptures auprès des stocks de pharmacies d'officine, alertant ainsi l'ANSM sur un mésusage du produit.

Les conséquences existent aussi chez le patient, chez lequel on pourra observer une hypoglycémie, des troubles gastriques (nausées, vomissements, diarrhées, constipation) et des reflux gastro œsophagiens (RGO).

### 5.3.2) Nouvelles règles de prescription

Depuis le 1er février 2025, le médecin devra fournir un formulaire d'accompagnement à la prescription dans le cadre de prescription d'analogues GLP-1 tels que le sémaglutide (Ozempic®), le liraglutide (Victoza®), le dulaglutide (Trullicity®) et l'exenatide (Byetta®) justifiant une utilisation dans le cadre du diabète de type 2 et donc dans les critères de prise en charge de l'assurance maladie c'est-à-dire dans la prise en charge du traitement du diabète de type 2, en complément des règles hygiéno-diététiques, en association à d'autres antidiabétiques lorsque ceux-ci ne permettent pas d'obtenir un contrôle suffisant du diabète, ou utilisé seul en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine (127).

Ce formulaire devra ensuite être présenté par le patient au pharmacien en plus de l'ordonnance, afin de permettre sa délivrance.

Ce document est à réaliser une seule fois pour tout le traitement, il n'est donc pas nécessaire de le refaire à chaque nouvelle prescription mais il est important de bien le conserver afin de le présenter si besoin à la pharmacie.

En revanche, la mesure est rétroactive, c'est-à-dire que mêmes les ordonnances datant d'avant le 1er février 2025 devront être accompagnées de ce formulaire (40).

Cela a pour but d'éviter les mésusages de ces médicaments à visée amaigrissante et de limiter les ruptures en les utilisant selon les recommandations AMM.

## 5.4) Médicaments stimulants

La prise de médicaments **stimulants** est aussi connue pour entraîner une perte de poids parmi les effets indésirables. Par exemple, la fluoxétine (Prozac®) est un antidépresseur, qui, contrairement aux autres, va avoir une visée anorexigène. Dans cette catégorie on retrouve aussi les médicaments utilisés pour la narcolepsie ou encore pour les troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (41) (42).

## 5.5) Les hormones thyroïdiennes

Enfin, les **hormones thyroïdiennes**, utilisées à fortes doses telles que la lévothyroxine (Lévothyrox®) peuvent mener à un état d'hyperthyroïdie iatrogène et donc à une perte de poids. La dose recommandée est dépendante du poids corporel et de la sensibilité individuelle : les posologies moyennes sont de 1,7 µg/kg/jour pour les traitements substitutifs et de 2,1 à 2,5 µg/kg/jour pour les traitements freinateurs.

Physiologiquement, l'organisme régule le taux d'hormones thyroïdiennes via l'axe hypothalamo-hypophysaire. Si de la lévothyroxine est apportée à l'organisme sans nécessité, celui-ci bloquera sa production naturellement. En revanche à partir d'un taux élevé, l'état d'hyperthyroïdie iatrogène sera observé.

D'après le Vidal, un taux sanguin de TSH < 0,1 mUI/L associée à une T4 libre élevée peut évoquer un surdosage. En effet, cette faible valeur de TSH est le signe d'un rétro contrôle négatif et correspond donc à un excès de d'hormones thyroïdiennes T3 libres (supérieur à 22 pmol/L) et T4 libres (supérieur à 6,8 pmol/L), visibles sur le bilan biologique.

Ainsi, un surdosage en lévothyroxine entraînera une perte de poids.

Cet amaigrissement n'est cependant pas bénéfique. En effet, il s'accompagne d'une fonte musculaire, d'une tachycardie, de troubles du sommeil, d'une irritabilité marquée, ainsi que d'un accroissement du risque cardiovasculaire. Il s'agit d'un état résultant d'un profond déséquilibre endocrinien, pouvant engager le pronostic vital s'il n'est pas pris en charge précocement (43).

De plus, ces hormones ayant un impact sur le métabolisme, on aura une augmentation de l'apport calorique et de la consommation maximale en oxygène avec une dépense énergétique, on aura donc une stimulation de la thermogénèse et de la lipolyse et en contrepartie une perte de poids (41).

Cet effet indésirable de perte de poids est notamment mentionné dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) concernant la lévothyroxine (44). Celle-ci peut être de maximum 10% du poids de base (45).

## 5.6) Compléments alimentaires à visée amincissante

Il faut être vigilant quant à la consommation excessive de **compléments alimentaires**, notamment à visée amincissante.

En effet, il faut veiller à ne pas dépasser la posologie recommandée par le laboratoire fabricant, et ne pas l'associer à d'autres compléments ayant les mêmes substances pour éviter un surdosage.

On retrouve notamment beaucoup de plantes amaigrissantes, vendues seules ou en association, dont leur utilisation excessive peut aussi être néfaste tout comme les médicaments. On les retrouve aussi dans le but de **détoxifier**. Certaines plantes ne présentent pas d'effets particuliers liés à un surdosage comme l'artichaut, les salicylées comme la reine des prés, l'orthosiphon, le maté.

D'autres en revanche possèdent davantage d'effets indésirables l'aloé vera (latex), le séné (senna alexandrina) ou la rhubarbe (rheum rhaponticum) qui sont utilisées comme **laxatif** et peuvent entraîner une dépendance accompagnée d'une hyponatrémie et d'une hypokaliémie (46).

Le thé vert (camellia sinensis) et le café vert (coffea arabica) sont, eux, utilisés comme **coupe-faim ou brûle graisse** et peuvent entraîner une atteinte hépatique avec une augmentation des transaminases (47).

## **II) Rôle du pharmacien auprès des patients présentant une anorexie**

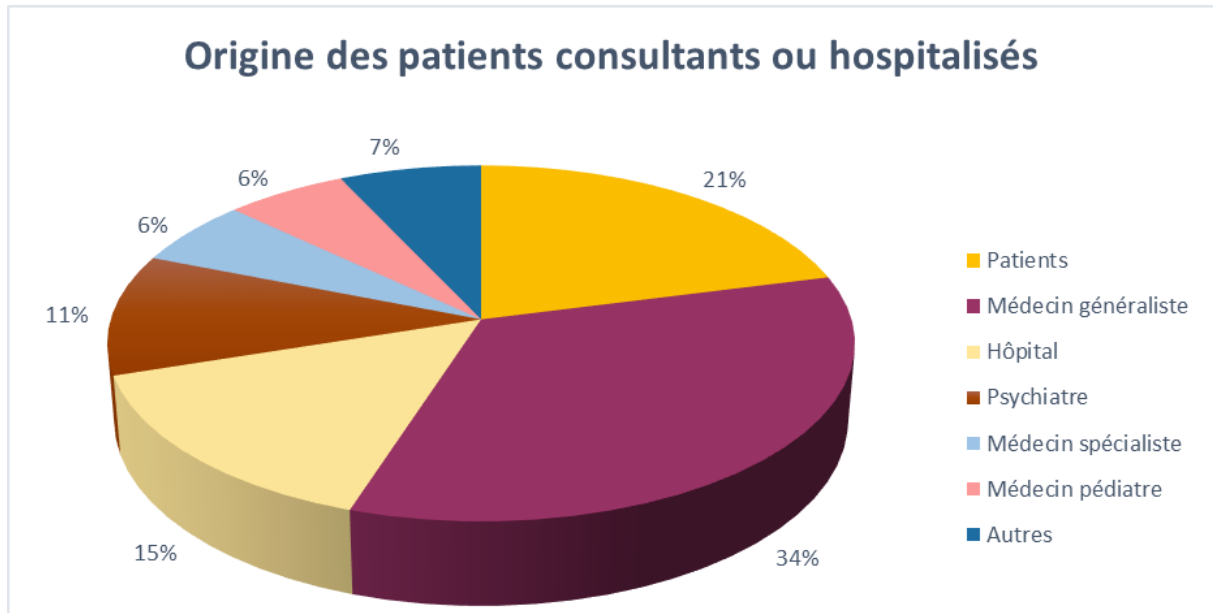
### **Définition**

D'après le Code de la Santé Publique des Pharmaciens Français (article R-4235-48), le pharmacien a non seulement un rôle primordial dans l'analyse et la délivrance médicamenteuse mais aussi de suivi et de conseil auprès du patient, instaurant avec lui un lien de proximité particulier (48).

# 1) Un professionnel de santé accessible et de confiance

## 1.1) Une profession historiquement en évolution

### 1.1.1) Place du pharmacien en 2005



**Figure 4** : Origine des patients atteints de TCA consultants ou hospitalisés en 2005 (n = 133) (15)

Sur 133 patients atteints de TCA, 46% ont été dans un premier temps adressés à un médecin généraliste ou un pédiatre, et seulement 11% ont consulté un psychiatre. De plus, seuls 15% ont été adressés dans un service hospitalier. Enfin, 21% sont allés consulter un professionnel de santé par eux-mêmes ou via leur parents/famille.

Cette figure 4 met en évidence l'importance de l'interprofessionnalité au sein de pathologies telles qu'ici avec l'anorexie mentale.

Néanmoins, le pharmacien n'y est pas représenté, ou peut-être dans la catégorie "autres" (7%). Cela confirme qu'en 2005, son rôle n'était pas ou peu connu, malgré son importance dans le repérage de la pathologie.

Ainsi, en 2005 le pharmacien ne semblait pas avoir de rôle dans l'orientation des patients vers leur médecin ou en hospitalisation et n'était donc pas intégré dans leur parcours de soins.

Désormais, le métier de pharmacien a évolué, de nombreuses nouvelles missions lui sont confiées, ce qui met la place du pharmacien au cœur du parcours de soins du patient.

## 1.1.2) Nouvelles missions du pharmacien

### 1.1.2.1) Définition

Selon la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST), promulguée le 21 juillet 2009, le pharmacien d'officine assure les soins de premier recours et la veille sanitaire. Son rôle dépasse la dispensation pour inclure la coordination interprofessionnelle (pharmacien référent ou correspondant) ainsi que l'accompagnement thérapeutique des patients, garantissant ainsi la continuité et la sécurité des soins (49).

### 1.1.2.2) Proposition programme d'ETP

Il existe des programmes d'ETP pour les TCA qu'il est possible de proposer au patient. Ils sont surtout présents dans les grandes villes telles que l'AP-HP de Paris et au CHU de Lyon. Ce dernier par exemple est proposé aux enfants et adultes atteints de TCA, à tout moment, gratuitement, durant leur parcours de soins (99).

Ces programmes comprennent un bilan éducatif partagé initial, qui peut être effectué avec les parents, pour établir un programme personnalisé et établir des objectifs. Ensuite, des séances d'entretien individuel ou collectif basées sur des ateliers vont être mises en place (52). Enfin, les patients vont participer à un bilan éducatif final pour évaluer les objectifs atteints.

A ce sujet, concernant la psychoéducation, une étude de 2023 a analysé ses effets à la fois auprès des patients et de leurs familles, dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire chez les enfants et adolescents. Ainsi, lorsqu'elle est intégrée à une prise en charge globale, la psychoéducation peut favoriser la prise de poids, réduire l'intensité des symptômes et diminuer les contraintes ressenties par les proches (100).

### 1.1.2.3) Les entretiens pharmaceutiques

Les entretiens sont réalisés dans l'espace de confidentialité et permettent une meilleure compréhension des patients de leur pathologie et de leur traitement.

Ils sont rémunérés pour des pathologies chroniques (comme l'asthme et le diabète), pour encadrer l'utilisation et les mésusages liés à la classe des opioïdes, optimiser le suivi des anticancéreux oraux ou encore des entretiens courts tels que l'entretien femme enceinte.

La rémunération des entretiens est effectuée à l'acte. Elle dépend de l'année d'accompagnement du patient, du nombre et du type d'entretiens et est fixée par la sécurité sociale (136).

Tout autre entretien peut être réalisé à l'officine, bien que non rémunéré pour l'instant, entre le pharmacien et le patient.

## 1.2) Un accès de premier recours

### 1.2.1) Facilité d'accès

Le pharmacien est le professionnel de santé le plus facile d'accès. En effet, de par sa situation géographique mais aussi sa proximité avec le patient, il est considéré par 95% des français comme "facile d'accès" (53).

Cette accessibilité est renforcée par **l'absence de délais d'attente** et de prise de rendez-vous préalable .

Les pharmacies accueillent 4 millions de personnes par jour (54). Cette valeur souligne le rôle essentiel de la pharmacie comme premier point de contact accessible et rapide pour les patients.

### 1.2.2) Proximité géographique

Les pharmacies sont présentes sur tout le territoire, à la fois au niveau rural mais aussi en centre-ville, ce qui permet une facilité d'accès pour les patients.

En 2021, 20 318 pharmacies ont été dénombrées en France métropolitaine. En moyenne, chaque commune française a une distance de la pharmacie d'au plus 3,8 kilomètres (55). En effet, 97% des Français habitent à moins de 15 minutes de leur pharmacie (56).

Ainsi, dans un contexte de déserts médicaux, le pharmacien se voit d'autant plus recevoir de nouvelles missions telles que des dépistages (Covid, cystite, angine), la réalisation de vaccination et d'entretiens pharmaceutiques ce qui améliore la prise en charge du patient (101).

### 1.2.3) Une disponibilité exemplaire

Les pharmacies disposent d'une large amplitude horaire allant du lundi au vendredi généralement de 9h à 19h et de plus en plus accessibles à la pause méridienne. Certaines pharmacies sont également accessibles le samedi.

Les pharmacies possèdent également un système de garde qui permet à tout patient de se présenter en cas d'urgence, comme énoncé dans l'article L 5125-17 du code de santé publique (102). Les pharmacies de gardes peuvent être accessibles en contactant le site des syndicats pharmaceutiques en charge de l'organisation des gardes, le numéro de téléphone 3237, ou le commissariat de police le plus proche (103).

## 1.3) Une proximité favorisant la relation de confiance

Il existe un lien de proximité durable entre le pharmacien et le patient.

Le pharmacien est le **premier professionnel de santé que va consulter le patient**. Il existe donc une relation forte de proximité entre le patient et le pharmacien. Celle-ci est rendue possible par le contact et la régularité de venue du patient. Leur fidélité est souvent liée à la proximité géographique et à la fréquence des visites, ce qui favorise la création d'un lien de confiance avec leur pharmacien.

De ce fait, le pharmacien peut connaître le contexte familial, les habitudes de vie, la personnalité du patient qui l'aideront à repérer des signaux d'alerte à l'anorexie mentale.

**L'accueil du patient** est primordial et doit faire partie de la démarche qualité de l'officine. Il est nécessaire de savoir faire preuve de bienveillance et de professionnalisme. Le pharmacien, étudiant ou préparateur doit être reconnaissable de par sa tenue : blouse et badge. Il est important de saluer le patient au début et à la fin de l'entretien au comptoir comme signe de politesse et également de respecter la distanciation sociale. Le pharmacien se doit aussi de respecter le secret professionnel et donc parler à voix basse afin d'éviter que tout patient situé à proximité puisse entendre, **facilitant ainsi la communication et une discussion en toute confiance** avec le patient. Il est d'ailleurs tout à fait possible de proposer au patient de poursuivre la conversation dans l'espace de confidentialité s'il en ressent le besoin. Enfin, il est essentiel que les informations communiquées au patient soient à la fois claires et adaptées à son niveau de compréhension (57).

Le pharmacien doit avoir une attitude **bienveillante et empathique** par un rôle de soutien, d'accompagnement, d'écoute et de compréhension du patient. Pour cela, le pharmacien se doit d'avoir une posture ouverte : il faut éviter d'avoir les bras croisés, un regard froid, afin de montrer une preuve d'empathie envers le patient. On parlera alors de communication non verbale.

Il est donc préférable de poser des questions ouvertes au patient afin de montrer son intérêt envers lui et une écoute active.

A ce sujet, une enquête Harris Interactive réalisée en mars 2019 indique que parmi 1 022 français de plus de 18 ans, 91 % des personnes interrogées répondent avoir confiance à l'égard de leur pharmacien (104). Cette valeur nous confirme bien la relation de confiance qui s'instaure entre le pharmacien et son patient.

## **2) Un rôle central dans l'éducation et la prévention**

### **2.1) Rôle d'éducation à la santé**

Le pharmacien a un rôle de plus en plus personnalisé envers le patient, allant du conseil jusqu'à l'entretien thérapeutique qui permet de rendre le patient responsable et autonome et donc acteur de sa prise en charge, on parle alors de prévention ciblée (116).

### **2.2) Prévention**

#### **2.2.1) Primaire : Information, sensibilisation, affichage**

Selon l'OMS, Il s'agit des interventions qui visent à prévenir ou à réduire la survenue des maladies, des accidents et des handicaps. Certains facteurs seront donc

davantage pris en compte tels que les facteurs environnementaux, sociétaux et psychosociaux (58).

Le pharmacien d'officine exerce un rôle déterminant dans les actions de sensibilisation. Il permet une intervention précoce et contribue à réduire la probabilité de développement de troubles tels que l'anorexie mentale.

Il existe de plus en plus de campagnes de prévention, de distribution de brochures à destination des patients et de leurs parents dans le but de les sensibiliser tout en mettant en évidence les facteurs de risques liés (59).

Cette démarche peut être mise en œuvre en officine grâce aux affiches mises à disposition par le Cespharm, permettant de sensibiliser le public, d'informer sur les manifestations cliniques, d'alerter les patients à risque ainsi que leur entourage, et de présenter les dispositifs d'accompagnement disponibles. Ce mode de communication constitue une première approche informative ne nécessitant pas d'interaction immédiate avec un professionnel de santé, offrant ainsi une alternative pour les patients ne se sentant pas encore prêts à s'engager. C'est donc là tout l'intérêt des campagnes de sensibilisation ( annexe 4).

Une journée mondiale est d'ailleurs désormais dédiée aux pathologies des TCA chaque année le 2 juin. Durant cette journée sont organisés des conférences, des témoignages et des webinaires sur la pathologie (annexe 5).

Le pharmacien peut alors organiser un espace dédié d'informations avec des brochures présentant la pathologie, des contacts d'associations et professionnels de santé. Des panneaux d'affichage peuvent également être disposés à l'entrée de la pharmacie ou devant les comptoirs afin d'attirer l'attention du patient. Ce type d'évènements peut aussi être l'occasion de proposer des entretiens confidentiels aux personnes se sentant concernés par cette problématique.

### **2.2.2) Secondaire : Détection précoce pour éviter la chronicisation**

Selon l'OMS, il s'agit d'une intervention visant à réduire la prévalence d'une maladie dans la population, en agissant dès les premiers signes du trouble pour en limiter l'évolution ou éliminer ses facteurs de risque (58).

Cela consiste en la réalisation d'actions afin de diminuer les conséquences et donc la prévalence de l'anorexie mentale, déjà installée, on parle alors de diagnostic précoce.

Plus concrètement, le pharmacien peut interroger le patient selon les signes repérés, lui proposer de répondre au questionnaire SCOFF et selon les réponses, l'orienter vers un médecin généraliste et des associations dédiées, spécifiques aux TCA.

Cela permet ainsi, dans ce contexte, un diagnostic différentiel de l'anorexie mentale selon les symptômes de la patiente (51).

## **2.3) Importance du repérage précoce dans la trajectoire de soins**

Le repérage précoce de l'anorexie mentale pourrait contribuer à limiter l'aggravation des symptômes conduisant à l'hospitalisation. En effet, plus la détection serait précoce, plus la prise en charge serait rapide et efficace

En effet, selon Pr Rigaud, des études ont mis en évidence que plus la durée de la maladie avant une première hospitalisation spécialisée est longue, plus l'évolution de l'anorexie mentale jusqu'à la guérison tend à être prolongée (60).

Ainsi, le pharmacien d'officine occupe ici un rôle essentiel : souvent premier professionnel de santé consulté, il est en position d'identifier précocement les signes de la pathologie. Cette proximité avec le patient peut ainsi contribuer à éviter un retard diagnostique et, par conséquent, à prévenir une aggravation potentiellement irréversible des symptômes en cas de prise en charge tardive.

### 3) La communication avec le patient

#### 3.1) La méthode des 4R (Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer)

Cette méthode a été développée par William R. Miller et Stephen Rollnick (106) .

Elle est constituée de 4 étapes citées ci-dessous :

- **Recontextualisation** : Le pharmacien adapte son analyse à la situation spécifique du patient, en s'appuyant sur son vécu, ses habitudes et son rapport à l'alimentation et au corps. Il explicite de façon claire et non intrusive les raisons pour lesquelles il aborde ce sujet sensible (comme des variations de poids, demandes répétées de produits spécifiques, troubles digestifs fréquents). Cette approche, dénuée de jugement, permet d'instaurer un climat de confiance et de sécurité, essentiel pour éviter que le patient ne se sente ciblé ou stigmatisé.
- **Reformulation** : Le pharmacien reformule les propos du patient afin de clarifier son discours, d'éliminer les ambiguïtés et de préciser certains termes liés à l'alimentation, au poids ou à l'état de santé. En répétant avec ses propres mots ce que le patient exprime, tout en intégrant la dimension émotionnelle (peur de grossir, sentiment de contrôle, anxiété), il montre qu'il a compris et reconnu le vécu du patient.
- **Résumé** : À l'issue de l'échange, le pharmacien synthétise les éléments essentiels évoqués par le patient, tels que les comportements alimentaires, les préoccupations corporelles et les éventuelles répercussions sur la santé. Cela permet de vérifier la compréhension mutuelle. Le pharmacien invite ensuite le patient à confirmer ou ajuster ce résumé, renforçant ainsi son implication dans la discussion.
- **Renforcement** : Enfin, le pharmacien valorise les efforts déjà entrepris par le patient, qu'il s'agisse d'une prise de conscience, d'une démarche de soin ou d'une volonté d'échanger sur ses difficultés (61). C'est l'occasion pour le pharmacien de motiver le patient à prendre des mesures adaptées, telles qu'une orientation vers un professionnel de santé spécialisé.

En début de thérapie, on privilégie le renforcement sur la personne pour instaurer une relation de confiance. Par la suite, on met davantage l'accent sur ses réalisations, afin d'encourager son autonomie et sa perception de progrès.

En résumé, ces quatre étapes forment un cadre structuré qui favorise une alliance thérapeutique solide et aide le patient à mieux comprendre son vécu (62).

Tout cela peut être rendu possible uniquement si la personne face à lui se montre empathique et compréhensive d'où l'importance de ces 4 éléments.

Ainsi est démontré l'intérêt de la communication ouverte. D'après Thierry Wable, la communication est l'ensemble des interactions favorisant la communication bidirectionnelle entre pharmaciens et patients afin de garantir une délivrance sécurisée et de qualité des médicaments.

En effet, à l'inverse, le moindre geste perçu comme fermé pourrait instaurer une distance avec le patient, compromettant sa confiance et limitant sa communication avec le pharmacien.

Le pharmacien doit toujours laisser plus de temps de parole au patient dans sa communication.

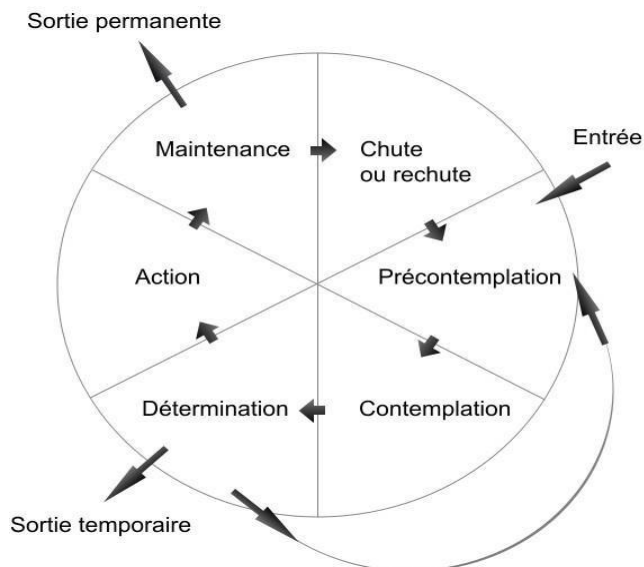
Il est important d'employer un vocabulaire simple et adapté lors de la dispensation de médicaments ou de conseils dédiés au patient afin de faciliter sa compréhension. Cela constitue la communication verbale (63).

Cette communication doit être adaptée en fonction de la personnalité du patient, de son état émotionnel, ainsi que des facteurs environnementaux, sociaux et d'autres variables pertinentes (64).

De plus, depuis l'article R 5125-9 du code de santé public, chaque officine est tenue de disposer d'un espace de confidentialité. Cette mesure permet d'aborder des problématiques sensibles et personnelles, comme les troubles du comportement alimentaire, dans un cadre garantissant discrétion et respect de l'intimité du patient (107).

### **3.2) Le processus de changement (stades de motivation)**

Lors de l'échange avec le patient, le pharmacien doit ajuster son discours en fonction du stade de changement dans lequel celui-ci se situe. L'objectif est de l'amener progressivement à reconnaître la problématique et à s'engager dans un processus de rétablissement, sans confrontation ni jugement.



**Figure 5** : Le cercle de Prochaska et Di Clemente (65)

Comme en témoigne ce modèle en spirale du changement de comportement adapté de Prochaska et Di Clemente en 1992 : le changement est un processus complexe composé de 5 étapes :

- 1) **La précontemplation** est lorsque le patient ne pense pas avoir de problèmes, et ne souhaite donc pas modifier son attitude. A ce stade, la plainte provient souvent de l'entourage et le patient est au stade de déni (66).

Le but du pharmacien sera de lui en faire prendre conscience en lui posant des questions sur sa connaissance de l'addiction, en l'occurrence de l'anorexie, en lui évoquant quels en sont les risques et les conséquences et ainsi rester disponible pour le patient.

- 2) **Le stade de contemplation correspond à une phase d'ambivalence.** Le patient sait qu'un changement est nécessaire, mais hésite encore entre passer à l'action ou maintenir son comportement actuel.

C'est donc le moment pour le professionnel de santé de réaliser un entretien motivationnel pour encourager davantage le patient en s'appuyant sur les bénéfices du changement et les risques de son addiction (65).

- 3) **La préparation / Décision** est lorsque le patient a pris la décision de changer dès lors qu'il s'en sent capable mais il n'a pas encore agi.

Le pharmacien peut alors le valoriser, le soutenir dans ses projets et notamment l'aider à créer un plan d'action et des objectifs pour y parvenir.

- 4) **L'action** lorsque le patient modifie son comportement.

Il est nécessaire pour le professionnel de santé de l'encourager dans sa démarche qui s'avère difficile.

- 5) **Le maintien** permet d'éviter de tomber dans la rechute et au contraire que les bonnes actions deviennent des habitudes de vie.

Il faudra anticiper le risque de rechute et valoriser les efforts fournis.

**La rechute** peut survenir, cette étape fait partie du processus. Il faudra à ce moment-là être tolérant avec le patient, dédramatiser la situation puis discuter avec lui des éventuels facteurs de rechute.

Le but ici est d'éviter le jugement et le sentiment de culpabilité en dédramatisant sinon cela pourrait ralentir le processus de changement.

### **3.3) Le rôle de l'entourage dans le repérage et l'accompagnement**

L'anorexie mentale est souvent liée à une forte proximité familiale, jusqu'à une dépendance affective davantage marquée avec la mère (67).

Cette relation est réciproque, la mère reproduit souvent le même rapport avec son enfant, cherchant à combler le manque d'affection qu'elle a elle-même vécu durant son enfance.

Ce lien familial étroit peut aussi retarder la prise en charge du patient anorexique car il peut participer au déni de l'état du patient (15).

Ainsi, la consultation aura lieu parfois lors d'une "urgence vitale" et lorsque le conflit s'installe avec la famille, ce qui correspond à des interrogations, une incompréhension et des parents qui ne réalisent pas la plupart du temps l'ampleur et gravité des problèmes.

Durant la prise en charge, il sera donc tout aussi nécessaire que les parents puissent aussi bénéficier de consultations avec un psychologue, en présence de leur enfant dans un premier temps, afin d'exposer leur ressenti. En effet, ce sont souvent eux qui sont à l'initiative de la prise en charge de leur enfant et qui sont donc souvent très impliqués (15).

A ce sujet, l'AFDAS-TCA organise depuis 2008 une journée familiale chaque année dans le but de venir en aide aux familles des personnes atteintes d'anorexie, accompagnée de professionnels de santé (68).

Il est donc important de rassurer les parents qui ont un rôle clé dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge de leur enfant atteint d'anorexie. Ces derniers pouvant être inquiets voire même se sentir coupable de la situation. Le pharmacien aura ici une fois de plus un rôle de prévention à jouer envers l'entourage du patient ainsi que de soutien et de confiance.

## **4) Les conseils et accompagnements proposés à l'officine**

### **4.1) Conseils associés aux produits disponibles en libre accès**

#### **4.1.1) Compléments nutritionnels oraux (CNO)**

Le premier recours envisagé est généralement celui des compléments nutritionnels oraux (69), ceux-ci permettent d'apporter les macro et les micro nutriments. Ces produits apportent l'ensemble des macro- et micronutriments nécessaires. Il est

essentiel de rappeler au patient qu'ils ne remplacent pas les repas, mais qu'ils servent à enrichir l'apport calorique et protéique.

Il existe désormais de nombreuses textures (lactée, jus, gâteaux, soupes) et goûts que le pharmacien peut proposer pour convenir au mieux au patient selon un plan de prise le plus personnalisé possible.

Ces produits sont disponibles en libre accès. Ainsi le patient peut se servir lui-même dans l'espace de vente, les produits seront dans ce cas à régler. Ils peuvent aussi être prescrits et dans ce cas les CNO seront pris en charge à 100%.

Il est possible de supplémenter par un à deux CNO par jour selon les besoins. Il sera préférable d'orienter par la suite plus spécifiquement vers le médecin nutritionniste dès lors que la dénutrition est jugée sévère, soit un IMC < 11 kg/m<sup>2</sup> (70).

On considère une personne dénutrie, pour un âge inférieur à 70 ans, dès lors que son IMC est inférieur à 18,5 ou une perte de poids supérieur à 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois (71).

Le pharmacien peut délivrer des CNO pour une durée de 10 jours depuis juin 2019 puis ce sera au médecin de renouveler l'ordonnance pour 3 mois selon le poids du patient, de la pathologie et de l'état nutritionnel.

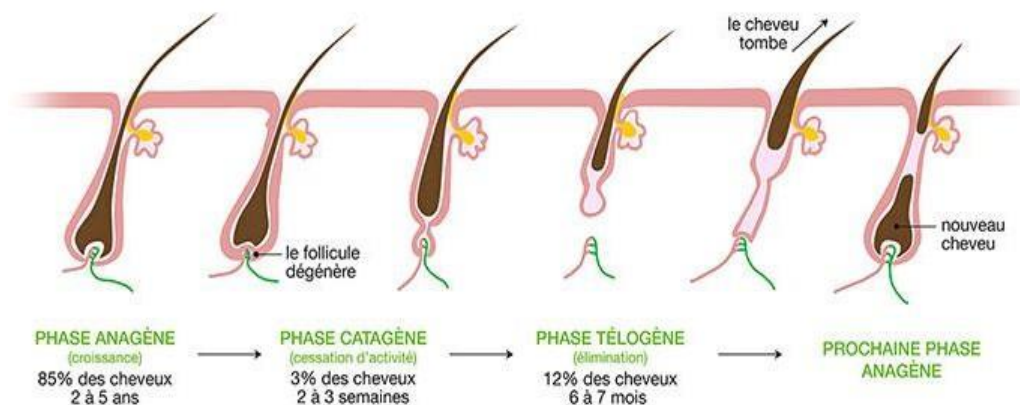
Cette prise en charge à l'officine n'est envisageable que si le patient reconnaît sa pathologie, accepte d'en parler et exprime le souhait d'être aidé. Dans ces conditions, le pharmacien peut engager un échange constructif, proposer les CNO de façon appropriée et, si besoin, orienter le patient vers une prise en charge médicale spécialisée.

#### 4.1.2) Produits capillaires

##### 4.1.2.1) Chute de cheveux

Elle est due à des carences en nutriments et vitamines, notamment en vitamines C et vitamines B, la biotine, et la cystine.

On parle alors d'**effluvium capillaire chronique**. Il se caractérise par une perte de cheveux massive accompagnée d'un affinement du cheveu.



**Figure 6 :** Les 4 phases du cycle capillaire (108)

Physiologiquement, la phase anagène correspond à la croissance du cheveu, elle peut durer 4 ans en moyenne et correspond à 85% des cheveux. Il y aura une forte activité métabolique avec des échanges vasculaires au niveau des racines, une régulation des facteurs de croissance et une formation de kératine.

La phase catagène est la phase de repos ou dite d'involution, elle dure en moyenne 2 semaines et ne concerne que 1% des cheveux. Dès lors il y aura une rupture du bulbe avec la papille folliculaire et donc s'instaure un processus de mort programmée.

Enfin, lors de la phase télogène, le capillaire reste au repos et sort peu à peu du cuir chevelu jusqu'à chuter après 3 mois et concerne 14% des cheveux (72).

Ainsi, chez une personne souffrant d'anorexie, la phase télogène survient de façon prématurée, tandis que la phase anagène débute plus rapidement. Cela entraîne alors des cheveux plus courts, moins forts et plus cassants. Dès lors, ce cycle pileux se fera de manière générale plus rapidement avec une chute de cheveux plus intense. On parle de chronicité pour une durée supérieure à 6 mois (73). Les patients auront donc des cheveux moins volumineux et plus fins.

Les cheveux ayant une croissance allant de 0,7 à 2 cm par mois, leur repousse totale sera lente.

L'objectif ici va donc être de ralentir la chute des cheveux et en parallèle d'augmenter leur croissance en apportant également un rôle de fortification.

Il existe des shampoings fortifiants capillaires qui évitent la chute des cheveux en prévention, comme chez KLORANE® basée sur des produits naturels ici à base de quinine (shampoing, après-shampoing, sérum).

La gamme "anaphase +" de la marque DUCRAY® comme son nom l'indique va aider à favoriser la phase de croissance du cheveu, dite anaphase et diminuer le risque de chute. Elle fortifie également le cheveu.

Les gélules EFFLUVIUM® de chez NHCO®, avec une phase d'attaque et une phase d'entretien, vont permettre de renforcer le cheveu par sa composition riche en cuivre, zinc, biotine, kératine, Vitamine E. Elles sont utilisées chez les patients se plaignant de cheveux fins, dépigmentés et cassants.

Enfin, la gamme "anti chute" de chez FORCAPIL® peut être conseillée à l'officine, sous différentes formes galéniques selon les préférences des patients.

De plus, il est essentiel d'apporter des conseils aux patients au comptoir tels que le fait de se masser le cuir chevelu lors de l'application du shampoing sous la douche. Cela permet d'activer les vaisseaux sanguins et donc favoriser la croissance du cheveu. Il est également nécessaire d'éviter toute sorte de pollution néfaste pour les cheveux afin de les rendre les plus sains possibles (74).

#### 4.1.2.2) Hirsutisme

C'est un développement excessif de pilosité féminine, épaisse et foncée, semblable à une pilosité masculine avec une prépondérance dans les régions mentonnières, labiales supérieures et également au niveau du thorax (75).

Cet hirsutisme est causé par un hypercorticisme provoqué par l'anorexie mentale. Il existe notamment le médicament VANIQA® (eflornithine) depuis 2001, qui permet de ralentir la croissance des poils chez la femme ayant une pilosité faciale excessive, sous forme de crème à appliquer 2 fois par jour, uniquement disponible sur ordonnance et non remboursée du fait de l'absence de service médical rendu (SMR) (76). Une amélioration a été constatée entre 4 et 8 semaines de traitement au cours

d'essais cliniques menés sur 24 semaines. Toutefois, l'état initial réapparaît généralement dans les 8 semaines suivant l'arrêt du traitement (109).

### **4.1.3) Produits dentaires**

Des vomissements répétés, reflux gastriques ou désordres alimentaires peuvent causer de nombreux troubles dentaires suite à l'acidité que cela engendre, tels que le déchaussement dentaire et l'attaque de l'émail dentaire (77).

On aura aussi une sensibilité thermique surtout au froid, au chaud comme avec le café et le thé, ainsi qu'aux aliments et boissons acides tels que des agrumes et sodas.

On retrouve également des lésions érosives débutantes sur les faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire.

De plus, à cause de carences nutritionnelles, on peut retrouver une atteinte au niveau des glandes salivaires comme une xérostomie, hypertrophie parotidienne et au niveau de la peau péri-buccale : des candidoses orales, des périodontopathies, et autres (78).

D'après la HAS, il est recommandé de prendre en charge le plus précocement possible de manière non invasive les lésions abrasives initiales, c'est-à-dire les premiers stades d'abrasion de l'émail dentaire ; même sans contrôle des facteurs étiologiques préalable. Le dentiste peut notamment proposer un dentifrice spécifique, ou d'appliquer une résine adhésive qui permet de protéger les surfaces dentaires (79).

On conseillera donc une brosse à dents manuelle souple, et un dentifrice spécifique de type PARODONTAX® pour fragilité gingivale.

### **4.1.4) Produits destinés aux troubles cutanés**

#### **4.1.4.1) Teint pâle/ jaunâtre**

La peau présente un teint pâle à jaunâtre, une texture sèche, une tendance à s'accumuler aux ecchymoses et des difficultés de cicatrisation, liées à un déficit en collagène, en élastine ainsi qu'en certaines vitamines et minéraux (80).

Des caroténodermies peuvent apparaître, comme expliquées précédemment, c'est à dire un teint "orange" observé aux paumes de mains et plantes de pieds notamment car le carotène est insuffisamment transformé en vitamine A (78).

Pour contrer cela, une absence d'apport en B-carotènes est nécessaire pour compenser l'excès qu'il contient dans le corps (30). Les B-carotènes peuvent être retrouvés dans les carottes crues, les patates douces, les épinards cuits, les abricots, les pruneaux, le jaune d'œuf, mais aussi des épices telles que le paprika et le piment de cayenne.

#### **4.1.4.2) Peau sèche**

On retrouve une peau sèche notamment au niveau des mains, due à une déshydratation.

On pourra conseiller des crèmes très hydratantes riches pour le corps telles qu'à base de beurre de karité chez LA ROSEE®, ou encore l'hydraphase riche chez LA ROCHE POSAY® ou hydrance chez AVENE®, ces dernières étant utilisées pour le visage.

Cela peut aussi être dû aux troubles hormonaux engendrés par l'anorexie comme une hypothyroïdie, entraînant alors une peau fine, sèche et froide.

En cas de crevasses, il faudra plutôt orienter le patient vers des crèmes à base d'urée comme chez LA ROCHE POSAY® avec UREA 10% ou 30%, ou la crème VITA CITRAL®.

Dans un second temps il est possible d'utiliser des crèmes du type cicalfate/ cicaplast composées notamment de cuivre et de zinc, afin d'aider la peau à cicatriser.

#### 4.1.4.3) Troubles sensitifs

Les carences en vitamines notamment B1, B6 peuvent entraîner des sensations de picotements, brûlures, prurits dont peuvent se plaindre les patients atteints d'anorexie. Il est tout d'abord recommandé de conseiller de couvrir les extrémités à l'écart du chaud et froid.

De plus, une cure multivitaminée sous forme d'ampoules ou de comprimés peut alors leur être proposée. On les retrouve dans des complexes chez BION®, BEROCCA®. Ces deux vitamines sont spécifiquement retrouvées dans le PRINCI-B® qui contient 250 mg de vitamines B1, la thiamine nitrate, et 50mg de vitamine B6, la pyridoxine chlorhydrate. Cette spécialité est disponible sans ordonnance et n'est pas remboursée même lorsqu'elle est prescrite. Toutefois, il est recommandé de consulter un médecin pour avis avant une première utilisation.

#### 4.1.4.4) Troubles cutanéomuqueux (78)

Ce sont les premiers signes cliniques à repérer, parfois avant même toute perte de poids. Des carences vitaminiques, mises en évidence notamment sur une NFS ou un bilan biologique associé, peuvent en être le témoin.

En effet dans le tableau 4 résume les différents signes pouvant être décelés en cas de carences à certaines vitamines et minéraux (110).

**Tableau 4** : Carences en vitamines et oligo éléments et signes cliniques associés

Carences	Signes cliniques observés
Fer	Pâleur, glossite, peau sèche
Zinc	Eczéma craquelé, dermite croûteuse des plis et péri-orificielle
Vitamine B12	Glossite
Vitamine PP (B3)	Peau sèche, eczéma, craquelé, glossite
Vitamine C	Purpura ecchymotiques et des kératoses folliculaires, des déchaussements dentaires.

Pour rappel, les symptômes typiques d'une "main d'anorexique" sont :

- le signe de Russell (ulcération, érythème des jointures et du dos de la main dus aux vomissements provoqués)
- l'atrophie du tissu sous-cutané ;
- la xérose (dessèchement de la peau) ;
- l'acrocyanose (trouble vasomoteur des extrémités) ;
- des excoriations (lésions de grattage) ;
- la dystrophie unguéale (111).

#### 4.1.5) Produits destinés aux affections des phanères

Les carences nutritionnelles ont des répercussions visibles au niveau des phanères.

##### 4.1.5.1) Fragilité des ongles

Il est recommandé de conseiller des vernis à base de silicium pour fortifier les ongles ainsi que du tea-tree en huile essentielle, et existant dans la composition de certains vernis également.

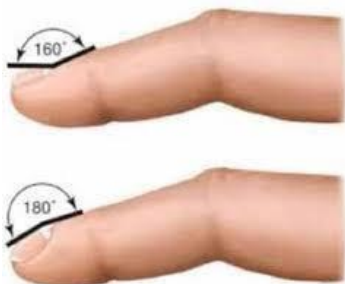
On les retrouve notamment chez MEME®, marque reconnue en oncologie pour accompagner les patients ayant des peaux fragiles.

##### 4.1.5.2) Hippocratisme digital

Son nom provient du célèbre Hippocrate. Il se caractérise par un bombement en verre de montre, c'est-à-dire un élargissement des extrémités distales, suite à une **prolifération du tissu conjonctif** entre la matrice unguéale et la phalange distale.

Il peut être provoqué ici par les purges répétées et peut aussi être lié à des pathologies sous-jacentes cardiaques, pulmonaires ou encore digestives.

Pour le diagnostiquer, la mesure de l'angle à la base de l'ongle comme sur la photo ci-dessous sera supérieur à 180 °(81).



**Figure 7** : Mesure de l'angle révélateur d'hippocratisme digital

##### 4.1.5.3) Onychophagie

Souvent associée aux comorbidités, l'onychophagie est un témoin de stress, couramment observé chez les patients atteints d'anorexie.

Les cheveux et les ongles sont cassants et les extrémités (doigts, orteils, nez et oreilles) prennent une teinte violacée par trouble de la microcirculation cutanée (80).

#### 4.1.5.4) Phénomène de Raynaud

Appelé également acrocyanose, ce phénomène correspond à une vasoconstriction des extrémités (les doigts et les orteils).

En effet, selon le Dr Feton-Nadou, les acrosyndromes sont relativement fréquents, probablement parce que la diminution de la température corporelle entraîne une redistribution du flux sanguin vers les organes internes au détriment de la circulation périphérique, provoquant des épisodes de cyanose, ainsi qu'en raison de l'élévation de la vasopressine. Il peut être causé par le froid ou le stress (111) (112).

Le traitement se base sur l'amélioration de la circulation sanguine. Il s'agit donc pour les patients de suivre les règles hygiéno-diététiques telles qu'un sevrage tabagique si le patient consommait du tabac et une activité physique adaptée. Il est aussi important de réchauffer les extrémités des membres. Pour cela il leur est conseillé de porter des gants, utiliser des coussins chauffants et éviter des changements brutaux de température (29).

#### 4.1.6) Produits liés aux troubles gastro-intestinaux

En cas de reflux gastro-œsophagien, provoqué par des vomissements répétés, on peut proposer des pansements gastriques tels que le Gaviscon® ou Maalox® par exemple.

Les sensations de ballonnement présentes peuvent être limitées par l'usage de charbon activé, qui aura un rôle important d'absorption des gaz et sera de ce fait à prendre à deux heures d'intervalle de tout autre médicament. Ce principe actif est retrouvé dans le charbon Belloc® ou encore Carbolevure® qui possède des probiotiques, utiles davantage ici pour rééquilibrer la flore intestinale. On peut aussi conseiller du Météoxane® ou Météospasmyl®.

#### 4.1.7) Produits contre la constipation

Avant tout conseil, il est important d'établir un interrogatoire au comptoir avec le patient. Le pharmacien peut dès lors lui demander depuis quand le problème persiste, s'il a déjà utilisé des produits pour lutter contre la constipation et si oui à quelle fréquence.

Les conseils seront ici basés premièrement sur les règles hygiéno-diététiques. En effet, les personnes souffrant de TCA présentent souvent une dénutrition, incluant un déficit en fibres alimentaires, essentielles à la régulation du transit intestinal. Cette insuffisance peut ainsi favoriser l'apparition de constipation.

On conseillera alors une alimentation riche en fibres, d'augmenter les portions en légumes secs, des céréales complètes, des fruits et légumes (crus de préférence), penser à s'hydrater régulièrement en consommant au moins 1,5 à 2L d'eau /j, et une activité physique adaptée.

Si cela ne suffit pas, on peut conseiller des laxatifs osmotiques tel que le macrogol (Forlax®) en prenant 1 à 2 sachets chaque matin, laxatif osmotique qui agira en 24 à

48 heures. D'autres laxatifs dits stimulants peuvent être utilisés mais jugés beaucoup plus irritants. Il s'agit du Bisacodyl®, laxatif d'action locale, dérivé de phénylméthane, sera donc recommandé de l'utiliser sur une courte durée de seulement quelques jours.

Enfin, lorsqu'une constipation persiste au-delà de trois jours, elle constitue une situation nécessitant une prise en charge immédiate. Il est alors recommandé d'utiliser un lavement, tel que le Microlax® ou le Normacol®, dont l'efficacité se manifeste généralement dans un délai de 15 à 30 minutes.

Cependant, ces derniers produits sont à prendre avec vigilance car il existe des mésusages chez les personnes atteintes de TCA. A ce sujet, une étude a montré que 26,4% des personnes évaluées souffrant de TCA ont utilisé des laxatifs en excès le mois qui précède l'évaluation (113).

C'est pourquoi le pharmacien se doit d'enregistrer chaque vente libre dans le logiciel de gestion officinal (LGO), associé au patient, afin de pouvoir consulter son historique et donc la fréquence de prise de ce type de produits.

#### **4.1.8) Produits relatifs aux troubles thymiques et anxio-dépressifs**

L'anorexie mentale est souvent associée à des troubles psychotiques avec un état d'anxiété voire une dépression, ou thymiques avec des variations de l'humeur.

Il s'agit ici de recommander dans un premier temps des produits à base de tryptophane, précurseur de sérotonine, qui peuvent être associés à des produits naturels tels que le safran, qui agit comme thymorégulateur ou encore la rhodiole ou l'ashwagandha.

De plus, le millepertuis est reconnu pour ses bienfaits pour lutter contre la dépression légère à modérée. Il est néanmoins connu comme un puissant inducteur enzymatique de cytochromes P450 3A4, ayant ainsi de nombreuses interactions avec les médicaments tels que des contraceptifs hormonaux, opioïdes, antiépileptiques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine et bien d'autres encore, modifiant ainsi leur efficacité et donc moins recommandé (114).

On les retrouve notamment chez Ceroline® de Pileje, Serovance® de Ysonut, Seroxyl® de Arkopharma, Safralite® de Codifra (82).

#### **4.1.9) Produits destinés aux troubles du sommeil**

Les personnes atteintes d'anorexie ont souvent des difficultés pour s'endormir, ou un sommeil avec des réveils fréquents et répétés.

Cela peut résulter de facteurs psychologiques tels que le stress et pensées répétitives et envahissantes, souvent induites par l'anorexie.

Pour cela, on conseillera d'abord des règles hygiéno-diététiques qui contribuent à avoir un sommeil complet et réparateur, selon les recommandations de la société française de recherche sur le sommeil (115) :

- Gardez des horaires fixes de réveil.
- Prenez un petit déjeuner complet, riche en vitamine C (présente dans les fruits comme les agrumes).
- Exposez-vous aux lumières vives dès le matin.
- Effectuez une marche de 30 minutes tous les jours.

- Aménagez-vous 10 minutes de détente après le déjeuner. Si vous faites une sieste, elle ne doit jamais durer plus de 20 minutes.
- Ne prenez pas d'excitant après 17 h (tabac, café, thé, soda, chocolat, menthe, vitamine C).
- Réservez au moins 2 heures entre le dîner et le coucher.
- Attention à la qualité du dîner le soir (évités les repas trop riches).
- Pratiquez une activité douce le soir après 19 h (relaxation, yoga, respiration).
- Évitez tout stimulant lumineux après 22 h (télé, jeux vidéo, ordinateur, téléphone portable).

Puis, on peut proposer des produits en vente libre à base de mélatonine 1 mg en cas de difficultés d'endormissement puis 1,9 mg si cela ne suffit pas, sous forme LP (libération prolongée) en cas de réveils nocturnes, à utiliser occasionnellement sur un court terme. Si les troubles du sommeil persistent, il sera nécessaire que le patient consulte le médecin.

On peut utiliser par exemple de l'Euphytose® en comprimés ou tisanes, qui mélange plantes et mélatonine, ou encore des sprays mélatonine LP 1,9 mg ayant une action plus rapide du fait du passage sublingual.

Enfin, on peut lui proposer de la doxylamine (Donormyl®), comprimés ou effervescents pour insomnie occasionnelle, on peut conseiller de commencer par un demi comprimé avant le coucher mais il faut veiller à l'accoutumance pour cette molécule.

## **4.2) Limites de l'intervention officinale : savoir quand réorienter**

Le pharmacien peut identifier les patients concernés par certains dépistages, les informer et les orienter vers les structures adaptées (133).

Il peut orienter le/la patient(e) vers son médecin traitant ou un spécialiste lorsque la situation dépasse son domaine de compétence ou qu'une pathologie a été identifiée, afin d'assurer une prise en charge adaptée (134).

Cela peut être fait dès l'élaboration du SCOFF si le résultat est positif ou dès lors que le patient en a discuté ouvertement avec le pharmacien et en a pris la décision après avoir pris conscience de la gravité et des risques encourus.

## **5) L'intégration du pharmacien dans une approche interprofessionnelle**

### **5.1) La dynamique des équipes de soins (MSP, CPTS)**

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) font partie de l'exercice coordonné. Selon l'ARS, il se définit par une coopération interdisciplinaire pour obtenir une meilleure prise en charge aux patients tout en facilitant l'exercice des professionnels de santé (83). Le principe étant de s'organiser entre différents professionnels de santé tels que médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, dentistes et bien d'autres

encore, sur un même territoire et de répondre à des problématiques sur un projet de santé commun (84).

Ainsi, cet exercice coordonné permet aux professionnels de santé une meilleure entente, communication et donc améliore l'interprofessionnalité (116).

Dans le cas des personnes atteintes d'anorexie mentale, les MSP permettent d'être accompagnées à la fois par leur médecin traitant mais aussi par une psychologue et une diététicienne notamment, au sein d'une même structure. Les CPTS, grâce à une couverture territoriale plus étendue, améliorent quant à elles la coordination et l'orientation des patients, permettant ainsi au pharmacien de les diriger plus aisément vers des spécialistes ou des centres dédiés aux TCA présents sur le territoire.

## **5.2) L'orientation vers une prise en charge dans des structures spécialisées (médecins, psychologues, nutritionnistes)**

Dès lors, les professionnels de santé décideront d'une éventuelle prise en charge d'abord ambulatoire puis une hospitalisation si nécessaire, d'après les recommandations de la HAS, pour une durée moyenne d'environ 25 jours, qui inclut un isolement familial, des consultations régulières avec un suivi adapté (117).

Selon une étude de cohorte réalisée dans l'unité de nutrition clinique de l'hôpital Raymond-Poincaré, la durée moyenne d'hospitalisation pour des patients atteints d'une forme extrême est de 30 jours (118).

On aura l'intervention de nutritionniste / diététicienne / endocrinologue qui vont établir un carnet de suivi spécialisé selon le patient et mettre en place une prescription de compléments alimentaires adaptée.

Sur le plan psychologique, une prise en charge spécifique est assurée par un psychologue ou un psychiatre, visant à travailler sur l'estime de soi, à améliorer les relations sociales et à traiter les comorbidités psychiatriques susceptibles d'avoir contribué au développement de l'anorexie mentale (68).

On aura donc une prise en charge globale alliant des aspects nutritionnels, somatiques, psychologiques et sociaux.

Le but étant de retrouver un statut nutritionnel stable, selon le poids, la taille, l'historique du patient, afin d'arrêter dans un premier temps la perte de poids puis de retrouver un poids stable avec une reprise des cycles menstruels et une alimentation variée.

En outre, les patients anorexiques consultent davantage leur médecin traitant durant les 5 années précédant le diagnostic. Le médecin généraliste est donc souvent le premier confronté à ces patients et aux répercussions de cette pathologie (85).

## **5.3) Collaborations possibles avec les associations de lutte contre les TCA**

### **5.3.1) “StopTCA”**

C'est une plateforme qui permet d'être en contact par visio ou téléphone avec des professionnels de santé. Elle a été fondée par Céline CASSE, qui a elle-même souffert de ces troubles (119).

L'équipe est composée de diététiciennes, nutritionnistes, et autres professionnels de santé spécialisés dans le domaine des troubles du comportement alimentaire.

Le premier rendez-vous est gratuit mais les suivants sont payants. Ils varient de 30 à 65 euros selon la durée de la consultation. Une prise en charge partielle ou totale est possible selon les mutuelles (119). Le nombre de rendez-vous est selon les besoins et la volonté du patient.

Cette plateforme est intéressante par sa facilité d'accès, et son équipe engagée. Elle assure un réel suivi et permet donc un soutien essentiel chez les patients. En revanche, cette plateforme n'est pas directement liée au médecin généraliste du patient. Il peut donc avoir un manque d'informations, nécessaire à une prise en charge optimale du patient.

### **5.3.2) FNA-TCA**

La fédération nationale des associations liées aux troubles du comportement alimentaire est une association créée en 2007, afin de créer un dialogue entre les patients, leurs proches et les professionnels de santé grâce à leur savoir et leur expérience (87).

Elle met en place des actions comme l'organisation de conférences, accessibles à tous, par exemple le 19 mars 2025 concernant les actualités scientifiques des TCA.

Elle est aussi partenaire de la semaine de sensibilisation aux TCA en France qui se déroulait cette année du 2 au 8 juin 2025. Elle y apporte notamment des témoignages et de l'aide dans l'organisation de cette semaine.

Elle réalise également des interventions auprès des pouvoirs publics comme l'ARS (agence régionale de santé) pour mettre en place une feuille de route santé mentale et psychiatrie en 2018, qui se développe grâce à la DGOS (direction générale de l'offre de soins) en 2020.

### **5.3.3) FFAB**

La fédération française de l'anorexie et de la boulimie est une association qui a été créée en 2005 et comprend des spécialistes pour les TCA au sens large, qui gèrent du dépistage, au diagnostic et à la prise en charge.

Elle possède une ligne téléphonique “anorexie boulimie info écoute”, disponible les lundi, mardi, jeudi et vendredi de 16h à 18h et ce, à la fois pour les patients, leur entourage mais aussi pour les professionnels de santé. Elle est gérée par des spécialistes, médecins, psychologues et d'autres associations spécialisées.

### **5.3.4) Le réseau TCA francilien**

Leur slogan étant “ ensemble, accompagnons et soignons les personnes atteintes de TCA”.

Cette association loi 1901 (88) a été créée en 2008, soutenue par la fondation de France et comprend environ 200 membres qui sont des médecins nutritionnistes, urgentistes, généralistes, endocrinologues, pédiatres et psychiatres. Cette interprofessionnalité comprend aussi des infirmiers, psychothérapeutes, diététiciennes.

L'objectif est de faciliter l'accès aux soins et de coordonner les structures de soins auxquelles ces personnes sont confrontées. Cela leur permet d'éviter une errance médicale et de faciliter leur prise en charge grâce à une meilleure communication entre les professionnels de santé.

### **III) Création d'outils permettant la sensibilisation des pharmaciens officinaux pour repérer et conseiller les patients présentant une anorexie**

#### **1) Outils disponibles pour le pharmacien permettant le suivi et les conseils en lien avec l'anorexie**

##### **1.1) Le dossier pharmaceutique**

Le dossier pharmaceutique (DP) a été créé en janvier 2007 selon la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007, par le CNOP.

C'est un fichier informatisé accessible uniquement à partir de la Carte Vitale du patient. On y trouve l'historique médicamenteux de tous les médicaments dispensés dans les pharmacies. La mention "sans prescription" indique un historique d'automédication sans prescription, mais seulement si le patient présente sa carte Vitale.

Le décret n° 2023-251 du 3 avril 2023 y a apporté quelques modifications (120). Par exemple, il est désormais automatiquement créé sauf si opposition du patient à sa création, tandis qu'avant il était créé uniquement si accord du patient.

Par ailleurs, la durée de l'historique dépend de chaque type de médicaments :

- Médicaments classiques : 12 mois au lieu de 4 mois avant le décret
- Médicaments biologiques : 5 ans au lieu de 3 ans avant le décret
- Vaccins : 23 ans au lieu de 21 ans avant le décret, avec pour projet de garder l'historique à vie
- Médicaments dérivés du sang : 40 ans
- Stupéfiants : 10 ans
- Autres produits de santé/DM : 3 ans

Pour chaque médicament dispensé, on retrouve la date de dispensation, le nom de spécialité ou principe actif, le nombre d'unités, la forme pharmaceutique, la taille de boîte, le nom des pharmacies dispensatrices (pour les contacter plus facilement).

Il peut être créé, consulté et alimenté en dispensation par les pharmaciens, préparateurs et étudiants d'officine et si PUI raccordée au réseau DP par les pharmaciens et préparateurs hospitaliers (89) (90).

Il permet de détecter les traitements redondants, les interactions médicamenteuses, et de pouvoir venir en aide au patient dans la délivrance exceptionnelle d'un traitement (91).

Ainsi, il permet de lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse et de mieux présager de l'observance des traitements chroniques. Il est également utile pour détecter des surdosages et mésusages comme cela peut être le cas pour les TCA.

## 1.2) Le dossier médical partagé

Le DMP (dossier médical partagé) devenu maintenant "*mon espace santé*" contient l'historique des soins (y compris médicaments remboursés uniquement) des 24 derniers mois par remplissage automatique du remboursement par l'assurance maladie (128).

Le fait que seules les spécialités remboursées y figurent le distingue du DP. Par ailleurs, ce dossier peut être alimenté par d'autres professionnels de santé et intégrer diverses informations : pathologies et allergies, comptes rendus d'hospitalisation, conseils, résultats d'examen (comme les radiographies), volontés de fin de vie, choix de don d'organes, ainsi que des données utiles comme les personnes à contacter en cas d'urgence (129).

Il peut donc être consulté et complété par tout professionnel de santé, du moment qu'il possède une carte CPS, afin de pouvoir se connecter.

Le DMP peut être créé par le patient sur internet, un pharmacien ou un médecin (rémunération d'un euro par DMP).

Le patient a accès à son DMP par internet, une sécurisation est mise en place par l'envoi d'un code sur le téléphone pour confirmer chaque connexion en plus des identifiants et du mot de passe.

L'accès peut être possible sans la carte Vitale du patient mais celui-ci est notifié lorsque quelqu'un se connecte sur internet pour voir son DMP, il peut alors bloquer l'accès sauf s'il s'agit de son médecin traitant.

En revanche, le DMP n'est pas automatisé, il doit toujours être alimenté, cela demande une manipulation supplémentaire à effectuer par les professionnels de santé.

Le pharmacien n'a pas accès au DMP, ni via le logiciel LGO. Il n'y a pas de recherche d'interactions médicamenteuses entre les délivrances du jour et l'historique de remboursement contenu dans DMP contrairement au DP. A l'avenir, le DP devrait alimenter le DMP. De même pour le DP, le DMP n'est pas rétroactif (129).

Cette analyse du DP et du DMP met en évidence les limites actuelles du numérique en santé, qui freinent encore la fluidification du parcours de soins. Le DP est intégré au logiciel du pharmacien et immédiatement mobilisable lors de la dispensation. Il demeure aujourd'hui l'outil le plus opérationnel pour sécuriser l'analyse pharmaceutique. En revanche, l'absence d'accès au DMP crée une fragmentation de l'information qui restreint la capacité du pharmacien à disposer d'une vision globale du patient, pourtant nécessaire à une prise en charge coordonnée et continue.

Dans ce contexte, le rôle du pharmacien apparaît central : il reste l'un des rares professionnels à voir régulièrement le patient, à repérer certaines vulnérabilités, et à intervenir en première ligne pour prévenir les risques iatrogènes. L'évolution prévue vers l'alimentation du DMP par le DP représente donc une étape majeure. Elle permettra de renforcer l'intégration des données, d'améliorer la transmission entre professionnels, et d'offrir au pharmacien une place encore plus affirmée dans la coordination du parcours de soins.

Le pharmacien est en lien direct avec le médecin traitant, ce qui permet d'échanger avec lui afin de préciser les informations disponibles, d'orienter la prise en charge et de discuter des hypothèses diagnostiques, comme c'est le cas ici pour l'anorexie mentale (92).

### **1.3) La Haute Autorité de Santé**

La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante à caractère scientifique. Son rôle premier est d'évaluer les produits de santé d'un aspect clinique et médico économique. Elle se base sur des critères de qualité et de sécurité (130).

La HAS possède aussi un rôle essentiel dans l'élaboration de guides et de référentiels de bonne pratique. Elle met régulièrement à jour des fiches à dispositions des patients et aussi des professionnels de santé pour les aider dans le repérage ainsi que dans la prise en charge (annexe 1,2 et 3). Le pharmacien peut donc en permanence être formé et informé par la HAS.

## **2) Questionnaire de satisfaction relatif au document informatif élaboré**

### **2.1) Description du document informatif et son questionnaire associé**

Un document informatif de type triptyque (figure 8) a donc été créé dans le but d'informer les personnes travaillant au comptoir (pharmaciens, préparateurs, étudiants) afin de les aider à repérer la pathologie, et les y sensibiliser.

Pour la réalisation de ce document, différentes sources ont été utilisées. Tout d'abord les autorités publiques telles que la HAS avec leurs fiches de prise en charge et de prévention de l'anorexie mentale (annexe 1, 2 et 3), l'INSERM avec un article dédié aux TCA (1) (24), l'INICEA avec des explications claires sur les définitions, symptômes et complications de la pathologie (18) (19). Des associations comme l'association autrement, la FNA-TCA et la FFAB ont été utilisées pour mieux orienter les patients. Pour les médicaments et produits de conseils, le VIDAL, le RCP, le manuel MSD ont été utilisés comme source principale, ainsi que l'ANSM (38) pour prévenir du risque de mésusage.

On y retrouve au recto la définition de l'anorexie mentale, les symptômes et le diagnostic potentiel avec le questionnaire SCOFF qui est réalisable à l'officine, les complications de la maladie à la fois physiques et psychologiques.

Au verso, les critères (symptômes, comportements) à repérer et les conseils à fournir aux patients avec une alerte sur les risques de mésusages et les produits concernés. Tout ceci étant accompagné d'images afin de mieux comprendre et représenter la pathologie.

La dernière page propose, quant à elle, des outils d'aide au diagnostic ainsi que des recommandations de communication spécifiquement adaptées à ce public. Elle

précise également les orientations possibles vers les interlocuteurs appropriés, qu'ils relèvent de l'entourage ou du domaine professionnel.

Enfin, la dernière page du triptyque côté verso mène vers un QR code qui permet d'accéder au questionnaire de satisfaction présenté par la suite (137).

# L'ANOREXIE MENTALE

QU'EST CE QUE C'EST ?

Elle appartient aux troubles du comportement alimentaire

C'est un trouble chronique addictif qui consiste à restreindre son alimentation volontairement par peur intense de grossir

**Restrictive pure :** restriction calorique, exercice physique intense

**Purgative et hyperphagique :** restriction alimentaire + prise laxatifs / vomissements provoqués



QUESTIONNAIRE D'AIDE AU REPÉRAGE PRÉCOCE (OUI/NON): SCOFF

- Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein?
- Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?
- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?
- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

test positif si score > 2

permet au pharmacien de détecter et d'orienter vers un spécialiste

## Complications

**Somatiques et biologiques :**

- Anémie, leuco-neutropénie, thrombopénie, augmentation des transaminases, hypercholestérolémie secondaire, en cas de **dénutrition**
- Hypocalcémie, carences en vitamines D : ostéopénie/ ostéoporose
- Hyponatrémie si **potomanie**,
- Hypokaliémie, alcalose hypochlorémique, augmentation de l'amylasémie si **vomissements provoqués**
- Hypotension artérielle, arythmie, ralentissement du rythme cardiaque
- Déchaussement des dents

**Psychologiques**

Anxiété, dépression, tentative de suicide, isolement social, perte de confiance en soi, troubles de l'humeur



## Comment le repérer et que conseiller à l'officine ?

**Constipation** (déficit en fibres / mésusage laxatifs) : règles hygiéno-diététiques (RHD), laxatifs osmotiques...

**Ballonnements :** charbon activé, siméticone, phloroglucinol

**Troubles du sommeil** RHD, compléments à base de mélatonine LP et plantes (passiflore, valériane, Aubépine)

**Chute de cheveux** (carences en vitamines B et C, cystine, biotine) : shampoings fortifiants ou cure de comprimés à base de quinine, kératine, vitamines, ...

**Troubles de l'humeur :** Recommander des produits avec tryptophane, précurseurs de sérotonine

**Hirsutisme:** dû à hypercorticisme provoqué

**VEILLER AU MÉSUSAGE**

ozempic, médicaments stimulants (fluoxétine), hormones thyroïdiennes, mucilages, abus de laxatifs

**Tri méticuleux des aliments**

**Récession gingivale, érosion** car reflux gastro-oesophagien (RGO) vomissements : brosse à dents souple, dentifrice adapté à sensibilité gingivale, alginate contre RGO

**Peau sèche, pâle** (déshydratation, carences en fer, hypothyroïdie) : crèmes à base d'aloé vera, acide hyaluronique, huile macadamia, urée si crevasses, puis crèmes cicatrisantes

**Signe de Russell** (vomissements provoqués)

**Prurit, sensation de brûlure** (carences vitamines B1, B6) : crèmes anti démangeaisons

## Outils d'aide au diagnostic

- dossier pharmaceutique (DP) historique si mésusage ou usage répété, dossier médical partagé (DMP) à consulter
- bilans biologiques (repérer les carences)
- site de la Haute autorité de santé (HAS) pour des fiches de recommandation

Réaliser des entretiens, campagnes de sensibilisation, avoir une communication ouverte, relation de confiance

## Vers qui orienter ?

psychologue/psychiatre  
médecin traitant  
diététicien/nutritionniste /  
endocrinologue  
l'entourage du patient

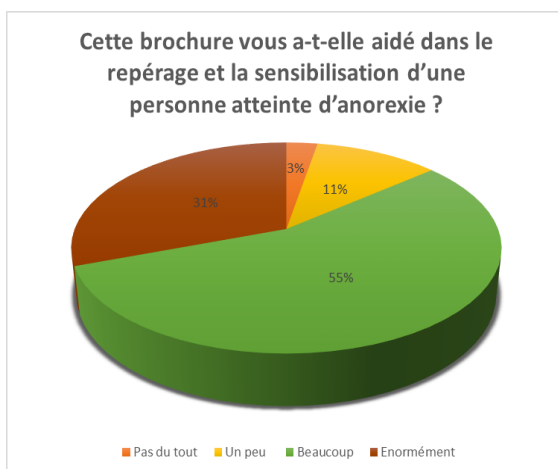


**Figure 8 :** Triptyque d'information recto verso à destination des professionnels exerçant en officine

Ce questionnaire anonyme a été effectué après demande de droits éthiques auprès de la CNIL qui a donné son accord. Il a été réalisé sur Limesurvey durant 3 mois d'avril à juin 2025. Ont été obtenues 56 réponses (137).

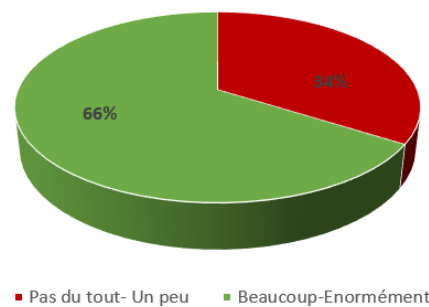
Pour cela, plusieurs moyens ont été mis en œuvre pour le diffuser. Tout d'abord les réseaux sociaux comme Instagram et des groupes Facebook spécifiquement dédiés aux pharmaciens ou aux étudiants de pharmacie. Le meilleur moyen pour transmettre le document a été de se rendre directement sur place, dans les officines de la métropole lilloise puis de s'étendre dans toute la région Hauts de France. De ce fait, il était plus simple d'expliquer le projet, d'informer davantage l'équipe officinale, répondre éventuellement à leurs questions et intéressant de débattre sur les avis et expériences de chacun.

## 2.2) Interprétation des résultats du questionnaire



**Figure 9** : Impact de la brochure dans le repérage et la sensibilisation de l'anorexie

En avez-vous appris d'avantages sur cette pathologie (en quoi elle consiste, les facteurs liés, complications...) ?



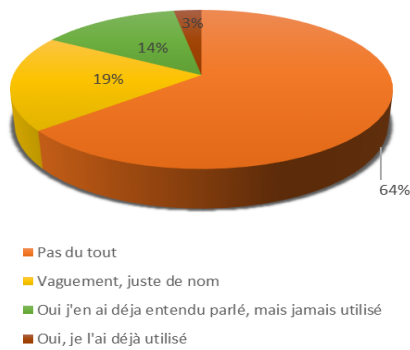
**Figure 10** : Connaissances acquises par la brochure sur la pathologie

Concernant la figure 9, la majorité des personnes (86%) dont plus de la moitié ont répondu « beaucoup » ont indiqué que la brochure a eu un intérêt et semble donc bien utile pour repérer et sensibiliser la personne atteinte d'anorexie.

Le graphique de droite (figure 10) ci-dessus nous montre que la majorité des participants (66%) a acquis des connaissances significatives sur la pathologie. La brochure leur a donc permis d'en apprendre davantage sur la pathologie et donc qu'elle est insuffisamment connue par le personnel en pharmacie. Cela traduit un besoin de renforcer des connaissances à ce sujet.

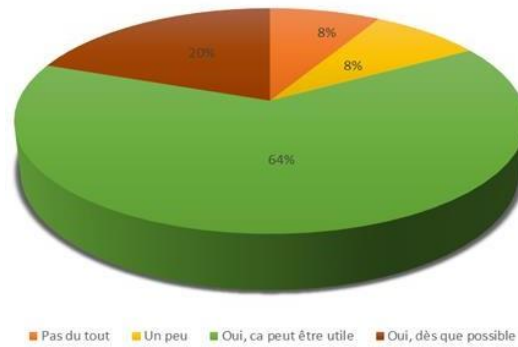
L'amélioration des connaissances estimée par la première question (figure 9) serait en lien avec l'amélioration des connaissances sur la pathologie elle-même (figure 10).

Connaissiez vous le questionnaire SCOFF, utilisé pour dépister l'anorexie mentale, avant lecture du document ?



**Figure 11 :**  
Connaissance du questionnaire SCOFF avant lecture du document

Pensez vous utiliser le questionnaire SCOFF au comptoir à l'avenir ?



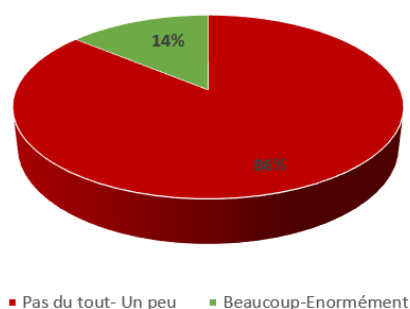
**Figure 12 :**  
Connaissance du questionnaire SCOFF après lecture du document

Ici, uniquement 17% des personnes interrogées connaissent le questionnaire SCOFF. Or, celui-ci est un outil essentiel sans lequel il est compliqué de repérer une personne atteinte d'anorexie.

En effet, en raison d'une absence d'enseignements dédiés durant leurs études supérieures, les pharmaciens se trouvent démunis face aux signaux d'alerte de l'anorexie mentale, ce qui restreint leur rôle de conseil et d'orientation.

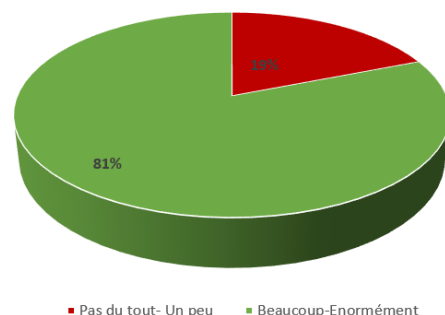
Ici, les  $\frac{2}{3}$  de personnes envisagent d'utiliser le questionnaire SCOFF à l'avenir au comptoir. Cependant leur souhait de le réaliser "dès que possible" ne concerne que 20% des pharmaciens interrogés. Cela mène à réfléchir sur les raisons pour lesquelles ils seraient réticents à l'idée de réaliser ce questionnaire : le manque de temps à accorder au comptoir et le manque de confiance à aborder ce sujet peuvent être des arguments.

Vous sentiez vous à l'aise pour repérer des patients atteints d'anorexie avant la lecture de ce document ?



**Figure 13 :** Aisance à repérer la pathologie avant lecture du document

Et après la lecture de la brochure ?



**Figure 14 :** Aisance à repérer la pathologie après lecture du document

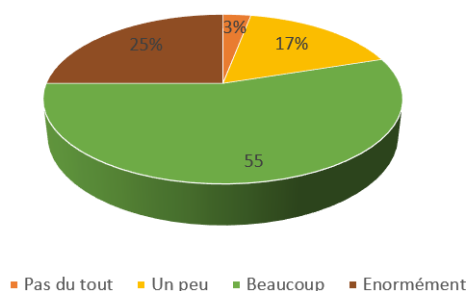
La majorité de l'échantillon (86 %) déclare ne pas se sentir à l'aise, ou seulement très peu, pour identifier les patients souffrant d'anorexie mentale. Cette proportion

significative souligne un sentiment d'impuissance clinique qui semble généralisé au sein de la profession face à cette pathologie complexe. Seul un groupe restreint représentant 14 % des participants estime posséder une aisance suffisante pour effectuer ce repérage de manière proactive. Le déséquilibre observé dans ce graphique valide l'hypothèse d'un manque de préparation pratique et confirme la nécessité d'outils d'accompagnement spécifiques au comptoir.

En revanche, après lecture de la brochure, les résultats sont complètement différents. Une évolution majeure est observée suite à la consultation de la brochure de par une amélioration des connaissances avec une facilité de repérage plus importante après lecture du document (81% comparé aux 14% avant lecture du document). Ce transfert statistique démontre qu'un support d'information ciblé permet de lever les principaux freins liés au manque de formation initiale mentionné précédemment. La persistance d'une minorité de 19 % de l'échantillon se sentant toujours peu voire pas du tout à l'aise suggère que, si l'outil papier est efficace, il pourrait être complété par d'autres supports de formations tels que des conférences et webinaires par exemple.

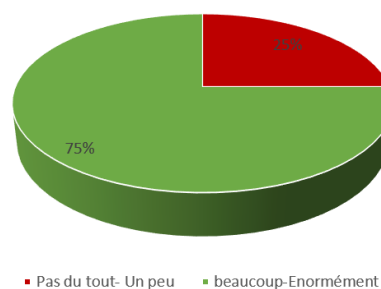
Ces résultats suggèrent que cette brochure constitue un outil efficace pour renforcer la confiance des pharmaciens dans le repérage et l'accompagnement des patients souffrant d'anorexie, ce qui pourrait contribuer à une meilleure prise en charge en officine.

Ce triptyque vous a-t-il permis d'identifier plus facilement certains signaux d'alerte chez la personne anorexique ?



**Figure 15** : Intérêt du triptyque pour identifier des signaux d'alerte chez la personne anorexique

Vous a-t-il aidé dans les conseils que vous pourriez leur apporter au comptoir



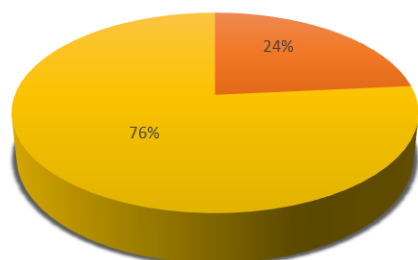
**Figure 16** : Intérêt du triptyque pour apporter des conseils au comptoir à la personne anorexique

Selon le diagramme circulaire, les  $\frac{3}{4}$  des personnes ayant répondu au questionnaire pensent positivement : ce triptyque leur a permis d'identifier plus facilement certains signaux d'alerte chez la personne anorexique.

Parallèlement aux résultats antérieurs, 75 % des professionnels interrogés valident l'utilité du document comme aide au conseil.

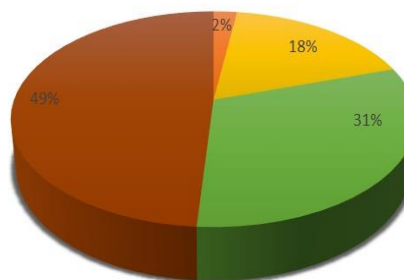
Le triptyque semble donc faciliter une formulation adaptée des conseils et favoriser une orientation appropriée. Le triptyque n'est donc pas seulement informatif mais aussi un outil d'aide à la communication avec le patient, crucial dans le cas de personnes atteintes d'anorexie mentale.

Aviez vous déjà utilisé les outils mentionnés dans la brochure (DP, DMP, bilans bio, HAS, ...) dans l'objectif de vous aider à diagnostiquer une personne atteinte d'anorexie mentale ?



■ Oui ■ Non

Maintenant que vous disposez de cette fiche synthèse, vous sentez vous plus capable de l'orienter ?



■ Pas du tout ■ Un peu ■ Beaucoup ■ Enormément

**Figure 17** : Usage préalable d'outils pour aider à diagnostiquer une personne anorexique

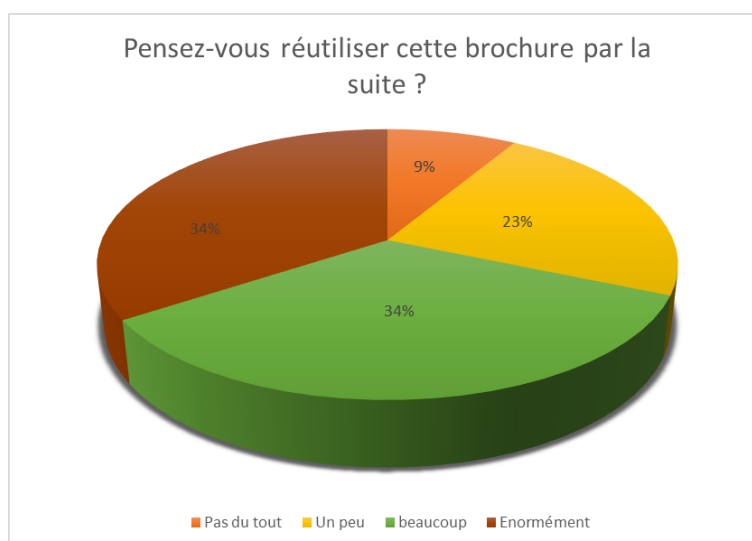
**Figure 18** : Capacité d'orientation du patient après lecture de la brochure

La majorité des personnes (  $\frac{3}{4}$  ) ayant répondu n'ont pas utilisé auparavant les outils mentionnés dans le but d'aider à repérer une personne atteinte d'anorexie mentale (figure 17).

Cela peut s'expliquer par un manque de connaissance de leur existence, une difficulté à faire le lien entre ces outils et la pathologie, ou une sous-estimation de leur utilité.

D'après la figure 18, 1/3 des personnes ont répondu "beaucoup" et près de la moitié "énormément" quant au fait de se sentir plus capable d'orienter les personnes atteintes d'anorexie après lecture de la fiche.

Ainsi, ce document renforce la confiance professionnelle, facilite la prise de décision du pharmacien et favorise donc une orientation précoce essentielle dans le pronostic de l'anorexie mentale.



**Figure 19** : Réutilisation potentielle de la brochure

Selon les réponses obtenues ci-dessus (figure 19) les  $\frac{2}{3}$  ont répondu positivement et envisagent donc une réutilisation de la brochure.

Ainsi, cette brochure semble avoir eu un impact positif auprès des pharmaciens.

En effet, le questionnaire nous montre tout d'abord une amélioration des connaissances au sujet de l'anorexie au sens large, à la fois sur les symptômes, les outils d'aide au repérage comme le questionnaire SCOFF méconnu dans la plupart des cas des pharmaciens, mais aussi pour orienter au mieux les patients atteints d'anorexie. Cela signifie donc dans un premier temps que la brochure est claire et pertinente. Elle a un impact positif immédiat, puisque les lecteurs envisagent une réutilisation et semble également s'inscrire dans une démarche durable. Ce tryptique répond donc à un besoin réel des professionnels de santé exerçant en officine.

De plus, ce manque de connaissances entrainerait donc un manque d'aisance au comptoir et de conseils associés.

Le tryptique permettrait donc d'aider à compenser cela afin de repérer le plus précocement possible la pathologie et mieux soutenir et orienter le patient.

Les personnes ayant répondu au questionnaire ont d'ailleurs montré un réel bénéfice après lecture du document jusqu'à potentiellement le réutiliser à l'avenir.

Il peut alors leur être proposé de le mettre à disposition régulièrement à proximité en officine, pour permettre une meilleure utilisation et efficacité.

Cela amène à se questionner sur les modalités d'évolution des connaissances à ce sujet afin de permettre une meilleure sensibilisation auprès du pharmacien.

## **2.3) Proposition et perspectives**

### **2.3.1) Formation continue**

Etant donné le nombre de personnes n'ayant pas suffisamment de connaissances à ce sujet et leur volonté d'en apprendre davantage, il serait intéressant de former l'équipe officinale, que ce soit les pharmaciens ainsi que les préparateurs, soit toute personne travaillant au comptoir, à pouvoir repérer et mieux conseiller les patients atteints d'anorexie mentale afin de les orienter au plus vite et d'éviter une éventuelle aggravation des symptômes voire une hospitalisation.

Pour cela, il peut être envisagé un DU nutrition dans lequel seraient abordé les TCA telle que l'anorexie mentale.

Il existe notamment le DU nutrition et maladies métaboliques à l'université de Rennes, ou encore le DU nutrition et diététique clinique et thérapeutique à l'université Paris cité (121). Ces DU abordent tous les deux de nombreuses thématiques mais pas celles des troubles du comportement alimentaire.

Il existe seulement un DU d'addictologie, de Picardie Jules verne, depuis 2013, qui aborde très brièvement les TCA (3 heures de prévues sur un programme de 130 heures). Il est de plus peu facile d'accès, de part un coût élevé (1500 euros), et une faible capacité d'accueil de 25 personnes (131).

Un seul DU spécifique aux TCA est présent à l'université de Paris Cité, mais uniquement à destination des médecins (132).

Cette pathologie pourrait également être incluse dans le DPC (développement professionnel continu) sous forme de e-learning, auprès des pharmaciens et des préparateurs.

### **2.3.2) Collaboration avec des structures spécialisées**

L'interprofessionnalité est un élément clé dans la prise en charge précoce et optimale des patients, comme il a été démontré précédemment. Ainsi, il serait intéressant que les pharmacies coopèrent avec des centres tels que le CMP et les centres d'addiction afin d'organiser des campagnes de sensibilisation de façon optimisée.

De plus, des affiches ou flyers avec un répertoire contenant des contacts de psychologues, diététiciennes, nutritionnistes, associations peuvent être mis à disposition en toute discrétion par exemple dans l'espace de confidentialité. Cela laisserait le patient les lire, voire les récupérer sans que personne n'émette le moindre jugement à leur égard.

Des affiches concernant la journée de sensibilisation du 2 juin (mise en place chaque année depuis 2021) peuvent également être disposées dans la pharmacie de manière visible pour tous afin que toute personne venant dans la pharmacie puisse les observer. Qu'elles soient concernées directement (eux-mêmes) ou indirectement (par un proche, membre de la famille) cela peut les mener à réfléchir.

### **2.3.3) Importance des nouvelles technologies**

Les nouvelles technologies étant au cœur de notre métier, il serait intéressant de les utiliser à bon escient, notamment à travers les logiciels utilisés. En effet, un système de mise en alerte pourrait être proposé afin de prévenir le pharmacien dès lors que plusieurs médicaments utilisés en association, en répétition ou à fortes doses sont utilisés. Ce dispositif est déjà présent pour les médicaments listés sur les logiciels par un message de vigilance s'affichant souvent en rouge sur l'écran, incitant à une vigilance accrue du pharmacien. Cela peut concerner des statuts de délivrance particulières comme le bisoprolol qui se doit d'avoir une délivrance initiale d'un cardiologue, ou encore pour des interactions à risques (122).

Cependant, ce n'est pas le cas lorsque des produits non listés y sont associés. Cela mènerait le pharmacien à d'autant plus s'interroger et l'aiderait dans le repérage de comportements à risques impliqués dans l'anorexie.

Il serait intéressant que le logiciel puisse contenir une base de données évolutive. Celle-ci contiendrait incluant à la fois les médicaments sur ordonnance et les produits en vente libre susceptibles d'être détournés ou consommés de manière excessive.

Le logiciel pourrait aussi évoluer en ayant un suivi des prescriptions répétitives ou de l'achat régulier de produits particuliers (compléments, laxatifs, coupe-faim), alertant le pharmacien lorsque des comportements inhabituels apparaissent.

## Conclusion

L'anorexie mentale demeure une pathologie complexe, multifactorielle et aux conséquences souvent préoccupantes.

Cette affection, à la fois somatique et psychique, expose les patients à des complications graves, parfois irréversibles, et se classe parmi les troubles psychiatriques présentant une mortalité significativement élevée. Le retard de diagnostic reste un enjeu majeur, tant le déni de la maladie et la banalisation des comportements de restriction compliquent le repérage. Or, plus la prise en charge est précoce, plus le pronostic vital et fonctionnel s'améliore, soulignant ainsi l'importance d'un dépistage rapide et d'une orientation adaptée.

Dans ce contexte, le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de proximité, joue un rôle essentiel. Sa disponibilité, sa relation de confiance avec les patients et son expertise médicamenteuse en font un acteur central de la prévention et du dépistage secondaire. L'identification des signes d'alerte, l'écoute active, la sensibilisation et l'orientation vers des structures spécialisées sont autant d'actions qui permettent de renforcer le parcours de soins des patients atteints d'anorexie mentale.

La mise à disposition d'outils adaptés, la formation continue des pharmaciens et le développement d'approches interprofessionnelles apparaissent indispensables pour améliorer le repérage et l'accompagnement. En consolidant sa place au sein du réseau de soins, le pharmacien contribue activement à réduire l'impact de cette pathologie et à offrir aux patients une chance accrue de rétablissement.

# Annexes

## Annexe 1 : document de la HAS destiné aux familles du patient, HAS, juin 2010,

Document d'information  
destiné aux familles et aux patients

### Anorexie mentale : prise en charge

Jun 2010

Avec le partenariat méthodologique  
et le soutien financier de la



Avec le partenariat de



#### Objectifs

Ce document a pour objectif d'expliquer brièvement ce que sont ces troubles, quelles sont leurs conséquences et surtout comment agir si vous êtes vous-même concerné(e) ou si l'un de vos proches l'est. L'enjeu est d'améliorer le repérage de l'anorexie pour une prise en charge plus rapide, et de donner des repères pour une meilleure orientation.

#### Les TCA en quelques mots

- ▶ On appelle troubles du comportement alimentaire (TCA) les conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel, et induisant des troubles somatiques et psychologiques. Les troubles les plus fréquents sont l'anorexie et la boulimie. Ils touchent dans 9 cas sur 10 des jeunes filles.
- ▶ Ce qui peut résumer la conduite anorexique, c'est le fait de refuser l'alimentation, alors même que l'on meurt de faim (anorexie mentale), et de refuser la prise de poids alors même que le corps est amaigri (anorexie mentale et anorexie associée à des crises boulimiques).

L'anorexie survient majoritairement chez les jeunes filles pré ou post-pubères, ayant vécu une enfance apparemment sans problème, sans pathologie somatique particulière.

La jeune fille est obsédée par l'idée d'être trop grosse ou de devenir trop grosse et développe des conduites de forte restriction alimentaire (anorexie mentale restrictive), souvent accompagnées de suralimentation incontrôlée (anorexie mentale avec crises de boulimie), accompagnées ou non de comportements compensatoires visant à ne pas prendre de poids, comme l'hyperactivité physique, les vomissements, l'utilisation de laxatifs à outrance.

Ces obsessions vont finir par gouverner toute sa vie. Son estime d'elle-même sera directement liée à son poids.

- ▶ Dans un premier temps, le patient vit une lune de miel avec sa propre anorexie, ce comportement apportant un réconfort à sa détresse. Mais très vite, cette stratégie adaptative est dépassée, et le malaise revient en même temps que s'installe une dépendance au contrôle, au manque, au vide, au rien. Ainsi s'installe un véritable cycle infernal.
- ▶ Le diagnostic d'anorexie mentale est confirmé quand on repère chez une jeune fille pubère les 3A : restriction alimentaire parfois justifiée par une perte de l'appétit, amaigrissement, aménorrhée (absence de règles). Chez un jeune garçon ou chez une jeune fille prépubère, ce sera surtout la perte de poids rapide, avec cassure de la courbe de poids, associée à des perturbations de l'alimentation, qui alertera.

#### Quelles conséquences ?

- ▶ Sur le plan corporel ou somatique, la dénutrition entraîne des carences dommageables pour le fonctionnement des muscles (dont le cœur), pour les os (risque de fragilisation des os voire d'ostéoporose précoce), pour le fonctionnement hormonal et aussi pour le cerveau (altération de certains fonctionnements neurobiologiques et cognitifs).
- ▶ L'aménorrhée est parfois la première conséquence somatique détectable de l'amaigrissement excessif, avec en corollaire des troubles de la fertilité et l'aggravation du risque d'ostéoporose précoce plus tard.
- ▶ Si l'amaigrissement s'aggrave et dure, le risque cardiaque se majore ; les risques d'ostéoporose immédiatement deviennent plus importants.
- ▶ Pour les anorexiques avec conduites boulimiques, certaines conduites compensatoires sont aussi très dommageables : l'émail des dents est mis à mal par les vomissements répétés, il se fragilise et devient cassant. Les caries peuvent proliférer. À terme, on peut craindre des problèmes parodontaux, des décroissements des dents et une usure irréversible. Par ailleurs des lésions digestives graves peuvent survenir. Les perturbations métaboliques dues aux vomissements, et notamment la perte de potassium, peuvent conduire à une insuffisance rénale (à long terme), voire à un arrêt cardiaque.
- ▶ Sur le plan psychique, la dénutrition et la perception déformée de soi-même (vision de tout ou partie du corps « trop gros ») peuvent participer à une aggravation du manque d'estime de soi. Peuvent par ailleurs apparaître une hypermotivité, de l'impulsivité (attaque de soi), des variations d'humeur, de l'anxiété, des pensées obsessionnelles et de la dépression, avec, dans les cas les plus graves, apparition de pensées suicidaires.
- ▶ Sur le plan social, le manque d'estime de soi et les obsessions alimentaires entraînent isolement, repli sur soi, parfois interruption des études ou de l'activité professionnelle, et aggravent les troubles des conduites alimentaires, créant un cercle vicieux.

#### Que repèrent les proches ?

##### Restrictions alimentaires

La jeune fille ou le jeune garçon diminue progressivement les quantités ingérées et sélectionne les aliments dans son assiette. Cette personne évite certaines catégories d'aliments, souvent les plus caloriques (féculents, lipides). Elle avoue qu'elle n'a souvent pas faim. Elle se plaint d'être déçagée par un aliment qu'elle consommait sans problème jusqu'à présent. Les repas deviennent tendus.

Elle se plaint de douleurs diverses, mais surtout au niveau de l'abdomen. Elle multiplie sa consommation de boissons chaudes, surtout le café et le thé, ou de boissons froides sans calories (eau, soda light).

À table, quand elle n'a pas trouvé le moyen de la désertar, elle trie, coupe en petits morceaux, classe par ordre de taille les aliments, cache et consomme le minimum.

##### Amaigrissement

La jeune fille ou le jeune garçon maigrit et soit le cache sous des vêtements amples, soit l'exhibe avec fierté par des vêtements de taille de plus en plus petite. Quelquefois beaucoup et très vite. Cet amaigrissement peut atteindre 20 à 30 % de son poids en quelques mois. Cette personne se trouve « trop grosse » et s'en plaint, alors que c'est tout le contraire. Elle éprouve une peur intense à l'idée de prendre du poids. Elle ne se voit, de toute façon, que « trop grosse », globalement ou sur certaines parties de son corps. La malnutrition n'a aucune prise sur elle. Il est très à fat vain d'essayer de la semonner, d'essayer de lui faire entendre raison, ce qui est source de conflit. Ce n'est, à ce stade, qu'une immense perte d'énergie pour les proches, et le sentiment absurde d'être incomprise pour elle.

##### Aménorrhée

Les cycles de la jeune fille sont perturbés, elle n'a bientôt plus ses règles. L'aménorrhée est un élément essentiel de la prise de conscience de la maladie. Cependant, les règles persistent sous contraception oestro-progestative (pilule, patch ou anneau).

##### Signes complémentaires

- ▶ La personne se désintéresse petit à petit de toutes les activités qu'elle effectuait avant. Elle se refuse sur elle-même, ne sort plus, et certaines s'entament pour travailler, surinvestissent leurs études, d'autres perdent le goût de tout.
- ▶ Progressivement, toute son activité psychique, intellectuelle, est absorbée par les pensées autour du poids, de la minceur, l'invention de stratégies pour dépasser la faim et refuser l'alimentation, bien qu'elle ne pense qu'aux aliments puisqu'elle meurt de faim (courses incessantes dans les commerces d'alimentation). Parfois des rituels alimentaires, de rangement ou de lavage apparaissent.
- ▶ En famille, cette personne veut régenter tout ce qui concerne la nourriture, en faisant des listes de courses, en cuisinant pour les autres, mais en ne s'alimentant pas.
- ▶ Elle pourra aussi se plaindre d'insomnies, de fatigue, de perte des cheveux... conséquences directes de la dénutrition.
- ▶ Dans le cas d'anorexie associée à des crises boulimiques, les manifestations sont parfois plus discrètes (perte de poids moins remarquable), et outre les signes cités ci-dessus les proches seront alertés par :
  - une préoccupation excessive par rapport au corps. Cela concerne souvent les filles mais peut aussi se repérer chez des jeunes garçons, notamment à la pratique d'une discipline sportive où la minceur et le contrôle du poids sont valorisés à l'école (gymnastique, athlétisme...);
  - les signes de conduites purgatives (achat de laxatifs, vomissements dans les toilettes ou sport à outrance...);
  - des signes indirects : une consommation alimentaire très importante et plus ou moins cachée - les placards se vident, les emballages vides restent dans ses armoires.

## Que faire ?

- ▶ La prise en charge précoce de l'anorexie mentale est recommandée pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique, ainsi que les complications somatiques, psychiques et sociales.
- ▶ Une des premières difficultés auxquelles les proches sont confrontés, quand ils ont compris que leur enfant ou leur proche allait mal, s'est de lui faire accepter l'idée de s'engager dans la voie du soin et du changement. En effet, penser que son souffrance s'est engagée dans cette voie, depuis des semaines, des mois, des années, lutant sans cesse contre la fam, organisant avec la plus grande minutie sa stratégie, se voyant dans une fréquence d'activités physiques ou intellectuelles, et « jouissant » de sa perte de poids. Elle n'est pas prête à y renoncer. Elle, qui s'est construite autour de ce trouble alimentaire, s'angoisse à l'idée de l'abandonner. D'autant que les traitements visent tous une reprise de poids, ce qui est inévitable pour elle, pour le moment. C'est ce qu'on appelle le déni.
- ▶ Pourtant, une prise en charge rapide évite des souffrances inutiles et améliore le pronostic. Amener la personne à consulter est un défi pour l'entourage et constitue en soi un grand pas sur le chemin de la guérison. La décision de consultation n'est par ailleurs pas toujours aisée à prendre pour les proches qui peuvent avoir peur de consulter. Les associations d'aide peuvent être très utiles dans cette phase.

La prise en charge d'un trouble du comportement alimentaire est du ressort d'un professionnel de santé. Il vaut mieux chercher de l'aide auprès d'un professionnel de santé, connaissant les TCA, de préférence :

- un pédopsychiatre ou un pédiatre pour les jeunes enfants ou pour les adolescents ;
- un généraliste, un psychiatre ou un médecin spécialisé dans les TCA pour les adultes.

- ▶ Ce médecin pourra être le médecin coordinateur des soins, en assurant la coordination de l'ensemble des intervenants pour traiter à la fois les aspects psychologique, nutritionnel et somatique (nécessité d'une prise en charge multiple). Une évaluation globale du patient sur ces aspects est faite régulièrement par l'équipe soignante pour déterminer les signes de gravité de la maladie.

La FNA-TCA ([www.fna-tca.com](http://www.fna-tca.com)) et l'AFDAS-TCA ([www.anorexiaboulimie-afdas.fr](http://www.anorexiaboulimie-afdas.fr)) peuvent vous aider dans votre démarche de soins.

- ▶ Dans l'anorexie stricte, les objectifs principaux de la prise en charge seront de restaurer un poids normal pour la taille et l'âge avant tout, et de mettre en route dès que la reprise de poids est suffisante et le permet une psychothérapie adaptée (individuelle et/ou familiale) afin d'assurer une réinsertion sociale de qualité le plus rapidement possible.
- ▶ Quand des conduites boulimiques sont associées, l'objectif sera de mettre en route une psychothérapie pour faire disparaître les crises de boulimie et les stratégies compensatoires.

- ▶ L'objectif de poids à atteindre est discuté progressivement avec le médecin. Mais l'arrêt de la perte de poids est le premier objectif pour la plupart des patients, avant d'envisager de reprendre du poids.

- ▶ En parallèle à la prise en charge nutritionnelle et somatique, la psychothérapie est la thérapie de choix des troubles alimentaires. Mais la psychothérapie n'est possible que si la personne a un poids suffisant, sinon ses facultés d'évaluation peuvent être amoindries et elle ne bénéficiera pas de la psychothérapie. Lorsque le poids est trop bas, on privilégiera des consultations ayant pour but une psychothérapie de soutien dont l'objectif sera d'accompagner la reprise de poids et de faire face à l'angoisse qui ne manquera pas d'émerger (cf. chapitre En savoir +).

## Quid de l'hospitalisation ?

- ▶ Ce n'est plus un recours systématique. On privilégie initialement le soin dans l'environnement habituel du patient (consultations dites en ambulatoire) quand cela est possible, c'est-à-dire sans danger.

L'hospitalisation est devenue rare, mais se justifie lorsque le pronostic vital du patient est engagé, que la situation n'a pas évolué suffisamment avec un traitement ambulatoire bien conduit (on dit qu'elle se chronise et c'est très dangereux pour l'avenir) ou lorsque le patient et/ou la famille sont épuisés et ont besoin de souffler un peu pour débloquer la situation.

- ▶ Elle permet de parer au plus pressé, c'est-à-dire de stopper la dénutrition, d'aller à l'encontre d'un trop-plein d'angoisse et/ou de dépression, puis de mettre en place un projet de soins ambulatoires adaptés.
- ▶ La mise à distance du milieu de vie habituel inclue par l'hospitalisation, avec ou sans séparation en fonction des équipes et des situations, permet à certains patients, qui n'y arrivent pas dans leur cadre familial, de sortir de la spirale infernale de la maladie et de trouver une motivation à la guérison.
- ▶ Si l'hospitalisation était il y a quelques années, pour certaines familles, synonyme de traumatisme, elle a beaucoup évolué, notamment grâce à l'exemple de services spécialisés qui ont développé une prise en charge de ces troubles à la fois compétente et respectueuse de l'alliance thérapeutique avec le patient et les familles (cf. chapitre En savoir +).
- ▶ Dans le domaine des soins pour anorexie mentale, les proches sont de précieux alliés sur le chemin de la guérison. Mieux, souvent les familles ont de multiples compétences pour aider la personne en souffrance, et contribuent très largement à la guérison lorsqu'elles sont systématiquement associées à l'action des personnels de soin.

## Guérit-on des TCA ?

### ☑ Oui ! En sachant que

- ▶ Plus vite on consulte, plus on peut éviter que les troubles s'installent, deviennent chroniques et que l'organisme se fragilise ;
- ▶ Plus on consulte tôt, plus on peut réduire les souffrances physiques et psychologiques de la personne qui souffre des troubles et de ses proches.
- ☞ Plus on consulte tôt, plus on peut guérir vite et se sentir bien dans son corps et dans sa tête !

## En savoir +

### Sur les psychothérapies

- ▶ De manière générale, sont proposés des thérapies de type psychodynamique, pour un travail de fond, pour que les patients comprennent ce qui les a amenés là où ils en sont aujourd'hui et qu'ils puissent remplacer leurs comportements destructeurs par une solution plus adaptée pour leur avenir. C'est un travail de longue haleine, qui prend quelquefois des années.
- ▶ On a également recours à des approches de type cognitive-comportemental, qui agissent à plusieurs niveaux. Le premier étant souvent un niveau d'éducation à la nutrition, pour bien en comprendre les enjeux. Le second, plus comportemental, permettra aux patients de mieux gérer l'affirmation de soi, de mieux être en relation avec les autres. Cela permettra également de travailler sur l'anxiété. Ces thérapies sont très utiles parfois, pour dénouer un moment de crispation et de stagnation dans le processus thérapeutique.
- ▶ Sont fréquemment proposées des thérapies dites familiales, qui impliquent l'enfant, un ou les deux parents, et quelquefois la fratrie. Ces thérapies sont particulièrement indiquées chez les enfants et les adolescents amenés à vivre encore plusieurs années dans un système familial qui doit absolument apprendre à accompagner leur processus de guérison. S'il est essentiel que les patients puissent bénéficier de soins, il est tout aussi essentiel que l'environnement dans lequel ils vivent soit accompagné et aidé. C'est tout l'intérêt de ces approches.
- ▶ On pourra également utiliser l'espace des groupes de parole, avec d'autres personnes concernées par la maladie. Ces groupes permettent à chacun d'exprimer son ressenti par rapport à la maladie, de comprendre que d'autres peuvent vivre la même chose, de partager, d'échanger, d'adapter un avis/sonja de vue. Ces groupes sont très riches et dynamiques.

### Sur l'alliance thérapeutique en cas d'hospitalisation

- ▶ Parce qu'une hospitalisation sans consensus serait non productive, l'hospitalisation doit être discutée avec le patient lui-même et avec sa famille. Elle se prépare, sans urgence vitale, avec le patient et sa famille au travers d'entretiens d'information, de discussion du projet de soins et de visite du service.
- ▶ Pendant l'hospitalisation dans un service spécialisé, le patient va être entouré, accompagné du personnel soignant. On lui propose un programme nutritionnel adapté, des entretiens thérapeutiques, ainsi que des activités de groupe, comme des groupes de parole, de l'art-thérapie, du sport, des activités culturelles, etc. Une thérapie peut être débattue ou poursuivie en cours d'hospitalisation ou après.
- ▶ La séparation avec le système familial est induite de fait par une hospitalisation. Selon les équipes, elle est pratiquée de manière différente, et vous sera expliquée ; elle est modulée selon l'âge et accompagnée ; si cela n'est à votre sens pas suffisant, n'hésitez pas à en parler avec les équipes. En cas de séparation (qui n'est plus un isolement), les parents peuvent quotidiennement avoir des nouvelles de leur enfant, ces visites sont programmées.
- ▶ Dans tous les cas, l'entourage aussi sera accompagné dans cette hospitalisation qui constitue également une épreuve pour lui (groupes de parents, thérapies familiales, entretiens, etc.).

Ce document a été réalisé avec le concours de la Fédération Nationale d'Associations TCA (FNA-TCA).

HAS

Ce document est l'un des deux documents d'information destinés aux familles et aux parents, relatif aux recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale - prise en charge » (Recommandations pour la pratique clinique - Juin 2010).

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et sur [www.anorexiaboulimie-afdas.fr](http://www.anorexiaboulimie-afdas.fr)


## Annexe 2: document d'information, "l'anorexie mentale, et si ça me concernait ?", HAS, juin 2010

Document d'information

# L'anorexie mentale, et si ça me concernait ?


Juin 2010

Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Avec le partenariat de



AFDAS-TCA  
ASSOCIATION FRANÇAISE DE PRÉVENTION DES APPÉTITS ENCELESTES  
TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

### Qu'appelle-t'on « troubles du comportement alimentaire » ?

- ▶ On appelle troubles du comportement alimentaire (TCA) les conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel, et induisant des troubles somatiques et psychologiques. Les troubles les plus fréquents, en dehors du grignotage et de la suralimentation, sont l'anorexie et la boulimie. Ils touchent dans 9 cas sur 10 des jeunes filles ou femmes, mais les garçons et les hommes peuvent être concernés.
- ▶ Ce qui peut résumer la conduite anorexique, c'est le fait de refuser l'alimentation, alors même que l'on meurt de faim (anorexie mentale), et de refuser la prise de poids alors même que le corps est amaigri (anorexie mentale et anorexie associée à des crises boulimiques). Pour éviter la prise de poids, la personne anorexique peut avoir recours à une hyperactivité physique, et/ou à des vomissements, et/ou à une utilisation de laxatifs à outrance et à un contrôle obsessionnel du poids. Ces obsessions vont finir par gouverner toute sa vie, lier estime de soi et maîtrise du poids et créer une dépendance au manque, au « rien ».
- ▶ Les conséquences physiologiques (risques d'ostéoporose, risques cardiaques accrus, possibles troubles de la fertilité, etc.), psychologiques (hyperémotivité, anxiété, aggravation du manque d'estime de soi, risque de dépression, etc.) et sociales (isolement, repli sur soi) sont sérieuses.
- ▶ C'est pourquoi il importe de ne pas rester seul(e) face à ces troubles, car ils se résorbent rarement d'eux-mêmes et peuvent réellement gâcher la vie.

### Que puis-je faire ?

- ▶▶ **Je peux à un rythme qui me convient opter pour une ou plusieurs des solutions suivantes :**
  - ☞ **consulter un médecin généraliste, un pédiatre ou/et un médecin psychiatre** avec qui mettre en place une prise en charge adaptée pour aller mieux. Ce médecin pourra être le médecin coordinateur des soins, en assumant la coordination de l'ensemble des intervenants pour traiter à la fois les aspects psychologique, nutritionnel et somatique ;
  - ☞ **consulter un(e) psychothérapeute** pour mettre des mots sur mes souffrances, en comprendre le sens, m'aider à vivre et dépasser mes angoisses, m'aider à modifier mes comportements et à me sentir mieux ;
  - ☞ **faire appel à une association d'entraide**, spécialisée dans les troubles des comportements alimentaires. Les membres de ces associations ont souvent une grande expérience de ces troubles. Certains en ont eux-mêmes souffert et en ont guéri ;
  - ☞ **m'appuyer sur le soutien d'un(e) de mes proches** qui peut m'aider à mieux prendre conscience au quotidien de mes comportements et de mes troubles, me procurer un support affectif dans les moments de doute et d'angoisse et m'accompagner par sa présence réconfortante sur la voie de la guérison ;

3

- ▶▶ Je suis préoccupée par mon poids, mon alimentation et l'image de mon corps.
- ☞ Mais comment savoir si de telles préoccupations sont devenues excessives ?

### Quelques questions à me poser

- ▶▶ Sans être exhaustive, voici une liste de questions qui peuvent m'en apprendre plus :
  - 1 M'arrive-t-il de me faire vomir parce que je me sens mal d'avoir trop mangé ?
  - 2 Avoir perdu le contrôle de ce que je mange m'inquiète-t-il ?
  - 3 Ai-je récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
  - 4 Les autres me trouvent-ils trop mince alors que je pense que je suis gros(se) ?
  - 5 Dirais-je que la nourriture domine ma vie ?
- ▶ En cas de réponse positive à au moins 2 de ces questions, il est fortement possible que je sois souffrante d'un trouble du comportement alimentaire appelé « anorexie mentale » ou « anorexie associée à des crises boulimiques » (si j'alterne des épisodes de restriction alimentaire avec des pertes de contrôle débouchant sur des conduites de compensation : vomissements, sport à outrance...).

#### Les personnes les plus concernées sont :

- ☞ les pré-adolescentes
- ☞ les adolescentes
- ☞ les jeunes femmes
- ☞ les mannequins, danseurs et sportifs (sports valorisant ou nécessitant le contrôle du poids, sports d'endurance, ...).

- ☞ envisager, après discussion avec mes proches et/ou mon médecin, la possibilité d'une hospitalisation, en cas de sensation de grande fatigue physique ou mentale, que ce soit de ma famille ou de moi-même. L'hospitalisation aujourd'hui se fait dans un souci de respect et d'accompagnement du patient et de sa famille et peut offrir un temps de « pause » à chacun. Des programmes pluridisciplinaires sont proposés (un programme nutritionnel adapté, des entretiens thérapeutiques quotidiens, ainsi que des activités de groupe, comme des groupes de parole, de l'art-thérapie, des ateliers de psychodrame, du sport, des activités culturelles, etc.).

La FNA-TCA ([www.fna-tca.com](http://www.fna-tca.com)) et l'AFDAS-TCA ([www.anorexiéboulimie-afdas.fr](http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr)) peuvent vous aider dans votre démarche de soins.

### Puis-je en guérir ?

- ☑ **Oui ! En sachant que**
  - ▶ plus je consulte tôt, plus je peux éviter que l'anorexie s'installe, devienne chronique et que mon organisme se fragilise ;
  - ▶ plus je consulte tôt, plus je peux réduire mes souffrances physiques et psychologiques, ainsi que celles de mes proches.
- ☞ **Plus je consulte tôt, plus je peux guérir vite et me sentir bien dans mon corps et dans ma tête !**

Ce document a été réalisé avec le concours de la Fédération Nationale d'Associations TCA (FNA-TCA).



Ce document est l'un des deux documents d'information destinés aux familles et aux patients, relatifs aux recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge » Recommandations pour la pratique clinique – juin 2010.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et sur [www.anorexiéboulimie-afdas.fr](http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr)

# Annexe 3 : synthèse des recommandations de bonnes pratiques, "anorexie mentale, prise en charge", HAS, juin 2010

Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la

Avec le partenariat de

Avec la participation de

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

## Anorexie mentale : prise en charge

### 1. Repérage

Juin 2010

Messages clés

- L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) d'origine multifactorielle : facteurs personnels et facteurs d'environnement. Elle se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic : risque de décès et complications somatiques et psychiques nombreuses.
- Le repérage de l'anorexie mentale doit être précoce et ciblé.

REPÉRAGE PRÉCOCE ET CIBLÉ

- L'intérêt du repérage et de la prise en charge précoces est de :
  - prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales ;
  - permettre une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et faciliter l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique<sup>1</sup> avec le patient et ses proches.
- Ce repérage doit être ciblé :
  - sur les populations à risque : adolescentes, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs, notamment de niveau de compétition, et sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, Hypercholestérolémie familiale, etc. ;
  - lors de la présence de signe(s) d'appel (cf. tableau *intra*).

MODALITÉS DU REPÉRAGE CIBLÉ

**Questions à poser :**

- une ou deux questions sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- ou le questionnaire DFTCA (définition française des troubles du comportement alimentaire), où 2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :
  1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
  2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
  3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
  4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
  5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle.

HAS

Cette synthèse ainsi que deux autres présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge » Recommandations pour la pratique clinique – juin 2010.

Des recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité.

© Haute Autorité de Santé - F. SANDRET - 2010 - Imprimé par MOZDON S.R.L. - Firenze, Italie

© Haute Autorité de Santé - F. SANDRET - 2010 - Imprimé par MOZDON S.R.L. - Firenze, Italie

## Annexe 4 : "TCA, flyer info écoute", Cespharm, mai 2023

# ANOREXIE BOULIMIE INFO ÉCOUTE

09 69 325 900

Service anonyme

Nouveau numéro non surtaxé (mai 2023)

**Une ligne téléphonique**  
pour les patients, familles, proches et professionnels..

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

 <b>Psychologues</b> <span style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px 10px; font-weight: bold;">LUNDI</span>	 <b>Associations, de familles et d'usagers</b> <span style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px 10px; font-weight: bold;">MARDI</span>
 <b>Médecins</b> <span style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px 10px; font-weight: bold;">JEUDI</span>	 <b>Ensemble des spécialistes en alternance</b> <span style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px 10px; font-weight: bold;">VENDREDI</span>

RÉSEAU  
**TCA**  
FRANCILIEN  
[www.reseautca-idf.org](http://www.reseautca-idf.org)

**FFAB**  
Fédération Française Anorexie Boulimie  
French Federation Anorexia Bulimia  
[www.ffab.fr](http://www.ffab.fr)

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

**FNA-TCA**  
Fédération Française Anorexie Boulimie  
French Federation Anorexia Bulimia  
[www.fna-tca.org](http://www.fna-tca.org)

Conception, élaboration et impression : ASEP Paris - 01 53 34 20 20

## Annexe 5 : « Les TCA, parlons-en ! » : journée mondiale des TCA, de la Fédération Française anorexie boulimie

**journée mondiale  
TCA.fr**  
Fédération Française Anorexie Boulimie

**#NoMoreTCA**

f  
@  
t  
v

2 JUIN

LIBÉRONS LA PAROLE



Les TCA\*, parlons-en ! 🤪

[www.journeemondialeetca.fr](http://www.journeemondialeetca.fr)

\* Troubles des conduites alimentaires

**Anorexie Boulimie Info Écoute**  
09 69 325 900 (appel non surtaxé)

**FFAB** **FNA-TCA**

**FONDATION  
(M.BOLINÉAS)**  
MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
ET DE LA PRÉVENTION

SOUS L'ÉGIDE DE LA  
FONDATION DE FRANCE

### Beaucoup d'idées reçues

**Les TCA, ce sont des maladies de fille !**

**FAUX**  
1 personne sur 10 souffrant d'anorexie mentale est un homme. Dans la boulimie, c'est 1 personne sur 7, et 1 sur 3 dans l'hyperphagie boulimique.

**Il suffit d'un peu de volonté pour arrêter les crises de boulimie**

**FAUX**  
Stopper la boulimie est aussi compliqué que de se battre contre le cancer !

**Une personne qui souffre de TCA, ça se voit !**

**FAUX**  
Ça ne se voit pas toujours : on peut avoir un poids normal.

**Alors qu'est-ce qu'un TCA\* ?**

- Un trouble des conduites alimentaires grave qui affecte des enfants, des adolescents et des adultes, peut durer longtemps et nécessite des soins spécialisés
- Une maladie qui a des répercussions individuelles, familiales et sociales et des complications physiques et psychologiques parfois sévères
- Des personnes qui souffrent, des retards diagnostiques et des difficultés d'accès à des soins adaptés et précoces

- Les TCA sont des maladies graves qui touchent 900 000 personnes en France.
- Le 2 juin, c'est la journée mondiale des TCA. Pour les reconnaître. Pour en parler. Pour dire que des aides et des traitements existent.

**Soutenez cette journée et les autres actions de la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) en faveur des TCA en faisant un don\*\* sur le site [www.journeemondialeetca.fr](http://www.journeemondialeetca.fr)**

\* Trouble des conduites alimentaires  
\*\* éligible à une réduction d'impôts de 66%

## Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction du document d'information réalisé

1. Cette brochure vous a-t-elle aidé dans le repérage et la sensibilisation d'une personne atteinte d'anorexie ?
  - Pas du tout
  - Un peu
  - Beaucoup
  - Enormément
2. En avez-vous appris davantage sur cette pathologie (en quoi elle consiste, les facteurs liés, complications...)?
  - Pas du tout
  - Un peu
  - Beaucoup
  - Enormément
3. Connaissiez-vous le questionnaire SCOFF, utilisé pour dépister l'anorexie mentale avant lecture du document ?
  - Pas du tout
  - Vaguement, juste de nom
  - oui, j'en ai déjà entendu parler mais jamais utilisé
  - oui, je l'ai déjà utilisé
4. Pensez-vous utiliser le questionnaire SCOFF au comptoir à l'avenir ?
  - Pas du tout
  - Un peu
  - Oui ça peut être utile
  - Oui dès que possible
4. Vous sentiez-vous à l'aise pour conseiller des patients atteints d'anorexie ?
  - Pas du tout
  - Un peu
  - Beaucoup
  - Enormément
5. Et après lecture de la brochure ?
  - Pas du tout
  - Un peu
  - Beaucoup
  - Enormément
6. Ce triptyque vous a-t-il permis d'identifier plus facilement certains signaux d'alerte chez la personne anorexique ?
  - Pas du tout
  - Un peu
  - Beaucoup
  - Enormément

7. Vous a-t-il aidé dans les conseils que vous pourriez leur apporter au comptoir?
  - Pas du tout
  - Un peu
  - Beaucoup
  - Enormément
8. Aviez-vous déjà utilisé les outils mentionnés dans la brochure dans l'objectif de vous aider à diagnostiquer une personne atteinte d'anorexie mentale ?
  - Oui
  - Non
9. Vous sentez vous plus à l'aise d'en discuter, communiquer avec le patient ?
  - Pas du tout
  - Un peu
  - Beaucoup
  - Enormément
10. Maintenant que vous disposez de cette fiche synthèse, vous sentez vous plus capable de l'orienter ?
  - Pas du tout
  - Un peu
  - Beaucoup
  - Enormément
11. Pensez-vous réutiliser cette brochure par la suite ?
  - Pas du tout
  - Un peu
  - Beaucoup
  - Enormément

## Bibliographie

1. Di Lodovico Laura, psychiatre, Gorwood Philip, chef de service et de pôle à l'hôpital Sainte-Anne (unité Inserm 1266, Institut de psychiatrie de Paris), à partir d'une première version réalisée avec Nathalie Godart, pédopsychiatre (unité Inserm 1178, Paris). Inserm. 2017 [cité 28 sept 2024]. Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
2. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 29 juin 2025]. Loi santé : Olivier Véran s'attaque à la promotion de la maigreur excessive chez les mannequins. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/loi-sante-olivier-veran-sattaque-la-promotion-de-la-maigreur-excessive-chez-les-mannequins>
3. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 1 mai 2019;109(5):1402-13.
4. Shankland Rebecca. Les troubles du comportement alimentaire, prévention et accompagnement thérapeutique. 2e éd. DUNOD; 2020. 208 p. (psycho sup).
5. Suzie Jacob. Épidémiologie descriptive et analytique de l'anorexie mentale : revue de la littérature [diplôme d'état de docteur en médecine]. [pôle formation]: Lille; 2019.
6. Manuels Merck pour le grand public [Internet]. [cité 3 oct 2025]. Anorexie mentale - Troubles mentaux. Disponible sur: <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-mentaux/troubles-des-conduites-alimentaires/anorexie-mentale>
7. Ruffieux C, Chardonnens M, Blattmann F. Anorexie. *Cortica Dép Psychol Clin Psychol Santé.* 19 sept 2023;2(2):7-7.
8. Pecoul delphine. Les troubles des conduites alimentaires dans le DSM V [Internet]. IFEMDR. 2021 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/les-troubles-des-conduites-alimentaires-dans-le-dsm-v/>
9. L. Norton Aaron [Internet]. Septembre 2022 [cité 7 oct 2025]. What's new with the DSM-5-TR? Disponible sur: <https://www.counseling.org/publications/counseling-today-magazine/article-archive/article/legacy/what-s-new-with-the-dsm-5-tr>
10. LAMISSE fernand Pr de nutrition, faculté médecine de tours. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Rôle des facteurs nutritionnels dans le pronostic de l'anorexie mentale - [Internet]. association autrement, pour un autre regard sur son corps. 2008 [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-345-role-des-facteurs-nutritionnels-dans-le-pronostic-de-l-anorexie-mentale.htm>
11. Pecoul delphine. Les troubles des conduites alimentaires dans le DSM V [Internet]. IFEMDR. 2021 [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/les-troubles-des-conduites-alimentaires-dans-le-dsm-v/>

12. Les multiples répercussions de l'anorexie – Aneb [Internet]. [cité 8 oct 2025]. Disponible sur: <https://anebquebec.com/troubles-alimentaires/les-multiples-repercussions-de-lanorexie>
13. Albinhac AMH, Jean FAM, Bouvard MP. Étude du lien parental dans l'enfance chez les enfants et adolescents avec anorexie mentale. *L'Encéphale*. 1 avr 2019;45(2):121-6.
14. Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D, Aouad P, Barakat S, et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *J Eat Disord*. 5 sept 2022;10(1):132.
15. Alvin Patrick. *Anorexie et boulimie à l'adolescence*. 4e éd. Doin edition; 2013. 232 p. (conduites).
16. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 8 oct 2025]. Anorexie mentale - Troubles psychiatriques. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/anorexie-mentale>
17. Brusset B. *Psychopathologie de l'anorexie mentale* Ed. 2 [Internet]. 2<sup>e</sup> éd. Dunod; 2009 [cité 28 sept 2024]. 266 p. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/book/88920906>
18. INICEA. L'anorexie mentale : Qu'est ce que l'anorexie mentale [Internet]. [cité 22 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.inicea.fr/articles/pathologie/quest-ce-que-lanorexie-mentale>
19. INICEA. L'anorexie mentale : tout savoir sur cette maladie. Les symptômes de l'anorexie mentale [Internet]. [cité 1 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.inicea.fr/articles/pathologie/lanorexie-mentale-tout-savoir-maladie>
20. CEPIA, Eetexpert. Questionnaire court de dépistage des troubles alimentaires à utiliser dans le soins primaires [Internet]. Disponible sur: [https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.cepia-poids-alimentation.be%2Fpdf%2Fmateriel%2F3\\_Questionnaire\\_court\\_de\\_depistage\\_des\\_troubles\\_alimentaires\\_a\\_utiliser\\_dans\\_les\\_soins\\_primaires.pdf&psig=AOvVaw2YOYDI7jllIA6jm5chblSp&ust=1752135896017000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAQQn5wMahckEwig7-3-rK-OAxUAAAAAHQAAAAAQBA](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.cepia-poids-alimentation.be%2Fpdf%2Fmateriel%2F3_Questionnaire_court_de_depistage_des_troubles_alimentaires_a_utiliser_dans_les_soins_primaires.pdf&psig=AOvVaw2YOYDI7jllIA6jm5chblSp&ust=1752135896017000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAQQn5wMahckEwig7-3-rK-OAxUAAAAAHQAAAAAQBA)
21. Pawlak Justine. *Le questionnaire SCOFF-F : Utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de l'anorexie mentale ou de la boulimie* [Internet] [médecine]. [Lille]: faculté de médecine de Lille; 2016. Disponible sur: [https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2016/2016LIL2M258.pdf](https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M258.pdf)
22. Nutriactis. Dépistage scoff et expali [Internet]. 2024; CHU rouen normandie. Disponible sur: <https://nutriactis.fr/files/documents/2022/03/Depistage-SCOFF-et-Expali-1.pdf>
23. Apprendre les TCC [Internet]. 2025 [cité 15 mars 2025]. *Journal des prises alimentaires - Apprendre la Psychologie*. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/supports-de-therapie-a-telecharger/journal-des-prises-alimentaires.html>

24. Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
25. Génétique et biologie de l'anorexie [Internet]. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: <https://www.incea.fr/articles/pathologie/genetique-et-biologie-de-l-anorexie>
26. Strumia R. Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatoendocrinol.* 2009;1(5):268-70.
27. Anorexie et mannequinat font-ils toujours la paire ? - Pisoc Santé [Internet]. 2020 [cité 21 août 2025]. Disponible sur: <https://sante.commu.isfsc.be/index.php/2020/11/11/anorexie-et-mannequinat-font-ils-toujours-la-paire/>
28. Lemille J, Le Bras M, Fauconnier M, Grall-Bronnec M. Anorexie mentale : anomalies des paramètres hématologiques et biochimiques. *Rev Médecine Interne Sci Direct.* 1 août 2021;42(8):558-65.
29. Donglin Zhang, BA; Kaitlin Slaven, MD; Bridget E. Shields, MD. Cutaneous Signs of Malnutrition Secondary to Eating Disorders. *MDEdge.* mai 2023;111(5):231-8.
30. Eating Disorder Hope [Internet]. [cité 23 août 2025]. Eating Disorder Hope - Resources for Anorexia, Bulimia & Binge Eating. Disponible sur: <https://www.eatingdisorderhope.com/>
31. Seshadri D, De D. Nails in nutritional deficiencies. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 1 mai 2012;78:237.
32. Khalifa I, Goldman RD. L'anorexie mentale nécessitant une hospitalisation chez les adolescents. *Can Fam Physician.* févr 2019;65(2):109-11.
33. Springall GAC, Caughey M, Zannino D, Kyprianou K, Mynard JP, Rudolph S, et al. Long-term cardiovascular consequences of adolescent anorexia nervosa. *Pediatres.* 2023;94(4):1457-64.
34. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Anorexie mentale et troubles digestifs - Association Autrement [Internet]. [cité 19 août 2025]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-31-cas-clinique-et-complications.htm>
35. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa - medical complications. *J Eat Disord.* 31 mars 2015;3(1):11.
36. Lin JA, Woods ER, Bern EM. Common and Emergent Oral and Gastrointestinal Manifestations of Eating Disorders. *Gastroenterol Hepatol.* avr 2021;17(4):157-67.
37. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry.* 1 juill 2011;68(7):724-31.
38. ANSM [Internet]. [cité 15 mars 2025]. Actualité - L'ANSM fait le point sur les risques liés à l'utilisation des produits de santé à des fins d'amaigrissement. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-fait-le-point-sur-les-risques-lies-a-lutilisation-des-produits-de-sante-a-des-fins-damaigrissement>

39. Schell M. gestion du mésusage des médicaments à l'officine [mémoire de diplôme d'état de docteur en pharmacie]. [strasbourg]: strasbourg; 2023.
40. [Ozempic, Victoza et Trulicity : nouvelles règles de délivrance ] | Fédération Française des Diabétiques [Internet]. 2025 [cité 1 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/federation/actualites/ozempic-trulicity-victoza-et-byetta-nouvelles-regles-de-delivrance>
41. Hezraf e FE. Médicaments : mésusage, abus, détournement, enquête auprès des pharmacies d'officine [diplôme de docteur en pharmacie]. [royaume du Maroc]: Université Mohammed V de Rabat Faculté de médecine et de pharmacie Rabat; 2021.
42. Comité scientifique et experts vidal. VIDAL. 2023 [cité 28 sept 2024]. Médicaments et produits de santé à visée amaigrissante : l'ANSM appelle à la vigilance. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/15870-medicaments-et-produits-de-sante-a-visee-amaigrissante-l-an-sm-appelle-a-la-vigilance.html>
43. Masson E. EM-Consulte. [cité 14 avr 2025]. Hyperthyroïdie. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/200111/hyperthyroidie>
44. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: <https://agence-prd.an-sm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0360396.htm>
45. La glande thyroïde, un organe clé pour la perte de poids| Biron [Internet]. [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.biron.com/fr/centre-du-savoir/parole-de-specialiste/glande-thyroide-perte-gestion-poids/>
46. VIDAL [Internet]. 2023 [cité 12 oct 2025]. La phytothérapie dans le traitement de la constipation. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/estomac-intestins/constipation-adulte/phytotherapie-plantes.html>
47. EFSA Panel on Food Additives and Nutrient Sources added to Food (ANS), Younes M, Aggett P, Aguilar F, Crebelli R, Dusemund B, et al. Scientific opinion on the safety of green tea catechins. EFSA J. 2018;16(4):e05239.
48. Code de la santé publique - Art. R. 4235-47 | Dalloz [Internet]. [cité 17 nov 2024]. Disponible sur: [https://www.dalloz.fr/documentation/Document?id=CODE\\_CSPU\\_ARTI\\_R4235-48&scrl=CSPU116555&FromId=CODES\\_SECS\\_CSPU](https://www.dalloz.fr/documentation/Document?id=CODE_CSPU_ARTI_R4235-48&scrl=CSPU116555&FromId=CODES_SECS_CSPU)
49. Les autres missions du pharmacien d'officine - Guide de stage de pratique professionnelle en officine [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2024]. Disponible sur: <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/les-autres-missions-du-pharmacien-dofficine/>
50. Bouchaud L, Bluze E, Dussart C, Massoubre B, Boulliat C. Le rôle du pharmacien en officine et en pharmacie hospitalière dans la prévention en santé publique en France. Ann Pharm Fr. 1 nov 2022;80(6):769-77.
51. Revue Médicale de Liège - Prévention et promotion de la santé : quels rôles pour le pharmacien d'officine ? [Internet]. [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: <https://rmlg.uliege.be/article/3917?lang=en>

52. Endat [Internet]. [cité 18 déc 2024]. Programme ETP. Disponible sur: <https://www.endat.fr/programmes>
53. Masson E. EM-Consulte. [cité 15 mars 2025]. Vision interdisciplinaire : la place du pharmacien d'officine dans l'offre de soins. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1665791/resume/vision-interdisciplinaire-la-place-du-pharmacien-d>
54. Ordre national des pharmaciens. Développer la prévention en France : 15 propositions pour renforcer le rôle des pharmaciens [Internet]. 2018. Disponible sur: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordre.pharmacien.fr/mediatheque/rapport-developper-la-prevention-en-france>
55. CNOF [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Démographie des pharmaciens : Panorama au 1er janvier 2022. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/demographie-des-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2022>
56. Hartmann. [cité le 17 avril 2025]. La position centrale du pharmacien dans le parcours de soins. 2022.
57. BUXERAUD Jacques. [cité 17 avr 2025]. Une attitude et une démarche exemplaires à l'officine. Actual Pharm. trimestre 2021;editorial:1.
58. Les 3 niveaux de prévention selon l'OMS [Internet]. [cité 20 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.celester.org/guide-methodologique-1/definitions/les-3-niveaux-de-prevention-selon-loms>
59. Prévenir les TCA | Association Anorexie Boulimie Ouest [Internet]. [cité 20 déc 2024]. Disponible sur: <https://association-anorexie-boulimie-ouest.com/prevenir-les-tca/>
60. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Anorexie mentale, boulimie et compulsions alimentaires : peut-on les déceler tôt ? - Association Autrement [Internet]. [cité 29 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-407-peut-on-deceler-tot-l-anorexie-mentale-et-la-boulimie-nbsp.htm>
61. Restructuration cognitive | DEMHETER [Internet]. [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: <https://demheter.fr/restructuration>
62. Apprendre la Psychologie [Internet]. 2024 [cité 17 nov 2024]. Technique d'entretien en TCC, les 4 R : recontextualiser, reformuler, résumer, renforcer. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/la-methode-des-4r.html>
63. Ameline S, Levannier M. Chapitre 3. Communication verbale et communication non verbale. AS/AP. 2021;496-9.
64. Vandesrasier A, Thoër C, Lussier MT. Vers une communication efficace en pharmacie : une approche par contextualisation de l'interaction pharmacien-patient. Commun Rev Commun Soc Publique. 1 déc 2016;(17): 25-40.

65. Le cercle de Prochaska et Di Clemente - Intervenir Addictions [Internet]. [cité 1 mars 2025]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>
66. Apprendre la Psychologie [Internet]. 2024 [cité 20 déc 2024]. L'entretien motivationnel et les stades de changement. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/l-entretien-motivationnel.html>
67. Kestemberg E, Kestemberg J, Decobert S, Lebovici S. La faim et le corps: Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale. 2e éd. édition. Presses Universitaires de France - PUF; 2005. 306 p.
68. Criquillion Sophie, Doyen Catherine. Anorexie, boulimie nouveaux concepts, nouvelle approche. Lavoisier. 2016. 256 p. (les précis).
69. De Mostuejols E. Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire [diplôme de docteur en pharmacie]. [Marseille] : faculté de pharmacie de Marseille; 2023.
70. Nutrition Clinique, Les CNO contre la dénutrition. La dénutrition chez le patient atteint d'anorexie mentale [Internet]. 2023. Disponible sur: [https://lescnocontreladenutrition.fr/wp-content/uploads/2023/01/Fiche\\_CNO\\_patient\\_3\\_Anorexique-1.pdf](https://lescnocontreladenutrition.fr/wp-content/uploads/2023/01/Fiche_CNO_patient_3_Anorexique-1.pdf)
71. Océane deshayes. L'anorexie mentale et sa prise en charge à l'officine. Rouen, normandie; 2022.
72. Cycle de vie du cheveu : phase anagène, catagène, télogène [Internet]. [cité 29 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.renefurterer.com/fr-fr/conseil/cuir-chevelu/la-physiologie-du-cuir-chevelu/le-cycle-de-vie-du-cheveu>
73. Chute de cheveux chronique ou effluvium télogène chronique | Ducray [Internet]. [cité 29 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ducray.com/fr-ch/chute-de-cheveux/tout-savoir-chute-de-cheveux/chute-de-cheveux-chronique>
74. Perte de cheveux : causes, solutions et produits anti-chute | Klorane [Internet]. [cité 29 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.klorane.com/fr-fr/conseils/le-soin-des-cheveux-au-naturel/entretenir-la-vitalite-de-mes-cheveux/decryptage-chute-de-cheveux>
75. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 27 nov 2024]. Hirsutisme et hypertrichose - Troubles dermatologiques. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/troubles-des-cheveux-et-des-poils/hirsutisme-et-hypertrichose>
76. ZAVA [Internet]. [cité 17 déc 2024]. Vaniqa® 11,5% - Traitement local contre l'hyperpilosité ou hirsutisme chez la femme. Disponible sur: <https://www.zavamed.com/fr/vaniqa.html>
77. Ionweb. Anorexie et dents : Un problème souvent méconnu - Quelles solutions ? [Internet]. Le studio dentaire. 2021 [cité 17 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.dr-touati-herve.chirurgiens-dentistes.fr/anorexie-dents/>

78. Medscape [Internet]. [cité 17 nov 2024]. Troubles du comportement alimentaire : des signes cutanés révélateurs. Disponible sur: <https://français.medscape.com/voirarticle/3603851>
79. HAS, FFAB. Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien dentiste [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_boulimie\\_prise\\_en\\_charge\\_dentaire\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_prise_en_charge_dentaire_v2.pdf)
80. Gorzkowski myriam. Anorexie et orthorexie : troubles du comportement alimentaire. Parma GDD [Internet]. 8 oct 2024; Disponible sur: <https://www.pharmagdd.com/fr/anorexie-et-orthorexie-troubles-du-comportement-alimentaire>
81. Dr Xavier VANDEMERGEL. L'Hippocratismes digital et l'ostéoarthropathie hypertrophique revisités.
82. Bulard fleur. Rôle du pharmacien dans la prise en charge multidisciplinaire des troubles du comportement alimentaire [Internet] [diplome de docteur en pharmacie]. [poitiers]: pharmacie; 2013. Disponible sur: <https://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/83802e69-59aa-4e98-9caa-bb29decbbb5a>
83. Exercice coordonné : MSP, CPTS et CDS | Agence régionale de santé Hauts-de-France [Internet]. [cité 18 août 2025]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/exercice-coordonne-msp-cpts-et-cds>
84. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2025 [cité 18 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
85. Conseil de l'ordre des médecins. Livret de prise en charge de l'anorexie mentale en médecine de ville. Hôpital de la Conception, CHU de Marseille;
86. Centre de Référence Anorexie Mentale à début Précoce, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Anorexie Mentale à début Précoce (AMP). 2022.
87. Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles des Conduites Alimentaires [Internet]. [cité 13 août 2025]. Présentation | Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles des Conduites Alimentaires (FNA-TCA). Disponible sur: <https://www.fna-tca.org/presentation>
88. Réseau TCA Francilien - Réseau de professionnels des Troubles des Conduites Alimentaires en Ile de France [Internet]. [cité 9 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.reseautca-idf.org/>
89. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 17 nov 2024]. Disponible sur: <https://apiop.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
90. Vezin fabrice. Le DP + le DMP = la e-santé de demain ? [Internet]. 2013 [cité 1 mars 2025]. Disponible sur: <https://lemondedelaesante.wordpress.com/2013/09/16/803/>

91. Les Enovateurs [Internet]. 2023 [cité 17 nov 2024]. Interview d'un dossier pharmaceutique depuis sa résidence de haute sécurité. Disponible sur: <https://les-enovateurs.com/interview-dossier-pharmaceutique-residence-haute-securite>
92. Le dispositif LGO Hors SONS du Couloir Officine du Ségur du numérique en santé | Portail Industriels [Internet]. [cité 29 juin 2025]. Disponible sur: <https://industriels.esante.gouv.fr/segur-numerique-sante/vague-1/dispositif-lgo-hors-sons-couloir-officine>
93. Apprendre les TCC [Internet]. 2025 [cité 7 déc 2025]. Journal des prises alimentaires - Apprendre la Psychologie. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/supports-de-therapie-a-telecharger/journal-des-prises-alimentaires.html>
94. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 8 déc 2025]. Intoxication par la vitamine A - Troubles nutritionnels. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-nutritionnels/carence-dépendance-et-toxicité-des-vitamines/intoxication-par-la-vitamine-a>
95. Lackner S, Meier-Allard N, Mörkl S, Müller W, Fürhapter-Rieger A, Mangge H, et al. Hypercarotenemia in Anorexia Nervosa Patients May Influence Weight Balance: Results of a Clinical Cross-Sectional Cohort Study. Front Psychiatry [Internet]. 20 déc 2021 [cité 8 déc 2025];12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.758300/full>
96. Caroténodermie : à propos d'un cas | Dermatologie Pratique [Internet]. 2025 [cité 8 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/carotenodermie-propos-dun-cas>
97. Wald A. Is Chronic Use of Stimulant Laxatives Harmful to the Colon? J Clin Gastroenterol. juin 2003;36(5):386.
98. Palli-Science : site officiel de formation en soins palliatifs et oncologie de 1ère ligne [Internet]. 2013 [cité 30 nov 2025]. BFI (bowel fonction index). Disponible sur: <https://palli-science.com/content/bfi-bowel-fonction-index>
99. Mon TCA, les autres et moi | Fiche santé HCL [Internet]. [cité 10 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/etp-mon-tca-les-autres-et-moi>
100. European Eating Disorders Review | Eating Disorders Journal | Wiley Online Library [Internet]. [cité 10 déc 2025]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.3028>
101. Une nouvelle convention consacre le rôle des pharmaciens comme acteurs clés de santé dans les territoires [Internet]. 2022 [cité 2 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.banquedesterritoires.fr/une-nouvelle-convention-consacre-le-role-des-pharmaciens-comme-acteurs-cles-de-sante-dans-les>
102. Code de la santé publique sur Pappers Justice [Internet]. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur: <https://justice.pappers.fr/loi/LEGITEXT000006072665?ancree=LEGISCTA000036404903>

103. Pharmacie de garde 3237 | Site des Syndicats Pharmaceutiques en charge de l'organisation des gardes [Internet]. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur: [https://www.3237.fr/public/mobi/mob\\_presentation.php](https://www.3237.fr/public/mobi/mob_presentation.php)
104. Jean daniel Lévy, Julien Potéreau, Pierre-Hadrien Bartoli. Les Français et leurs attentes vis-à-vis des pharmaciens. mars 2019;23.
105. DGS\_Céline.M, DGS\_Céline.M. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. [cité 3 déc 2025]. Prévention des troubles du comportement alimentaire chez les jeunes. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/nutrition/article/prevention-des-troubles-du-comportement-alimentaire-chez-les-jeunes>
106. Apprendre la Psychologie [Internet]. 2024 [cité 17 nov 2024]. Technique d'entretien en TCC, les 4 R : recontextualiser, reformuler, résumer, renforcer. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/la-methode-des-4r.html>
107. Article R5125-9 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 1 déc 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000024479517/2011-08-19](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024479517/2011-08-19)
108. ASJP [Internet]. Université Benyoucef Benkhedda d'Alger; 13 [cité 3 déc 2025]. Revue algérienne d'allergologie. Disponible sur: <https://asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/588>
109. Drugs.com [Internet]. [cité 4 déc 2025]. Vaniqa Cream: Package Insert / Prescribing Information. Disponible sur: <https://www.drugs.com/pro/vaniqa-cream.html>
110. Medscape [Internet]. [cité 17 nov 2024]. Troubles du comportement alimentaire : des signes cutanés révélateurs. Disponible sur: <https://français.medscape.com/voirarticle/3603851>
111. Phénomène de Raynaud : définition, symptômes et causes [Internet]. [cité 9 déc 2025]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/phenomene-raynaud/definition-symptomes-causes>
112. Bhanji S, Mattingly D. Acrocyanosis in anorexia nervosa. Postgrad Med J. janv 1991;67(783):33-5.
113. Bryant-Waugh R, Turner H, East P, Gamble C, Mehta R. Misuse of laxatives among adult outpatients with eating disorders: prevalence and profiles. Int J Eat Disord. juill 2006;39(5):404-9.
114. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 4 déc 2025]. Table:Quelques interactions médicamenteuses avec le millepertuis. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/multimedia/table/quelques-interactions-medicamenteuses-avec-le-millepertuis>
115. Centre du sommeil - Prise en charge des troubles du sommeil [Internet]. 2024 [cité 4 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.chu-rouen.fr/services/centre-du-sommeil/>

116. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. 2024 [cité 9 déc 2025]. CPTS : s'organiser sur un même territoire pour renforcer les soins aux patients. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/>
117. Centre de Référence Anorexie Mentale à début Précoce, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Anorexie Mentale à début Précoce (AMP). 2022.
118. Masson E. EM-Consulte. [cité 9 déc 2025]. Profil socio-démographique, clinique et paraclinique d'une cohorte de patients adultes atteints d'anorexie mentale (AM) hospitalisés dans une unité de Nutrition clinique-trouble du comportement alimentaire (TCA). Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1281798/profil-socio-demographique-clinique-et-paracliniqu>
119. Plateforme spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire [Internet]. [cité 9 déc 2025]. Disponible sur: <https://stoptca.fr/price>
120. Lettre de la DAJ – Nouveau régime du dossier pharmaceutique | Ministère de l'Économie des Finances et de la Souveraineté industrielle et énergétique [Internet]. [cité 9 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/daj/lettre-de-la-daj-nouveau-regime-du-dossier-pharmaceutique>
121. Diplôme Universitaire (DU) Nutrition et diététique clinique et thérapeutique – Diplôme Universitaire international francophone international [Internet]. Obésité - Nutrition Bichat - Chirurgie bariatrique - santé connectée. 2014 [cité 9 déc 2025]. Disponible sur: <https://nutrition-bichat.aphp.fr/diplome-universitaire/>
122. WinPrescription - La révolution de la délivrance au comptoir [Internet]. Winpharma. [cité 9 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.winpharma.com/winprescription/>
123. INICEA. Génétique et biologie de l'anorexie [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.inicea.fr/articles/pathologie/genetique-et-biologie-de-l-anorexie>
124. Tomova A, Makker K, Kirilov G, Agarwal A, Kumanov P. Disturbances in gonadal axis in women with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 1 déc 2007;12(4):e92-7.
125. Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdereau F, Lang F, et al. Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *J Affect Disord.* 1 oct 2015;185:115-22.
126. Roerig JL, Steffen KJ, Mitchell JE, Zunker C. Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs.* 20 août 2010;70(12):1487-503.
127. VIDAL [Internet]. 2024 [cité 26 janv 2026]. Ozempic. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/ozempic-86313.html>
128. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Dossier médical partagé (DMP). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/numerique-en-sante/mon-espace-sante/article/dossier-medical-partage-dmp>

129. CNOP [Internet]. Accès des pharmaciens au dossier médical partagé : publication d'un nouvel arrêté. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/acces-des-pharmaciens-au-dossier-medical-partage-publication-d-un-nouvel-arrete>
130. Haute Autorité de Santé [Internet]. La HAS en bref. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_452559/fr/la-has-en-bref](https://www.has-sante.fr/jcms/c_452559/fr/la-has-en-bref)
131. Naassila M. UPJV. Mickael Naassila; UPJV - DU d'addictologie. Disponible sur: <https://comu.u-picardie.fr/du-d-addictologie-403653.kjsp?RH=1409580989931>
132. DU Troubles du comportement alimentaire [Internet]. 2025 . Disponible sur: [https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/sciences-technologies-sante-STS/du-troubles-du-comportement-alimentaire-XU17\\_41.html](https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/sciences-technologies-sante-STS/du-troubles-du-comportement-alimentaire-XU17_41.html)
133. Kelling SE. Provision of Clinical Preventive Services by Community Pharmacists. Prev Chronic Dis [Internet]. 2016 ;13. Disponible sur: [https://www.cdc.gov/pcd/issues/2016/16\\_0232.htm](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2016/16_0232.htm)
134. PIERRON M. Pharmacie d'officine : la participation aux soins de premier recours [Internet]. Yzico. 2023. Disponible sur: <https://www.yzico.fr/pharmacie-dofficine-la-participation-aux-soins-de-premier-recours/>
135. HAS. Anorexie mentale : prise en charge. 2010.
136. Les honoraires et actes des pharmaciens [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/remunerations/honoraires-actes-pharmaciens>
137. Bienvenue sur la Plateforme Enquêtes de l'Université de Lille [Internet]. Disponible sur: <https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/responses/browse?surveyId=769252>



Université de Lille

FACULTÉ DE PHARMACIE DE LILLE

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2025-2026

Nom : LEPERS

Prénom : Lisa

Titre : Repérage et sensibilisation de l'anorexie mentale à l'officine

Mots-clés : Anorexie, repérage, sensibilisation, pharmacien d'officine, tryptique, questionnaire,

---

### Résumé:

L'anorexie mentale est caractérisée par une restriction alimentaire volontaire, une altération de l'image corporelle et une peur intense de prise de poids. Elle expose à de nombreuses complications physiques et psychologiques ainsi qu'à une mortalité élevée. Le retard de diagnostic fréquent rend le dépistage précoce essentiel pour améliorer le pronostic.

La place du pharmacien d'officine, professionnel de santé accessible et de confiance, apparaît centrale dans l'identification des signaux d'alerte, l'écoute du patient, la délivrance de conseils adaptés et l'orientation vers une prise en charge spécialisée.

Des outils pratiques de sensibilisation sont proposés pour accompagner les pharmaciens dans leur exercice quotidien et renforcer leur intégration au sein d'une prise en charge coordonnée et pluriprofessionnelle. La remise d'un document d'information sur la pathologie accompagnée de son questionnaire de satisfaction montre un manque de connaissances des pharmaciens à ce sujet et leur souhait d'en apprendre davantage.

---

### Membres du Jury:

**Président** : DINE Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique (PU-PH) - UFR3S - Pharmacie - Université de Lille, Pharmacien hospitalier Groupe Hospitalier Loos Haubourdin

**Directeur, conseiller de thèse** : CUVELIER Elodie, Pharmacien MCU-PH Laboratoire de pharmacologie, Pharmacie clinique et pharmacocinétique, Faculté de pharmacie UFR3S, CHU de Lille

**Assesseur(s)** : ALLAN Laura, pharmacien d'officine, titulaire de la pharmacie de Wasquehal à Wasquehal