

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année : 2020 - 2021

N°28

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Clémence SCHNEIDER née le 02/08/1996 à Mont-Saint-Aignan

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 MAI 2021

L'ANOREXIE MENTALE CHEZ L'ADOLESCENTE : PHYSIOPATHOLOGIE, PRISE EN CHARGE CLINIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET NUTRITIONNELLE, ÉTUDE D'UN CAS CLINIQUE ET RÔLE DU PHARMACIEN.

JURY

Président : Mme Sylvie MAVEL, Maître de conférences, Faculté de pharmacie de Tours.

Membres : Mr Philippe MEUNIER, Pharmacien praticien hospitalier, CHU Clocheville à Tours.

Mme Delphine JUSSEAUME, Pharmacienne d'officine, Tours.

Mme Elodie CHATEAU, Diététicienne, Joué-lès-Tours.

ANNEE : 2020 - 2021

Directrice : Pr Véronique MAUPOIL

Directeur Adjoint : M. Hervé MARCHAIS

Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, M. Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

10 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
GIRAudeau	Bruno	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAUT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

GUILLOTEAU	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

35 MAITRES DE CONFÉRENCES

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIENE SANTE PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BOUVIN-PLY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
JUSTE	Matthieu	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
LAJOIE	Laurie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

Mise à jour du 05/01/2020

LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MARCHAIS	Hervé	PHARMACIE GALENIQUE
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MUNNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
OMBETTA-GOKA	Jean-Edouard	CHIMIE ORGANIQUE
ODIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA
VIERRON	Emilie	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

3 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
RESPAUD	Renaud	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

VANIER	Antoine	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
--------	---------	-----------------------------

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

2 CHARGÉS DE RECHERCHE

MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE

1 PHARMACIEN D'OFFICINE – PAST (Enseignant Associé)

JOYEUX	VINCENT	Filière Pharmacie
--------	---------	-------------------

2 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

1 ATER (Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche)

HEREDIA-MARQUEZ	Arturo Vladimir	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
-----------------	-----------------	--



SERMENT DE GALIEN

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

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

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

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : 21/05/2021

L'étudiant
Mme Clémence SCHNEIDER



Le Doyen de la Faculté
Mme Véronique Maupoil

Remerciements

À Monsieur Philippe MEUNIER, Pharmacien praticien hospitalier au CHU Clocheville à Tours. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, sur ce sujet qui me tenait tant à cœur. Merci pour votre investissement, votre disponibilité, votre soutien et vos conseils.

À Madame Sylvie MAVEL, Maître de conférences à la Faculté de pharmacie de Tours. Merci d'avoir accepté la présidence du jury. Merci d'avoir été aussi disponible, merci pour tous vos précieux conseils et votre aide.

À Madame Delphine JUSSEAUME, Pharmacienne d'officine à Tours. Merci de m'accompagner une fois de plus dans une autre étape de mes études. Merci de m'apporter une version positive, engagée et honnête de notre métier. Merci de m'avoir fait travailler durant mes études et de m'avoir accueillie et formée lors de mon stage de sixième année. Merci pour votre gentillesse. Merci à Laetitia, préparatrice à Tours pour tous ses précieux conseils.

À Madame Elodie CHATEAU, Diététicienne et Préparatrice en pharmacie à Tours. Merci d'avoir accepté d'être membre du jury pour cette thèse. Votre expérience sur la prise en charge diététique des patientes anorexiques est d'une réelle importance pour moi.

À mes parents, d'avoir fait de mes études une priorité pour eux, merci d'avoir tout fait pour que je puisse faire le métier de mon choix, merci d'avoir été aussi présents pendant ces années d'études et aussi impliqués, merci d'avoir supporté toutes mes sautes d'humeur et de m'avoir toujours épaulée et soutenue, merci pour tout.

À mes frères, merci de m'avoir toujours soutenue, merci de me faire autant rire et merci d'avoir compris la priorité de mes études.

À ma grand-mère et à ma tante pour leur encouragement et leur soutien.

À Julien, merci pour ton soutien indéfectible au quotidien, merci de me rendre heureuse et de m'aider à faire la personne que je suis aujourd'hui.

À mes meilleurs amis, Aurélia, Léa, Marie, Nora et Victor, merci pour tous les moments passés ensemble et pour ceux à venir, merci d'avoir toujours été là pour moi, merci de m'avoir soutenue dans mes études et d'avoir compris l'importance qu'elles ont pour moi.

Merci à mes amis de la Faculté de pharmacie de tours, Mélanie, Mélissa, Joanna, Stéphanie et Pierre-Hugues, merci pour tous les moments de joie, pour toutes ces soirées, merci pour le soutien pendant tous ces partiels, pour cette vie étudiante bien remplie.

Et enfin à ma petite sœur Cécile et à Elisa, à qui je dédie ce travail, j'ai voulu leur rendre honneur en réalisant cette thèse sur ce sujet qui les a touchées. Grâce à tout ce travail, je comprends enfin mieux tout ce qu'elles ont traversé et je ne peux que compatir et les soutenir.

Table des matières

Remerciements	4
Liste des tableaux.....	9
Liste des figures.....	10
Liste des abréviations.....	11
1 Introduction	13
PREMIERE PARTIE	14
Anorexie mentale : Définition, Étiologie, Physiopathologie et Conséquences.	14
2 Les troubles du comportement alimentaire (TCA)	14
3 Définition de l'anorexie mentale	15
3.1 Étiologie.....	16
3.1.1 Facteurs prédisposants dans l'AM	17
3.1.2 Troubles de l'attachement et Traumatismes	20
3.1.3 Facteurs prédisposants Familiaux dans l'AM.....	21
3.1.4 Facteurs prédisposants Socio-Culturels dans l'AM.....	22
3.1.5 Facteurs précipitants dans l'AM	23
3.1.6 Facteurs de maintien dans l'AM	24
3.2 L'AM : un TCA essentiellement féminin	25
3.3 Épidémiologie.....	26
3.4 Les différentes formes cliniques de l'AM	27
3.4.1 Le type restrictif pur.....	27
3.4.2 Le type avec crise de boulimie / vomissements ou prise de purgatifs.....	27
3.4.3 Anorexie mentale subsyndromique (EDNOS).....	27
3.5 Les signes cliniques typiques de l'anorexie mentale	28
3.5.1 Les symptômes somatiques.....	28
3.5.2 Les symptômes psychiques.....	29
3.5.3 Critères de diagnostic de l'anorexie mentale	32
4 Conséquences physiologiques	36
4.1 Manifestations somatiques et complications de l'AM.....	37
5 Comorbidités psychiatriques	41
6 Conclusion.....	41
DEUXIEME PARTIE.....	42
Prise en charge clinique, nutritionnelle et psychologique et étude d'un cas clinique. Pronostic et évolution de l'AM.....	42

7	Prise en charge globale avec différents niveaux de soins	42
7.1	Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge	42
7.1.1	Multidisciplinarité de la prise en charge ambulatoire.....	43
7.1.2	Évaluation de la gravité.....	44
7.1.3	Prise en charge thérapeutique	46
7.1.4	Prise en charge particulière	59
7.1.5	Information du patient et de son entourage.....	60
7.2	La prise en charge hospitalière	60
7.2.1	L'hospitalisation de jour.....	60
7.2.2	L'hospitalisation à temps plein	61
7.2.3	Exemple d'un Cas clinique	69
7.2.4	Prise en charge à moyen et long terme	81
7.3	Le pronostic et l'évolution de l'anorexique mentale	81
7.3.1	Évolution spontanée	81
7.3.2	Évolution sous traitement.....	81
7.3.3	La chronicisation	81
7.4	Les difficultés et les obstacles à une bonne prise en charge	82
7.4.1	Difficultés liées à l'anorexie mentale qui entraînent une prise en charge tardive.....	83
7.4.2	Difficultés liées au système de soin	84
7.4.3	Difficultés liées au vécu des soignants.....	84
7.4.4	Difficultés liées au contexte familial	85
7.5	Conclusion	86
	TROISIEME PARTIE	88
	Rôle du pharmacien dans la prise en charge multidisciplinaire de l'Anorexie Mentale	88
8	Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de l'anorexie mentale	88
8.1	Définitions des nouvelles missions du pharmacien d'officine	88
8.1.1	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires.....	88
8.1.2	Convention Nationale des Pharmaciens Titulaires d'Officine	89
8.1.3	Décret n°2018-841 du 3 octobre relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.....	89
8.2	Optimisation de la relation patient/pharmacien	90
8.2.1	Alliance thérapeutique	90
8.2.2	Adhésion thérapeutique	90
8.2.3	Entretien motivationnel.....	91

8.2.4	Éducation thérapeutique	91
8.3	Repérage précoce à l'officine	92
8.3.1	Perte de poids qui devient obsessionnelle	92
8.3.2	Des signes évocateurs d'anorexie	92
8.3.3	Être vigilant dès l'enfance	93
8.4	Prévention et conseils à l'officine	93
8.4.1	Comportement à avoir face aux patientes	93
8.4.2	L'aide aux familles	94
8.4.3	Combattre les idées reçues	94
8.4.4	Rétablir la communication	95
8.4.5	Collaborer avec le corps médical	95
8.4.6	Ressources utiles d'informations disponibles	95
8.4.7	La délivrance de produits amincissants à l'officine	96
8.4.8	La délivrance de laxatifs à l'officine	98
8.4.9	La délivrance de compléments nutritionnels oraux à l'officine	101
8.4.10	La délivrance de la nutrition entérale à l'hôpital	103
8.4.11	Conseils nutritionnels : généralités en nutrition	105
8.5	Conclusion	113
9	Conclusion générale	115
	Bibliographie	117
	Annexes	123
9.1	Annexe 1	123
9.2	Annexe 2	134

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les critères de diagnostics CIM-10 de l'anorexie mentale, selon la HAS ⁵³	35
Tableau 2 : Critères de diagnostic du DSM-V de l'anorexie mentale, selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie ¹	36
Tableau 3 : les différentes manifestations somatiques et complications de l'AM, selon la HAS ⁶⁶ ...	38
Tableau 4 : Les différents critères d'évaluation clinique de gravité de l'AM qui orientent vers une prise en charge ambulatoire, selon la HAS ⁵³	45
Tableau 5 : Les différents critères d'évaluation paraclinique de gravité de l'AM qui orientent vers une prise en charge ambulatoire, selon la HAS ⁵³	46
Tableau 6 : Définition de l'état nutritionnel d'après l'OMS chez l'adulte avant 70 ans (en dehors de la présence d'œdèmes) ⁵³	48
Tableau 7 : Composition alimentaire des repas Adulte et Enfant au CHU de Tours pour l'évaluation nutritionnelle ⁶⁹	49
Tableau 8 : Composition nutritionnelle par jour en moyenne des repas Adulte et Enfant au CHU de Tours ⁶⁹	50
Tableau 9 : Critères somatiques d'hospitalisation chez l'adolescent, selon la HAS ⁵³	62
Tableau 10 : Critères psychiatriques d'hospitalisation, selon la HAS ⁵³	63
Tableau 11 : Critères environnementaux d'hospitalisation, selon la HAS ⁵³	64
Tableau 12 : Similitudes et changements qui témoignent d'une amélioration ou d'une dégradation quant à l'état de Lola entre chaque consultation à l'Unité Mobile de Nutrition (UMN)	71
Tableau 13 : Similitudes et changements qui témoignent d'une amélioration ou d'une dégradation quant à l'état de Lola entre les différentes hospitalisations de Lola au CHU Clocheville à Tours	76
Tableau 14 : Les différentes catégories de laxatifs ⁹³	98
Tableau 15 : Mode d'action, délai d'action et effets secondaires associés aux différentes catégories de laxatifs ⁹³	99
Tableau 16 : Nutriments apportés par les sept grands groupes d'aliments ¹⁰³	109
Tableau 17 : Vitamines, ANC et signes cliniques en cas de carence ¹⁰³	112
Tableau 18 : historique des consultations à l'UMN avec le Pédiatre praticien hospitalier (PH) de Lola	123
Tableau 19 : Historique des hospitalisations de Lola au CHU Clocheville à Tours.	134

Liste des figures

Figure 1 : L'anorexie mentale (AM) en tant que trouble plurifactoriel – Adaptation de Garner (1993) ⁸	16
Figure 2 : Courbe d'administration de la NE par SNG en fonction du temps, à la patiente étudiée dans le cas clinique	53
Figure 3 : Courbe d'évolution du poids (kg) de Lola en fonction du temps	77
Figure 4 : Courbe d'évolution de l'IMC de Lola en fonction du temps	78
Figure 5 : Arbre décisionnel de la prise en charge de L'AM selon le VIDAL ⁶⁸	79
Figure 6 : Repères de consommation correspondant aux objectifs du PNNS. ¹⁰²	106
Figure 7 : Quelques repères quantitatifs de consommation. ¹⁰²	107
Figure 8 : Quelques repères quantitatifs de consommation. ¹⁰²	108

Liste des abréviations

ADDFMS	Denrées Alimentaires Destinées à des Fins Médicales Spéciales
AET	Apport Energétique Total
AGCC	Acide Gras à Courte Chaîne
AM	Anorexie Mentale
ANC	Apports nutritionnels conseillés
AutoAc	Autoanticorps
α -MSH	Hormone de stimulation des α -mélanocytes
CIM	Classification internationale des maladies
ClpB	Protéase caséinolytique B
cm	Centimètre
CPU	Clinique Psychiatrique Universitaire
DCI	Dénomination Commune Internationale
DS	Déviation Standards
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ETP	Education thérapeutique
g	Gramme
GWAS	Etudes d'association pangénomique
h	Heure
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hypercalorique
HDJ	Hospitalisation De Jour
HP	Hyperprotidique
HPST	Loi Hôpital Patient Santé Territoire
HTC	Hospitalisation à Temps Complet
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IMC	Indice de Masse Corporelle
ISRS	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
kg	Kilogramme
km	Kilomètre
L	Litre
mg	Milligramme
MT	Médecin Traitant
m ²	Mètre carré
NE	Nutrition Entérale
NP	Nutrition Parentérale
OCPD	Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PH	Praticien hospitalier

PNNS	Programme national nutrition santé
SNC	Système Nerveux Central
SNG	Sonde Naso-Gastrique
SRI	Syndrome de renutrition inapproprié
TCA	Trouble du Comportement alimentaire
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TOC	Troubles Obsessionnels Compulsifs
UMN	Unité Mobile de Nutrition
USP	Unité de Spécialités Pédiatriques
5-HT	Sérotonine

1 Introduction

L'anorexie mentale (AM) est une cause importante de morbidité physique et psychosociale. Ces dernières années, la compréhension de la psychobiologie sous-jacente qui contribue à l'apparition et au maintien de la maladie a progressé.

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, « l'alimentation appartient aux fonctions instinctuelles des mammifères et est indispensable à leur survie. Les conduites alimentaires sont le versant comportemental des mécanismes de régulation énergétique et nutritionnelle qui assurent l'homéostasie de l'organisme. Ces conduites sont influencées par des facteurs physiologiques, psychologiques, comportementaux (en lien avec l'apprentissage) et environnementaux (impact culturel et rôle social de l'alimentation). Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont définis par l'existence de perturbations significatives et durables de la prise alimentaire. La notion de seuil significatif, pour parler de comportement pathologique, s'établit en tenant compte du contexte culturel, de l'intensité des perturbations, de leurs conséquences sur le plan médical général, de la souffrance psychique et des conséquences sociales. »¹

Les facteurs génétiques influencent le risque, des facteurs psychosociaux et interpersonnels peuvent déclencher l'apparition de la maladie et des changements dans les réseaux neuronaux peuvent l'entretenir. Des progrès substantiels dans le traitement, en particulier pour les patients adolescents souffrant d'anorexie mentale, soulignent les avantages des interventions familiales spécialisées. Les adultes atteints d'AM ont également une chance réaliste d'obtenir une guérison ou au moins une amélioration substantielle, mais aucune approche spécifique n'a montré de supériorité claire, suggérant qu'une combinaison de ré-alimentation et de psychothérapie spécifique est la plus efficace.

Pour lutter avec succès contre cette maladie énigmatique, il faut améliorer la compréhension des mécanismes biologiques et psychosociaux sous-jacents, améliorer les stratégies de prévention et d'intervention précoce, mieux cibler les traitements grâce à une meilleure compréhension des mécanismes spécifiques de la maladie², développer la coopération entre les différents acteurs de santé dans la prise en charge de l'AM et faciliter l'accès aux soins aux patientes atteintes d'AM.

Ma réflexion par rapport à ce sujet se découpera en trois parties :

- Une première partie sur la définition de l'AM, son étiologie, sa physiopathologie et ses conséquences.
- Une seconde partie sur la prise en charge clinique, nutritionnelle et psychologique. Afin d'approfondir mon travail, je me suis basée sur l'étude d'un cas clinique lors de mon stage hospitalier universitaire. Le pronostic et l'évolution de l'AM seront aussi détaillés dans cette partie
- Une troisième et dernière partie sur le rôle du pharmacien dans la prise en charge multidisciplinaire de l'AM. Ce rôle est à souligner devant l'importance du repérage possible à l'officine et des conseils pouvant être donnés.

PREMIERE PARTIE

Anorexie mentale : Définition, Étiologie, Physiopathologie et Conséquences.

2 Les troubles du comportement alimentaire (TCA)

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.

La classification DSM-5 de l'American Psychiatric Association retient l'existence de trois grands TCA:

- L'anorexie mentale qui sera détaillée dans cette thèse.
- La boulimie qui se caractérise par la répétition d'accès hyperphagiques (absorption en un temps limité d'aliments caloriques, provoquant un sentiment de soulagement puis de culpabilité) avec mise en place de conduites compensatoires visant à maintenir un poids normal (vomissements provoqués au décours des frénésies alimentaires).
- L'accès hyperphagique ou hyperphagie boulimique (Binge-Eating Disorder) qui a souvent été considérée comme une forme de boulimie sans conduite compensatoire. Ce trouble est devenu dans le DSM-5 une entité à part entière.

Cette classification retient aussi l'existence d'autres troubles dits de l'ingestion d'aliments :

- « Pica qui correspond à l'ingestion répétée de substances non nutritives pendant au moins 1 mois (plâtre, plomb, sable, cailloux, cheveux, papier, plastique...).
- Mérycisme qui correspond à la régurgitation répétée de nourriture pendant une période d'au moins 1 mois. Les aliments peuvent être remastiqués, ré-avalés ou recrachés.
- Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments : Il s'agit d'un manque d'intérêt pour l'alimentation, un évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture (dégoût pour le fait de manger) qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins vitaux appropriés, associée à une perte de poids, un déficit nutritionnel, la nécessité d'une nutrition entérale (NE) par sonde naso-gastrique (SNG) ou compléments alimentaires oraux. Contrairement à l'anorexie, il n'y a pas de perturbation de l'image du corps
- Les troubles dits non spécifiques. »¹

Ces formes non caractérisées représentent de 30 à 50 % des TCA.¹

L'anorexie touche 0,9 % des femmes et la boulimie 1,5 %. Mais, à l'adolescence, les troubles sous des formes atténuées concernent une adolescente sur quatre et un adolescent sur cinq. Ils se déclarent après la puberté, entre 14 et 18 ans pour l'anorexie, mais seule la moitié des personnes est traitée pour ces troubles alors que 5 % des personnes souffrant d'anorexie mentale en décèdent

à long terme. Les épidémiologistes mentionnent l'urgence et la nécessité d'une détection précoce. Ils soulignent aussi que la guérison peut intervenir après une longue évolution.³

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, « l'étiopathogénie des TCA est encore mal connue. Ils sont d'origines multifactorielles et en lien avec des facteurs de vulnérabilité (« terrain » génétique et/ou anomalies biologiques préexistantes), des facteurs déclenchants (régimes alimentaires stricts, événements de vie majeurs, puberté et œstrogènes) et des facteurs d'entretien (déséquilibres biologiques induits par le trouble, bénéfices relationnels sur l'environnement, « bénéfices » psychologiques). Les modifications des comportements alimentaires seraient initialement des mécanismes adaptatifs à des situations dites de stress psychique. Ces mécanismes, initialement bénéfiques, sont rapidement débordés et aboutissent à la mise en place d'un comportement contraignant ayant des effets négatifs. *In fine*, ces comportements deviennent permanents et aboutissent à de véritables maladies qui peuvent aller jusqu'au décès du patient. »¹

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 face à ces troubles, leur évolution n'étant qu'exceptionnellement favorable spontanément.⁴

3 Définition de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale (AM) est un TCA essentiellement féminin mais le garçon peut aussi être touché. C'est un trouble qui entraîne une privation alimentaire stricte et volontaire pendant plusieurs mois voire plusieurs années.⁵

L'AM se caractérise par une restriction des apports alimentaires conduisant à une perte importante de poids associée à une peur intense de prendre du poids. La personne souffrant d'AM a le sentiment d'être toujours en surpoids et cherche à maigrir par tous les moyens. Elle a une perception perturbée de l'image de son corps et ne reconnaît pas la gravité de sa maigreur. Cette obsession de la perte de poids sous l'influence de facteurs psycho-comportementaux fait de l'anorexie mentale une pathologie psychiatrique relevant d'une prise en charge spécifique.⁶

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 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 alertent.⁴

3.1 Étiologie

De multiples influences biopsychosociales sont impliquées dans les TCA et plusieurs peuvent désormais être considérés comme des facteurs de risque établis. L'origine des TCA est multifactorielle et s'inscrit dans un modèle biopsychosocial dans lequel les facteurs socioculturels ont une influence importante. Les TCA sont des troubles psychiatriques graves avec une étiologie complexe impliquant des transactions entre influences socioculturelles, psychologiques et biologiques. Les facteurs psychologiques et environnementaux interagissent⁷ avec les TCA et influencent l'expression du risque génétique pour provoquer une pathologie alimentaire. On parle aujourd'hui de modèle multifactoriel de l'anorexie mentale, aucun facteur isolé n'apparaît suffisant pour être à lui seul à l'origine de ce trouble du comportement alimentaire. Un des premiers modèles multifactoriels est celui de Gardner en 1993. Selon lui, l'anorexie mentale pourrait être considérée comme une pathologie d'origine biopsychosociale.

Le modèle multifactoriel de l'AM selon Garner, la figure 1 compare les différents facteurs prédisposants, précipitants et de maintien de l'AM.

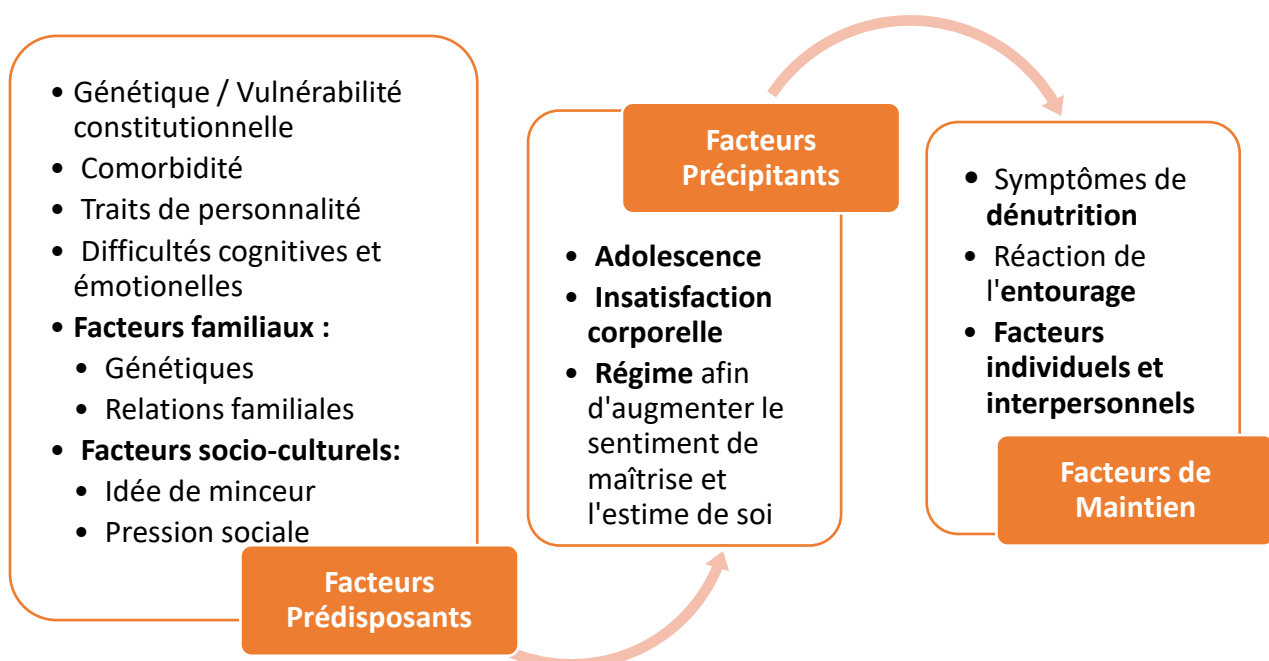


Figure 1 : L'anorexie mentale (AM) en tant que trouble plurifactoriel – Adaptation de Garner (1993)⁸

3.1.1 Facteurs prédisposants dans l'AM

3.1.1.1 Facteurs génétiques et de vulnérabilité constitutionnelle individuels

Comme pour la plupart des troubles psychiatriques idiopathiques, l'hérédité de l'AM est complexe. Les principales caractéristiques de l'AM, qui sont la capacité et la détermination à maintenir un faible indice de masse corporelle (IMC), sont homogènes à travers le temps et les cultures. Étant donné la centralité de la dérégulation du poids par rapport à l'AM, les gènes impliqués dans la régulation du poids corporel pourraient également être impliqués dans l'étiologie de l'AM. Par conséquent, les variantes génétiques ayant un effet profond sur l'IMC méritent d'être prises en considération.⁹

Une recherche systématique des études¹⁰ sur les associations génétiques candidates-gènes humaines dans l'AM a révélé des associations de l'AM avec :

- Des gènes liés aux neurotransmetteurs : compris la sérotonine, la noradrénaline et le glutamate.
- Des gènes liés aux systèmes de régulation de la faim : la leptine⁹, l'hormone de stimulation des mélanocytes (α -MSH), le récepteur de la mélanocortine-4, le neuropeptide Y et la ghréline.
- Des gènes liés aux systèmes de motivation et de récompense liés à l'alimentation : les cannabinoïdes, les opioïdes¹¹, la dopamine et sérotonine.
- Des gènes liés aux systèmes régulant le métabolisme énergétique.
- Des gènes liés aux systèmes neuroendocriniens.
- Des gènes liés au système immunitaire et à la réponse inflammatoire.

Dans l'ensemble, les études résumées dans cette partie examinent seulement un ou quelques marqueurs et ne contiennent que de petits échantillons. La majorité de ces résultats n'ont pas été reproduits dans des échantillons plus importants et ces associations n'apparaissent pas dans les études d'association pangénomique (GWAS). Par conséquent, aucune conclusion de grande portée ne devrait être tirée sur la base de ces résultats, mais ils donnent des pistes. Comme pour la majorité des troubles psychiatriques, les GWAS suggèrent que l'AM est de nature polygénique, avec plusieurs variantes génétiques de faible effet impliquées.¹²

1.1.1.1.1 Facteurs épigénétiques

L'épigénétique examine les changements dans la fonction des gènes qui n'impliquent pas de changements dans la séquence d'ADN. Les mécanismes épigénétiques comprennent la méthylation de l'ADN, la modification des histones et la régulation de l'expression des gènes au niveau transcriptionnel et post-transcriptionnel par les acides ribonucléiques non codants (ARN), y compris les micro-ARN, les ARN à interférence courte, et les ARN interagissant avec les piwi.¹²

Par exemple, Linda Booij *et al*¹³ ont démontré que des altérations secondaires de la méthylation dans les régions génomiques relatives aux déficiences socio-émotionnelles et aux séquelles physiques qui sont couramment observées chez les patients atteints d'AM.

Bien que les résultats des études mondiales de méthylation et des études d'association à l'échelle de l'épigénome soient prometteurs, il est important de tenir compte du fait que la taille des échantillons des études rapportées¹² est petite et que les changements épigénétiques sont spécifiques aux tissus. De plus, les changements épigénétiques sont associés à des facteurs diurnes et saisonniers, aux médicaments, à l'exercice, aux pathologies, à l'alimentation, à des facteurs psychologiques et socioéconomiques. Il se peut que ces facteurs expliquent les résultats contradictoires obtenus dans les études de méthylation.

1.1.1.1.2 Génomique nutritionnelle

La science de la génomique nutritionnelle comprend la nutriginétique et la nutriginomique. Les études nutriginétiques examinent l'effet de la variation génétique sur l'alimentation et la réponse à certains nutriments. Les études nutriginomiques visent à évaluer l'influence des nutriments sur l'expression des gènes.¹²

Ashley Van Zeeland *et al.*¹⁴ ont obtenus des résultats prometteurs : ils ont montré que des variants au sein du gène de l'époxyde hydrolase 2 (EPHX2) étaient associés à une sensibilité à l'AM et les données du même groupe d'étude ont montré que, lors d'un repas, une augmentation de la réponse pro-inflammatoire des molécules ont été observées chez des patients AM, mais pas chez des témoins sains, en fonction de l'activité enzymatique EPHX2 et des acides gras polyinsaturés consommés (AGPI). Une réponse inflammatoire dépendante de l'EPHX2 après un repas chez ceux atteints d'AM mais pas chez des témoins sains, suggère que la variabilité génétique peut déterminer la réaction de notre corps à certains nutriments, ce qui peut contribuer au développement des TCA.¹⁵

3.1.1.2 Facteurs génétiques familiaux

Le tempérament et le type de personnalité sont également des facteurs de risque associés à l'AM et les traits de personnalité perfectionnistes, obsessionnels et évitants sont probablement héréditaires.¹⁶

Kate Tchanturia *et al.*¹⁷ ont démontré que des caractéristiques cognitives spécifiques sont associées à l'AM, y compris la rigidité cognitive/ Certains ont qualifié ces caractéristiques cognitives d'endophénotype parce qu'elles sont présentes chez les patients après leur rétablissement et chez leurs frères et sœurs non affectés.¹⁸

3.1.1.3 La piste intestinale

Chez l'Homme, chaque population de microbes formant en quelque sorte une communauté s'appelle désormais le microbiote humain, autrefois dénommée « flore bactérienne », et l'ensemble des gènes que possèdent ces microbes est intitulé le microbiome.¹⁹

Hubertus Himmerich *et al.*¹² ont étudié le microbiome, des échantillons de selles collectés auprès des participants à l'étude, où l'ADN bactérien est extrait et analysé. Le microbiote intestinal a été

démontré comme étant impliqué dans différentes fonctions métaboliques, y compris la régulation de la prise de poids, la récupération d'énergie du régime alimentaire et la sécrétion d'insuline, et est fortement influencé par le régime alimentaire et le mode de vie. Le microbiote produirait une gamme de produits métaboliques bioactifs capables d'entrer dans la circulation systémique. Ces produits métaboliques peuvent avoir des effets profonds sur le métabolisme de l'hôte, la fonction immunitaire et l'expression des gènes dans plusieurs systèmes organiques, y compris le système nerveux central (SNC). Les acides gras à chaîne courte (AGCC) sont des acides gras volatils produits par des bactéries dans l'intestin. L'acide acétique, l'acide propionique et l'acide butyrique sont les plus abondants. Le microbiote est capable de moduler le cerveau *via* différents mécanismes et ainsi le système métabolique du corps.²⁰

Ces études²¹ sur le microbiome ont identifié de nouvelles espèces bactériennes chez les patients atteints d'AM admis à l'hôpital, de profondes perturbations microbiennes chez les patients atteints d'AM par rapport aux témoins, et des profils d'AGCC perturbés chez les patients atteints d'AM. En plus des AGCC, il existe d'autres molécules produites par le microbiote humain qui peuvent influencer le cerveau, en plus de la régulation de l'appétit et du poids. Par exemple, la protéase caséinolytique B (ClpB) produite par les entérobactéries a été identifiée comme un mimétique de l' α -MSH. Jonathan Breton *et al.*²² ont mesuré les concentrations plasmatiques de ClpB chez des patientes atteintes de TCA dont l'AM et ont été comparées à des participantes en bonne santé. Les concentrations de ClpB étaient élevées chez les patients atteints de TCA, sans différence significative dans les sous-groupes de patients. Les concentrations plasmatiques de ClpB étaient corrélées avec la psychopathologie des TCA et l' α -MSH. Ces résultats suggèrent un lien entre le ClpB bactérien et la physiopathologie des TCA.

3.1.1.4 L'hypothèse neuro-atomique et l'imagerie cérébrale

Les fondements neurobiologiques de ces comportements inadaptés sont mal connus, mais l'application des neurosciences cognitives et de la neuroimagerie aux troubles de l'alimentation a commencé à élucider leur physiopathologie. Plus précisément, sur trois domaines²³ qui suggèrent des voies à suivre : récompense, contrôle cognitif et comportemental et prise de décision. Comprendre les mécanismes cérébraux qui favorisent et maintiennent ces symptômes souvent chroniques pourrait guider le développement de nouveaux traitements plus efficaces.

Les approches génétiques et épigénétiques, l'approche neurocognitive, l'imagerie cérébrale fonctionnelle permettent ainsi d'incriminer les circuits de la récompense dans la genèse et le maintien de l'anorexie mentale. Ces résultats récents sont de nature à moduler certains aspects des dispositifs actuels de soins et à permettre le développement de nouvelles approches thérapeutiques.²⁴

3.1.1.5 La piste neuro-endocrinienne

Les TCA sont des pathologies fréquentes, dont la physiopathologie implique l'axe microbiote-intestin-cerveau. Plusieurs neuropeptides et hormones sont impliqués dans la régulation du comportement alimentaire et du métabolisme énergétique. Marie Galmiche *et al.*²⁵ ont mis en évidence au cours des TCA la présence d'autoanticorps (AutoAc) dirigés contre les neuropeptides

orexigènes et anorexigènes, avec des différences de profil (taux/affinité) qui pourraient participer à la dérégulation neurobiologique du comportement alimentaire :

- Une première étude a démontré que le taux d'hormone de stimulation des α -mélanocytes (α -MSH) est plus élevé au cours de l'AM et associé à une élévation de la ghréline totale, de l'acyl ghréline et de la des-acyl ghréline qui semblent donc être impliquées dans la ghrélinorésistance au cours de l'AM.

De nombreuses structures hypothalamiques participent à ce processus en sécrétant des neuropeptides orexigènes ou anorexigènes et interagissent avec d'autres zones cérébrales impliquées notamment dans l'initiation du mouvement et de la régulation végétative de la fonction de nutrition :

- Le niveau de leptine, une hormone dérivée des adipocytes anorexigènes est systématiquement abaissée dans l'anorexie et peut être impliquée dans la diminution de la densité minérale osseuse et dans une activité physique élevée souvent décrite chez les patients AM. Elle stimule par ailleurs certains peptides anorexigènes et inhibe la production d'autres peptides orexigènes.
- La ghréline, une hormone peptidique orexigène sécrétée par le fundus gastrique, a un niveau de sécrétion élevé par rapport aux personnes en bonne santé. Elle montre que les patients anorexiques nerveux luttent contre la faim. La sécrétion post-hypophyse peut également être perturbée par un syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique induisant une hyponatrémie modérée.²⁶

3.1.1.6 Facteurs périnataux

Les complications pendant la grossesse, la prématurité, un âge maternel précoce, une naissance à terme très dépassé ou encore un hématome cérébral du nourrisson sont considérés comme des facteurs de risque de survenue d'une anorexie mentale.

3.1.2 Troubles de l'attachement et Traumatismes

L'insécurité de l'attachement et les compétences émotionnelles constituent un élément clé des modèles conceptuels de l'anorexie mentale. Des niveaux élevés d'anxiété d'attachement ou d'évitement entraînent une diminution de la compétence émotionnelle intrapersonnelle, ce qui contribue à son tour à une plus grande gravité des symptômes alimentaires chez les patients anorexiques.²⁷

3.1.2.1 Estime de soi et sentiment d'efficacité personnelle

Les normes socioculturelles concernant l'image corporelle et les évaluations de l'attractivité sont généralement propagées dans les médias. En particulier, la nécessité d'obtenir une approbation

sociale concernant l'apparence et le caractère « attrayant » de son corps est importante pour les adolescentes et les jeunes femmes en terme d'estime de soi.

3.1.2.2 Traits de personnalité obsessionnelle et perfectionnisme

Les TCA se caractérisent par des niveaux élevés d'anxiété, surtout en mangeant. Cependant, on en sait peu sur l'anxiété ressentie pendant les repas et en particulier sur les autres variables qui peuvent avoir un impact sur cette anxiété. Les diagnostics de dépression majeure, de trouble obsessionnel-compulsif ou de trouble de stress post-traumatique et le perfectionnisme (souci des erreurs) sont liés à l'anxiété pendant les repas.²⁸

3.1.2.3 Troubles anxieux

L'AM est une maladie mentale grave. Les traits de personnalité et la comorbidité avec des troubles affectifs et anxieux sont des aspects clés de sa pathogenèse, mais jusqu'à présent, peu d'attention a été accordée aux tempéraments affectifs dans l'AM. Il est également proposé que l'anxiété infantile ait un impact sur la gravité clinique de l'AM. Enrica Marzola *et al.*²⁹ ont réalisé une étude ayant pour but de déterminer si les tempéraments affectifs pouvaient être liés à la psychopathologie de l'alimentation en AM, en clarifiant également si ceux qui avaient des scores faibles par rapport aux scores élevés sur les tempéraments dépressifs et anxieux pouvaient différer dans le courant clinique de l'AM et la gravité de la vie. Les résultats de cette étude confirment l'association entre les traits de tempérament affectifs (anxieux en particulier) et la présence d'une psychopathologie alimentaire altérée dans l'AM. Si ces résultats devaient être confirmés, l'évaluation du tempérament anxieux pourrait éclairer de manière fructueuse les interventions de prévention et de traitement de l'AM.

3.1.3 Facteurs prédisposants Familiaux dans l'AM

3.1.3.1 Facteurs génétiques familiaux

Il existe des Facteurs génétiques héréditaires familiaux comme cité au-dessus dans la partie des facteurs prédisposants génétiques dans l'AM.

3.1.3.2 Les interactions familiales

Mauris Corcos³⁰ développe la psychopathologie de l'anorexie mentale en considérant cet état pathologique d'un point de vue psychodynamique. Il reprend les paradoxes cliniques typiques de cette affection : patiente se laissant mourir de faim et ayant un grand appétit à vivre. Il insiste sur la dimension exhibitionniste de ce corps amaigri montré, visant à neutraliser l'autre et à maîtriser la relation à l'autre, que produit l'obsession de perte de poids confinant à la dysmorphophobie. L'anorexique exerce un contrôle sur son corps, idéalisé et épuré, afin de ne plus être soumise à la pulsion pubertaire. La relation avec la mère se cristallise dans une relation duelle dont le père est exclu. L'hyperactivité physique permet d'évacuer les tensions tout en servant la perte de poids. Le clivage opère une coupure radicale entre le corps et la pensée.

3.1.3.3 Les antécédents psychiatriques familiaux

Les patientes souffrant d'anorexie mentale et présentant des antécédents personnels ou familiaux de trouble bipolaire ont un début plus précoce de l'anorexie mentale, un nombre d'hospitalisations plus important, un délai plus long entre le début de l'anorexie mentale et l'hospitalisation, un nombre plus élevé de tentatives de suicide et présentent davantage de comorbidités psychiatriques. La présence d'une comorbidité anorexie mentale–trouble bipolaire semble importante et liée à la sévérité de l'anorexie mentale.³¹

3.1.4 Facteurs prédisposants Socio-Culturels dans l'AM

3.1.4.1 Aspect transculturel

Les normes sociales varient considérablement selon la classe culturelle, l'ethnie et le sexe. Les normes sociales varient également au fil du temps, entraînant des changements substantiels dans les préférences de forme corporelle et l'épidémiologie des troubles de l'alimentation. La compréhension des troubles de l'alimentation nécessite donc l'intégration de facteurs psychologiques dans un contexte culturel et épidémiologique.³²

3.1.4.2 Pression sociale

Deux principaux prédicteurs socioculturels (intérieurisation et pression des normes socioculturelles) jouent un rôle important dans l'explication du développement de l'insatisfaction corporelle et de la poursuite pathologique de la minceur chez les adolescentes et les femmes. Les données existantes soutiennent une relation entre l'utilisation d'Internet et l'image corporelle et les préoccupations alimentaires, et les adolescents peuvent être particulièrement vulnérables à l'impact d'Internet. En particulier, l'engagement avec les plateformes de médias sociaux visuels et axés sur l'apparence est associé à des préoccupations accrues.³³

Bernadetta Izydorczyk et Katarzyna Sitnik-Warchulska³⁴ ont mené une étude sur les normes d'apparence socioculturelle et facteurs de risque pour les troubles de l'alimentation chez les adolescents et les femmes de divers âges qui a conclu que les jeunes adolescentes constituent un groupe à haut risque en ce qui concerne la possession d'une tendance psychologique spécifique au développement de troubles de l'alimentation en raison de l'influence socioculturelle exercée par les médias de masse.

Les réseaux sociaux sont aujourd'hui très présents et portent énormément sur le paraître. Ils peuvent amener à se poser la question sur leur possible participation aux TCA :

- Tiffany Melioli *et al.*³⁵ ont étudié la relation entre le réseau social Instagram® et les TCA, cette étude apparaît particulièrement novatrice puisqu'il n'existe actuellement pas d'étude française explorant le lien entre l'utilisation d'Instagram et les symptômes de TCA. Les résultats suggèrent que l'utilisation d'Instagram pourrait s'associer à la survenue de symptômes de TCA. Les résultats de cette étude fournissent de nouvelles perspectives dans

le domaine de la prévention des TCA et dans l'exploration contemporaine de l'étiologie de ce trouble, plus particulièrement sur les nouvelles influences socioculturelles.

- Siân Mclean *et al.*³⁶ ont examiné l'efficacité d'une intervention d'éducation aux médias sociaux pour les adolescentes sur les facteurs de risque de TCA et ont conclu que l'éducation aux médias sociaux est une approche potentiellement utile pour la prévention du risque de troubles de l'alimentation chez les adolescentes dans l'environnement actuel de vulnérabilité aux médias sociaux.

Les modèles socioculturels de l'image corporelle et des préoccupations alimentaires ont mis en évidence le rôle du discours social dans la promotion de la poursuite de l'idéal mince. Récemment, un autre discours social axé sur le poids a gagné du terrain, axé sur l'objectif de maintenir le poids corporel dans les limites d'une fourchette de poids définie comme « saine ». Ce discours est quelque peu différent de la promotion de l'idéal mince; cependant, il pourrait également être impliqué³⁷ dans le développement de l'image corporelle et des préoccupations alimentaires. La pression pour maintenir un poids santé entraîne l'internalisation des attitudes anti-graisses et la nécessité de contrôler le poids par le biais de l'alimentation et de l'exercice. Cela peut alors entraîner des préoccupations corporelles et des troubles de l'alimentation.

3.1.5 Facteurs précipitants dans l'AM

3.1.5.1 Adolescence : puberté, automatisation et processus d'identité, insatisfaction corporelle et régime afin d'augmenter le sentiment de maîtrise et l'estime de soi

Les problèmes de développement associés à l'adolescence tels que l'autonomie, l'auto-efficacité et l'intimité se retrouvent chez les patients atteints d'AM, bien qu'il soit difficile d'affirmer qu'il s'agisse d'une cause ou d'un résultat du trouble.¹⁶

La puberté est une période critique de risque de TCA. L'incidence des TCA augmente au cours de la période pubertaire³⁸ et devient prédominante chez les femmes, et les influences génétiques sur les troubles alimentaires augmentent considérablement. Des poussées d'hormones ovariennes, en particulier d'œstrogènes, peuvent entraîner cet effet génétique croissant pour les TCA chez les filles pubertaires et contribuer à des présentations phénotypiques différentielles au-delà de la puberté.³⁹

Le régime est considéré comme l'un des principaux facteurs précipitants. Plus de 50% des filles à la puberté se déclarent insatisfaites de leur apparence, ceci d'autant plus que les modifications physiques et physiologiques surviennent tôt. Cette insatisfaction corporelle, qui a pour effet d'entraîner la poursuite de régimes nombreux et inefficaces, est une porte d'entrée vers les TCA à la en raison du sentiment de contrôle et du bien-être momentanément généré par la restriction alimentaire.⁴⁰

3.1.6 Facteurs de maintien dans l'AM

3.1.6.1 Symptômes de dénutrition

Ces facteurs de maintien découlent principalement des conséquences, psychologiques et sociales de la dénutrition ainsi que de la répétition des comportements pathologiques (restrictions quantitatives et qualitatives des apports, comportements de purge, rituels, etc.)

Sur le plan psychologique, la dénutrition aggrave de manière marquée les particularités précédemment décrites dans les facteurs de risque, notamment l'obsessionnalité, la rigidité cognitive, la sensibilité à la critique et l'alexithymie (difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions, ou parfois celles d'autrui). A ceci vient s'ajouter une augmentation du niveau général d'anxiété et de dépressivité.⁴¹

3.1.6.2 Conduites d'évitement

L'anorexie mentale a le taux de mortalité le plus élevé de tous les troubles psychiatriques, mais la physiopathologie de ce trouble et son principal symptôme, la restriction alimentaire extrême, restent mal connus. Dans les états de faim par rapport à la satiété, la valeur gratifiante des stimuli alimentaires augmente normalement pour favoriser l'alimentation, mais les personnes souffrant d'AM évitent la nourriture malgré l'émaciation. Walter H Kaye *et al.*⁴² ont examiné l'insensibilité neuronale potentielle aux effets de la faim dans l'anorexie mentale. Ceci se traduit par la stimulation du goût en un comportement alimentaire motivé lorsque la faim peut faciliter l'évitement alimentaire et des périodes prolongées de consommation alimentaire extrêmement restreinte dans l'anorexie mentale.

3.1.6.3 Réaction de l'entourage

L'effet des symptômes anorexiques sur les proches (parents, conjoints, amis) constitue également un facteur de maintien. L'irrationalité apparente de comportements et de pensées qui se sont généralement installés très rapidement, l'angoisse de la mise en danger qu'ils impliquent, les sentiments de culpabilité, de frustration, de colère et d'impuissance que l'on éprouve à ne pas parvenir à raisonner la patiente provoquent fréquemment chez les proches l'émergence d'une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive. La conséquence en est souvent l'apparition de tensions voire de conflits répétés où critiques et hostilité sont exprimées à la patiente. A l'inverse, et de façon tout aussi délétère, certains proches soucieux d'éviter les conflits adopteront une attitude laissant libre cours à l'expression symptomatique. Tous ces éléments renforcent l'anxiété de la patiente de même que sa tendance à l'isolement et, finalement, au repli défensif sur ses symptômes.⁴¹

Compte tenu de la nature multifactorielle de l'AM, de la place importante de la famille et de l'intérêt croissant pour la théorie de l'attachement aux troubles de l'alimentation, le lien parental est remis en cause dans l'AM. Audrey Albinhac *et al.*⁴³ ont permis d'analyser le lien parental dans une population d'enfants et d'adolescents souffrant d'anorexie mentale et démontré qu'il existe une

surprotection maternelle et paternelle. Les résultats de leur étude suggèrent l'importance d'analyser le style parental en plus des résultats des instruments de liaison parentale et de soutenir l'importance du développement de la thérapie familiale dans l'AM.

Fiorenzo Laghi *et al.*⁴⁴ ont cependant montré des résultats différents. Comment les adolescents souffrant d'AM et leurs parents perçoivent-ils le fonctionnement de la famille ? Il y a une vision différente entre les mères et leurs filles en ce qui concerne la dimension de la rigidité. De plus, les filles souffrant d'AM sont globalement moins satisfaites de l'environnement familial et évaluent leurs familles comme moins communicatives, flexibles, cohésives et plus désengagées alors qu'un taux élevé de sur-implication émotionnelle maternelle joue un rôle positif dans l'AM et doit être exploré d'avantage.⁴⁵

3.1.6.4 Facteurs individuels et interpersonnels

La perturbation de l'image corporelle est une caractéristique importante de l'AM. La perturbation de l'image corporelle n'est pas seulement un symptôme de l'AM, mais joue un rôle causal dans le développement, la persistance et la rechute de l'AM.⁴⁶

L'anxiété liée à la non-alimentation/prise de poids est un facteur pertinent pour l'apparition et le maintien de l'AM.⁴⁷

3.2 L'AM : un TCA essentiellement féminin

Il existe un stéréotype selon lequel l'AM est un trouble « féminin ». Le sexe affecte la perception de l'AM. Une cible masculine est plus facilement identifiée comme ayant une AM qu'une cible féminine lorsqu'elle présente des symptômes identiques.⁴⁸

La femme est davantage concernée parce qu'elle est traditionnellement chargée de nourrir les siens et que de nombreux regards pèsent sur elle. L'image qu'elle renvoie et la nourriture sont étroitement liées. Il y a aussi le refus de la féminité, de devenir une femme qui peut procréer, à l'image de la mère avec qui la relation n'a pas été concluante et dont on ne veut pas reproduire les schémas. Il y a peut-être plus profond. Nous savons que la peur coupe l'appétit. Une femme peut avoir peur d'être abandonnée.⁴⁹

L'anorexie mentale a une prévalence sur douze mois de 0,4 % chez les jeunes femmes et touche dix femmes pour un homme.⁵⁰ Les femmes auraient tendance à rechercher la beauté et à se comparer entre elles, tout en essayant d'atteindre les critères culturels par un processus d'imitation des femmes dominantes. La récompense de cette compétition serait l'obtention d'un certain prestige et l'acquisition d'un plus haut rang social, deux facteurs déterminants pour l'accès aux ressources. Plusieurs éléments propres à la culture occidentale contemporaine pousseraient toutefois cette quête jusqu'à un niveau extrême et les troubles alimentaires pourraient en être les répercussions. Il suffit de penser au temps et à l'argent qui sont investis dans l'amélioration de l'apparence pour comprendre que l'importance qui est accordée à la beauté n'est pas anodine. Un des aspects de la prise en charge de l'AM pourrait être d'encourager les jeunes femmes à trouver des moyens variés de se valoriser auprès de leurs pairs.

Par exemple, la prise en charge de ce TCA pourrait se concentrer sur la diminution de la propension à se comparer et à être en compétition avec les autres. Il pourrait aussi inclure l'introduction à des modèles de beauté plus réalistes ou limiter la quantité de femmes attirantes à laquelle on est exposé (ex. : limiter l'exposition à la publicité ou restreindre l'accès aux réseaux sociaux). La promotion de moyens autres que l'apparence physique pour atteindre le rang social voulu pourrait également être très pertinente. En effet, dans une société où les femmes sont, fort heureusement, de plus en plus égales aux hommes et où il existe un certain renversement des rôles (ou du moins une atténuation des rôles traditionnels), il est raisonnable de croire que celles-ci puissent améliorer leur place dans la hiérarchie en employant des moyens similaires à ceux utilisés par les hommes dont l'obtention d'un plus haut salaire ou d'un meilleur emploi. Il serait probablement plus sain pour les femmes de se concentrer sur l'atteinte de traits désirables tels que l'intelligence ou la sociabilité plutôt que sur la recherche de beauté, celle-ci étant plutôt futile dans le cadre d'un environnement moderne et égalitaire. L'écart entre les préférences esthétiques des hommes et celles des femmes semble indiquer que ce sont surtout elles qui s'instaurent de tels standards de beauté par l'entremise de la compétition intrasexuelle.⁵¹

Cependant, l'anorexie mentale est souvent considérée comme une maladie féminine, alors qu'il est estimé que 10% des cas sont des hommes⁵², le diagnostic est souvent tardif. Elle touche essentiellement l'homme jeune, avec un profil psychologique fragile. L'anorexie mentale masculine a les particularités suivantes :

- Les formes restrictives pures sont plus rares.
- L'IMC initial est plus élevé.
- L'hyperactivité physique est plus fréquente que l'hyperinvestissement intellectuel.⁵³

Cliniquement, les sujets masculins présenteraient moins de préoccupations corporelles autour du poids, seraient plus soucieux de leur musculature. Selon M. Morel-Portelette, « l'hyperactivité physique ne serait pas plus marquée que chez les femmes. Les facteurs de risque évoqués sont : un surpoids ou une obésité prémorbide, un trouble anxieux et un trouble dépressif. L'homosexualité serait fréquente. Les comorbidités psychiatriques sont importantes, l'anxiété et la dépression au premier plan, de même que chez les femmes. Le risque suicidaire est présent, et le taux de mortalité est élevé. Des outils de dépistage et de diagnostic spécifiques aux sujets masculins sont à développer, afin de faciliter leur accès aux soins. La lutte contre la stigmatisation des troubles des conduites alimentaires doit se poursuivre, et est primordiale pour la reconnaissance des sujets masculins souffrant d'anorexie mentale. »⁵⁴

3.3 Épidémiologie

L'anorexie mentale débute le plus souvent après la puberté, avec un âge moyen de début de 17 ans, on observe deux pics de fréquence autour de 14 ans et de 18 ans :

- L'incidence la plus élevée a été trouvée entre l'âge de 10 et 19 ans.
- La prédominance féminine est nette dans toutes les études : 9 cas féminins sur 10.

L'incidence et la prévalence de l'anorexie mentale varient selon la population et le lieu de recrutement. La prévalence de l'anorexie mentale est de 5 cas pour 100 000 habitants en France, aux États-Unis elle serait de 1 à 8 cas pour 100 000 personnes. Cette pathologie ne peut donc pas être considérée comme une maladie rare. La majorité des cas se déclarent entre 14 et 17 ans, avec un pic à 16 ans. En moyenne la maladie dure sept années, mais cela peut varier de six mois à 30 ans. Au bout de cinq années de maladie, environ les deux tiers des patients guérissent, tandis que la maladie devient chronique chez les autres. 20 à 50 % des anorexiques font également des crises de boulimie.⁵⁵

La majorité des adolescents sont suivis en France par les médecins généralistes. Il faut souligner l'absence de données épidémiologiques en France concernant la prévalence et l'incidence des troubles du comportement alimentaire, et le peu de données sur leur devenir. Ce constat conduit fortement à engager la réalisation de telles études, incluant le suivi de cohorte.⁴

3.4 Les différentes formes cliniques de l'AM

3.4.1 Le type restrictif pur

L'AM restrictive est la plus fréquente et est caractérisée par des conduites restrictives totales telles que la restriction alimentaire, l'exercice physique excessif ou l'utilisation du froid (thermogénèse pour perdre du poids) car il y a une phobie de la prise de poids et un rejet de toute nourriture. Elle est marquée par un sentiment de toute puissance et une volonté de maîtrise globale de son environnement physique, affectif, relationnel. Ce besoin de contrôle sur soi et les autres, s'accompagne chez les malades d'un rejet de toutes formes de plaisir : alimentaire, sexuel, affectif.

3.4.2 Le type avec crise de boulimie / vomissements ou prise de purgatifs

L'AM boulimique présente des comportements boulimiques marqués par des absorptions compulsives et massives de nourriture, suivies de conduites purgatives (spontanées ou provoquées) telles que le vomissement, la prise de diurétiques, laxatifs et lavements. L'AM de forme boulimique s'accompagne, au contraire de l'AM restrictive, d'une profonde perte d'estime de soi pouvant évoluer vers des formes dépressives.⁴

3.4.3 Anorexie mentale subsyndromique (EDNOS)

C'est une forme incomplète d'AM qui peut évoluer plus tard vers une AM classique, elle ne présente pas tous les symptômes classiques de l'AM⁴ (par exemple une perte de poids sans aménorrhée). Cette forme d'AM subsyndromique représente 50% de l'ensemble des TCA, il faut donc intervenir précocement.

3.5 Les signes cliniques typiques de l'anorexie mentale

3.5.1 Les symptômes somatiques

3.5.1.1 Début

- Surtout chez les adolescentes, avec quelques groupes à risques (sportifs, mannequins, danseurs...).
- Débute souvent au moment de l'apparition des transformations corporelles de la puberté.
- Mode d'entrée fréquent sous la forme d'un régime restrictif (du fait d'un léger surpoids pré morbide).¹

3.5.1.2 Restrictions alimentaires

La jeune fille diminue progressivement les quantités ingérées et sélectionne les aliments dans son assiette. Cette personne élimine certaines catégories d'aliments, souvent les plus caloriques (féculents, lipides) et les aliments gras et sucrés. Elle soupire qu'elle n'a vraiment pas faim.

Elle se plaint d'être écoeurée 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, sodas peu caloriques).

À table, quand elle n'a pas trouvé le moyen de la désert, elle trie, coupe en petits morceaux, classe par ordre de taille les aliments, cache et consomme le minimum. À table, la jeune fille anorexique se soucie énormément de ce que les autres membres de la famille mangent. Elle n'hésite pas à les resservir et même à leur préparer des plats, de sorte que personne ne remarque qu'elle n'a presque rien mangé. Elle-même trie la nourriture qu'elle mange et exclut les aliments riches en calories ; elle évite les repas, invente des stratégies pour refuser l'alimentation.⁴

3.5.1.3 Amaigrissement

La perte de poids est plus ou moins rapide et banalisée par la patiente et associée à un sentiment de réassurance initiale, une impression d'absence de fatigue, d'euphorie voire de toute puissance. Cet amaigrissement aboutit à l'effacement des aspects sexués du corps ainsi qu'à des troubles trophiques (altération des phanères, hypertrichose, lanugo, acrocyanose et œdèmes carentiels) et est responsable d'une hypotension, d'une bradycardie et d'une hypothermie. La patiente pourra aussi se plaindre d'insomnies, de frilosité, de perdre ses cheveux... conséquences directes de la dénutrition.⁴

La jeune fille maigrit et soit le cache sous des vêtements amples, soit l'exhibe avec fierté par des vêtements de taille de plus en plus petite. 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 le contraire. Elle éprouve une peur intense à l'idée de prendre du poids. Elle se voit, de toute façon «

trop grosse », globalement ou sur certaines parties de son corps. La rationalité n'a aucune prise sur elle. Il est tout à fait vain d'essayer de la sermonner, d'essayer de lui faire entendre raison, ce qui est source de conflits. Ce n'est, à ce stade, qu'une immense perte d'énergie pour les proches, et le sentiment absolu d'être incomprise pour elle.⁴

3.5.1.4 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 œstroprogestative (pilule, patch ou anneau).⁴ L'aménorrhée peut être primaire ou secondaire d'origine hypothalamique avec une infertilité associée. Elle est parfois absente au début du trouble, sa présence est un facteur de gravité.

3.5.1.5 Stratégies de contrôle du poids

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie :

- « Vomissements provoqués : la plus fréquente des stratégies de contrôle ;
- Prises de laxatifs, fréquentes, pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et hypokaliémie (+/ – mélanose colique) ;
- Prises de diurétiques, coupe-faim, hormones thyroïdiennes ou dérivés des amphétamines ;
- Potomanie : consommation excessive et souvent compulsive, de liquide, non calorique. Cela peut aboutir à des hyponatrémies avec risque de convulsions et de coma ;
- Hyperactivité physique, expositions accrues au froid. »¹

3.5.2 Les symptômes psychiques

3.5.2.1 Le rapport à l'alimentation

Progressivement, toute son activité psychique, intellectuelle, est absorbée par les pensées autour du poids, de la minceur, l'invention de stratégies pour déjouer la faim et refuser l'alimentation, bien qu'elle ne pense qu'aux aliments puisqu'elle meurt de faim (courses incessantes dans les commerces d'alimentation). Parfois des rituels alimentaires, de rangement ou de lavage apparaissent. En famille, cette personne veut régenter tout ce qui concerne la nourriture, en faisant des listes de courses, en cuisinant pour les autres, mais en ne s'alimentant pas.⁴

3.5.2.2 Lien étroit avec la boulimie

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « dans le cas d'anorexie associée à des crises boulimiques, les manifestations sont parfois plus discrètes (perte de poids moins remarquable), et outre les signes cités ci-dessus les proches seront alertés par :

- Une préoccupation excessive par rapport au corps. Cela concerne souvent les filles mais peut aussi se repérer chez des jeunes garçons, notamment s'ils pratiquent une discipline sportive où la minceur et le contrôle du poids sont valorisés à l'excès (gymnastique, athlétisme...) ;
- Les signes de conduites purgatives (achat de laxatifs, vomissements dans les toilettes ou sport à outrance...) ;
- Des signes indirects : habitudes alimentaires restrictives avec pulsions irrésistibles et impérieuses de manger en excès, sans contrôle, au-delà de la satiété, et entraînant un sentiment extrême de culpabilité après la crise, les placards se vident, les emballages vides restent dans les armoires . »⁴

3.5.2.3 Distorsions cognitives

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie :

- « Absence de conscience du trouble ;
- Perturbation de l'image du corps : les sujets se ressentent trop gros malgré un poids en dessous de la normale ;
- Envahissement et préoccupations excessives autour du poids et de l'alimentation ;
- Croyances erronées sur le fonctionnement digestif et les aliments ;
- Évitement alimentaire, induit par le désir de perte de poids, mais aussi par des distorsions cognitives (aliments contaminants, nocifs...) ;
- Anomalies neuropsychologiques des fonctions exécutives (surtout caractérisées par une altération de la flexibilité cognitive). »¹

3.5.2.3.1 Le déni dans le comportement anorexique

L'un des problèmes les plus graves auxquels sont confrontés les chercheurs⁵⁶ qui étudient les troubles de l'alimentation est le déni de maladie chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Il est important de noter que le terme " déni " a non seulement des significations différentes, mais dans le cas de l'AM, sa nature même demeure obscure. On ne sait même pas s'il est délibéré ou non intentionnel. Le déni de maladie chez les patients anorexiques a de graves conséquences pour l'évaluation de la fiabilité des informations obtenues auprès de ces personnes.

3.5.2.3.2 La dysmorphophobie

Une image corporelle déformée et une insatisfaction corporelle prononcée sont des caractéristiques de l'AM qui se traduisent généralement par des restrictions alimentaires et des comportements compensatoires. Les biais cognitifs tels que les biais d'interprétation négatifs sont considérés comme les principaux facteurs de maintien de ces cognitions inadaptées.⁵⁷

La distorsion de la taille et de la forme du corps est une caractéristique essentielle de l'AM, les patients ressentent leur corps sous forme de graisse tout en étant objectivement très mince. La cause de cette distorsion n'est pas claire et des troubles de la perception corporelle pourraient être impliqués. La perception corporelle comprend l'estimation de la forme et de l'emplacement de son corps et nécessite l'intégration de signaux multisensoriels.⁵⁸

3.5.2.3.3 Conduites de restriction alimentaires

Les conduites de restrictions alimentaires se caractérisent par : un comptage des calories, un tri alimentaire, des exclusions alimentaires, l'évitement des repas, une dissimulation de nourriture.

L'AM se caractérise par un évitement et une appréhension marquée autour de la prise de nourriture mais paradoxalement, ceux qui ont une AM affichent souvent des comportements d'approche de la nourriture, s'engageant dans des activités d'achat ou de préparation d'aliments qui sont décrits comme gratifiants.⁵⁹

Renate Neimeijer *et al.*⁶⁰ ont mené une étude dont le but était d'étudier le rôle des tendances d'approche / évitement automatique des aliments dans l'AM. Ils ont montré qu'au départ, les patients souffrant d'anorexie ont une tendance d'approche pour les aliments à faible teneur calorique, mais pas pour les aliments à forte teneur calorique, alors qu'à un an de suivi, ils ont une tendance d'approche pour les aliments à haute et à faible valeur calorique. Le changement de biais d'approche n'était pas associé à un changement d'insuffisance pondérale ni à un changement des symptômes des troubles de l'alimentation.

3.5.2.3.4 Anomalies neuropsychologiques

Anomalies des fonctions exécutives (surtout caractérisées par une altération de la flexibilité cognitive). L'état sous-alimenté de l'AM peut amplifier la tendance à renoncer à des récompenses immédiates au profit d'objectifs à plus long terme. Des altérations dans les circuits cingulo-striataux offrent de nouvelles perspectives sur le rôle potentiel des anomalies dans les systèmes neuronaux décisionnels dans la perpétuation de l'AM.⁶¹

3.5.2.4 Traits associés

3.5.2.4.1 Traits obsessionnels fréquents

- Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont une comorbidité commune de l'AM et sont étroitement liés au concept de compulsivité, un facteur de maintien de l'AM. Une association positive entre l'exercice problématique de l'AM et les traits du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (OCPD) a été démontrée.⁶²
- L'hypercontrôle des émotions.
- L'état limite / Personnalité borderline.
- Le déni.
- Le besoin de contrôle.

3.5.2.4.2 L'hyperactivité physique

De nombreuses personnes atteintes d'anorexie mentale (AM) font de l'exercice compulsif dans le cadre de leur trouble alimentaire. Ce type d'exercice peut être défini comme des comportements et des attitudes d'exercice très motivés et rigides. Bien que l'exercice compulsif ait été lié à de moins bons résultats en matière de santé physique et mentale, on sait peu de choses sur la façon dont il

influe sur la qualité de vie d'un individu et sur sa motivation à changer son trouble alimentaire. Sarah Young *et al.*⁶³ ont conclu que les personnes qui faisaient de l'exercice compulsivement présentaient des symptômes de troubles alimentaires plus graves. Ils ont également démontré une qualité de vie plus médiocre en raison de leur trouble alimentaire et des symptômes plus élevés de dépression et d'anxiété. Se concentrer sur l'exercice compulsif dans le traitement de l'AM pourrait aider les patients à améliorer leur qualité de vie et leur humeur.

3.5.2.4.3 L'hyperinvestissement intellectuel

La personne se désintéresse petit à petit de toutes les activités qu'elle affectionnait avant. Elle se referme sur elle-même, ne sort plus, et certaines s'enferment pour travailler, surinvestissent leurs études, d'autres perdent le goût de tout.⁴

3.5.2.4.4 Altération de la sexualité

La sexualité peut être désinvestie ou à l'inverse hyperactive, souvent en conséquence de la dénutrition. Les femmes souffrant de troubles de l'alimentation présentent un retard considérable et des difficultés de développement psychosexuel à l'adolescence. Les femmes atteintes d'AM ont des attitudes négatives envers les problèmes sexuels et leur corps. Leur motivation sexuelle augmente lorsqu'elles s'engagent en psychothérapie et leur poids corporel est progressivement rétabli. La famine et ses conséquences sur la physiologie humaine et en particulier sur la fonction cérébrale semblent être le principal facteur conduisant à une diminution du désir sexuel et à une activité sexuelle limitée.⁶⁴

3.5.3 Critères de diagnostic de l'anorexie mentale

3.5.3.1 Intérêt du repérage précoce

Selon la HAS, « le repérage et la prise en charge précoce de l'anorexie mentale sont recommandés pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescentes. Ils permettent une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et facilitent l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique avec le patient et ses proches. »⁵³

3.5.3.2 Populations à risque

Selon la HAS, « un repérage ciblé est recommandé sur les populations à risque, où la prévalence est maximale :

- Adolescentes, jeunes femmes ;
- Mannequins ;
- Danseurs et sportifs (disciplines esthétiques ou à catégorie de poids : sports valorisant ou nécessitant le contrôle du poids, disciplines à faible poids corporel tels les sports d'endurance), notamment de niveau de compétition ;

- Sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale. »⁵³

3.5.3.3 Modalités du repérage ciblé de l'anorexie mentale

3.5.3.3.1 Questions à poser

Selon la HAS, « il est recommandé à l'entretien de :

- Poser systématiquement une ou deux questions simples sur l'existence de TCA telles que : avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ?
- Ou d'utiliser le questionnaire SCOFF-F (initialement DFTCA : définition française des troubles du comportement alimentaire, traduction française validée du SCOFF) en tête à tête avec le patient, où deux 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 ? »⁵³

3.5.3.3.2 Suivi des paramètres anthropométriques

Selon la HAS, « il est recommandé de suivre systématiquement les courbes de croissance en taille, poids et corpulence chez les enfants et adolescents pour identifier toute cassure des courbes et de calculer leur l'indice de masse corporelle (IMC), ainsi que de calculer et suivre l'IMC chez les adultes. »⁵³

3.5.3.3.3 Signes évocateurs d'une anorexie mentale

Selon la HAS, « chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans) les signes évocateurs d'une anorexie mentale sont les suivants :

- Ralentissement de la croissance staturale ;
- Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle) ;
- Nausées ou douleurs abdominales répétées. »⁵³

Selon la HAS, « chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou de corpulence) les signes évocateurs d'une anorexie mentale sont les suivants :

- Adoléscent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie ;
- Adoléscent ayant un retard pubertaire ;

- Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles ;
- Hyperactivité physique ;
- Hyperinvestissement intellectuel. »⁵³

D'où la triade symptomatique de l'Anorexie Mentale : Anorexie-Amaigrissement-Aménorrhée. Chez l'adulte les signes évocateurs d'une anorexie mentale sont les suivants :

- Perte de poids > 15 %.
- IMC < 18,5 kg/m² Refus de prendre du poids malgré un IMC faible.
- Femme ayant une aménorrhée secondaire.
- Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection.
- Hyperactivité physique.
- Hyperinvestissement intellectuel.
- Infertilité.

3.5.3.3.4 Confirmation du diagnostic

Selon la HAS, « les premiers échanges sont cruciaux et déterminent la prise en charge ultérieure. Il est recommandé d'adopter une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle pour permettre au patient d'exprimer les signes susceptibles de conforter le diagnostic d'anorexie mentale (et, avec son accord, avec l'aide de sa famille et de son entourage) :

- Préoccupations nouvelles pour ce qui a trait à l'alimentation ;
- Préoccupations excessives autour de l'image du corps ;
- Conduites de restriction alimentaire : comptage des calories, tri alimentaire, exclusions alimentaires, évitement des repas, dissimulation de nourriture ;
- Conduites de purge : vomissements provoqués, recours aux laxatifs ou aux diurétiques ;
- Hyperactivité physique, hyperinvestissement scolaire ou professionnel. »⁵³

Selon la HAS, « ces éléments ne sont pas toujours tous présents mais l'existence de plusieurs d'entre eux associée à une perte de poids importante doit faire évoquer un TCA. Il est alors recommandé de confirmer le diagnostic d'anorexie mentale par la présence de chacun des critères diagnostiques d'une des classifications internationales :

- Classification internationale des maladies (CIM-10) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) qui lui est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par la Société américaine de psychiatrie. »⁵³

Voici ci-dessous (Tableau 1) les critères de diagnostic CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0 :

Tableau 1 : Les critères de diagnostics CIM-10 de l'anorexie mentale, selon la HAS⁵³

A.	« Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
B.	La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
C.	Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
D.	Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.
E.	Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement. » ⁵³
<u>Diagnostic différentiel</u> : « Le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption. » ⁵³	

Voici ci-dessous (Tableau 2) les critères de diagnostic DSM-V de l'anorexie mentale :

Tableau 2 : Critères de diagnostic du DSM-V de l'anorexie mentale, selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie ¹

A.	« Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas.
B.	Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale.
C.	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle. » ¹
<u>Type restrictif</u> : « Au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif. » ¹	
<u>Type accès hyperphagiques/purgatif</u> : « Au cours des 3 derniers mois : présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs. » ¹	

Selon la HAS, « le diagnostic de l'AM repose sur la présence de chacun des éléments qui ont été présentés précédemment. L'absence d'au moins un critère diagnostique révèle une anorexie mentale subsyndromique. Lorsque le diagnostic d'anorexie mentale est établi, il est recommandé de pratiquer un examen clinique complet à la recherche de signes de gravité et dans la perspective d'aider le patient à prendre conscience du retentissement global de sa conduite. Un électrocardiogramme, un ionogramme sanguin et un hémogramme sont recommandés lors de la prise en charge initiale. »⁵³

4 Conséquences physiologiques

Selon C. Boutari, « 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 ultérieur. Une carence énergétique chronique peut altérer l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique (HPG) et conduire à une anovulation hypothalamique chez les femmes en insuffisance pondérale. Les troubles de l'alimentation, tels que l'anorexie mentale (AM), constituent la cause la plus fréquente d'infertilité chez les femmes en insuffisance pondérale, qui, en outre, souffrent de fausses couches et de dysfonction sexuelle. »⁶⁵

Si l'amaigrissement s'aggrave et dure, le risque cardiaque se majore ; les risques d'ostéoporose immédiate deviennent plus importants.

Selon la HAS, « pour les personnes 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 déchaussements des dents et une usure irréversible.

Par ailleurs des lésions digestives graves peuvent survenir, les perturbations métaboliques dues aux vomissements, et notamment la perte de potassium, peuvent conduire à une insuffisance rénale (à long terme), voire à un arrêt cardiaque. »⁴

Selon la HAS, « sur le plan psychique, la dénutrition et la perception déformée de soi-même (vision de tout ou partie du corps « trop gros ») peuvent participer à une aggravation du manque d'estime de soi. Peuvent par ailleurs apparaître une hyperémotivité, de l'impulsivité (attaque de soi), des variations d'humeur, de l'anxiété, des pensées obsessionnelles et de la dépression, avec, dans les cas les plus graves, apparition de pensées suicidaires. Sur le plan social, le manque d'estime de soi et les obsessions alimentaires entraînent isolement, repli sur soi, parfois interruption des études ou de l'activité professionnelle, et aggravent les troubles des conduites alimentaires, créant un cercle vicieux. »⁴

4.1 Manifestations somatiques et complications de l'AM

L'AM est un trouble psychiatrique complexe, qui peut entraîner des complications somatiques spécifiques. La dénutrition est un critère diagnostique majeur de l'AM et elle peut être associée à plusieurs carences en micronutriments.

Voici les différentes complications somatiques de la dénutrition qui seront détaillées dans le tableau n°4 qui suit, selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie :

- « Ostéoporose (carences en vitamine D et hypercatabolisme osseux lié à la carence œstrogénique) ;
- Amyotrophie ;
- Œdèmes (10 %, surtout dans la forme boulimique) ;
- Troubles hydroélectrolytiques : hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie ;
- Insuffisance rénale fonctionnelle ;
- Hypoglycémie, avec malaise et perte de connaissance ;
- Anémie carencielle (Fer, B9, B12...), retrouvée dans environ 15 % des cas ;
- Thrombopénie, leucopénie et lymphopénie (avec risque d'infection plus important) ;
- Atteintes cardiovasculaires : troubles du rythme à chercher systématiquement, cause majeure de surmortalité, hypotension ;
- Troubles digestifs avec brûlures œsophagiennes, retard à la vidange gastrique, hypertrophie des glandes salivaires (mâchoires carrées), érosions dentaires (surtout en cas de vomissements provoqués). » ¹

Voici ci-dessous (Tableau 3) les différentes manifestations somatiques et complications de l'AM :

Tableau 3 : les différentes manifestations somatiques et complications de l'AM, selon la HAS⁶⁶

Présentation générale	
<u>Clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Faciès émacié, anguleux, ridé ; - Peau sèche, ongles cassants ; - Membres squelettiques, formes féminines effacées ; - Lanugo, hypertrichose ; - Scarifications ; - Pâleur, fatigue, intolérance au froid ; - Acrocyanose, froideur des extrémités, voire troubles trophiques, œdèmes de carence ; - Dans les cas sévères : impossibilité de passer de la position assise à la position debout sans s'aider des mains (fonte musculaire).
<u>Examen paraclinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie de thorax : silhouette cardiaque diminuée ; - Échographie cardiaque : épaisseur des parois diminuée, parfois épanchement péricardique ; - NFS : anémie, leuco-neutropénie avec hyperlymphocytose relative, thrombopénie, et exceptionnellement dégénérescence graisseuse de la moelle.
<u>Mécanismes physiopathologiques</u> <u>Conséquences somatiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dénutrition : fonte musculaire ; - Hypoplasie de la moelle osseuse ; - Carence martiale, déficit en folates. »⁶⁶
État cardiaque, hémodynamique et pulmonaire	
<u>Clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Pouls ralenti, tachycardie de renutrition ; - Tension artérielle basse, hypotension orthostatique. »⁶⁷
<u>Examen paraclinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « ECG (quasi constants) : bradycardie sinusale (plus ou moins arythmie respiratoire), allongement du QT et inversion de l'onde T ; - Lorsque la dénutrition s'accroît peuvent apparaître : des bradycardies fonctionnelles, des troubles de la conduction auriculo-ventriculaire, des arythmies auriculaires et ventriculaires, tachycardie ventriculaire et fibrillation ventriculaire ; - Signes d'hypokaliémie ; - Signes de péricardite ; - Échographie cardiaque : prolapsus de la valve mitrale et plus rarement de la valve tricuspide, diminution de la masse ventriculaire gauche, épanchement péricardique ; - Anomalies pulmonaires : pneumomédiastin.
<u>Mécanismes physiopathologiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dysautonomie par augmentation de l'activité parasympathique.

<u>Conséquences somatiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Idem aggravé par l'hypovolémie ; - Vomissements, laxatifs, diurétiques. »⁶⁶
Système nerveux	
<u>Clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Confusion ; - Rarement convulsions ; - Neuropathie sensitivomotrice par compression (rare).
<u>Examen paraclinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Hyponatrémie, hypoglycémie, troubles ioniques ; - IRM : atrophie du tissu cérébral réversible (substance blanche et grise).
<u>Mécanismes physiopathologiques</u> <u>Conséquences somatiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dénutrition majeure ; - Potomanie ; - Hypercortisolémie. »⁶⁶
Troubles digestifs	
<u>Clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Constipation, diarrhée (constants) ; - Digestion difficile, ballonnements (constants) ; - Pancréatite (rare).
<u>Examen paraclinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Transaminases et bilirubine conjuguée augmentées en cas de dénutrition majeure, insuffisance hépatocellulaire - Hyperamylasémie.
<u>Mécanismes physiopathologiques</u> <u>Conséquences somatiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la motricité gastrique et intestinale et diminution des sécrétions acides de l'estomac ; prise de laxatifs. »⁶⁶
Troubles hormonaux	
<u>Clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Aménorrhée, perte de la libido ; - Hypothermie ; - Arrêt de la croissance.
<u>Examen paraclinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Fonction thyroïdienne : T3, T4 et TSH normale ; - Fonction gonadotrope : hypocœstrogénie, baisse de la LH et FSH ; - Cortisolémie augmentée ; - Hypertransaminasémie et stéatose hépatique ; - Hypoglycémie, hyponatrémie.
<u>Mécanismes physiopathologiques</u> <u>Conséquences somatiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dénutrition. »⁶⁶
Os et dents	
<u>Clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéopénie, ostéoporose et fractures osseuses ; - Retard de croissance et retard pubertaire (si début précoce) ; - État dentaire précaire (caries, déchaussements dentaires).
<u>Examen paraclinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Absorptiométrie : diminution de la densité minérale osseuse ; - Élévation des phosphatases alcalines.

<u>Mécanismes physiopathologiques</u> <u>Conséquences somatiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs favorisant l'ostéopénie dans l'anorexie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Carence œstrogénique ; ○ Diminution de l'<i>insuline-like growth factor 1</i> ; ○ Carence d'apport en calcium et en vitamine D ; ○ Hypercorticisme ; ○ Activité physique excessive ; ○ Dénutrition. »⁶⁶
Complications urologiques et néphrologiques	
<u>Clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Diabète insipide infraclinique ; - Exceptionnellement : néphrolithiase : pollakiurie, incontinence urinaire.
<u>Examen paraclinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'urée, baisse de la créatinine ; - Insuffisance rénale fonctionnelle.
<u>Mécanismes physiopathologiques</u> <u>Conséquences somatiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation ; - Anomalies dans la régulation de l'hormone antidiurétique ou insensibilité à son action ; - Potomanie, perte des muscles du plancher pelvien. »⁶⁶
Anomalies gynéco-obstétricales	
<u>Clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Fertilité diminuée ; - Ovaires polykystiques.
<u>Examen paraclinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire, régression à un stade prépubertaire avec hypoœstrogénie, perte du rétrocontrôle positif, disparition des pics spontanés de LH, diminution de LH et FSH sériques ; - Pas de développement folliculaire à l'échographie.
<u>Mécanismes physiopathologiques</u> <u>Conséquences somatiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dénutrition ; - Troubles endocriniens. »⁶⁶
Autres troubles ioniques et métaboliques	
<u>Examen paraclinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Hypophosphorémie ; - Hypomagnésémie ; - Diminution du taux de cholestérol total et de LDL-cholestérol ; - Carences en macronutriments : zinc, vitamine D, cuivre, sélénium, vitamine B1.
<u>Mécanismes physiopathologiques</u> <u>Conséquences somatiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dénutrition. »⁶⁶

5 Comorbidités psychiatriques

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, « ils sont plutôt la règle que l'exception et doivent donc être systématiquement recherchés :

- Épisodes dépressifs caractérisés : très fréquents dans le parcours de l'anorexie mentale et qui augmente le risque suicidaire ;
- Troubles obsessionnels et compulsifs (TOC) surtout, autour de rituels de rangement, vérification et lavage ;
- Phobie sociale ;
- Trouble anxieux généralisé ;
- Personnalité borderline ou état limite (avec comportements d'auto-mutilation, tentatives de suicide) ;
- Troubles addictifs : peu d'alcool, surtout abus et/ou une dépendance aux psychotropes, plutôt de type psychostimulant. »¹

6 Conclusion

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) regroupent l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et, dans 50 % des cas, des formes cliniques subsyndromiques comportant certains symptômes d'anorexie ou de boulimie, mais de pronostic tout aussi préoccupant. Les TCA sont plus fréquents chez les adolescents et les jeunes femmes (sexe ratio de 9 pour 1), entre 12 et 30 ans.⁶⁸ L'anorexie mentale est définie comme le trouble mental de l'image corporelle caractérisé par la recherche et le maintien d'un poids anormalement faible et par une peur intense de grossir qui conduit à une restriction alimentaire volontaire.⁵¹

L'anorexie est une pathologie multifactorielle, une prédisposition au développement d'un TCA est décrite, liée à des facteurs développementaux, génétiques et sociaux. À la faveur d'un événement déclenchant (régime, stress, puberté, anxiété, dépression) apparaissent des symptômes alimentaires (restriction, vomissements). Dans l'anorexie mentale, le patient dénie le plus souvent sa perte de poids.⁶⁸ La définition de groupes à risque permet un dépistage plus précoce et une meilleure prise en charge des troubles.

Ce qui peut résumer la conduite anorexique, c'est le fait de refuser l'alimentation, alors même que la personne a 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 ». ⁴

Les complications de l'AM sont somatiques (liées à la dénutrition et/ou aux vomissements) ou psychiatriques (dépression, anxiété, addiction, risque suicidaire).

DEUXIEME PARTIE

Prise en charge clinique, nutritionnelle et psychologique et étude d'un cas clinique. Pronostic et évolution de l'AM.

7 Prise en charge globale avec différents niveaux de soins

La prise en charge de patients souffrant d'anorexie mentale est complexe car elle répond à sa clinique multidimensionnelle. Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, « la prise en charge, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, doit toujours être multidisciplinaire (reposant sur un partenariat psychiatre/non-psychiatre), ininterrompue (programmation des relais, synthèse entre les équipes...) et prolongée (un an après la rémission au minimum). L'évaluation doit être globale sur l'état clinique général : physique, nutritionnel et psychiatrique. Elle inclue l'évaluation du fonctionnement familial et du cadre social. Elle doit rechercher les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation. Les objectifs pondéraux, nutritionnels et psychothérapeutiques doivent être fixés individuellement. La prise en charge est souvent contractualisée (par exemple, « contrat de poids »). La famille joue un rôle clé dans le succès de la prise en charge et doit être le plus possible associée aux décisions thérapeutiques. Une vigilance toute particulière leur est portée afin de les aider à comprendre et à supporter la maladie de leur proche. »¹

Selon la HAS, « il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique. Il est recommandé de veiller à la cohérence et à la continuité de ces soins dans la durée entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants. En particulier, il est recommandé en cas d'hospitalisation que :

- Les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris ;
- L'équipe soignante de l'hospitalisation remette en place les soins ambulatoires antérieurs ou organise un nouveau suivi pluridisciplinaire. Pour cela des échanges doivent être réalisés au cours de l'hospitalisation. Des réunions de synthèse entre les partenaires d'amont et d'aval sont indispensables et l'envoi rapide du compte rendu d'hospitalisation est nécessaire. Le patient et son entourage doivent être associés à l'organisation des soins ;
- Quel que soit le niveau de soin, il est recommandé d'adapter le cadre à l'âge du patient, exigeant une attention particulière envers les besoins éducatifs et sociaux des enfants et des adolescents, afin d'éviter les pertes de chance quant à leur avenir. »⁵³

7.1 Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge

Selon la HAS, « historiquement, le traitement de l'anorexie mentale est passé d'une prise en charge hospitalière à long terme à des soins ambulatoires avec des périodes de consolidation en hospitalisation. Actuellement, la prise en charge ambulatoire est la modalité de prise en charge

initiale recommandée dans l'anorexie mentale par toutes les recommandations internationales : toute prise en charge doit être initialement ambulatoire sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique. »⁶⁶

Dans le cas clinique étudié dans la section suivante, nous verrons que la prise en charge de la patiente a commencé par une prise en charge ambulatoire suivie d'une hospitalisation avec une alternance par la suite entre prise en charge ambulatoire et hospitalière. A ce jour la prise en charge hospitalière est finie et celle ambulatoire est toujours maintenue.

7.1.1 Multidisciplinarité de la prise en charge ambulatoire

Selon la HAS, « la coordination des soins est assurée par un médecin coordinateur dont le rôle est de :

- Prescrire les actions spécifiques nécessaires à un moment donné ;
- Maintenir une vue d'ensemble de la prise en charge ;
- Assurer le lien avec les autres intervenants.

Le choix du médecin coordinateur au sein de l'équipe de soignants est à déterminer en fonction :

- De la situation du patient (âge du patient, évolution et sévérité de la maladie, parcours de soins, choix du patient) ;
- De l'intervenant de l'équipe multidisciplinaire qui a la plus grande expérience et la plus grande disponibilité. »⁵³

Il est recommandé que la coordination des soins soit assurée par des échanges réguliers entre les intervenants. Le recours à des réseaux de santé impliquant les différents intervenants devrait faciliter le développement de la multidisciplinarité, avec en particulier l'utilisation d'un dossier médical partagé.⁵³

7.1.1.1 Les intervenants

Selon la HAS, « il est recommandé que :

- Les professionnels de santé n'ayant pas l'expérience des TCA, ou en cas d'incertitude de prise en charge, sollicitent des conseils de la part d'un confrère expérimenté ;
- Le professionnel de premier recours organise les soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique ;
- Que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont le socle commun est :
 - Un psychiatre ou pédopsychiatre ou psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques ;
 - Un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à en assumer les exigences. »⁵³

Nous verrons dans le cas clinique que la patiente a été adressée par son médecin traitant à un pédiatre nutritionniste praticien hospitalier, ce qui correspondra au début de la prise en charge ambulatoire à l'Unité Mobile de Nutrition (UMN). Les intervenants de la prise en charge de la patiente sont le médecin traitant, le pédiatre nutritionniste praticien hospitalier (PH), une psychologue et un psychiatre. Après un peu plus de deux mois de prise en charge ambulatoire par ce même pédiatre, la patiente sera orientée vers une prise en charge hospitalière de cinq mois environ au sein du service d'Unité de Spécialités Pédiatriques (USP), cette prise en charge hospitalière est composée d'une prise en charge pédopsychiatrique et nutritionnelle. À la suite de l'hospitalisation, la prise en charge ambulatoire a repris mais cinq mois après la fin de sa première prise en charge hospitalière, à la demande de son pédiatre nutritionniste PH, la patiente a été hospitalisée à la Clinique Psychiatrique Universitaire (CPU) pendant six mois suivie d'une prise en charge ambulatoire à l'UMN toujours par le même pédiatre.

7.1.2 Évaluation de la gravité

Selon la HAS, « une évaluation globale du patient est recommandée, associant une évaluation somatique, nutritionnelle et psychique, incluant aussi la dynamique familiale et sociale (ces évaluations vont être détaillées dans les tableaux qui suivent). Cette évaluation permet de déterminer les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation. Elle est à répéter dans le temps, au moins mensuellement dans les formes avérées, et d'autant plus fréquemment que l'état du patient est fluctuant ou évolutif. »⁵³

7.1.2.1 Évaluation clinique

Voici ci-dessous (Tableau 4) les critères d'évaluation clinique de gravité de l'AM qui orientent vers une prise en charge ambulatoire :

Tableau 4 : Les différents critères d'évaluation clinique de gravité de l'AM qui orientent vers une prise en charge ambulatoire, selon la HAS⁵³

Evaluation clinique	
<u>Données de l'entretien</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Histoire pondérale : pourcentage de perte de poids, cinétique et durée de la perte de poids (IMC minimal, IMC maximal et poids de stabilisation) ; - Conduites de restriction alimentaire : début des restrictions, type de restrictions (quantitatives, qualitatives) ; - Conduites purgatives associées : boulimie/vomissements, surconsommation de laxatifs, de diurétiques, hypertrophie des parotides et callosités ou irritation des doigts liées aux vomissements, évaluation de l'état buccodentaire ; - Potomanie (quantification du nombre de litres de boissons par jour) ; - Activité physique (recherche d'une hyperactivité) ; - Conduites addictives : alcool, tabac, autres substances, (notamment médicaments psychotropes) ; - Pathologies associées: diabète, pathologies thyroïdiennes ou digestives ; - Examen psychiatrique : antécédents psychiatriques et éléments actuels (dépression, anxiété, trouble obsessionnel compulsif, suicidalité, automutilation et rarement symptômes psychotiques), antécédents d'abus sexuels, traitements psychotropes ; - Évaluation du fonctionnement familial, notamment concernant l'alimentation, pouvant contribuer à la pérennisation des troubles ; - Évaluation sociale : hyperinvestissement scolaire ou professionnel, désinvestissement des relations amicales ou sociales, pouvant nécessiter une prise en charge spécifique. »⁵³
<u>Évaluation de l'état nutritionnel et de ses conséquences</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Poids, taille, IMC, percentile d'IMC pour l'âge et courbe de croissance pour les enfants et adolescents ; - Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent ; - Température corporelle ; - Examen cardio-vasculaire complet à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque et/ou de troubles du rythme; - État cutané et des phanères (dont automutilations), œdèmes, acrosyndrome ; - Degré d'hydratation ; - Examen neurologique et musculaire : ralentissement psychomoteur, fonte musculaire, hypotonie axiale, asthénie majeure avec difficulté d'accomplissement des mouvements habituels ; - Examen digestif : glandes salivaires, tractus œsogastrique, transit notamment ; - Évaluation des ingestats (par un diététicien expérimenté) »⁵³

Ces différents critères d'évaluation clinique de gravité de l'AM qui orientent vers une prise en charge ambulatoire seront détaillés dans le cas clinique étudié, dans le tableau 18.

7.1.2.2 Evaluation paraclinique

Voici ci-dessous (Tableau 5) les critères d'évaluation paraclinique de gravité de l'AM qui orientent vers une prise en charge ambulatoire :

Tableau 5 : Les différents critères d'évaluation paraclinique de gravité de l'AM qui orientent vers une prise en charge ambulatoire, selon la HAS⁵³

Evaluation paraclinique (une fois le diagnostic établi)	
<u>Bilan biologique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Hémogramme ; - Ionogramme sanguin ; - Calcémie, phosphorémie, vitamine D ; - Évaluation de la fonction rénale (urée, créatinine, clairance de la créatinine) ; - Évaluation de la fonction hépatique (ALAT, ASAT, PAL et TP) ; - Albumine, préalbumine ; - CRP ; - Il n'est pas recommandé de faire un dosage de TSH sauf en cas de doute diagnostique persistant en faveur d'une hyperthyroïdie. »⁵³
<u>Examens complémentaires</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Électrocardiogramme : recherche d'un QT long (risque de torsade de pointe), d'une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, de pauses sinusales, d'une bradycardie jonctionnelle ; - Ostéodensitométrie osseuse (après 6 mois d'aménorrhée, puis tous les 2 ans en cas d'anomalies ou d'aménorrhée persistante). »⁵³

Ces différents critères d'évaluation paraclinique de gravité de l'AM qui orientent vers une prise en charge ambulatoire seront détaillés dans le cas clinique étudié, dans le tableau 18

7.1.3 Prise en charge thérapeutique

7.1.3.1 La prise en charge nutritionnelle et diététique

7.1.3.1.1 Phase 1 : objectifs de la renutrition

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, « le travail diététique et nutritionnel a pour objectif initial la renutrition, c'est-à-dire l'obtention et le maintien d'un poids (ou une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents) et d'un statut nutritionnel adaptés. Elle doit être prudente et progressive, afin d'éviter les complications de la renutrition : le Syndrome de Renutrition Inapproprié (SRI) détaillé plus tard. »¹

Selon la HAS, « les objectifs nutritionnels à terme sont :

- Atteindre et maintenir un poids et un statut nutritionnel adaptés pour les adultes, ou une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents ;
- Obtenir une alimentation spontanée, régulière, diversifiée avec un retour à des comportements, des choix alimentaires, des apports énergétiques plus adaptés, et la capacité à s'alimenter en société ;
- Obtenir une attitude détendue et souple face à l'alimentation ;
- Obtenir la réapparition des sensations de faim et de satiété ainsi qu'une réponse adaptée à l'éprouvé des patients ;
- Éviter les complications potentielles de la renutrition, en cas de dénutrition sévère.

Ces objectifs doivent être atteints idéalement par la reprise d'un régime alimentaire normal et à défaut par des compléments alimentaires, voire une nutrition entérale (NE). Généralement, tous les services utilisent la nutrition par voie orale, cependant certains d'entre eux ont recours, plus rapidement que d'autres, à la nutrition par voie entérale (SNG) ou intraveineuse. »⁵³

7.1.3.1.2 Phase 2 : déterminer l'objectif pondéral

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, « sur le plan pondéral, l'objectif doit toujours être progressif et discuté avec le patient. Initialement, celui-ci peut être limité à l'arrêt de la perte pondérale. L'objectif pondéral est déterminé en fonction de l'âge, des antécédents pondéraux et du poids permettant de restaurer le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire. En phase de reprise, un gain d'un kg par mois en ambulatoire est un objectif acceptable. La surveillance du bilan hydroélectrolytique, dont la phosphorémie, est recommandée en début de reprise. »¹ Il est recommandé de valoriser l'aspect positif de la reprise de poids et d'éviter de fixer d'avance un poids minimal qui deviendrait un enjeu pour le patient.

Selon la HAS, « pour les enfants et les adolescents, les objectifs de poids réévalués régulièrement en fonction des percentiles d'IMC qui reposent sur : l'âge, la taille, l'étape de puberté, le poids pré-morbide et les courbes de croissance. »⁵³

Dans le cas clinique étudié, on pourra voir que lors de la prise en charge ambulatoire de la patiente avant sa première hospitalisation au sein du service d'USP, elle a alterné entre la perte de poids, la stabilisation et une légère prise de poids en trois semaines. Les objectifs de prise de poids d'un kg par mois ne sont pas atteints, une hospitalisation est donc indiquée où à l'aide d'assistance nutritionnelle, l'objectif du gain d'un kg par mois est atteint. A sa sortie, l'objectif n'est plus atteint, elle perd à nouveau du poids et est réhospitalisée cette fois-ci à la CPU pendant six mois, l'objectif de gain d'un kg par mois sera à nouveau atteint lors de l'hospitalisation. De sa sortie en juillet 2020 à ce jour en janvier 2021 elle a repris du poids et s'est stabilisée. Les figures 3 et 4 représentant des courbes d'évolution du poids (kg) et de l'IMC de Lola en fonction du temps, présentes dans la conclusion du cas clinique détailleront les différentes phases de prise, perte et stabilisation du poids de la patiente.

7.1.3.1.3 Phase 3 : modalités et déroulement de la renutrition

7.1.3.1.3.1 Besoins énergétiques

Selon la HAS, « le calcul des apports énergétiques pendant la renutrition doit tenir compte de la nécessité de rétablir un état nutritionnel normal aussi rapidement que possible mais également des limites physiologiques imposées par la gravité de la dénutrition et de la capacité psychologique du patient à tolérer une prise de poids. L'apport calorique doit être contrôlé, en augmentation très progressive afin d'éviter les complications de la renutrition dont le SRI (détaillé plus tard) en débutant avec de faibles apports. En effet, dans les dénutritions chroniques les dépenses énergétiques de repos sont diminuées par la diminution de la masse cellulaire totale ainsi que par les mécanismes d'adaptation au jeûne. Il est donc possible d'obtenir un gain pondéral avec des apports énergétiques initialement bas et de les augmenter progressivement en fonction de la tolérance métabolique, digestive et psychologique. À apports constants, le taux de prise de poids diminue avec la reprise pondérale, ceci par augmentation du métabolisme de base et de l'activité physique. Aussi, afin de maintenir une prise de poids, les apports devront être augmentés en fonction des besoins. »⁶⁶

7.1.3.1.3.2 Les pesées

Le rythme des pesées est adapté à l'état clinique. En fonction de l'état nutritionnel (cf. tableau 6), une surveillance pondérale bihebdomadaire est recommandée, voire quotidienne si la dénutrition est sévère (grade III), puis hebdomadaire lorsque l'état nutritionnel se stabilise.

Dans le cas clinique étudié, lors de sa première hospitalisation au sein du service d'USP la patiente était en état de dénutrition de grade IV avec un IMC de 12,1 kg/m², la conduite à tenir au sein du service était d'une pesée fixe le lundi et d'une pesée aléatoire par semaine, toujours sur la même balance. Lors de sa deuxième hospitalisation cette fois ci à la CPU, la patiente était en état de dénutrition grade III avec un IMC à 13,8kg/m², la surveillance du poids était hebdomadaire, et à sa sortie, des pesées hebdomadaires en ambulatoire seront mises en place puis mensuelles.

Tableau 6 : Définition de l'état nutritionnel d'après l'OMS chez l'adulte avant 70 ans (en dehors de la présence d'œdèmes)⁵³

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

7.1.3.1.3.3 Renutrition naturelle : alimentation par des repas

La modalité de renutrition à privilégier pour la reprise de poids est la nutrition par voie orale. Il est recommandé de réintroduire ou d'améliorer les repas par étapes, avec précaution, afin d'assurer les apports suffisants. L'ajout de compléments alimentaires permet de façon transitoire d'avoir un apport calorique plus élevé.⁵³

Il est conseillé de laisser au patient le choix des aliments et d'essayer de les diversifier. Il est recommandé de débiter par une ration d'environ 30 à 40 kcal/kg par jour, augmentée très progressivement pour tenter d'obtenir (selon les recommandations anglosaxonnes) une reprise de poids hebdomadaire d'un demi à un kg chez les patients hospitalisés et d'un kg par mois en ambulatoire.⁶⁸

Les tableaux 7 et 8 représentant la comportement alimentaire et nutritionnelle au CHU de Tours.

Tableau 7 : Composition alimentaire des repas Adulte et Enfant au CHU de Tours pour l'évaluation nutritionnelle⁶⁹

	<u>Standard Adulte</u>	<u>Standard Enfant (à partir de 3 ans environ) avec goûter</u>
<u>Petit-déjeuner</u>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 café au lait sucré - 1 pain - 1 beurre - 1 confiture 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 bol de lait chocolaté - 1 pain - 1 beurre - 1 confiture <p style="text-align: center;">Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 bol de lait chocolaté - 30g de céréales
<u>Déjeuner</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Hors d'œuvre - Viande ou Poisson ou Œufs - Garniture - Produit laitier + 1 sachet de sucre par laitage nature au menu - Dessert - + Pain 	
<u>Goûter enfant</u>		<ul style="list-style-type: none"> - Produit laitier - + Fruit ou produit céréalier
<u>Dîner</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Viande ou Poisson ou Œufs - Garniture - Produit laitier + 1 sachet de sucre par laitage nature au menu - Dessert - + Pain 	

Tableau 8 : Composition nutritionnelle par jour en moyenne des repas Adulte et Enfant au CHU de Tours⁶⁹

<u>Apports</u>	<u>Standard Adulte</u>	<u>Standard Enfant avec goûter</u>
Protides	88,2 g soit 17,3% de l'Apport Energétique Total (AET)	97,1 g soit 16,71% de l'AET
Lipides	79,2 g soit 34,9% de l'AET	86,7 g soit 33,6% de l'AET
Glucides	243,9 g soit 47,8% de l'AET	288,6 g soit 49,7% de l'AET
Energie	2042 Kcal	2323 Kcal
Cholestérol	432 mg	442 mg
Fibres	22,7 g	23,6 g
Sodium	4016,5 mg soit 10g de NaCl	4243 mg soit 10,6 g de NaCl
Fer	12,7 mg	12,8 mg
Calcium	943,5 mg	1168 mg
Vitamine C	100,5 mg	97,5 mg
Folates	296 µg	320 µg
Potassium	3065 mg	3505 mg

En sachant que l'âge de prescription de menu standard enfant varie en fonction de chaque patient, de ses capacités masticatoires et de ses habitudes à domicile et que les apports caloriques journaliers reçus chez l'adulte sont de 2323 kcal par jour.

Dans le cas clinique étudié, les apports caloriques de la patiente étudiée âgée de 12 ans lors de sa première hospitalisation en USP (du 23/07/2019 au 08/11/2019) sont les suivants :

- Au début de son hospitalisation, la patiente mangeait la moitié de ses plateaux, les apports caloriques journaliers étaient donc d'environ 1160 kcal par jour.
- A environ deux semaines d'hospitalisation, la patiente mangeait presque ses plateaux entiers, les apports caloriques journalier étaient donc d'environ 1850 kcal par jour.
- A trois mois d'hospitalisation la patiente ne mangeait pas les petits-déjeuners ni les goûter, mais mangeait en entier ses plateaux repas du midi et du soir, les apports caloriques journaliers étaient donc d'environ 1550 kcal par jour.
- A la fin de son hospitalisation, la patiente mangeait bien tous ses repas et cela se passait bien, les apports caloriques journaliers étaient donc de 2323 kcal par jour.

Selon la HAS, « pendant l'hospitalisation, la plupart des patients reçoivent les repas classiques de l'hôpital, leur donnant un exemple de repas équilibré normal. Il faut proposer des repas cuisinés variés afin d'éviter les choix alimentaires très restrictifs, courants chez les patients anorexiques. Néanmoins, il faut prendre en compte les allergies et respecter les pratiques culturelles et religieuses. Ceux suivant un menu végétarien peuvent recevoir des menus adaptés, un diététicien peut surveiller le repas du patient et lui faire des commentaires en retour. »⁶⁶

7.1.3.1.3.4 Place des compléments oraux et des micronutriments

Selon la HAS, « il existe peu de carences avérées en lien avec la dénutrition. Cependant, la renutrition augmente les besoins, sur un terrain fortement déplété. Une complémentation est donc indispensable les premiers jours. Il faut supplémenter les apports en potassium et phosphore, et parfois en calcium et vitamine D. La vitamine C peut aussi être prescrite en cas de problèmes de gencives consécutifs à une carence.

Les compléments oraux occupent une place très limitée dans la prise en charge hospitalière somatique des patients dénutris, Ils peuvent être prescrits en fin de parcours afin d'accélérer le sevrage de l'alimentation entérale, avant le transfert dans des structures psychiatriques non formées à l'utilisation de l'alimentation entérale. Ils peuvent être prescrits en ambulatoire en attente d'une hospitalisation pour renutrition. »⁶⁶

7.1.3.1.3.5 Nutrition entérale

La nutrition entérale par sonde consiste en l'administration des nutriments à l'aide d'une sonde naso-gastrique ou naso-intestinale (si la durée prévisible est de moins de 4 semaines), soit encore directement au niveau de l'estomac (gastrostomie) ou de l'intestin grêle proximal (jéjunostomie) (si la durée prévisible est supérieure à 4 semaines).

Selon le Centre Hospitalier Universitaire de Liège, « les avantages de la nutrition entérale (NE) par rapport à la nutrition parentérale (NP) sont les suivants :

- Elle est plus physiologique ;
- Elle prévient l'atrophie de la muqueuse digestive, la translocation bactérienne intestinale et maintient les fonctions digestives ;
- Elle entraîne moins de complications (mécaniques, digestives et infectieuses) ;
- Elle intègre tous les nutriments (macro et micronutriments) au sein d'une seule solution ;
- Elle est nettement moins onéreuse. »⁷⁰

Selon la HAS, « la place de l'alimentation entérale dans la prise en charge globale de l'anorexie mentale se résume en trois situations cliniques bien définies :

- Dénutrition extrême mettant en jeu le pronostic vital ;
- Dénutrition modérée à sévère sans être extrême, associée à une stagnation pondérale ;
- Sevrage de crises de boulimie et/ou de vomissements, avec instauration initiale d'une alimentation entérale.

La renutrition entérale doit être mise en place de telle sorte qu'elle ne soit pas vécue comme un procédé à visée punitive. Lorsque la réalimentation orale s'avère irréalisable ou inefficace, la réalimentation par NE à l'aide d'une SNG est un recours utile. Elle comprend généralement un débit continu d'une solution nutritive équilibrée en glucides, lipides et protides, avec une supplémentation en vitamines B1 et B6 et en oligoéléments, en particulier zinc et sélénium. »⁶⁶

Le démarrage de la NE ainsi que son arrêt doivent se faire de façon progressive. « Les solutions standards sont à privilégier : les produits isocaloriques (1 mL = 1 kcal) sont les mieux adaptés et les mieux tolérés ; ils favorisent la normalisation d'une vidange gastrique ralentie par la dénutrition. Les produits hyperprotidiques (20 % d'apport protidique total au lieu de 15 %) et des produits hypercaloriques (1 mL = 1,5 kcal) n'ont pas de place dans le traitement de l'anorexie mentale sauf en cas d'urgence. Les produits hyperprotidiques peuvent même avoir des effets néfastes chez ces patients dénutris, ayant souvent une insuffisance rénale en partie fonctionnelle justifiant de limiter les apports protidiques. »⁶⁶ Il ne faut jamais oublier que l'objectif final est de permettre au patient de reprendre une alimentation adaptée par lui-même.

Selon la HAS, « la nutrition entérale doit :

- Être menée par des équipes expérimentées ;
- Être mise en place de telle sorte qu'elle soit vécue comme une aide transitoire ;
- Être débutée d'autant plus progressivement que la dénutrition est sévère ; seuls les produits isotoniques (1 mL = 1 kcal) standards sont recommandés.

La dénutrition dans l'anorexie mentale résultant d'un refus alimentaire et non de troubles de l'absorption du tube digestif, la voie parentérale n'a aucune place dans les stratégies thérapeutiques de l'anorexie mentale. De plus, les risques infectieux d'une voie veineuse centrale nécessaire à son administration sont majeurs chez ces patients sévèrement dénutris. »⁵³

Dans le cas clinique étudié, lors de la première hospitalisation en USP, la patiente a été mise sous apports oraux seuls au début mais devant leur insuffisance elle a été rapidement, après quelques jours, mise sous NE à l'aide d'une SNG au maximum d'1 L par jour avec un débit maximal de 100 mL par heure, avec une supplémentation vitaminique et phosphorique.

La prescription médicamenteuse de poches de NE de la patiente lors de sa première hospitalisation en USP était du Frebini Original® en alternance avec du Fresubin Original® administrés à l'aide d'une SNG, au maximum d'1 L par jour. Ces solutés sont isocaloriques :

- Le Frebini Original® est une alimentation complète par SNG, polymérique, isocalorique (1 kcal/mL), pour enfants, avec huile de poisson, avec triglycérides à chaîne moyenne, sans fibres. Il est composé de 10% de protéines, de 40% de lipides et de 50% de glucides. Une poche de 500 mL contient 500 kcal et 12,5 g de protéines.⁷¹
- Le Fresubin Original® est une alimentation complète par SNG, polymérique, isocalorique (1 kcal/mL), avec huile de poisson, sans fibres. Il est composé de 15% de protéines, de 30% de lipides et de 55% de glucides. Une poche de 500 mL contient 500 kcal et 19 g de protéines.⁷²

Voici ci-dessous, le détail des apports des poches de NE (administrés à l'aide d'une SNG), de la patiente au cours de sa première hospitalisation en USP du 23/07/2019 au 08/11/2019 :

- 26/07/2019 : Débit de 12 mL par heure en continu, correspondant à un apport de 300 mL de NE pour 24h.
- 28/07/2019 : Augmentation du débit continu à 25 mL par heure continu, correspondant à un apport de 600 mL de NE pour 24h.
- 06/08/2019 : Augmentation du débit à 33 mL par heure et passage en mode d'administration discontinu, correspondant à un apport de 600 mL de NE pour 18h.
- 08/08/2019 : Augmentation du débit discontinu à 50 mL par heure, correspondant à un apport de 600 mL de NE pour 12 heures (la nuit de 20h à 8h).
- 27/08/2019 : Augmentation du débit discontinu à 70 mL par heure, correspondant à un apport de 800 mL de NE pour 12 heures.
- 01/10/2019 : Augmentation du débit discontinu à 84 mL par heure, c'est le débit maximum car permet de délivrer 100mL par jour), ce débit correspond à un apport de 1000 mL par 12 heures.
- 24/10/2019 : Diminution du débit discontinu à 63 mL par heure, correspondant à un apport de 750 mL de NE pour 12 heures. Cette diminution correspond au début de la décroissance de la sonde.
- 30/10/2019 : Diminution du débit discontinu à 29 mL par heure, correspondant à un apport de 350 mL de NE pour 12 heures. Cette diminution correspond à la poursuite de la décroissance de la sonde.
- 01/11/2019 : Arrêt de la NE.

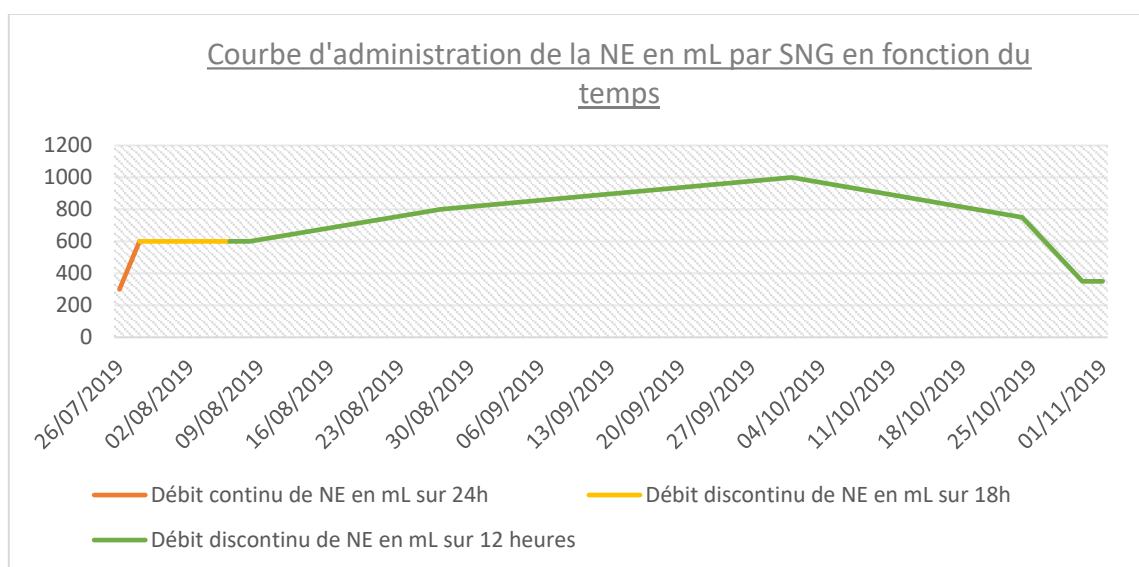


Figure 2 : Courbe d'administration de la NE par SNG en fonction du temps, à la patiente étudiée dans le cas clinique

La figure 2 montre que le schéma d'administration de la NE de la patiente correspond au schéma recommandé, c'est-à-dire une administration progressive avec une augmentation progressive et un arrêt progressif avec une décroissance progressive de la NE.

7.1.3.1.4 Surveillance particulière au cours de la renutrition

Selon la HAS, « en début de renutrition, une surveillance du bilan hydroélectrolytique, dont la phosphorémie, est recommandée pour éviter de potentielles complications cardio-vasculaires. En cas de dénutrition sévère, il est recommandé :

- D'initier une renutrition de façon prudente et progressive ;
- De compléter en phosphore, vitamines, et oligoéléments par voie orale afin d'éviter le syndrome de renutrition inappropriée (détaillé plus tard) ;
- De réaliser une surveillance clinique pluriquotidienne (pouls, tension, température). »⁵³

Dans le cas clinique étudié, lors de sa première hospitalisation un USP, la patiente a eu au cours dans sa renutrition par NE aux médicaments suivants :

- Des oligo éléments : Nutryelt® en solution injectable, à la posologie de 10 mL le matin pendant 15 jours (en prévention du syndrome de renutrition.
- De complexes vitaminiques : Hydrosol Polyvitamine® en solution buvable de 20 mL, à la posologie de 20 gouttes le matin à diluer dans un peu d'eau, de lait ou de jus de fruit, pendant un mois, en prévention du syndrome de renutrition.
- D'anticaciuriques : Phosphoneuros® en solution buvable de 120 mL, à la posologie de 30 gouttes matin midi et soir, sachant que 10 gouttes = 78,8 mg de phosphore élément, pendant un mois, en prévention du syndrome de renutrition, l'objectif étant d'apporter du phosphore.

Lors de sa deuxième hospitalisation, à la CPU cette fois-ci, la patiente a eu au cours de sa renutrition par voie orale, les médicaments suivants :

- Des oligo éléments : Nutryelt® en solution injectable, à la posologie de 10 mL le matin pendant toute la durée de son hospitalisation de six mois, en prévention du syndrome de renutrition.
- De complexes vitaminiques : Hydrosol Polyvitamine® en solution buvable de 20 mL, à la posologie de 20 gouttes le matin à diluer dans un peu d'eau, de lait ou de jus de fruit, pendant toute la durée de son hospitalisation de 6 mois, en prévention du syndrome de renutrition.
- D'anticaciuriques : Phosphoneuros® en solution buvable de 120 mL, à la posologie de 50 gouttes matin et soir, sachant que 10 gouttes = 78,8 mg de phosphore élément, pendant toute la durée de son hospitalisation de six mois, en prévention du syndrome de renutrition.

7.1.3.1.5 Phase 4 : rééducation nutritionnelle et diététique

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, « l'approche nutritionnelle vise ensuite à assurer la rééducation nutritionnelle et diététique, c'est-à-dire l'obtention d'une alimentation qualitativement et quantitativement correcte et des comportements adaptés. Cette phase doit permettre la réintroduction d'une souplesse dans l'alimentation et de retrouver son caractère hédonique et sociable. »¹

7.1.3.2 Prise en charge somatique

Selon la HAS, « l'objectif du somaticien est de surveiller l'état clinique du patient, de prévenir, dépister et traiter les complications tout en s'inscrivant dans les objectifs de la prise en charge globale. »⁵³

7.1.3.2.1 Vomissements provoqués et autres conduites de purge

Selon la HAS, « pour les patients qui ont des conduites de purge (vomissements provoqués, consommation de laxatifs et diurétiques), il est recommandé :

- De mesurer régulièrement les électrolytes dans le sérum, et particulièrement la kaliémie afin de supplémenter en cas de besoin ;
- D'évaluer et traiter les répercussions dentaires et digestives de ces conduites. Pour prévenir les complications dentaires, il est recommandé d'éviter le brossage des dents immédiatement après le vomissement, mais plutôt de rincer la bouche à l'eau, et de réduire l'acidité de l'environnement buccal. »⁵³

7.1.3.2.2 Retard de croissance

Selon la HAS, « pour les enfants et les adolescents, il est recommandé de suivre attentivement la croissance staturo-pondérale et le niveau de développement à l'aide des courbes de croissance. À ce titre, l'analyse des courbes de croissance et de leur dynamique est indispensable. Quand le développement est retardé ou la croissance stoppée, il est recommandé de solliciter un avis pédiatrique. »⁵³

7.1.3.2.3 Infertilité et grossesse

Selon la HAS, « la plupart des patientes anorexiques sont en aménorrhée, néanmoins il ne faut pas négliger la possibilité d'un retour d'ovulation et de survenue d'une grossesse. En l'absence de désir de grossesse, il est recommandé :

- De prévenir la patiente du risque (même infime) de grossesse en cas de relation sexuelle ;
- De l'informer des différentes possibilités contraceptives, afin d'appliquer celle qui correspond le mieux à son cas.

La contraception œstroprogestative crée des hémorragies de privation qui masquent l'aménorrhée, élément essentiel de la prise de conscience de la maladie et de l'évaluation de l'évolution. En cas de désir de grossesse, il est recommandé d'adopter la plus grande prudence, en informant la patiente des risques encourus pour elle ou le futur enfant. »⁵³

7.1.3.2.4 Ostéopénie/ostéoporose

Selon la HAS, « l'ostéodensitométrie osseuse permet de diagnostiquer et d'évaluer l'ostéoporose. Il est recommandé de la réaliser la première fois après six mois d'aménorrhée, et de la renouveler tous les deux ans en cas d'anomalies ou si l'aménorrhée persiste. La reminéralisation osseuse dépend de la prise de poids et de la reprise des cycles menstruels. Il n'est pas recommandé de traiter spécifiquement l'ostéoporose non compliquée chez l'anorexique. En effet, l'intérêt des différentes thérapies médicamenteuses, en particulier des œstrogénostatifs, sur la densité osseuse n'est pas démontré dans ce contexte. »⁵³

7.1.3.3 Prise en charge psychologique et sociale

7.1.3.3.1 Objectifs des interventions psychologiques

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, « cet aspect de la prise en charge vise à :

- Favoriser l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique ;
- Comprendre et accepter la nécessité de la renutrition ;
- Réintroduire la notion de plaisir dans l'alimentation ;
- Corriger les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles ;
- Renforcer le « moi » (estime, image et affirmation de soi) ;
- Améliorer les relations interpersonnelles (sociales et familiales) ;
- Traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques ;
- En cas d'antécédent d'abus sexuel, une approche adaptée est à envisager. »¹

Il est recommandé que la psychothérapie choisie se maintienne au moins 1 an après une amélioration clinique significative.¹

7.1.3.3.2 Place de la famille et de l'entourage

Selon la HAS, « il est recommandé d'aider la famille à tenir une fonction soutenante, et ce d'autant plus que le patient est jeune, afin de faire face aux difficultés du patient et de ne pas se centrer uniquement sur les symptômes alimentaires. Un abord familial est recommandé, plus ou moins intensif selon l'âge, la proximité avec la famille, l'intensité des conflits, des dysfonctionnements familiaux et de la souffrance familiale. Il consiste en des entretiens familiaux réguliers, une thérapie familiale ou la participation à des groupes de parents ou de familles. Il s'adresse aux parents mais aussi à la fratrie, souvent en grande souffrance, ainsi qu'aux compagnons de vie des patients adultes. »⁵³

7.1.3.3.3 Quelles formes de psychothérapie ?

Selon la HAS, « en fonction du champ théorique auquel elles se réfèrent, les différentes formes de psychothérapie offrent un cadre de travail, une compréhension du trouble et des objectifs de soin différents et complémentaires. Le choix de la psychothérapie est fait en fonction du patient, voire de son entourage, de son âge, de sa motivation et du stade d'évolution de la maladie. »⁵³

Les formes de psychothérapie (individuelle, familiale ou de groupe) les plus usuelles sont :

- Les thérapies de soutien ;
- Les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
- Les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC) qui sont un moyen efficace de traitement de l'anorexie mentale. « Cette thérapie vise à identifier et corriger les pensées erronées concernant l'alimentation, les comportements et les perceptions corporelles. Elle peut être réalisée en séance individuelle, en groupe, en atelier (« atelier repas ») »¹
- Les thérapies systémiques et stratégiques.

« La thérapie familiale est la seule approche ayant été réellement validée dans la prise en charge de cette maladie, surtout chez l'enfant et l'adolescent. »¹ « Les approches corporelles, l'art-thérapie, la musicothérapie, la sophrologie, etc. peuvent être proposées en association. »⁵³

Dans le cas clinique étudié, il sera vu que la patiente a un suivi psychologique et psychiatrique en ambulatoire assez régulier, avec une thérapie familiale lors de sa première hospitalisation dans le service d'Unité de Spécialités Pédiatriques (USP) et une poursuite de la prise en charge psychologique à l'issue de ses deux hospitalisations, même si une amélioration clinique est apparue, la prise en charge psychologique est toujours poursuivie.

7.1.3.4 Prise en charge pharmacologique

Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de l'anorexie mentale car aucun traitement médicamenteux ne soigne l'anorexie mentale en elle-même, que ce soit chez l'adulte, l'enfant ou l'adolescent. La nourriture reste le seul traitement de référence. Les psychotropes sont prescrits pour les troubles psychiatriques associés, la présentation clinique du sujet guidant la prescription. Ils doivent être prescrits avec prudence chez les sujets dénutris, compte tenu des risques majorés d'effets secondaires (comme par exemple, un allongement du QT). Ils sont surtout utilisés pour traiter les comorbidités. Ils ne sont jamais un axe de traitement au long terme. Toute prescription impose une information du sujet et de sa famille sur l'indication et les effets secondaires.⁶⁶

7.1.3.4.1 Traitements psychotropes

7.1.3.4.1.1 Antidépresseurs

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) n'ont pas d'efficacité directe sur la reprise pondérale pendant l'hospitalisation. Ils sont en revanche très utilisés, en combinaison avec la psychothérapie, par exemple en cas de syndromes dépressifs ou obsessionnels associés, ou de persistance des symptômes boulimiques après restauration du poids.

La patiente étudiée dans le cas clinique souffre de trouble anxieux sous-jacent d'allure obsessionnelle et sera traitée pour cela par un ISRS, la Sertraline, à visée anxiolytique.

Les antipsychotiques sont à utiliser avec précaution en cas de dénutrition, et les antidépresseurs tricycliques doivent être bannis dans ce contexte, du fait de leurs effets indésirables (allongement de QT) majorés chez l'anorexique.⁶⁶

7.1.3.4.1.2 Antipsychotiques atypiques (olanzapine, rispéridone) et Antipsychotiques classiques

Selon la HAS, « les antipsychotiques atypiques auraient une utilité en cas de résistance sévère et constante à prendre du poids, de pensées obsessionnelles très sévères et de déni prenant des proportions délirantes. Les antipsychotiques classiques n'ont en général pas d'efficacité sur l'anorexie. Cependant, la chlorpromazine (antipsychotique classique) pourrait aider les patients très sévères, à petites doses avant les repas, seulement chez des patients n'ayant pas de problème cardiaque. Il existe, même avec les antipsychotiques atypiques, un risque majoré chez l'anorexique, d'effets indésirables extrapyramidaux, et d'autres effets indésirables, d'où la nécessité d'une surveillance accrue. Chez les sujets dénutris, un avis médical s'impose, avec ensuite une surveillance électrocardiographique compte tenu du risque de torsades de pointe (avis d'experts). Les hypokaliémies, fréquentes chez les patients souffrant d'anorexie mentale, rendent dangereuse l'utilisation des antipsychotiques. »⁶⁶

7.1.3.4.1.3 Anxiolytiques

Selon la HAS, « ils peuvent s'avérer utiles pour réduire l'anxiété anticipatoire par rapport aux repas, mais il faut tenir compte du risque accru de dépendance aux benzodiazépines. Les anxiolytiques peuvent être nécessaires à la phase initiale. »⁶⁶

La patiente étudiée dans le cas clinique est traitée par un anxiolytique, l'Hydroxyzine dans l'indication d'insomnies d'endormissement liées à un état d'hyper-éveil.

7.1.3.4.1.4 Conclusion

Les médicaments allongeant l'espace QT doivent être proscrits lorsqu'il est allongé ou quand plusieurs facteurs de risque sont présents. En résumé, en cas d'anorexie mentale, et à *fortiori* à l'adolescence, il faut le plus souvent ne pas prescrire de psychotropes, sauf symptomatologie

associée et seulement après avis spécialisé. Aucun anxiolytique, antidépresseur, ou antipsychotique n'a fait la preuve de son efficacité pour traiter l'anorexie mentale elle-même, et les études concernant les adolescents sont rares, voire inexistantes. Ils ne doivent jamais être prescrits chez des sujets très amaigris ou dénutris : l'amaigrissement crée des états cliniques trompeurs sur le plan psychique, associant symptômes anxieux et dépressifs, sans réel syndrome dépressif ou anxieux.⁵³

7.1.3.4.2 Traitements non psychotropes

Le métoclopramide n'a pas d'efficacité sur la reprise pondérale, mais peut être utile pour les douleurs et la pesanteur abdominale pendant la phase de renutrition.⁵³

La supplémentation en zinc pourrait accélérer la reprise pondérale chez certains patients, cela doit être confirmé par des études supplémentaires.⁵³

Un essai clinique randomisé⁷³ avec comme objectif d'évaluer les effets de la relamoréline, qui est un agoniste de l'hormone stimulant l'appétit et de la ghréline, qui a des effets sur la vidange gastrique sur la prise de poids chez les femmes souffrant d'anorexie mentale, a démontré que le traitement par un agoniste de la ghréline chez les femmes souffrant d'anorexie mentale diminue significativement le temps de vidange gastrique, conduit à une tendance à la prise de poids après seulement quatre semaines et est bien toléré. Cependant une étude plus approfondie est nécessaire pour déterminer l'innocuité et l'efficacité à long terme d'un agoniste de la ghréline dans le traitement de l'anorexie mentale.

L'ocytocine intranasale, selon un essai contrôlé randomisé⁷⁴, pourrait améliorer la rééducation nutritionnelle dans l'AM en réduisant les inquiétudes alimentaires et la rigidité cognitive. Des niveaux inférieurs de cortisol salivaire en réponse à l'ocytocine intranasale suggèrent une diminution de la réactivité au stress neuroendocrinien à la nourriture et à l'alimentation, mais ces effets doivent être reproduits avec l'inclusion de mesures subjectives plus sensibles.

7.1.4 Prise en charge particulière

Selon la HAS, « si elles sont disponibles, des modalités de soins particulières peuvent être proposées conjointement au trépied classique de la prise en charge somatique, nutritionnelle et psychologique et notamment en relais de l'hospitalisation dans les formes sévères. Elles constituent souvent des alternatives à l'hospitalisation à temps plein, en aidant le patient à faire face à certaines difficultés (dans les relations interpersonnelles, dans le processus d'autonomisation, dans l'alimentation, dans l'expression des émotions, etc.). Il s'agit de : centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), d'hébergements et post-cures thérapeutiques, de soins études et de familles d'accueil. L'organisation en réseaux de santé représente une aide précieuse en favorisant la coordination des soins existants et la formation des personnels impliqués. »⁵³

7.1.5 Information du patient et de son entourage

7.1.5.1 Information et aspects juridiques

Selon la HAS, « il est recommandé d'informer le patient et son entourage (parents, mais aussi fratrie, conjoint.) sur les facteurs étiopathogéniques et de maintien des TCA, leur clinique, leurs risques physiques et la conduite à tenir en cas de danger vital, ainsi que sur l'évolution de la maladie et les stratégies thérapeutiques.

Cas particulier de l'information aux mineurs :

- Les représentants légaux du mineur doivent bénéficier d'une information, le patient doit lui-même bénéficier d'une information adaptée à son développement psychoaffectif ;
- Dans le cadre de la loi du 4 mars 2002⁷⁵, le sujet mineur peut refuser que ses représentants légaux soient informés de son traitement. Il revient alors au praticien d'évaluer la pertinence de ce refus et il peut déroger à cette demande s'il l'estime nécessaire pour la protection du sujet mineur.

Cas particulier de la confidentialité :

- La nature de la maladie ne permet pas de déroger aux règles de confidentialité. Néanmoins, dans la mesure où les parents (ou l'entourage) sont souvent impliqués dans la prise en charge thérapeutique, il est souvent important qu'ils soient informés sur certains éléments relatifs à la santé du patient, mais en sa présence ou avec son accord ;
- Dans le cas particulier où la gravité physique ou psychique imposerait des soins immédiats en milieu hospitalier, refusés par le patient (en raison d'un déni des troubles en particulier), le médecin peut prendre la décision d'une hospitalisation sous contrainte (détaillé plus tard), et ainsi solliciter l'entourage le plus proche contre l'avis du patient. »⁵³

7.2 La prise en charge hospitalière

7.2.1 L'hospitalisation de jour

Selon la HAS, « l'admission en hôpital de jour spécialisé doit se concevoir comme une des étapes possibles du parcours de soins des patients anorexiques. Elle peut correspondre à :

- Une étape initiale permettant une évaluation approfondie ;
- Une étape d'intensification des soins ambulatoires si ceux-ci s'avèrent insuffisants ;
- L'hospitalisation de jour peut-être alors une alternative à l'hospitalisation ou aboutir à une hospitalisation à temps plein en cas d'échec ;
- Une étape de diminution de l'intensité des soins, succédant à une hospitalisation à temps plein.

L'hospitalisation de jour ne remplace pas une hospitalisation à temps plein. »⁵³

7.2.2 L'hospitalisation à temps plein

7.2.2.1 Indications d'hospitalisation

Selon la HAS, « l'hospitalisation à temps plein est indiquée en cas d'urgence vitale somatique ou psychique (risque suicidaire ou d'auto-agression important), d'épuisement ou de crise familiale, avant que le risque vital ne soit engagé ou en cas d'échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation). Une hospitalisation se décide au cas par cas, à la fois sur des critères médicaux, psychiatriques, comportementaux et environnementaux, et prenant toujours en compte le patient et sa famille, ainsi que les structures de soins disponibles. L'indication d'hospitalisation ne repose généralement pas sur un seul critère, surtout sur leur association et leur évolutivité qui rendent nécessaire l'hospitalisation. Déterminer l'indication d'hospitalisation repose sur un examen clinique complet du patient incluant un examen somatique, psychiatrique et une évaluation des facteurs environnementaux, qui va être détaillé dans les tableaux qui suivent. »⁵³

Dans le cas clinique étudié, la première hospitalisation à temps complet de la patiente en Unité de Spécialités Pédiatriques (USP) a été indiquée par son pédiatre nutritionniste dans un contexte d'AM restrictive pure afin d'effectuer une observation alimentaire et une renutrition, car il était très difficile de maintenir un poids stable chez cette patiente. L'hospitalisation permettait d'évaluer l'indication d'une nutrition entérale par SNG. Le pronostic vital de la patiente était engagé et le but de cette hospitalisation était une reprise de poids afin de sortir d'un état clinique comportant un risque vital. Quelques mois plus tard, une deuxième hospitalisation à temps complet en USP est indiquée pour surveillance de la nutrition sans intervention, cette hospitalisation sera relayée par le transfert à la clinique psychiatrique universitaire (CPU) où un trouble anxieux sous-jacent d'allure obsessionnelle sera diagnostiqué.

7.2.2.2 Critères somatiques d'hospitalisation

Voici ci-dessous (Tableau 9) les critères somatiques d'hospitalisation chez l'adolescent :

Tableau 9 : Critères somatiques d'hospitalisation chez l'adolescent, selon la HAS⁵³

<u>Anamnestiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Perte de poids rapide : plus de deux kg par semaine ; - Restriction extrême (refus de manger et/ou boire) ; - Malaises, chutes ou pertes de connaissance ; - Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient ; - Échec de la renutrition ambulatoire.
<u>Cliniques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans ; - Ralentissement idéique et verbal, confusion ; - Syndrome occlusif ; - Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée ; - Tachycardie ; - Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) ; - PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg ; - Hypothermie < 35,5 °C ; - Hyperthermie ; - Déshydratation ; - Amyotrophie importante avec hypotonie axiale.
<u>Paracliniques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L ; - Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) ; - Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) ; - Cytolyse (> 4 x N) ; - Leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) ; - Thrombopénie (< 60 000 /mm³). »⁵³

Ces différents critères somatiques d'hospitalisation chez l'adolescent seront détaillés dans le cas clinique étudié, dans le tableau 19.

7.2.2.3 Critères psychiatriques d'hospitalisation

Voici ci-dessous (Tableau 10) les critères psychiatriques d'hospitalisation :

Tableau 10 : Critères psychiatriques d'hospitalisation, selon la HAS⁵³

<u>Risque suicidaire</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Tentative de suicide réalisée ou avortée ; - Plan suicidaire précis ; - Automutilations répétées
<u>Comorbidités</u>	<p>Peuvent à elles seules justifier l'hospitalisation si sévères :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépression ; - Abus de substances ; - Anxiété sévère ; - Symptômes psychotiques ; - Troubles obsessionnels compulsifs.
<u>Anorexie mentale</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes ; - Renutrition : nécessité d'une renutrition par SNG, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire ; - Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) ; - Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses.
<u>Motivation, coopération</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite ; - Patient peu coopérant aux soins ambulatoires, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré ; - Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires. »⁵³

Ces différents critères psychiatriques d'hospitalisation seront détaillés dans le cas clinique étudié, dans le tableau 19.

7.2.2.4 Critères environnementaux d'hospitalisation

Voici ci-dessous (Tableau 11) les critères environnementaux d'hospitalisation :

Tableau 11 : Critères environnementaux d'hospitalisation, selon la HAS⁵³

<u>Disponibilité de l'entourage</u>	- « Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires ; - Épuisement familial.
<u>Stress environnemental</u>	- Conflits familiaux sévères ; - Critiques parentales élevées ; - Isolement social sévère.
<u>Disponibilité des soins</u>	- Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance).
<u>Traitements antérieurs</u>	- Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation). » ⁵³

Ces différents critères environnementaux d'hospitalisation chez l'adolescent seront détaillés dans le cas clinique étudié, dans le tableau 19.

7.2.2.5 Structure d'hospitalisation

7.2.2.5.1 Urgences somatiques

Selon la HAS, « en cas d'urgence somatique, il est recommandé d'assurer la prise en charge médicale initiale :

- Soit dans un service de réanimation médicale, s'il existe des perturbations métaboliques graves ou en cas de défaillance d'organe pouvant engager le pronostic vital :
 - Hypokaliémie sévère avec troubles du rythme cardiaque à l'électrocardiogramme (ECG) ;
 - Cytolyse hépatique importante avec signes biologiques d'insuffisance hépatocellulaire ;
 - Insuffisance cardiaque décompensée ;
 - Défaillance multiviscérale dans un contexte de syndrome de renutrition inappropriée ;
 - Autres complications somatiques liées à la dénutrition : septicémies, infections pulmonaires hypoxémiantes, atteinte neurologique centrale et/ou périphérique ;
- Soit le plus souvent, dans un service de médecine, de préférence spécialisé en nutrition clinique, ou dans un service de pédiatrie.

Il est recommandé d'organiser ensuite le relais vers une équipe spécialisée en ambulatoire ou en hospitalisation en fonction de la situation du patient. »⁵³

7.2.2.5.2 Urgences psychiatriques et environnementales

En cas d'urgence psychiatrique associée à une anorexie mentale, une hospitalisation est justifiée en service psychiatrie générale adulte ou en service spécialisé adolescent et enfant. L'équipe thérapeutique met en place les soins adéquats liés à la situation, et évalue dans un second temps la nécessité d'un projet de soins plus centré sur l'anorexie mentale dans un service habitué à prendre en charge les TCA. Un service spécialisé dans la prise en charge des TCA représente le lieu d'hospitalisation prioritaire. À défaut, l'orientation se fait selon les ressources existantes en s'appuyant sur la collaboration d'équipes psychiatriques et somatiques.

Par ailleurs, une situation de crise familiale peut aussi motiver une admission en urgence, qui se fera en fonction des structures disponibles dans un lieu ou un autre.⁵³

7.2.2.5.3 En dehors de l'urgence

Il est recommandé que l'hospitalisation ait lieu dans un service aux soins multidisciplinaires associant renutrition, surveillance somatique et accompagnement psychosocial. Quel que soit le lieu choisi, les soins doivent associer médecin ou pédiatre, diététicien ou nutritionniste, psychiatre, psychologue, infirmier, autres professionnels de santé et assistant social permettant un traitement optimal du patient.

Selon la HAS, « une hospitalisation à proximité du domicile est recommandée pour favoriser la continuité des soins à la sortie et pour impliquer la famille, maintenir les liens sociaux et occupationnels du patient dans son environnement habituel. »⁵³

Dans le cas clinique étudié, lors de sa première hospitalisation au sein du service d'USP, la patiente a bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire, associant renutrition, surveillance somatique et accompagnement psychosocial, les soins associaient différents intervenants dont, son pédiatre nutritionniste, un pédopsychiatre, un psychologue. De plus, les hospitalisations se sont effectuées à proximité du domicile (dans la même région).

7.2.2.6 Objectifs de soins lors de l'hospitalisation

Un bilan d'admission comportant un examen clinique complet (état somatique, nutritionnel, psychique, associé à des examens complémentaires) est réalisé et permet d'orienter la prise en charge hospitalière (cet examen clinique complet a été détaillé précédemment). Les objectifs du traitement hospitalier de l'anorexie mentale sont la correction des critères de gravité somatiques, pondéraux, nutritionnels, psychologiques et sociaux qui ont justifié l'hospitalisation.⁵³

7.2.2.6.1 Objectifs somatiques, pondéraux et nutritionnels

Les soins somatiques doivent en première urgence viser une normalisation des troubles hydroélectrolytiques et d'éventuelles complications mettant en jeu le pronostic vital ou non.

Selon la HAS, « l'objectif pondéral de l'hospitalisation est fixé sous forme d'un poids ou d'un intervalle de poids. Il est recommandé de déterminer le gain pondéral en accord avec le patient dès

l'admission et son responsable légal pour les mineurs, afin de faciliter la prise en charge en créant une relation de confiance. Dans certains cas, il est préférable de différer la détermination du poids cible et d'attendre que le patient soit dans de meilleures dispositions pour en discuter. »⁵³

7.2.2.6.2 Objectifs des soins psychologiques et sociaux

Un des objectifs principaux des soins psychologiques (détaillés précédemment) dans le traitement de l'anorexie mentale est d'aider les patients à améliorer leur adaptation sociale et relationnelle, qu'elle soit familiale, scolaire ou professionnelle. « Il est recommandé que l'accompagnement social et éducatif des enfants et des adolescents soit adapté à leur âge. Le bénéfice potentiel d'une hospitalisation en milieu spécialisé peut être contrebalancé par les inconvénients liés à la distance d'un centre spécialisé avec le milieu de vie du patient (notamment les problèmes posés par l'implication thérapeutique des familles, le maintien des liens sociaux et la continuité entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires post-hospitalisation). »⁵³

7.2.2.7 Modalités de soins

7.2.2.7.1 Information au patient

Les modalités de soins varient en fonction de l'état de gravité des patients et des objectifs visés. L'organisation des soins doit être clairement explicitée au patient et, quand cela est possible, sa coopération doit être sollicitée. Les explications données sur le traitement doivent être présentées de manière appropriée à l'âge du patient et à son niveau de compréhension.⁵³

7.2.2.7.2 Modalités de renutrition

7.2.2.7.2.1 Stratégie nutritionnelle

Comme il a été vu précédemment dans la partie prise en charge nutritionnelle, un objectif de prise de poids régulière de l'ordre d'un demi à un kg par semaine est recommandé chez les patients hospitalisés. Une prise de poids trop rapide n'est pas souhaitable. À l'exception des états de dénutrition très profonds (IMC < 11 kg/m²) ou de complications somatiques, il est recommandé de proposer une renutrition par voie orale avec reprise d'un régime alimentaire adapté, et à défaut, par des compléments alimentaires voir une NE.

7.2.2.7.2.2 Suivi du patient en cours de renutrition

Selon la HAS, « une surveillance clinique initiale pluriquotidienne (pouls, tension, température) est recommandée, d'autant plus qu'elle participe à la prise en charge relationnelle. Il est recommandé de peser le patient régulièrement, puis de manière hebdomadaire. Un bilan biologique sera réalisé à une fréquence variable liée à l'évolution de l'état du patient. »⁵³

Un syndrome de renutrition inappropriée (SRI) est caractérisé par des complications cardiaques, respiratoires et métaboliques. Il peut survenir au début d'une renutrition insuffisamment

progressive, surtout dans les cas de dénutrition sévère et chronique. « Le syndrome de renutrition inappropriée est fréquent et potentiellement mortel, mais reste sous-diagnostiqué. Il est défini par l'ensemble des manifestations clinico-biologiques qui surviennent lors de la renutrition du patient dénutri. Il est la conséquence du passage du catabolisme à l'anabolisme. Le rôle du déplacement intracellulaire des ions dû à l'insuline et la carence en vitamine B1 sont fondamentaux dans le développement de ce syndrome. Les troubles électrolytiques retrouvés lors d'un SRI, tels que l'hypophosphatémie, l'hypomagnésémie et l'hypokaliémie, peuvent être sévères et amener à une défaillance multiviscérale. Pour éviter l'apparition du syndrome de renutrition, il est indispensable de rechercher et corriger tout trouble électrolytique et d'administrer de la thiamine (vitamine B1) avant de débiter, de manière douce et très progressive, une réalimentation qu'elle soit sous forme orale, entérale ou parentérale. »⁷⁶

Selon la HAS, « l'apparition ou l'aggravation des complications hépatiques peuvent être évitées par une renutrition prudente, les médicaments hépatotoxiques et l'alcool doivent être prohibés. Une stagnation pondérale à un IMC = 15 kg/m² peut s'expliquer par la correction de la rétention hydrosodée compensant l'augmentation de la masse sèche. En dessous de ce seuil, il est recommandé de rechercher un détournement des apports, des purges, une hyperactivité. La reprise d'une alimentation *per os* est recommandée avant le transfert dans des structures psychiatriques non formées à l'utilisation de l'alimentation entérale. »⁵³

7.2.2.7.3 Modalités des soins psychologiques

Selon la HAS, la psychothérapie seule ne peut pas traiter une anorexie mentale sévère, néanmoins il est recommandé d'associer une psychothérapie à la renutrition (les psychothérapies ont été détaillées précédemment). Les abords de groupe sont fréquemment utilisés pendant l'hospitalisation comme complément à la thérapie individuelle (groupes à visée psycho-éducative, groupes d'échange ou de parole, groupes thématiques). Les groupes de parents ou de familles aident les familles à sortir de leur isolement, à prendre conscience et à réfléchir sur leurs attitudes face aux symptômes alimentaires et à la problématique familiale et à se positionner en tant que parents.

Les équipes soignantes doivent accompagner les familles en se montrant empathiques et déculpabilisantes à leur égard, et en établissant une alliance thérapeutique. Certaines équipes proposent une période de séparation avec le milieu de vie habituel au début de l'hospitalisation, accompagnée d'un travail d'accompagnement thérapeutique important des parents (rencontres, échanges téléphoniques, groupes). Pour les enfants et les adolescents, une thérapie familiale est recommandée en ambulatoire après l'hospitalisation. Des groupes de familles sont également proposés. »⁵³

Dans le cas clinique étudié, après l'hospitalisation, la thérapie familiale n'a pas été poursuivie en ambulatoire, mais une psychothérapie individuelle a été initiée.

7.2.2.7.3.1 Modalités de soins des symptômes alimentaires et manifestations associées

Le sevrage des vomissements provoqués, quand ils existent, est un des objectifs de la prise en charge hospitalière, facilité notamment par un accompagnement post-prandial. Le sevrage effectif de la consommation de laxatifs, diurétiques et psychostimulants est recommandé dès le début de l'hospitalisation, accompagné d'une surveillance du transit et d'un bilan biologique (ionogramme).

Selon la HAS, « il est recommandé d'amener les patients anorexiques présentant une hyperactivité physique à prendre conscience de ce symptôme (mouvements de gymnastique, station debout prolongée, déplacements incessants, etc.) et de son association directe au fonctionnement anorexique, afin de diminuer le niveau d'activité physique. La démarche est similaire pour les patientes s'exposant activement au froid ou buvant en excès (potomanie). »⁵³

7.2.2.7.3.2 Contrat thérapeutique

Les programmes de soins hospitaliers spécialisés, multidisciplinaires, doivent intégrer les objectifs et les modalités de soins. Il est recommandé que ces programmes de soins soient déclinés dans un contrat de soin, préférentiellement par écrit, intégrant ou non une période de séparation.⁵³

Lors de la première hospitalisation de la patiente étudiée, un contrat thérapeutique d'hospitalisation a été effectué, il est détaillé dans le tableau 13.

7.2.2.8 Durée de l'hospitalisation

Selon la HAS, « il est recommandé que les durées d'hospitalisation soient aussi longues que nécessaire. Les réhabilitations pondérales importantes associées à une prise en charge multidisciplinaire nécessitent généralement plusieurs mois de soins ; et si tel n'est pas le cas, la chronicisation risque de se développer. Cependant, ces durées d'hospitalisation ne doivent pas s'éterniser et devenir iatrogènes sur le plan de l'insertion sociale et du développement, en particulier chez l'enfant et l'adolescent. »⁵³

La patiente étudiée a été hospitalisée une première fois 5 mois et une deuxième fois 6 mois, ces durées étaient nécessaires à la prise en charge complète de la patiente.

7.2.2.9 Sorties prématurées

Selon la HAS, « lors de la préparation de l'hospitalisation, il est recommandé de prendre en compte les facteurs de risque de sortie prématurée :

- Une gravité particulière de la maladie (la notion et la revendication d'un faible IMC minimal, une forme boulimique d'anorexie mentale, une symptomatologie psychiatrique associée) ;
- Une alliance thérapeutique insuffisante.

Globalement, il est intéressant d'inclure des interventions à visée motivationnelle avant ou au début de l'hospitalisation, pour diminuer l'ambivalence, diminuer les résistances au changement, augmenter l'engagement dans la thérapie, et donc diminuer le taux de sorties prématurées d'hospitalisation. »⁵³

7.2.2.10 Hospitalisation sous contrainte

Selon la HAS, « la contrainte ne doit être utilisée que lorsque le risque vital est engagé et que des soins consentis sont impossibles. Pour les mineurs qui refusent l'hospitalisation, ce sont les parents, en tant que représentants légaux, qui prennent la décision. En cas de refus des soins d'un ou des parents, le médecin sollicite auprès du procureur une ordonnance de placement provisoire. Lors d'une hospitalisation sous contrainte, les modalités de soins restent les mêmes, et l'objectif n'est pas seulement l'obtention d'un poids particulier, mais la poursuite du traitement de façon consentie. »⁵³

7.2.3 Exemple d'un Cas clinique

Dans ce travail est exposé le cas d'une patiente, renommée Lola, que j'ai suivie pendant mon stage hospitalier en service d'Unité de Spécialités Pédiatriques (USP) à l'hôpital pédiatrique Clocheville à Tours. Le médecin en charge de cette patiente a donné son accord pour l'étude de son cas.

Présentation de la patiente : Lola est une jeune fille de 14 ans née en décembre 2006 qui vit avec ses deux parents et sa sœur de 16 ans avec qui elle a de bonnes relations. Elle a aussi un frère de 20 ans qui est parti du domicile familial. La mère est graphiste et le père, technicien de bureau d'étude. Lola est scolarisée en classe de 4^e avec de bons résultats scolaires mais des relations sociales éteintes d'après les parents et les enseignants. Elle pratique le basket et la course à pied.

Antécédents médicaux :

- Hospitalisation pour bronchiolite à l'âge de 3 mois.
- Arythmie respiratoire retrouvée dans un bilan d'adénolymphite mésentérique.
- Anorexie mentale restrictive pure avec hospitalisation pour renutrition.
- Trouble anxieux sous-jacent d'allure obsessionnel.

Antécédents chirurgicaux : fracture palette humérale opérée.

Traitement habituel : Alvityl[®] en gouttes, un complexe vitaminique.

Diagnostic de la maladie : Le diagnostic d'anorexie mentale est évoqué par le médecin traitant (MT) en février 2019, lors d'une pesée, puis confirmé par un pédiatre praticien hospitalier (PH) en mars 2019 au service de médecine interne à l'unité mobile de nutrition (UMN) situé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Bretonneau de Tours.

Croissance staturo-pondérale :

- Harmonieuse norme haute jusqu'à une cassure poids importante.
- Harmonieuse entre + 1 et + 2 déviations standards (DS) initialement et depuis les troubles du comportement alimentaire, cassure pondérale à - 2 DS.
- Poids maximal atteint : 40 kilogrammes (kg). Poids minimal atteint : 29,4 kg.

La croissance d'un enfant est dite normale si les paramètres de taille, poids et périmètre crânien évoluent de manière parallèle aux courbes de référence, dans un même couloir, entre - 2 DS et + 2 DS, ou entre le 3^e et le 97^e percentile. Par définition, 95 % de la population se situe entre ces intervalles. Un enfant dont les paramètres se situent hors de ces courbes peut avoir une croissance normale (par définition statistique) ; mais le risque de pathologie entravant la croissance est plus élevé que dans le reste de la population.⁷⁷

7.2.3.1 Historique des Consultations et des Hospitalisations

Le tableau n 18 en annexe n 1 présente l'historique des consultations avec le Pédiatre praticien hospitalier (PH) de Lola avant sa première hospitalisation.

Le Tableau n 12 qui suit indique les similitudes et les changements qui témoignent d'une amélioration ou d'une dégradation quant à l'état de Lola entre chaque consultation avant sa première hospitalisation.

Tableau 12 : Similitudes et changements qui témoignent d'une amélioration ou d'une dégradation quant à l'état de Lola entre chaque consultation à l'Unité Mobile de Nutrition (UMN)

Historique des consultations de Lola à l'UMN par un pédiatre nutritionniste PH.	
<u>Consultation n°1 : 14/05/2019</u>	
<u>Similitudes</u>	<p>Lola souffre d'un TCA de type Anorexie Mentale (AM) restrictive pure débutante, avec un début d'amélioration.</p> <p>Le poids est sensiblement stabilisé depuis environ 2 mois (32,3 kg) , ce qui correspond au début de la prise en charge médicale.</p> <p>Début des symptômes date de la rentrée 2018 avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une perte de poids (environ 10kg en 8mois. - Une diminution de la consommation de viande. - Un investissement important dans la confection de la cuisine. - Il n'y a pas de pesée, pas de compte calorique. - Les repas sont réguliers avec 3 repas et 1 collation, le sel, les sauces, le sucré et le beurre ont progressivement été arrêtés avec un début de réintroduction. Les féculents ont été diminués, surtout le pain. La variété alimentaire est large. Les repas ont été compliqués, avec une moindre difficulté pour les repas pris à l'extérieur. - Les quantités posent souvent des problèmes mais de façon non systématique. Les repas sont pris en famille à la maison et avec des amis au collège. L'ambiance des repas est bonne avec une attitude de l'entourage aidante, il y a eu très peu d'opposition. - Lola se trouve maigre, se plaint du froid. - Aucunes conduites purgatives associées. - Potomanie : La consommation d'eau est d'environ 2 Litres (L) par jour, surtout lors des repas. <p>Il y a une hyperactivité physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apparue à l'automne avec du basket deux fois par semaine, de la course avec son père. La piscine a été arrêtée la semaine dernière à cause de l'inconfort provoqué par le froid. - Lola est très active à la maison pour mettre la table et la débarrasser, laver la vaisselle. - Activité importante de lecture, cours de piano. <p>Aucunes conduites addictives.</p> <p>Examen psychiatrique : Tristesse, une fragilité émotionnelle quand sont évoqués les problèmes alimentaires.</p>

<u>Consultation n°2 : 28/05/2019</u>	
<u>Similitudes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'hyperactivité physique : L'activité à la maison a été diminuée, cependant il y a eu une course de 10 kilomètres (km) et une activité physique régulière (volley) dans le cadre scolaire et du basket.
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis la dernière consultation, Lola a pu se désinvestir totalement de la cuisine. - Concernant les repas, le service est effectué par ses parents, les quantités sensiblement augmentées. Lola a pu consommer des aliments ciblés comme caloriques. Elle regarde moins la composition calorique des paquets - Potomanie : Elle est revenue à des quantités de boissons normales soit un à deux verres par repas. - L'activité à la maison a été diminuée.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids (30,6kg : -1,6 kg en deux semaines). - L'activité physique récente n'a pas permis d'inverser la courbe poids malgré les efforts alimentaires. Un certificat de contre-indication à l'activité physique a été rédigé, qui comprend le séjour initialement prévu en camp de basket dans un mois. Cette mesure est difficile à accepter pour Lola.
<u>Consultation n°3 : 11/06/2019</u>	
<u>Similitudes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Les repas continuent de s'améliorer avec des prises régulières, le stress persiste. La consommation de produits laitiers reste assez faible. Le petit déjeuner et le goûter sont pris seuls et sont les moments les plus difficiles. - Il persiste une certaine ambivalence et une perte de repères.
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 30,6 kg (poids stabilisé). - Il y a pu avoir introduction de nouveaux aliments, ciblés comme caloriques (tarte aux fraises, gâteaux apéritifs). Elle ne lit plus les étiquettes. - La stabilité est obtenue avec plusieurs signes positifs dont la diminution de la dysmorphophobie. - Depuis la dernière consultation, l'activité physique a pu être totalement arrêtée, visiblement sans grande difficulté.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Il persiste une certaine ambivalence et une perte de repères. Ce problème de décision entraîne des difficultés supplémentaires, avec compensation et manque de confiance en soi. Lola a l'impression d'être surveillée, sans trop de réaction négative.
<u>Consultation n°4 : 02/07/2019</u>	
<u>Similitudes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a encore une difficulté à augmenter les quantités et le choix reste difficile.
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 30,9 kg (+300 g en trois semaines). - Actuellement, elle a pu intégrer un laitage au petit-déjeuner, un au goûter et un le soir. Les tensions aux repas sont nettement moindres avec une diminution du stress et une volonté de faire des efforts. Le petit déjeuner et le goûter sont préparés par la maman.

	<ul style="list-style-type: none"> - L'hydratation a été améliorée. - L'activité physique est minime avec un peu de piscine sans nage. Lola a repris la lecture de façon modérée, sans difficulté de concentration. - L'humeur est un peu variable, mais cela est moins fréquent. - La situation est finalement plutôt favorable avec des progrès sur le plan alimentaire et un maintien du repos.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis la dernière consultation, Lola a vu son médecin traitant (MT) qui a constaté un poids plus faible, dans un contexte où Lola faisait des efforts alimentaires et n'avait pas d'activité physique.
<u>Consultation n°5 : 16/07/2019</u>	
<u>Similitudes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis la dernière consultation, l'alimentation reste régulière, avec parfois quelques difficultés. - Pas de perte de cheveux, pas de signe de dénutrition autre que la perte de masse grasseuse et musculaire
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	<ul style="list-style-type: none"> - L'alimentation reste régulière, avec parfois quelques difficultés. - L'alimentation est correcte selon les parents le midi et le soir, repas pris chez la grand-mère le midi.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 30,1 kg (- 800 g en quinze jours). - L'activité physique est très limitée. - Moral moins bon depuis la semaine dernière, Lola n'est plus déterminée, essaie de se forcer, mais cela reste un peu compliqué. - Malgré les efforts entrepris, il est difficile à maintenir le poids actuel. Le pédiatre PH propose donc une hospitalisation dans un premier temps pour observation et proposition par la suite d'une prise en charge la plus adaptée avec possibilité d'une nutrition entérale par SNG. Il expose les grandes lignes du contrat de soins à Lola et à ses parents. - Lola sera donc convoquée en hospitalisation dans les prochains jours.
<i>Entre ces deux consultations, Lola a été hospitalisée en USP pendant environ 5 mois.</i>	
<u>Consultation n°6 : 19/11/2019</u>	
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 39,6 kg (+ 1 kg en onze jours). - Retour au domicile après hospitalisation qui s'est bien passé, Lola a repris ses marques. - L'alimentation se passe bien avec quatre repas réguliers, des boissons régulières, alimentation variée. Essai de confection de cuisine qui s'est bien passé. - Elle a fait du tri dans ses affaires, signe d'un changement radical dans son organisation. - Lola a repris le piano avec intention de passer l'audition en décembre. Elle souhaite reprendre le hip hop quand cela sera possible.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - L'activité physique n'est pas reprise. - Fatigue en fin de journée après l'école

<u>Consultation n°7 : 17/12/2019</u>	
<u>Similitudes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - L'alimentation continue d'être investie. - L'activité physique n'est pas reprise.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 37,7 kg (-2 kg en un mois). - Lola se sent un peu plus fatiguée à l'école, il est temps que les vacances arrivent. - Les relations avec ses amis à l'école sont source d'angoisse, le suivi psychologique s'est intensifié à deux fois par semaine et le suivi psychiatrique vient de reprendre. - Alimentation investie mais plus difficile depuis quinze jours.
<u>Consultation n°8 : 14/01/2020</u>	
<u>Similitudes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Activité physique toujours arrêtée.
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Il semble y avoir une amélioration au niveau des repas depuis une semaine.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 36,7 kg (-1 kg en un mois). - La fatigue augmente. - Il y a plus de difficultés à manger des quantités suffisantes avec une difficulté dans le choix alimentaire et dans la multiplicité du nombre de plats par repas. - Devant les difficultés actuelles et le rappel du poids de réhospitalisation de 35,5 kg, Lola sera revue dans quinze jours en consultation.
<u>Consultation n°9 : 28/01/2020</u>	
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 35,7 kg (-1 kg en deux semaines). - Le poids de réhospitalisation est quasiment atteint. - La situation continue de se dégrader, avec une fatigue présente qui augmente, imposant un coucher à 21h30 et une limitation des activités, un moral qui continue de baisser, un tristesse plus importante. - Lola a du mal à trouver sa place à l'école. - L'alimentation continue d'être compliquée. - L'anorexie reprend encore plus de terrain. - Le pédiatre organise une réhospitalisation de Lola pour la prise en charge de son anorexie.
<i>Entre ces deux consultations, Lola a été hospitalisée à la CPU pendant environ 6 mois.</i>	
<u>Consultation n°10 : 06/10/2020</u>	
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 40,1 kg (mais acceptation moyenne) - Alimentation variée régulière avec 3 repas et une collation.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Certains aliments sont source de stress notamment les gâteaux et yaourt avec consultation des étiquettes. - Eléments de contrôle qui restent très présent avec peur de grossir, des pesées quotidiennes à la maison, source d'ajustement alimentaire. Horaires de repas moins rigides.

	<ul style="list-style-type: none"> - Très difficile d'exprimer les émotions et d'établir une relation de confiance. - Accumulation de fatigue assez importante avec la rentrée en 3^e à temps plein. - Traitement par Sertraline 50 mg, deux gélules le matin et par Hydroxyzine 25 mg, un comprimé au coucher mais parfois non pris car sommeil amélioré depuis la dernière hospitalisation.
<u>Consultation n°11 : 01/12/2020</u>	
<u>Similitudes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Le rythme alimentaire est régulier avec trois repas et une collation, la variété alimentaire est satisfaisante.
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 41,4 kg (+1,3 kg en deux mois, sensiblement bien accepté) - La scolarité se passe bien. - Le moral est plutôt meilleur. - Les pesées sont hebdomadaires chez le MT, pour l'instant il est trop difficile pour que Lola en diminue la fréquence. - Selon le moral le traitement par Sertraline et Hydroxyzine peuvent ne pas être pris, cependant le pédiatre rappelle bien à Lola que la Sertraline représente le traitement de fond et que l'Hydroxyzine représente le traitement aigu.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Lola est assez fermée pendant la consultation, en lien avec le déroulement de la précédente consultation. Il est difficile d'appréhender les éventuelles difficultés.
<i>L'alliance étant moins bonne et la situation s'améliorant, le pédiatre diminue la fréquence du suivi avec une prochaine consultation dans 3 mois.</i>	

Le tableau n°19 en annexe n°2 présente l'historique des hospitalisations de Lola au CHU Clocheville à Tours.

Le Tableau n°13 indique les similitudes et les changements qui témoignent d'une amélioration ou d'une dégradation quant à l'état de Lola entre les différentes hospitalisations de Lola au CHU Clocheville à Tours :

Tableau 13 : Similitudes et changements qui témoignent d'une amélioration ou d'une dégradation quant à l'état de Lola entre les différentes hospitalisations de Lola au CHU Clocheville à Tours

Historique des hospitalisations de Lola au CHU Clocheville à Tours.	
<u>Hospitalisation n°1 à temps complet (HTC) en USP du 23/07/2019 au 08/11/2019.</u>	
<u>Similitudes</u>	- Observation alimentaire et renutrition dans un contexte d'AM restrictive pure.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Devant la difficulté à maintenir un poids stable, son pédiatre propose une hospitalisation afin d'évaluer l'indication d'une NE par SNG. - Lola est hospitalisée car son pronostic vital engagé, le but de l'hospitalisation est une reprise de poids afin de sortir d'un état clinique comportant un risque vital. - Poids à l'entrée : 29,7 kg. - Asthénie et alopecie. - Devant l'insuffisance des apports oraux, il est décidé d'une pose de SNG pour NE au maximum d'1 Litre (L) / jour à partir du 26/07/2019 arrêtée le 01/11/2019 avec une décroissance amorcée le 24/10/2019.
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	- Sortie autorisée le 08/11/2019 avec comme poids de sortie : 38,4 kg.
<u>Hospitalisation n°2 de jour (HDJ) en USP le 17/12/2019</u>	
<u>Similitudes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi d'AM restrictive pure. - L'arrêt d'activité physique a été reconduit pendant deux mois.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	- Anxiété sur les relations à l'école, ce qui a pu retentir sur l'alimentation.
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	- Le Pédiatre conseille de profiter des vacances pour réinvestir l'alimentation avec prise des quatre repas par jour, en augmentant notamment le goûter.
<u>Hospitalisation n°3 en USP du 06/02/2020 au 14/02/2020</u>	
<u>Similitudes</u>	- Surveillance de la nutrition chez une enfant de 13 ans souffrant d'AM restrictive pure.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 34,4 kg (-1,3 kg en une semaine) . - Depuis la dernière hospitalisation du 23/07/2019 au 08/11/2019, Lola allait mieux, que ce soit sur le plan social ou nutritionnel. Cependant depuis quinze jours, ses parents ont constaté une irritabilité, une susceptibilité et ses enseignants ont fait remarquer une tristesse globale et une coupure des liens sociaux au collège. - Prescription d'Hydroxyzine (Atarax ®) 25 milligrammes (mg) le soir avant de dormir.

Hospitalisation n°4 à la CPU du 14/02/2020 au 29/07/2020	
<u>Similitudes</u>	- Anorexie mentale restrictive.
<u>Changements témoignant d'une dégradation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids d'entrée : 33,6 kg. - Mise en évidence d'un trouble anxieux sous-jacent d'allure obsessionnel (obsessions idéatives au premier plan) - Un traitement par Sertraline a été introduit à visée anxiolytique, tandis que l'Hydroxyzine était poursuivie afin d'étayer le sommeil.
<u>Changements témoignant d'une amélioration</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Puis au cours de l'hospitalisation, l'humeur s'est progressivement améliorée et Lola pouvait décrire un léger apaisement sur le plan de l'anxiété. - Une sortie d'hospitalisation est organisée le 29/07/20 en vue d'un relais en ambulatoire. Des pesées hebdomadaires seront mises en place.

7.2.3.2 Illustrations du cas clinique

Voici ci-dessous (Figure 3), la courbe d'évolution du poids en (kg) de Lola en fonction du temps qui a été calculé avec les moyennes des différentes pesées de Lola réalisées lors de ses consultations à l'hôpital et de ses hospitalisations :

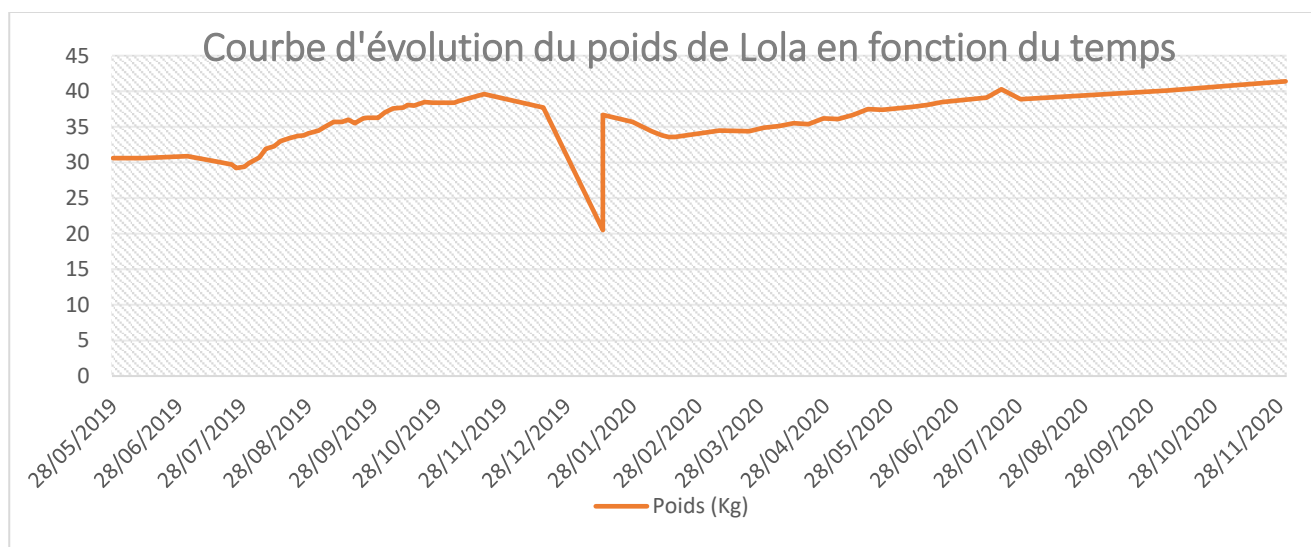


Figure 3 : Courbe d'évolution du poids (kg) de Lola en fonction du temps

Voici ci-dessous (Figure 4), la courbe d'évolution de l'IMC de Lola en fonction du temps qui a été calculé avec les moyennes des différentes pesées et différentes mesures de taille de Lola réalisées lors de ses consultations à l'hôpital et de ses hospitalisations :

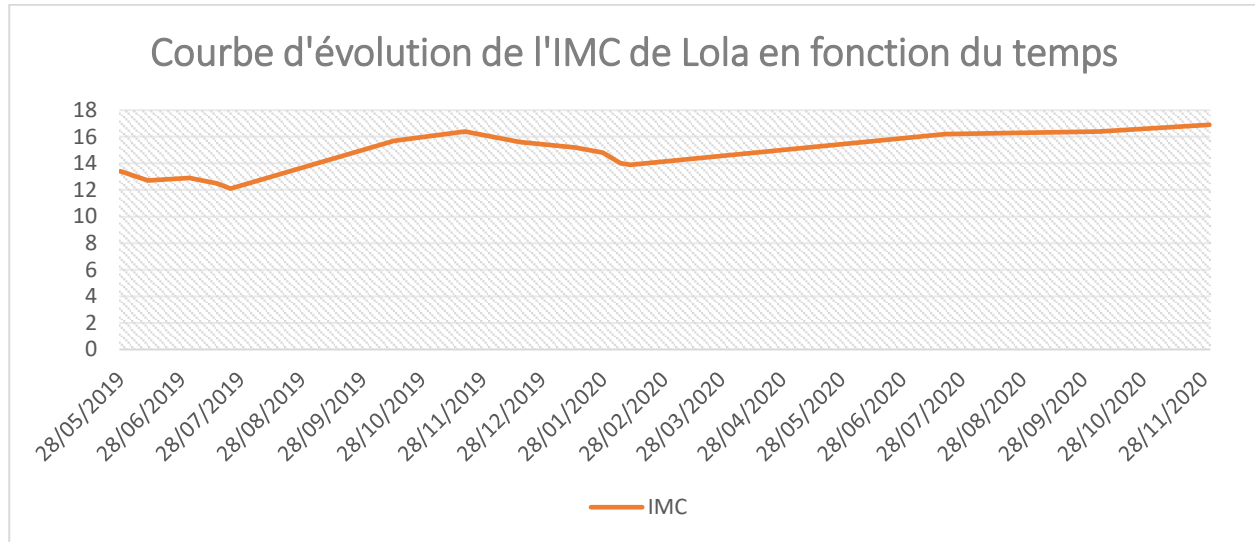


Figure 4 : Courbe d'évolution de l'IMC de Lola en fonction du temps

Les figures 3 et 4 démontrent le lien entre la prise en charge de Lola et sa prise ou perte de poids, en effet sur la figure 3 on voit une perte de poids importante en juillet 2019 avant sa première hospitalisation jusqu'en novembre 2019, période marquée par une reprise de poids. Une deuxième importante perte de poids en février 2020 avant sa seconde hospitalisation jusqu'en juillet 2020, période marquée par une reprise de poids et à ce jour à une stabilisation de son poids avec un IMC de 16,7 kg/m² correspondant néanmoins encore à un état de dénutrition.

Voici ci-dessous (Figure 5) l'arbre décisionnel de prise en charge de l'AM selon le dictionnaire VIDAL :

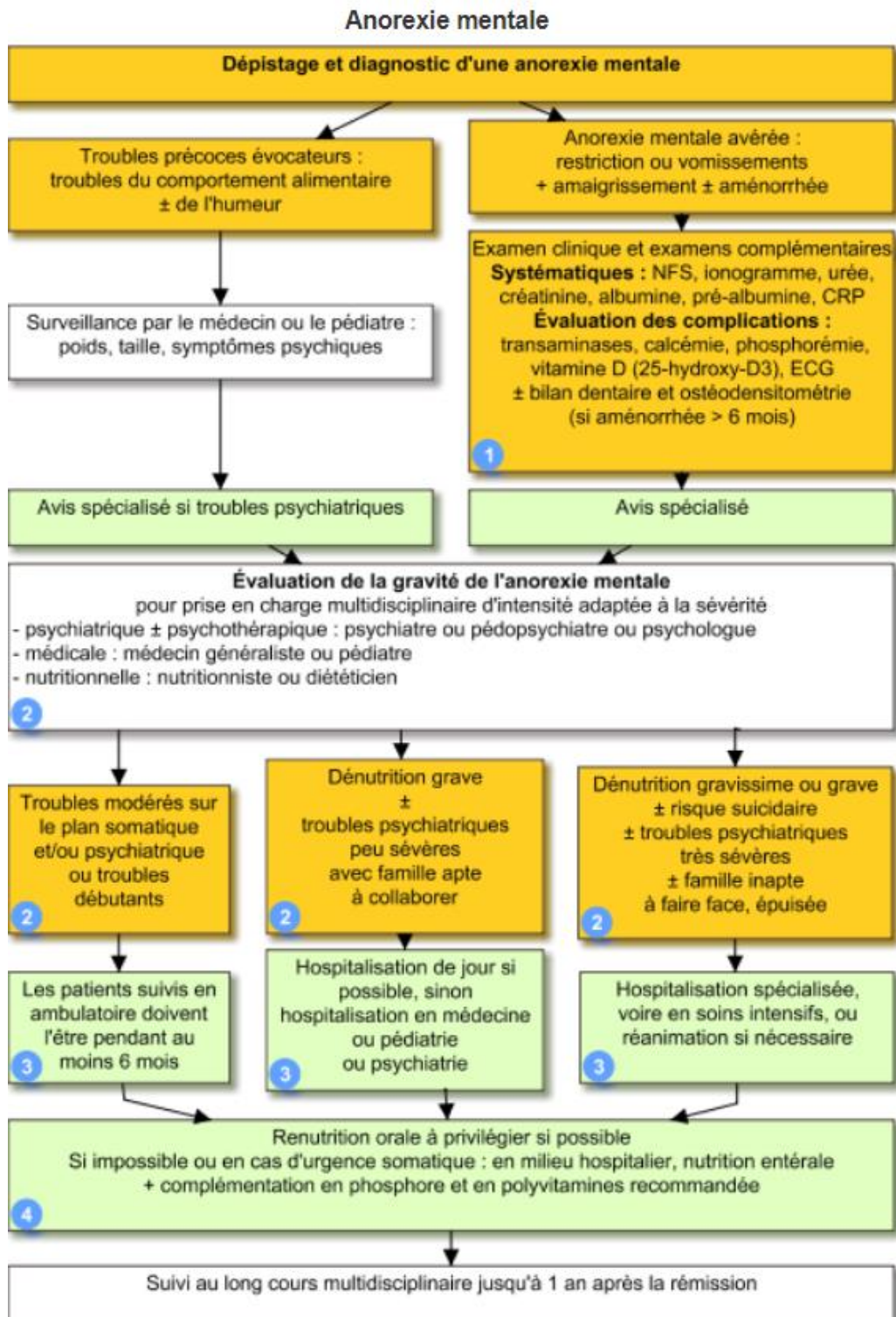


Figure 5 : Arbre décisionnel de la prise en charge de L'AM selon le VIDAL⁶⁸

Cette arbre décisionnel, permet de visualiser et de résumer la prise en charge multidisciplinaire de l'AM dont a bénéficié la patiente.

7.2.3.3 Conclusion générale du cas clinique

Lola est une jeune fille de 14 ans qui vit avec ses deux parents et sa sœur de 16 ans avec qui elle a de bonnes relations. Elle a aussi un frère de 20 ans, parti du domicile familial. Le diagnostic d'anorexie mentale est évoqué par le médecin traitant (MT) en février 2019, lors d'une pesée, puis confirmé par un pédiatre praticien hospitalier (PH) en mars 2019 au service de médecine interne à l'unité mobile de nutrition (UMN) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tours. Le début des symptômes date de la rentrée 2018, caractérisés principalement par une perte de poids, un investissement dans la confection de la cuisine, une diminution des apports caloriques, de la potomanie, de l'hyperactivité physique, et de la tristesse et une fragilité émotionnelle.

Les premières consultations de Lola à l'UMN datent de mai 2019. Elles ont permis au début de diminuer la potomanie, le surinvestissement dans la cuisine, d'augmenter l'apport calorique, et de diminuer l'activité physique. Cependant malgré les efforts entrepris, il est très difficile de limiter la perte de poids et de la maintenir. Son pronostic vital est engagé avec un IMC de $12,1 \text{ kg/m}^2$, correspondant à un état de dénutrition sévère de grade IV. Lola sera donc hospitalisée pendant cinq mois en USP où un contrat thérapeutique d'hospitalisation fut mis en place ainsi qu'une pose de SNG pour NE devant l'insuffisance des apports oraux, ce qui lui a permis d'atteindre son poids de sortie et de pouvoir passer en suivi ambulatoire avec fixation d'un poids de réhospitalisation. Après sa sortie d'hospitalisation, la situation a recommencé à se dégrader, le moral de Lola baissait et elle s'approchait du poids de réhospitalisation. À la suite de cela son pédiatre indiqua une hospitalisation à la CPU où elle y restera pendant environ six mois. Il y sera diagnostiqué un trouble anxieux sous-jacent d'allure obsessionnelle et un traitement par anti-dépresseur et anxiolytique sera mis en place. Un poids de réhospitalisation est mis en place ainsi qu'un suivi ambulatoire.

Depuis son hospitalisation à la CPU, l'état de Lola s'est amélioré, son moral est meilleur, son poids s'est stabilisé et cela semble sensiblement bien accepté par Lola. Cependant les pesées sont trop régulières et Lola a du mal à accepter d'en diminuer la fréquence. Selon le pédiatre de Lola, l'alliance étant moins bonne et la situation s'améliorant, il décide de diminuer la fréquence du suivi.

Lola souffre d'AM depuis l'âge de ses 12 ans, elle a pu bénéficier d'une prise en charge précoce de sa maladie. Cela a permis, deux ans après, une amélioration de son état. Elle a bénéficié d'une prise en charge somatique, nutritionnelle, psychologique et psychiatrique. Deux ans après son diagnostic, la patiente n'est pas encore guérie mais la situation s'améliore et la prise en charge doit se poursuivre. Le médecin traitant de la patiente l'a dirigé vers le service spécialisé de l'UMN ce qui a permis à Lola de bénéficier d'une prise en charge adaptée à sa pathologie.

Ce travail permet de souligner l'importance de la coordination du suivi ambulatoire généraliste, spécialiste et du suivi hospitalier, de rappeler l'importance la prise en charge multidisciplinaire de l'AM par des personnes spécialisées. Ce travail a montré la complexité de la prise en charge de l'anorexie mentale. Celle-ci est longue et n'aboutit à une guérison complète que dans 30 % des cas. Aujourd'hui encore trop peu de patientes sont repérées ou trop tardivement, plus une patiente est repérée tôt, plus ses chances de guérison augmentent.

7.2.4 Prise en charge à moyen et long terme

L'hospitalisation ou la renutrition initiale ne sont que la première étape de la prise en charge. Il convient de prêter une attention toute particulière au suivi des patients souffrant d'anorexie mentale. Le contrôle du poids, de l'état nutritif, de l'état clinique doit être régulier et prolongé. Ce suivi vise à prévenir et dépister la rechute, mais aussi à repérer l'apparition de complications dépressives ou anxieuses (souvent secondaire à la reprise pondérale). La mise en place d'un étayage non médical peut aussi être très utile : association de malades ou de familles de malades, groupe de soutien...¹

7.3 Le pronostic et l'évolution de l'anorexie mentale

7.3.1 Évolution spontanée

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, « la mortalité (par suicide ou liée aux complications de la cachexie), est l'une des plus élevées des troubles mentaux. L'évolution se fait souvent vers la chronicité ou l'enkystement du trouble. Cependant, il existe aussi des rémissions spontanées, souvent dans les formes de l'adolescence (début précoce). Si la précocité du trouble est de bon pronostic, son ancienneté de l'est pas, d'où l'importance d'une prise en charge la plus précoce possible. »¹

7.3.2 Évolution sous traitement

Selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, « l'évolution peut être considérée comme favorable (rémission partielle ou totale) dans 50 % des cas si l'on considère uniquement la triade diagnostique (anorexie, amaigrissement, aménorrhée). Ce taux chute à 30 % si l'on considère l'ensemble du tableau psychiatrique, ainsi que la qualité de vie, la vie relationnelle et l'insertion sociale. Le passage à la chronicité correspond à 30 % des cas au-delà de 5 ans, et 20 à 30 % des patients continuent à être atteints 10 ans plus tard. Les rechutes sont fréquentes (30-50 % de rechutes dans l'année qui suit une hospitalisation). L'évolution est généralement marquée par des fluctuations pondérales ainsi que la succession d'épisodes anorexiques, avec ou sans épisodes boulimiques et le passage d'une forme à l'autre. La mortalité est de 5-10 % dans les 10 ans suivant le premier épisode diagnostiqué. Le décès est le plus souvent dû à un arrêt cardiaque par troubles de la conduction, un déséquilibre métabolique, des complications infectieuses, pulmonaires ou septicémiques ou un suicide. »¹

7.3.3 La chronicisation

Selon la HAS, « l'évolution est dominée par deux dangers majeurs : la mort et la chronicisation. L'anorexie mentale chronique est définie par la persistance, au-delà de 5 ans d'évolution de la maladie, de conduites de restrictions alimentaires qualitatives et quantitatives associées à un amaigrissement marqué par un indice de masse corporelle au-dessous du seuil de 17,5 kg/m², une hantise de grossir, la sensation d'avoir une corpulence sans rapport avec l'état de maigreur du patient, des stratégies de contrôle du poids alliant vomissements spontanés ou provoqués, prise de

laxatifs, diurétiques et hyperactivité physique et dans un cas sur deux, des conduites de boulimie. »⁵³

7.3.3.1 Les conséquences physiques

Selon la HAS, « les conséquences physiques (décrites précédemment) sont souvent préoccupantes et s'aggravent à long terme : œdèmes de carence, amyotrophie, troubles circulatoires, cardiaques, digestifs, rénaux, métaboliques, infectieux, cutanés, dentaires, gynécologiques (avec impossibilité ou difficulté de grossesse), ostéoporotiques, incurie, donnant le sentiment d'une maltraitance physique majeure. Le risque létal, toujours présent, augmente en fonction des années d'évolution de la maladie. »⁵³

7.3.3.2 Les conséquences psychologiques

- Ritualisations, rigidité des attitudes avec appauvrissement de la vie relationnelle, affective et sexuelle, isolement social, retentissement sur la vie professionnelle.

Selon la HAS, les complications psychiatriques sont les suivantes :

- « Episodes dépressifs ;
- Phobies diverses, obsessions, plaintes hypocondriaques ;
- Troubles de la personnalité, basse estime de soi, et mauvaise confiance en soi ;
- Conduites addictives : alcoolisme, toxiques, psychotropes ;
- Passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. »⁵³

L'évolution est émaillée de rechutes⁷⁸ plus fréquentes dès le début de la maladie, sans périodes franches et durables de rémission, malgré les thérapeutiques entreprises, avec reprise rapide de conduites et de rituels alimentaires et autres rituels de la vie quotidienne.

7.4 Les difficultés et les obstacles à une bonne prise en charge

Selon I. Lyon-Pagès, « l'anorexie mentale (AM) est considérée comme une maladie difficile à soigner. Certaines difficultés rencontrées dans le traitement sont inhérentes à la maladie et au vécu particulier qu'elle génère chez les soignants. D'autres sont liées aux contextes familiaux, aux facteurs sociologiques et organisationnels. Un des critères diagnostiques de la maladie, le déni, associé à la valorisation dans nos sociétés de la maigreur, retarde l'accès aux soins. Le fait de penser que l'AM est par définition source de souffrance pour les équipes peut entraîner un écueil redoutable, à savoir la démission des soignants, voire des institutions. Pourtant l'enjeu est de taille puisque l'AM est la maladie psychiatrique la plus mortelle. Au vu des difficultés spécifiques de ces prises en charge, il est important de développer des structures de soins adaptées. »⁷⁹

7.4.1 Difficultés liées à l'anorexie mentale qui entraînent une prise en charge tardive

7.4.1.1 Le déni

Selon I. Lyon-Pagès « le déni de la maladie est un des critères diagnostiques de l'AM. Les patients ne se considèrent pas comme malade et ne demandent pas de soin. Ce mécanisme de défense peut aveugler les parents, voire les médecins de premier recours mis en difficulté pour poser le diagnostic, proposer un suivi psychiatrique ou organiser une hospitalisation. Deux attitudes, opposées tout aussi risquées et violentes, sont observées : le médecin attend passivement que le patient manifeste une demande au risque qu'il mette sa vie en danger ou alors apparaît un rapport de force entre le patient et le soignant qui impose une guérison par des moyens coercitifs.

Pour éviter ces extrêmes, il est indispensable de définir un cadre thérapeutique, le contrat de poids, qui va servir de tiers médiateur dans la relation avec le patient, que ce soit en ambulatoire (en fixant une limite à partir de laquelle une hospitalisation sera organisée) ou en hospitalier (en déterminant un poids de sortie de l'hôpital). Une fois ce cadre posé, il doit être intangible. C'est à l'intérieur de celui-ci que l'on va pouvoir entrer en relation avec le patient, sans qu'il se sente en danger quant à son identité ou qu'il nous rejette comme il le fait avec la nourriture. »⁷⁹

Dans le cas clinique étudié, il a été vu qu'un contrat de poids d'hospitalisation et de sortie d'hospitalisation a été mis en place afin de fixer un cadre avec la patiente et que cela l'aide dans sa prise en charge et qu'elle se rende compte de sa maladie.

7.4.1.2 Les modalités de la relation aux autres

Ces patients, enfants modèles, se sont construits, selon un processus d'imitation et non d'identification. Dans le processus normal, l'enfant s'identifie aux parents, afin de prendre en lui les qualités qu'il admire et de les faire siennes. Dans le processus d'imitation, l'enfant adhère au désir de l'autre et se construit en double du parent. L'équilibre de l'enfant atteint d'AM dépend alors du regard des autres au détriment de ses propres investissements, ce qui crée le paradoxe suivant : « au lieu que je me nourrisse de l'autre pour construire mon identité, l'autre est une menace pour mon identité ». On comprend alors que tout rapprochement avec un soignant puisse être vécu comme menaçant. La difficulté est de trouver une bonne distance et en cela un cadre thérapeutique contenant est indispensable.⁷⁹

7.4.1.3 Engrenage addictif

Selon I. Lyon-Pagès, « une fois le symptôme anorexique en place, apparaît un véritable engrenage addictif. Trois verrous enferment le patient dans la maladie :

- Biologique : plus un patient est dénutri, plus des endorphines sont sécrétées et source d'euphorie ;
- Social : l'AM donne une identité aux patients au moment où il s'agit pour l'adolescent de devenir un sujet au travers du processus de différenciation-subjectivation ;

- Psychopathologique : l'apparition de la maladie anorexique à l'adolescence permet d'éviter la question de la séparation avec les parents et met en suspens l'acquisition de la féminité, de la sexualité et de la maternité. L'AM apporte une réponse pathologique à cette période de crise et de maturation psychique normale. »⁷⁹

7.4.1.4 Une pathologie du lien

Selon I. Lyon-Pagès, « l'AM est une maladie psychiatrique qui s'exprime par le corps. Ces patients refusent la nourriture et plus généralement le lien à l'autre. L'AM se caractérise par une attaque des liens :

- Entre le corps et la psyché, par la destruction progressive de l'enveloppe charnelle qui porte les stigmates d'une souffrance psychique qui s'ignore ;
- Entre la personne anorexique et l'autre par l'évitement de la relation ;
- Par une rupture de la capacité de ces patients à créer des liens.

Il va falloir travailler en lien entre spécialistes de la somatologie et de la psychologie. La thérapie dépendra de la capacité des soignants à penser ensemble la souffrance du corps et à mettre en résonance symbolique ce qui se joue dans la réalité de la rééducation nutritionnelle. Ils doivent s'attendre à ce que les patients attaquent les liens de l'équipe pluridisciplinaire, en projetant leurs conflits internes à l'extérieur. Ceci va entraîner un apaisement chez le patient tout en risquant de mettre en crise l'équipe. Une attention particulière sur le fonctionnement du groupe soignant est donc indispensable. »⁷⁹

7.4.2 Difficultés liées au système de soin

En France, 50 % des personnes souffrant de TCA ne bénéficieraient pas d'une prise en charge médicale et le délai d'attente pour une première consultation dans une structure spécialisée est de deux à quatre mois.⁸⁰

Cependant il faut mettre en place des moyens pour remédier à cette prise en charge tardive. Il existe différents moyens comme par exemple, une plateforme en ligne « StopTCA » dédiée à l'accompagnement des personnes souffrant d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) et de leurs proches a été fondée. Elle est pilotée par une ancienne patiente, « StopTCA » propose un parcours personnalisé en plus du suivi médical : écoute, psychothérapie, sophrologie, naturopathie, nutrition, coaching... Une vingtaine de praticiens ou de patients experts dispensent des consultations à distance. Il suffit d'en sélectionner un selon son domaine et son profil, de réserver un rendez-vous, puis de payer en ligne. Après confirmation du créneau choisi par mail, le praticien contacte le patient par téléphone ou visioconférence.⁸¹

7.4.3 Difficultés liées au vécu des soignants

Selon I. Lyon-Pagès, « les soignants vont devoir accepter ce comportement de rejet de la nourriture et du soin, en comprenant que derrière lui, se cache un sursaut de vie. Celui d'une patiente qui

refuse la conformité, d'être un double ; c'est pour sauvegarder son identité, qu'elle refuse de s'alimenter. Il va falloir considérer l'emprise dans le soin comme un mécanisme de défense et non comme un obstacle au traitement. Des éléments psychiques insuffisamment élaborés par le patient peuvent aussi envahir et paralyser la capacité à penser des soignants. Il faudra également être attentif à l'apparition d'un mécanisme pouvant mener à des contre-attitudes, voire à un échec thérapeutique : le transfert de l'identification mélancolique dans le soin. Des patients avec un fond de dépression mélancolique ont tendance à le faire porter aux soignants qui vont se sentir déprimés au risque de désinvestir le traitement. »⁷⁹

7.4.4 Difficultés liées au contexte familial

Selon I. Lyon-Pagès, « il n'existe pas de famille type d'AM. Trois niveaux de compétences familiales et d'interaction entre la famille et la maladie sont décrits :

- Familles saines, développant un fonctionnement temporaire de crise face aux symptômes du patient ;
- Dysfonctionnements familiaux préexistants pouvant être amplifiés et cristallisés lors de l'apparition de la maladie ;
- Familles chroniquement dysfonctionnelles, contribuant au développement et au maintien de l'AM.

Ci-dessous une typologie des familles pouvant être qualifiées de « difficiles » tout en soulignant que cette notion est critiquable puisqu'une famille n'est pas intrinsèquement « difficile » mais peut l'être en relation avec une équipe donnée à un moment donné :

- Absence de coopération entre la famille et l'équipe ;
- Fonctionnements familiaux pathologiques ;
- Alliances et triangulations familiales compromettant l'instauration d'une équipe parentale efficace ;
- Familles hostiles à l'égard du patient ;
- Familles se vivant comme parfaites, l'AM étant vécue comme accidentelle et extérieure au milieu familial ;
- Familles avec plusieurs membres souffrant de TCA, mais non-dits ;
- Syndrome d'épuisement de la famille avec parfois démission, rejet, voire désir de mort à l'égard du patient.

Ces difficultés constituant une gêne potentielle au processus thérapeutique, il est indispensable de les repérer et de proposer des entretiens de famille de soutien, voire des thérapies de famille à proprement parler. »⁷⁹

7.5 Conclusion

Actuellement, la prise en charge ambulatoire est la modalité initiale recommandée dans l'anorexie mentale par toutes les recommandations internationales. Le recours à des réseaux de santé impliquant les différents intervenants devrait faciliter le développement de la multidisciplinarité, avec en particulier l'utilisation d'un dossier médical partagé.

Il y a trois grandes catégories de prise en charge de l'AM :

- La prise en charge diététique et nutritionnelle, qui a pour objectif initial la renutrition. Afin de maintenir une prise de poids, les apports devront être augmentés en fonction des besoins. La modalité de renutrition à privilégier pour la reprise de poids est la nutrition par voie orale. Lorsque la réalimentation orale s'avère irréalisable ou inefficace, la réalimentation par NE à l'aide d'une SNG est un recours utile. Le démarrage de la NE ainsi que son arrêt doit se faire de façon progressive. L'approche nutritionnelle vise ensuite à assurer la rééducation nutritionnelle et diététique, c'est-à-dire l'obtention d'une alimentation qualitativement et quantitativement correcte et des comportements adaptés.
- La prise en charge somatique, l'objectif du somaticien est de surveiller l'état clinique du patient, de prévenir, dépister et traiter les complications tout en s'inscrivant dans les objectifs de la prise en charge globale. Les principales complications de l'AM chez l'adolescent sont : le retard de croissance, l'infertilité, et l'ostéopénie.
- La prise en charge psychologique et psychiatrique. Il est recommandé que la psychothérapie choisie se maintienne au moins 1 an après une amélioration clinique significative. La thérapie familiale est la seule approche ayant été réellement validée dans la prise en charge de cette maladie, surtout chez l'enfant et l'adolescent.
- Une catégorie supplémentaire de la prise en charge de l'AM peut être citée, il s'agit de la prise en charge pharmacologique, Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de l'anorexie mentale car aucun traitement médicamenteux ne soigne l'anorexie mentale en elle-même, que ce soit chez l'adulte, l'enfant ou l'adolescent. La nourriture reste le seul traitement de référence. Aucun anxiolytique, antidépresseur, ou antipsychotique n'a fait la preuve de son efficacité pour traiter l'anorexie mentale elle-même. Ils sont surtout utilisés pour traiter les comorbidités. Ils ne sont jamais un axe de traitement au long terme.

Si elles sont disponibles, des modalités de soins particulières comme l'organisation en réseaux de santé représente une aide précieuse en favorisant la coordination des soins existants et la formation des personnels impliqués peuvent être proposées conjointement aux prises en charge citées au-dessus.

Concernant la prise en charge, elle est en premier lieu ambulatoire mais peut aussi être hospitalière, une hospitalisation se décide au cas par cas, à la fois sur des critères médicaux, psychiatriques, comportementaux et environnementaux, et prenant toujours en compte le patient et sa famille, ainsi que les structures de soins disponibles. Il est recommandé que l'hospitalisation ait lieu dans un service aux soins multidisciplinaires associant renutrition, surveillance somatique et accompagnement psychosocial. Quel que soit le lieu choisi, les soins doivent associer médecin ou pédiatre, diététicien ou nutritionniste, psychiatre, psychologue, infirmier, autres professionnels de

santé et assistant social permettant un traitement optimal du patient. Les objectifs du traitement de l'anorexie mentale sont la correction des critères de gravité somatiques, pondéraux, nutritionnels, psychologiques et sociaux qui ont justifié l'hospitalisation.

Si la précocité du trouble est de bon pronostic, son ancienneté ne l'est pas, d'où l'importance d'une prise en charge la plus précoce possible. L'évolution peut être considérée comme favorable (rémission partielle ou totale) dans 50 % des cas si l'on considère uniquement la triade diagnostique (anorexie, amaigrissement, aménorrhée). Ce taux chute à 30 % si l'on considère l'ensemble du tableau psychiatrique, ainsi que la qualité de vie, la vie relationnelle et l'insertion sociale.¹

L'anorexie mentale (AM) est considérée comme une maladie difficile à soigner. Certaines difficultés rencontrées dans le traitement sont inhérentes à la maladie et au vécu particulier qu'elle génère chez les soignants. D'autres sont liées aux contextes familiaux, aux facteurs sociologiques et organisationnels. Au vu des difficultés spécifiques de ces prises en charge, il est important de développer des structures de soins adaptées, la prise en charge de l'AM demande implication et authenticité, des lieux d'écoute et d'orientation. En France, 50 % des personnes souffrant de TCA ne bénéficieraient pas d'une prise en charge médicale.

TROISIEME PARTIE

Rôle du pharmacien dans la prise en charge multidisciplinaire de l’Anorexie Mentale

8 Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de l’anorexie mentale

8.1 Définitions des nouvelles missions du pharmacien d’officine

8.1.1 Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

La Loi Hôpital Patient Santé Territoire⁸² (HPST) a été promulguée le 21 juillet 2009. Basée sur une réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle a donné de nouvelles perspectives aux missions et au rôle du pharmacien d’officine qu’elle consacre comme acteur à part entière du système de soins.

Cette loi HPST se concentre sur :

- La modernisation des établissements de santé (fonctionnement et organisation, qualité de la prise en charge et sécurité des soins, coopération, performance).
- L’amélioration de l’accès à des soins de qualité.
- La prévention et la santé publique.
- L’organisation territoriale du système de santé (création des ARS, politique régionale de santé, systèmes d’information ...).

Cette loi HPST précise que les pharmaciens d’officine :

- Contribuent aux soins de premier recours.
- Participent à la coopération entre professionnels de santé.
- Participent à la mission de service public de la permanence des soins.
- Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé.
- Peuvent participer à l’éducation thérapeutique et aux actions d’accompagnement de patients.
- Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement d’hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) dépourvu de pharmacie à usage intérieur (PUI).
- Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l’amélioration ou le maintien de l’état de santé des personnes.

8.1.2 Convention Nationale des Pharmaciens Titulaires d'Officine

Selon la Convention Nationale des Pharmaciens titulaires d'officine, « la dernière convention nationale des pharmaciens a été signée le 4 avril 2012 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens : la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France, l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine et l'Union Nationale des Pharmacies de France. La convention est entrée en vigueur le 7 mai 2012. Elle a l'ambition de revaloriser le rôle du pharmacien d'officine en santé publique. Cela se traduit par la création de modes de rémunération diversifiés portant notamment sur des engagements individualisés de qualité, d'efficience et de modernisation.

Cette convention se concentre sur plusieurs points :

- La qualité de la dispensation, avec :
 - L'accompagnement des malades chroniques et la prévention des risques iatrogéniques, formalisé par un entretien pharmaceutique et le bilan partagé de médication ;
 - L'engagement de stabiliser la délivrance de génériques pour les patients de plus de 75 ans.
- L'efficience de la prescription qui se traduit par des objectifs individualisés sur le développement des génériques et des conditionnements trimestriels.
- La modernisation des officines en facilitant les actions quotidiennes des pharmaciens grâce à la dématérialisation de la facturation et des pièces justificatives ainsi que le développement des téléservices.
- La création d'un honoraire de dispensation. Cette rémunération, déconnectée du prix médicament, est destinée à valoriser l'acte de dispensation qui comprend :
 - L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance ;
 - La préparation éventuelle des doses à administrer ;
 - Les conseils aux patients.
- L'accès aux soins des patients qui est garanti par la revalorisation de la permanence pharmaceutique et l'optimisation du maillage territorial officinal. »⁸³

8.1.3 Décret n°2018-841 du 3 octobre relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

« Ce décret détaille les nouvelles dispositions qui élargissent le rôle du pharmacien en matière de prévention, de dépistage de coordination des soins et reconnaissent ainsi les missions du pharmacien d'officine tout en en créant de nouvelles :

- Actions d'évaluation en vie réelle des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique ;
- Dépistage des maladies infectieuses et non transmissibles ;
- Participation à la coordination des soins. »⁸⁴

8.2 Optimisation de la relation patient/pharmacien

Le dialogue professionnel de santé-patient est complexe et peut déboucher sur une impasse relationnelle. Il est important de reconnaître ces situations afin de diminuer leur impact sur la qualité de l'échange. Les barrières sont autant de freins à l'établissement d'une véritable alliance thérapeutique. Le professionnel de santé, en optimisant sa communication verbale et non verbale, réussira à abaisser les résistances de son patient.

La relation entre un professionnel de santé et son patient peut se définir comme la rencontre clinique de deux personnes avec des caractéristiques et des personnalités différentes. La subjectivité du pharmacien se bâtit à partir des connaissances scientifiques qu'il a acquises, de son expérience professionnelle au contact des patients mais également de sa culture personnelle.⁸⁵

8.2.1 Alliance thérapeutique

Les pharmaciens et, au sens large, les professionnels de santé peuvent se répartir selon un profil à tendance « cure » ou « care » :

- Le profil "cure" est majoritairement centré sur l'aspect technique de la maladie et ses traitements.
- Le profil "care" prend surtout en compte la dimension humaine, privilégiant la relation, la qualité de vie et l'écoute.

Bien évidemment, idéalement, tout professionnel de santé devrait présenter à la fois ces deux profils et savoir identifier à quel moment il doit être plutôt « care » ou plutôt « cure » avec son patient. La subjectivité du patient correspond, quant à elle, à la perception qu'il a de son état de santé. Elle relève d'un véritable processus dynamique, ce qui signifie qu'elle est soumise à une évolution permanente en fonction, notamment, des améliorations ou des complications de sa maladie.

Créer une alliance thérapeutique signifie favoriser la rencontre de ces deux subjectivités et obtenir un accord minimaliste permettant l'établissement d'un dialogue constructif. À l'inverse, édifier des barrières, volontairement ou involontairement, aboutit à une situation de blocage préjudiciable pour le patient et son pharmacien.⁸⁵

8.2.2 Adhésion thérapeutique

L'adhésion thérapeutique est le niveau d'adéquation entre le comportement d'un patient et les recommandations. Elle repose sur l'entente avec un professionnel de la santé. Lors de l'initiation d'un nouveau traitement ou lors d'un changement de traitement, le processus de décision médicale partagée permet d'augmenter l'alliance thérapeutique en prenant en compte les valeurs et préférences du patient, avec un effet positif attendu sur l'adhésion.

Améliorer l'adhésion est un objectif difficile à atteindre. L'importance des perceptions du patient conduit naturellement à entreprendre aux démarches prenant en compte ces dimensions personnelles comme l'éducation thérapeutique (ETP) ou l'entretien motivationnel.⁸⁶

8.2.3 Entretien motivationnel

Selon C. Beauvais, « voici ci-dessous les principes de l'entretien motivationnel avec la règle des quatre E :

- Éviter le réflexe correcteur : Ne pas argumenter ou contre-argumenter car cela entretient la résistance au changement. Cela est particulièrement vrai lorsque le patient est ambivalent. C'est plutôt une tendance de la nature humaine de résister à la persuasion ;
- Explorer les motivations : Ce sont les propres arguments du patient en faveur du changement, et non pas ceux du pharmacien, qui sont les plus susceptibles de déclencher un changement de comportement. Un second principe directeur est de s'intéresser aux préoccupations, aux valeurs et aux motivations du patient ;
- Écouter le patient : Quand il s'agit de comportement de changement, les réponses sont plus susceptibles de se situer chez le patient lui-même, et les trouver exige une certaine écoute ;
- Encourager le patient : Un quatrième principe directeur est l'autonomisation du patient, l'aider à explorer comment il peut lui-même faire la différence pour sa propre santé. En l'aidant à exprimer ses difficultés et en valorisant ses changements même minimes. »⁸⁶

8.2.4 Éducation thérapeutique

Selon la HAS, « la maladie chronique confronte les patients à une surveillance quotidienne de leur état de santé, à la nécessité de faire face aux crises, de prendre régulièrement des traitements et savoir prendre des initiatives, de s'adapter en permanence à la situation et à l'évolution de la maladie, de trouver un équilibre, d'associer les parents d'un enfant malade, les proches, à cette gestion quotidienne. La gestion quotidienne d'une ou plusieurs maladies chroniques demande au patient des changements ou des adaptations importantes qui peuvent être difficiles à mettre en œuvre sans acquisition de compétences.

Une éducation thérapeutique du patient (ETP) permet aux patients d'acquérir et de mobiliser fréquemment des compétences d'autosoins et d'adaptation, de les renforcer et de les maintenir dans le temps. Complémentaire de la stratégie thérapeutique, elle peut encourager le patient à assumer un rôle actif au sein de l'équipe de soins et faciliter l'autogestion de sa ou ses maladies ou symptômes chroniques. »⁸⁷

Il n'existe à ce-jour pas de séances d'ETP en France sur l'anorexie mentale incluant un pharmacien, pourtant la présence d'un pharmacien représenterait une évolution de la place du pharmacien dans la prise en charge de l'AM, en effet ses conseils sur les effets indésirables possibles des traitements pris en automédication par les patients, ainsi que sur les modalités de prise des compléments alimentaires et nutritionnels pourraient s'intégrer dans l'éducation thérapeutique de la patiente que ce soit en ambulatoire ou à l'officine.

8.3 Repérage précoce à l'officine

Plus on réagit tôt, plus on évite la chronicisation des troubles du comportement alimentaires. L'anorexie mentale se caractérise par une quête obsessionnelle de la maigreur. En cas de doutes, quelques signaux caractéristiques qui vont être détaillés ci-dessous peuvent attirer l'attention de du pharmacien. Il faut donc essayer de repérer les attitudes suspectes à l'officine et encourager les familles à consulter un médecin rapidement dès les premiers signes.

Le premier signe est le déni du sujet atteint face à sa maigreur, qui permet de différencier une cause organique. Dans tous les cas, toute perte de poids, tout isolement social, toute apparition de troubles obsessionnels chez un enfant ou un adolescent, toute aménorrhée chez la jeune fille justifient une visite médicale pour écarter une pathologie somatique (tumeur, maladie digestive...) ou psychique.⁸⁸

8.3.1 Perte de poids qui devient obsessionnelle

Le pharmacien d'officine, au contact de patients peut être soumis aux questionnements de familles s'inquiétant pour l'un de leurs proches, se demandant s'il ne souffre pas de troubles alimentaires.

Le pharmacien a donc ici un rôle d'information à délivrer :

- « Faire un simple régime, même un peu poussé, n'est pas synonyme d'anorexie. Cependant, ce peut être le cas si la perte de poids et la privation de nourriture deviennent de véritables obsessions ;
- L'anorexie mentale est une pathologie qui relève en effet de la psychiatrie, et repose sur une perturbation de l'image de son propre corps. Celui-ci est constamment perçu comme trop gros, même lorsque son poids se situe en deçà de la normale. »⁸⁹

8.3.2 Des signes évocateurs d'anorexie

Selon M. Noiret, « quelques comportements peuvent mettre la puce à l'oreille aux parents ou proche d'une personne souffrant d'anorexie mentale :

- Le tri méticuleux des aliments dans l'assiette ;
- Des excuses systématiques pour éviter les repas ;
- Le décompte obsessionnel des calories ;
- Des crises de boulimie suivies de vomissements ;
- Une hyperactivité physique et mentale ;
- Utilisation excessive de la balance. »⁸⁹

A titre de suggestion, quelques conseils que le pharmacien peut délivrer : il peut être utile de conseiller de proscrire l'utilisation de la balance à la maison, cela peut gêner autant la patiente que les parents, car la patiente aura le sentiment de perdre un élément de contrôle de son poids et les parents auront l'impression de ne plus du tout pouvoir superviser si la patiente perd du poids. Alors qu'en réalité cela permet à la patiente et aux parents aussi de moins se focaliser sur le poids.

D'autres signes peuvent également être évocateurs :

- L'absence de règles chez les jeunes filles et les femmes pendant plus de 3 mois ;
- Un amaigrissement très prononcé (si l'IMC descend par exemple en dessous de $17,5\text{kg/m}^2$).⁸⁹

8.3.3 Être vigilant dès l'enfance

Si, dans la majorité des cas, les troubles du comportement alimentaire apparaissent entre l'âge de 12 et de 18 ans et majoritairement chez les filles, il n'est pas rare de voir se développer des formes prépubertaires (vers 9-11 ans). Surveiller les achats répétés de « fortifiants », de vitamines ou de produits pour « ouvrir l'appétit », en suggérant aux parents de consulter un médecin sous couvert d'une vérification d'une croissance harmonieuse.⁸⁸

8.4 Prévention et conseils à l'officine

8.4.1 Comportement à avoir face aux patientes

Il a donc été vu précédemment qu'il existe à l'officine des comportements pouvant alerter sur une éventuelle existence de troubles du comportement alimentaire. Il sera détaillé ici le comportement à avoir face à ces patientes.

Toute jeune femme, cela peut débuter vers 10-13 ans venant acheter des substituts de repas, des gélules pour maigrir, des crèmes amincissantes, et qui manifestement n'a pas de surpoids, tout achat répété de laxatifs, doivent alerter le pharmacien. Il faut donc la ramener à une réalité, sans porter de jugement et en adoptant un comportement de soignant. Il est possible de lui dire : « Objectivement, vous n'avez pas de problème de poids. Que se passet-il ? Pourquoi vous trouvez-vous grosse ? » Soit la personne est prête à l'entendre, soit elle peut nier et s'enfuir de la pharmacie. L'important est de ne pas encourager leur tentative à maigrir. Montrer qu'on n'est pas dupe tout en adoptant une attitude d'empathie.

Il convient d'être aussi attentif aux filles adolescentes « sans problème » dont les mères sont les confidentes, même dans le cadre de relations « parfaites » mère-fille. Une remarque type « ma fille veut se remettre au régime » est l'occasion de demander à la mère : « Comment se nourrit votre fille ? » Si la mère confie qu'elle ne le sait pas, que sa fille ne mange jamais à table avec le reste de la famille, qu'elle n'a jamais faim et se plaint de maux de ventre fréquents, qu'elle mange trois bouchées à peine ou qu'elle mange « comme quatre » tout en étant menue, il est judicieux d'aborder l'éventualité d'un problème de santé en conseillant d'aller voir un médecin pour vérifier que la croissance se passe normalement ou qu'il n'y a pas de problèmes somatiques sous-jacents. Sans inquiéter. Si lors de questionnement de la mère à sa fille, la jeune fille répond « tout va bien », suggérer à la maman de dire « je vois bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas, je ne sais pas quoi, mais si tu veux en parler, je suis là. »⁸⁸

8.4.2 L'aide aux familles

Voici quelques conseils que le pharmacien d'officine peut délivrer aux proches d'une personne souffrant d'AM car il n'est pas évident de trouver la bonne attitude à suivre, selon M. Noiret :

- « Acceptez la présence de la maladie ;
- Évitez de juger, de condamner ou de culpabiliser la personne atteinte d'AM ;
- Manifestez clairement votre inquiétude ;
- Amenez la personne anorexique à consulter un psychiatre, et n'hésitez pas à insister. »⁸⁹

Selon le moniteur des pharmacies, « il n'existe aucun médicament permettant de traiter l'anorexie mentale. Un suivi psychiatrique le plus précoce possible afin d'éviter que la maladie ne devienne chronique est recommandé. »⁸⁹ Il est aussi important de déculpabiliser les familles, les troubles du comportement alimentaire ont une origine « biopsychosociale ». Toutes les familles de toutes catégories sociales peuvent être touchées.⁸⁸

8.4.2.1 Se décentrer de l'assiette

Lorsqu'un trouble du comportement alimentaire entre dans une famille, tous ses membres sont touchés et éprouvent de la culpabilité, un sentiment d'échec, d'incompétence, de colère, d'anxiété, de tristesse et d'impuissance. Souvent désemparés, les proches ne savent plus quelle attitude adopter. Il en résulte de violentes tensions, en particulier au moment des repas. Le pharmacien peut aider les familles en apportant quelques conseils :

- Eviter de se focaliser sur l'assiette de la personne malade en essayant de privilégier des moments d'échange et de partage, en parlant d'autre chose. Toutefois, les parents choisissent ce qui sera servi et la jeune personne décidera des quantités qu'elle mangera.
- Ne pas rester seul face à la maladie d'un proche. L'entourage a aussi besoin d'un soutien et d'un accompagnement, soit via une thérapie familiale, soit grâce à des groupes de parole en privilégiant les adresses fournies par des associations sérieuses, qui seront présentées après.
- Se préserver : la maladie a tendance à accaparer l'attention et l'énergie de tous. Même si cela paraît difficile, il est essentiel pour les parents et l'entourage d'avoir des activités plaisantes, de continuer à voir des amis... et de prendre soin des autres enfants de la famille.⁸⁸

8.4.3 Combattre les idées reçues

Les personnes qui souffrent d'anorexie mentale n'ont pas perdu l'appétit : elles sont en fait volontairement engagées dans une terrible lutte contre la faim. Les troubles du comportement alimentaire génèrent un état de souffrance important pour la personne atteinte, qui est « déconnectée » de son propre corps avec d'énormes difficultés pour ressentir ses émotions, angoisse, culpabilité, sa tête « contrôle » tout. Certaines évoquant une voix qui leur dit qu'elle est « nulle », « ne vaut rien ».

Un trouble du comportement alimentaire est un symptôme permettant d'exprimer que quelque chose de plus profond fait souffrir. Ce n'est ni une simple question de volonté, ni la mise en œuvre d'un chantage affectif. La coercition, tout comme les approches purement médicamenteuses, sont inefficaces. La personne souffrant de TCA désirent guérir est avant tout son propre thérapeute. Respecter son autonomie dans l'acceptation du soin, dans le choix des objectifs et des moyens à mettre en œuvre est primordial. Bannir tout jugement de valeur : la personne atteinte a développé tout un système de croyances, de valeurs et de comportements qui ont une signification personnelle profonde.⁸⁸

8.4.4 Rétablir la communication

Il est indispensable de parler à la personne souffrant de TCA, bien souvent dans le déni. Durant cette phase, conseiller à l'entourage de prendre patience tout en parlant avec elle de ses inquiétudes, de ses observations, surtout sans juger, ni critiquer ou la rejeter, et tout en veillant au suivi régulier par un médecin. La communication passe souvent par diverses phases d'acceptation de la maladie et peut être soulagée à un moment opportun de pouvoir enfin en parler. Demander de l'aide est souvent difficile pour la patiente. Lorsque la patiente a dépassé la phase de déni, un premier pas pour l'amener à se soigner peut consister à donner des informations sur les risques et les dangers que font courir l'amaigrissement (fatigue durant les activités physiques...), les vomissements éventuels (carences vitaminiques, lésions de l'œsophage...) et l'abus des laxatifs (troubles cardiaques...).⁸⁸

8.4.5 Collaborer avec le corps médical

Consulter des professionnels de santé sensibilisés à la problématique des troubles du comportement alimentaire afin de mettre en place l'aide nécessaire pour affronter la maladie. Pour les adolescents vivant sous le toit familial, la thérapie familiale est à recommander, ainsi que d'encourager les proches à collaborer avec les personnes en charge du patient (médecin généraliste, endocrinologue, psychiatre, psychologue, diététicien...) afin qu'il perçoive l'existence d'une attitude cohérente.⁸⁸

8.4.6 Ressources utiles d'informations disponibles

Outre les soins, il peut être utile pour le patient de s'appuyer sur le soutien d'autres malades au travers d'associations, de groupes d'entraide ou de groupes de psychoéducation. Les associations de familles offrent des groupes d'entraide et de soutien, à proximité du domicile. Le pharmacien peut conseiller des associations, pour éviter les gourous en tout genre et les promesses miraculeuses de certains, plus proches de la secte que du soignant, certaines associations reconnues pour leur sérieux peuvent être recommandées. Elles sont une aide précieuse pour fournir les coordonnées de praticiens spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire et de groupes de parole fort utiles pour les proches :

- Le Groupe européen pour les anorexiques, les boulimiques et les familles (GEFAB) est une association cherchant à mieux comprendre la pathologie du comportement alimentaire afin

d'améliorer les traitements spécifiques. Le GEFAB propose notamment des réunions ouvertes à tous, des groupes d'entraide. Il redistribue l'information qu'il recueille auprès des patients, de leur entourage, des thérapeutes... Il émet aussi six lettres d'information par an.⁹⁰

- Enfin⁹¹ est une association bénévole d'information et d'entraide autour des TCA. Elle se structure autour de groupes de parole pour les patients et d'autres pour l'entourage, de brochures informatives et d'activités de loisirs (expression artistique, randonnées...). Dans son annuaire, le site recense de nombreuses coordonnées de services spécialisés (en ville et à l'hôpital), de sites, d'associations.

8.4.7 La délivrance de produits amincissants à l'officine

La délivrance de produits amincissant peut faire partie du repérage de l'AM chez l'adolescente, car la patiente éprouve un besoin impérieux de maigrir, elle utilisera différentes stratégies détaillées précédemment pour arriver à maintenir un poids très bas. L'utilisation de produits amincissants peut s'avérer très tentant, pour la patiente souffrant d'AM.

De plus le pharmacien a dans son officine un rayon dédié à la minceur et entretient ainsi d'une certaine façon le culte de la minceur.

Voici ci-dessous les différents groupes de produits minceur que le pharmacien peut conseiller et délivrer à l'officine, ainsi que les conseils associés à leur délivrance :

- Fibres alimentaires :
 - Capacité à absorber jusqu'à 50 à 100 fois leur poids en eau. Elles diminuent, de ce fait, la sensation de faim et réduisent également l'activité des enzymes digestives, donc l'absorption intestinale des sucres. Ainsi, elles inhibent l'hyperglycémie et l'insulinémie post-prandiale, prévenant les fringales.
 - Différentes drogues végétales telles que le fucus, le nopal, le konjac, les pectines de fruits ou l'ispaghul peuvent être conseillées.
 - Cependant, des précautions d'emploi, voire des contre-indications doivent être connues : l'ispaghul est contre-indiqué en cas de sténose de l'œsophage, du tractus gastro-intestinal ou d'occlusion intestinale ; le fucus, riche en iode, est déconseillé chez les personnes ayant des troubles thyroïdiens.
- Brûleurs de graisse :
 - Ils agiraient en accélérant le métabolisme énergétique ou en diminuant l'absorption des graisses alimentaires au niveau du tube digestif. Ils accroissent donc la thermogenèse (caféine du thé vert ou du guarana, matéine du maté ou synéphrine du Citrus aurantium) ou diminuent l'absorption digestive des graisses (fibres animales du chitosan, extrait de la carapace de crustacés, fibres douces de l'ispaghul ou du karaya).

- Par ailleurs, il convient de prendre en compte l'apport de ces brûleurs de graisse dans la ration quotidienne en caféine dont la surconsommation peut être à l'origine de troubles neurovégétatifs et d'anxiété.
 - De plus, la caféine étant métabolisée par le cytochrome P450 A12, des précautions sont nécessaires avec certaines molécules inhibitrices ou inductrices de cette isoforme.
 - De même, il est formellement déconseillé d'associer ces plantes avec l'orange amère, en raison d'un risque de troubles cardiaques sévères.
- Capteurs de graisse :
- Différentes spécialités à base de chitosane ou de nopal peuvent être proposées pour leurs propriétés hypocholestérolémiantes et lipophiles.
 - Ces produits sont proscrits chez l'enfant en raison d'un risque de retard de croissance.
 - Les principaux effets indésirables rapportés sont des troubles digestifs, des douleurs abdominales, des flatulences, des diarrhées et des sensations de bouche sèche.
- Diurétiques d'origine végétale :
- Différentes plantes comme l'hibiscus, piloselle, pissenlit, orthosiphon et frêne favorisent la sécrétion urinaire, mais n'agissent en aucun cas sur le tissu graisseux. Ces drogues végétales sont donc normalement privilégiées en cas de prise de poids associée à une rétention d'eau.
 - Les plantes, consommées en mélange dans des boissons, peuvent également faciliter la libération des toxines. Ces compléments alimentaires doivent être utilisés sur une très courte période et jamais chez les personnes hypertendues.
- Draineurs :
- Ils facilitent la résorption des œdèmes en vue de prévenir la cellulite et l'obésité graisseuse.
 - Si l'ananas ne présente pas d'effets indésirables ou de contre-indications formelles, la reine des prés est riche en salicylates. Son utilisation est donc déconseillée chez les personnes hypersensibles ou traitées par des anticoagulants.⁹²

Le pharmacien a pour rôle de conseiller et d'être alerté devant la délivrance excessive de produits amincissants à l'officine plus particulièrement à une patiente d'apparence maigre et/ou dont le diagnostic d'AM est connu. Il est important de repérer ces comportements et d'entamer une discussion avec la patiente afin de montrer que le pharmacien est à l'écoute et qu'il dispose des ressources nécessaires pour orienter la patiente vers une prise en charge adaptée si elle le souhaite. Le pharmacien doit mettre la patiente en confiance et ne pas la juger. Cette action de prévention sera d'autant plus efficace si la patiente est habituée à aller à la même pharmacie chercher ses produits et si elle se sent à l'aise. L'important au pharmacien est de montrer sa présence et de délivrer les conseils adaptés.

8.4.8 La délivrance de laxatifs à l'officine.

Les laxatifs peuvent être utilisés par les patientes anorexiques pour deux raisons différentes :

- En tant que stratégie de contrôle du poids.
- En tant que prise en charge symptomatique associée à la constipation, symptôme fréquent de l'AM.

Voici ci-dessous (Tableau 14), les différentes catégories de laxatifs en DCI (Dénomination commune internationale) avec leurs spécialités associées :

Tableau 14 : Les différentes catégories de laxatifs⁹³

<u>Laxatifs de lest</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Mucilage : NORMAFIBE®, PSYLIA®, PYLLIUM® , SPAGULAX®, TRANSILANE®
<u>Laxatifs lubrifiants</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Huile de paraffine associée à des mucilages ou du lactose : LAXAMALT®, MELAXIB®, MELAXOSE®, PARAPSYLLIUM®, TRANSULOSE® - Huile de paraffine associée à un sel alcalin : LUBENTYL A LA MAGNESIE® - Huile de paraffine non associée : HUILE DE PARAFFINE®, LANSOYL®, LUBENTYL®, RESTRICAL®, TRANSITOL®
<u>Laxatifs osmotiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Laxatifs salins : CHLORUMAGENE®, MAGNESIE SAN PELLEGRINO® - Polyéthylène glycol : FORLAX®, MACROGOL®, MOVICOL®, CASENLAX®, TRANSIPEG® - Sucres et polyols : LACTULOSE®, SORBITOL®, DUPHALAC®, IMPORTAL®, MELAXOSE®, TRANSULOSE®
<u>Laxatifs stimulants</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Laxatifs anthracéniques : AGIOLAX®, ARKOGELULES SENE®, BOLDOFLORINE®, DRAGEES FUCA®, DRAGEES VEGETALES REX®, GRAINS DE VALS®, HERBESAN®, IDEOLAXYL®, MEDIFLOR® TISANE CONSTIPATION, MODANE®, PURSENNIDE®, SANTANE C6®, TISANE PROVENCALE N°1®, YERBALAXA® - Bisacodyl : DULCOLAX®, CONTALAX® - Docusate sodique : JAMYLENE® - Picosulfate de sodium : FRUCTINES AU PICOSULFATE DE SODIUM®
<u>Laxatifs par voie rectale</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Bisacodyl : DULCOLAX®. - Glycérol : CRISTAL®, SUPPOSITOIRE A LA GLYCERINE® - EDUCTYL® - MICROLAX® - NORMACOL LAVEMENT® - RECTOPANBILINE®

Voici ci-dessous (Tableau 15), les différentes catégories de laxatifs avec leur mode d'action ainsi que leur délai d'action et les effets secondaires associés :

Tableau 15 : Mode d'action, délai d'action et effets secondaires associés aux différentes catégories de laxatifs⁹³

<u>Catégorie de laxatif</u>	<u>Mode d'action</u>	<u>Délai d'action</u>	<u>Effets indésirables les plus fréquents et précautions d'emploi</u>
Laxatifs de lest	Augmentent de volume en présence d'eau et modifient la consistance des selles. Ils nécessitent de boire beaucoup pour être actifs.	D'un à trois jours. Efficacité maximale après plusieurs jours de traitement.	Gaz et ballonnements. Il est conseillé de les prendre à distance des autres médicaments pris.
Laxatifs lubrifiants	En lubrifiant et ramollissant les selles, ils facilitent leur émission.	6 heures à trois jours.	Ils peuvent être responsables de suintements ou d'irritations au niveau de l'anus. L'usage prolongé peut réduire l'absorption de certaines vitamines (A, D, E, K).
Laxatifs osmotiques	Ils ramollissent les selles en créant un appel d'eau dans l'intestin et facilitent ainsi leur émission.	D'un à deux jours.	Ballonnements et douleurs abdominales au début du traitement.
Laxatifs stimulants	Stimulent l'intestin et augmentent la sécrétion d'eau.	A partir de 6 heures après la prise.	Diarrhée, douleurs abdominales, fatigue ou réactions allergiques qui nécessitent l'arrêt du traitement. Ils sont à utiliser en dernière intention.
Laxatifs par voie rectale	Déclenchent le réflexe de défécation.	Entre 5 et 60 minutes.	Utilisation répétée ou prolongée est déconseillée car elle peut provoquer un risque d'irritation au niveau de l'anus. Il est recommandé de prendre l'avis d'un médecin avant de prendre des laxatifs par voie rectale car ils sont déconseillés en cas de lésions anales.

Les patientes anorexiques peuvent absorber plusieurs comprimés de laxatifs avec plusieurs litres d'eau. Les vomissements sont provoqués et ont le même objectif que l'emploi de laxatifs : celui de se vider. Ni perte de poids réelle (seule l'eau est évacuée), ni malabsorption des graisses

(l'absorption des nutriments se fait surtout au niveau du grêle et non pas du côlon), le « jeu des laxatifs » est un leurre redoutable aux conséquences parfois dramatiques.

L'automédication des laxatifs ouvre la porte à la « maladie des laxatifs ». La maladie des laxatifs est une affection qui n'est pas rare. L'abus de laxatifs stimulants entraîne une inflammation de la muqueuse colique et, à long terme, des modifications anatomopathologiques irréversibles. Une fausse diarrhée est un signe inaugurant la maladie des laxatifs. La prise de laxatifs stimulant la sécrétion intestinale est à l'origine d'alternance de phases de constipation et de débâcles diarrhéiques, et peut engendrer une hypokaliémie ou une insuffisance rénale. La prise prolongée de laxatifs peut mener à une accoutumance, voire une dépendance. En effet, l'utilisation chronique de ces laxatifs entraîne des lésions des plexus nerveux coliques à l'origine d'une véritable inertie colique. La constipation est à l'origine de la maladie des laxatifs. Les laxatifs provoquent à long terme une atonie du côlon, ce qui oblige le malade à augmenter les doses de laxatifs.⁹⁴

Concernant l'abus de laxatifs, il entraîne à court terme une acidose métabolique hyperchlorémique par perte digestive de bicarbonates dans les selles. Cependant, un abus prolongé peut entraîner une déplétion du volume extra-cellulaire par pertes digestives de sodium, et donc une alcalose métabolique et une hypokaliémie, aggravant l'hypokaliémie par perte digestive de potassium. L'abus de laxatifs peut aussi entraîner une hypomagnésémie associée à des arythmies cardiaques et à une hypokaliémie et hypocalcémie.⁹⁵ Un sevrage des laxatifs peut être nécessaire chez les patientes qui en utilisent depuis des années.

Ainsi, une délivrance accrue et répétée de laxatifs chez une patiente d'apparence maigre et/ou dont le diagnostic d'AM est connu doit alerter le pharmacien, qui devra par exemple conseiller la patiente sur les effets indésirables. Les patients anorexiques, consomment le plus souvent des laxatifs stimulants afin de contrôler leur poids, le pharmacien devant ces comportements devra comme dit précédemment, être à l'écoute et se montrer compréhensif et orienter la patiente. Ayant un contact privilégié avec les patients, le pharmacien a, face à une demande de laxatifs, un rôle important à jouer en matière de prise en charge. En effet, l'automédication des laxatifs stimulants est très courante et importante, au point de rendre "banale" leur utilisation.

Afin de pouvoir limiter la consommation abusive de laxatifs, le pharmacien ne vendra pas plus d'une boîte à la patiente anorexique, il évite la vente des gros conditionnements, et essaiera si la patiente souhaite absolument prendre un laxatif, de l'orienter vers un laxatif doux comme les laxatifs osmotiques et d'éviter les laxatifs stimulants irritants et insister sur le fait que leur utilisation doit être ponctuelle. Il rappelle à la patiente quelques conseils concernant la prise des laxatifs osmotiques : à respect de la posologie, ils entraînent peu de ballonnement, flatulence, et une absence de fermentation colique. Ils n'entraînent pas de troubles hydro-électriques et leur efficacité est durable. La posologie est en général d'un à deux sachets par jour à prendre de préférence le matin. L'effet du laxatif osmotique se manifeste dans les 24 à 48 heures suivant son administration. On rappelle l'importance de respecter un intervalle d'au moins deux heures entre les prises de laxatifs osmotiques et d'autres médicaments.

Il conseillera à la patiente de limiter les laxatifs sous forme de tisanes, forme galénique très employée en automédication. Elle présente aux yeux du public la fausse image d'une thérapeutique

anodine car naturelle et ancienne. Bien au contraire, les tisanes sont presque exclusivement à base de dérivés anthraquinoniques (cascara, bourdaine, séné...). Il lui conseille donc d'éviter les laxatifs stimulants. Il lui rappelle que le traitement doit être réservé à une constipation occasionnelle et sur une courte durée (3 à 5 jours) et que la prise du traitement doit s'effectuer le soir. La « maladie des laxatifs » est le danger majeur auxquels sont confrontées les personnes qui, consciemment ou inconsciemment, ont une utilisation anarchique des laxatifs. Le rôle du pharmacien est de bien expliquer, à chaque délivrance de ces produits, les dangers que fait courir leur mésusage.⁹⁴

8.4.9 La délivrance de compléments nutritionnels oraux à l'officine

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont des mélanges nutritifs prêts à l'emploi permettant un apport nutritionnel de densité élevée par voie orale, en complément d'une alimentation habituelle. Les présentations, aux goûts et textures variés (boissons, barres, crèmes...), appartiennent aux Aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS).⁹⁶

Le pharmacien d'officine a pour rôle au comptoir de conseiller la patiente anorexique pendant une délivrance de CNO. Les différents conseils pouvant être apportés par le pharmacien sont présentés ci-dessous.

8.4.9.1 Indications des CNO

Ils sont indiqués chez les patients souffrant d'une dénutrition modérée avérée ou à risque de dénutrition. Selon l'Association française de formation médicale en hépato-gastro-entérologie, « il existe deux grands types de dénutrition :

- Dénutrition par réduction des apports. Il s'agit d'une dénutrition globale, protéino-énergétique, d'évolution chronique. Cette forme clinique est, sous toutes ses formes, la plus commune en pratique ambulatoire. La carence d'apport isolée la plus caractéristique est représentée par l'anorexie mentale. La réduction des apports conduit ainsi à une érosion de la masse maigre et à une diminution de la masse grasse, d'autant plus rapide que la carence est importante. Ce processus induit une perte de masse maigre musculaire moins rapide par diminution de la protéolyse. Parallèlement, les dépenses énergétiques de l'organisme sont réduites de 5 à 15 % par kg de masse maigre ;
- Dénutrition par hypermétabolisme. L'hypermétabolisme, associé à l'insuffisance des apports oraux, est une caractéristique des états d'agression : syndrômes inflammatoires, suite de chirurgie lourde. La dénutrition, fréquemment subaiguë, est alors plus protéique qu'énergétique et la perte de masse musculaire, est de survenue rapide, accompagnée d'une hypoalbuminémie à valeur pronostique et aboutissant dans un délai variable à la cachexie. Cette forme clinique est essentiellement rencontrée en pratique hospitalière ou dans les suites d'une hospitalisation notamment en l'absence de dépistage et de prise en charge adaptée. Elle est bien entendu plus rare que la forme avec réduction des apports dans la pratique ambulatoire. »⁹⁷

Les CNO sont indiqués en première intention en cas d'ingesta bas avec dénutrition modérée. Le niveau calorique des CNO réellement consommés est habituellement limité à 1000 kcal par jour, en pratique souvent beaucoup moins. La HAS recommande d'utiliser des produits hyperénergétiques ($\geq 1,5$ kcal par ml ou par g) et/ou hyperprotidiques (protéines $\geq 7,0$ g pour 100 mL ou pour 100 g, ou protéines ≥ 20 % des apports énergétiques totaux).⁹⁷

8.4.9.2 Choix des CNO

Outre les préférences du patient (texture, arôme), le choix du prescripteur est orienté par la composition qualitative. Les CNO polymériques complets apportent des protéines, glucides, lipides et des vitamines, électrolytes et oligoéléments. Ils sont dits hypercaloriques (HC) quand ils apportent au moins 1,5 kcal/ par mL (exemples : Fresubin Energy®, Ensure Plus®, Clinutren 1,5) ou hyperprotidiques (HP) quand ils apportent plus de 7 g de protéines pour 100 mL ou 100 g (exemples : Delical Boisson HP®, Nutra'Mix®), ou encore mixtes HPHC (exemples : Renutryl Booster®, Fortimel Crème®, Clinutren HPHC®). Certains CNO présentent des particularités : sans lactose ou sans gluten en cas d'intolérance ou de diarrhées, enrichis en fibres en cas de constipation, ou au contraire sans résidus, édulcorés pour les diabétiques.⁹⁶

Le pharmacien expose à la patiente la large gamme de CNO existante :

- Boissons HP/HC.
- Boissons fruitées HC, à consommer fraîches et pouvant être diluées.
- Potage HP/HC.
- Crème HP, conseiller de la brasser pour que cela soit plus facile à manger, peut se manger en plusieurs fois dans la journée.
- Dessert fruité HC, biscuits HP/HC, biscuit fourré qui peut se couper en quatre et se manger en plusieurs fois dans la journée.
- Plats salés.
- Céréales HP/HC à mélanger avec un yaourt.
- Poudre d'enrichissement protéique, à mélanger aux préparations de cuisine.

8.4.9.3 Posologie

La posologie correspond à un objectif nutritionnel individuel et doit donc être précise. Le plus souvent, elle vise à atteindre progressivement un apport supplémentaire de 400 kcal par jour et/ou de 30 g par jour de protéines (généralement deux unités par jour), poursuivi tant que les apports alimentaires spontanés ne sont pas suffisants.⁹⁶

8.4.9.4 Conseils de prise

Voici ci-dessous les différents conseils d'administration :

- Administrer en plus et non à la place des repas, au moins une heure et demie avant ou après un repas pour ne pas couper l'appétit.

- Une fois ouvert, le CNO se conserve 2 h à température ambiante, 24 h au réfrigérateur.
- Pour limiter l'écœurement, le consommer très frais.
- Certains produits peuvent être consommés glacés (crèmes), tiédés (50° C au maximum au bain-Marie ou au micro-ondes) ou aromatisés (caramel, sirop...).⁹⁶
- Les formes neutres peuvent être additionnées de café, chocolat ou sirop de fruits (pour varier, éviter la lassitude).
- Les formes liquides doivent être bien agitées avant consommation (dépôt au fond).
- Les boissons lactées peuvent être tiédies.
- Les boissons au gout fruité peuvent être diluées avec une eau gazeuse.
- Prendre un CNO à la fois.

Le contenant et l'aspect est important, le CNO peut être sorti de son emballage et sorti dans une assiette pour faciliter la prise. Il est important d'adapter impérativement aux goûts du patient, délivrer d'abord des petites quantités tests. Le pharmacien doit proposer fréquemment de varier les saveurs et les textures. Il faut rappeler à la patiente que ce sont des compléments, ils s'ajoutent à une alimentation par voie orale. La présentation des CNO à la patiente est importante, il faut présenter les CNO comme un médicament avec une posologie en mettant en avant les objectifs médicaux : lutter contre la maladie, amélioration de l'état de santé. L'entourage aura un rôle important dans la convivialité des repas.

Le pharmacien a aussi un rôle dans la surveillance de l'observance en surveillant le nombre d'unités consommées et le maintien d'une alimentation classique.⁹⁶ Le pharmacien explique que le succès de la complémentation orale passe par une adhésion au traitement. Il conseille la patiente afin d'obtenir une bonne observance au traitement et il accompagne le patient et la famille en jouant un rôle dans la coopération confiante de la patiente et de son entourage et de l'ensemble de l'équipe soignante.

8.4.9.5 Conditions de facturation

La première prescription de CNO est faite pour un mois de traitement maximum. La première délivrance est limitée à dix jours de traitement. Après avoir évalué l'observance, le pharmacien facture les 20 jours suivants. Le renouvellement de prescription par le médecin est pour trois mois maximum.⁹⁸

8.4.10 La délivrance de la nutrition entérale à l'hôpital

L'administration de médicaments par sonde de nutrition est un défi interprofessionnel qui nécessite les connaissances spécialisées de toutes les parties impliquées. Il convient de tenir compte à la fois d'aspects médicaux, d'aspects relatifs aux soins et d'aspects pharmaceutiques. Pour la prévention et la gestion de telles interactions, des conseils pharmaceutiques et des connaissances spécialisées sont indispensables. Une mauvaise administration des médicaments en association due à une manipulation incorrecte est à considérer comme une erreur médicamenteuse évitable.

A l'hôpital et dans le cadre de la prise en charge ambulatoire, la collaboration avec un pharmacien à activité clinique-pharmaceutique apporte une aide au médecin (pour la prescription) et au

personnel soignant (pour la mise en œuvre du traitement). Le moment de la première prescription d'un profil de médication via l'abord d'une sonde de nutrition est un moment opportun pour élaborer un plan thérapeutique individuel pour le patient en impliquant tous les groupes professionnels concernés ayant une expertise en nutrition clinique. Il s'agit de garantir une utilisation appropriée des sondes et des médicaments, augmentant ainsi la sécurité des patients et réduisant en même temps les complications, notamment mécaniques comme par exemple, l'obstruction des sondes. L'administration correcte des médicaments par sonde est importante pour la sécurité des patients et le succès thérapeutique. Afin de garantir une prise en charge sûre et efficace, la collaboration inter-professionnelle de toutes les professions de santé impliquées est indispensable. Cela englobe classiquement la prescription par le médecin, la validation par le pharmacien et la mise en œuvre par le personnel soignant.⁹⁹

Les pharmaciens hospitaliers ont un rôle spécifique dans la politique nutritionnelle à l'hôpital. Leurs missions définies réglementairement en font des acteurs dans la gestion des nutriments et dispositifs médicaux nécessaires aux techniques de nutrition artificielle. Leur expertise des questions galéniques leur permet d'assurer la préparation des mélanges nutritifs de nutrition parentérale dans des conditions optimales de qualité et de sécurité. Quand le recours à des spécialités pharmaceutiques n'est pas possible (pédiatrie), le pharmacien se trouve associé à la politique nutritionnelle de l'établissement en prenant part aux travaux du comité de liaison alimentation nutrition. Il participe aux activités de nutrition artificielle à domicile lorsqu'elles existent dans l'établissement. L'ensemble de ces rôles institutionnels lui permettent d'apporter le soutien de ses connaissances dans le domaine des nutriments, des questions galéniques et des dispositifs médicaux aux équipes en charge de la nutrition, avec lesquelles une collaboration étroite est nécessaire.¹⁰⁰

Le pharmacien hospitalier délivre les poches de NE, il vérifiera la prescription, les solutions standards sont à privilégier : les produits isocaloriques (1 mL = 1 kcal) sont les mieux adaptés et les mieux tolérés ; ils favorisent la normalisation d'une vidange gastrique ralentie par la dénutrition. Les produits hyperprotidiques (20 % d'apport protidique total au lieu de 15 %) et des produits hypercaloriques (1 mL = 1,5 kcal) n'ont pas de place dans le traitement de l'anorexie mentale, hormis la prise en charge nutritionnelle d'urgence. Le pharmacien doit vérifier la posologie de la NE, les apports caloriques moyens doivent être de 20 à 30 kcal par kg par jour à atteindre en 24 à 48 heures. Il vérifiera l'absence de contre-indication à la NE qui sont des troubles de la conscience (sauf intubation ou trachéotomie), occlusion intestinale, hémorragie digestive haute, vomissements.

Le pharmacien peut rappeler et vérifier les techniques d'administration et les précautions d'emploi citées ci-dessous :

- Pour la sonde naso-gastrique, il faut une vérification initiale par radio du bon positionnement, fixation et marquage, vérification au moins une fois par jour et avant chaque utilisation (auscultation et épigastrique d'une injection d'air), rinçage régulier.
- Position semi-assise privilégiée.
- Nécessité d'une asepsie rigoureuse lors des branchements, pas de transvasement de produits.

- Vérification régulière (toutes les quatre heures jusqu'au cinquième jour puis toutes les douze heures) du résidu gastrique par aspiration, poursuite si le résidu est inférieur à 150 mL et interruption transitoire et introduction d'un prokinétique si résidu supérieur à 150 mL.¹⁰¹

8.4.11 Conseils nutritionnels : généralités en nutrition

8.4.11.1 Besoins nutritionnels

8.4.11.1.1 Conseils nutritionnels

« Conseils nutritionnels issus des objectifs du programme national nutrition-santé (PNNS) :

- Augmenter la consommation de fruits et légumes, quelles qu'en soient les formes (crus, cuits, nature, préparés, frais, surgelés ou en conserve) pour atteindre une consommation d'au moins cinq fruits et légumes par jour ;
- Consommer des aliments sources de calcium (essentiellement les produits laitiers) en quantité suffisante pour atteindre les apports conseillés, soit trois produits laitiers par jour ;
- Limiter la consommation des graisses totales (lipides totaux) et particulièrement des graisses dites "saturées" ; ces graisses sont fournies par certains aliments qu'il est préférable de consommer avec modération (viennoiseries, pâtisseries, charcuteries, beurre, sauces, certains fromages...) ;
- Augmenter la consommation des féculents sources d'amidon, notamment des aliments céréaliers (et particulièrement des aliments céréaliers complets qui ont l'intérêt d'apporter des quantités appréciables de fibres), des pommes de terre, des légumineuses, etc. ; ils doivent être présents à chaque repas ;
- Consommer de la viande, du poissons et d'autres produits de la pêche ou des œufs 1 à 2 fois par jour en alternance (en quantité inférieure à l'accompagnement), en privilégiant pour les viandes les morceaux les moins gras et en favorisant la consommation de poisson (au moins deux fois par semaine) ;
- Limiter la consommation de sucre et d'aliments riches en sucre (sodas, confiserie, chocolat, pâtisseries, desserts sucrés, etc.) ;
- Augmenter l'activité physique dans la vie quotidienne pour atteindre au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide par jour (monter les escaliers, faire ses courses à pied...) et réduire la sédentarité surtout chez l'enfant (temps passé devant la télévision, les jeux vidéo...) ;
- Pour atteindre les objectifs nutritionnels du PNNS, il faut également limiter la consommation de sel et toujours préférer le sel iodé, profiter sans excès des bienfaits des rayons solaires (pour recharger ses réserves en vitamine D) et surveiller régulièrement son poids. Tendre vers ces objectifs est le moyen d'atteindre un meilleur équilibre nutritionnel, d'avoir un apport adéquat en fibres, minéraux et vitamines, de réduire le risque d'être ou de devenir obèse, hypercholestérolémique et/ou hypertendu, et de diminuer le risque de développer certaines maladies. »¹⁰²

Voici ci-dessous quelques brochures de repères de consommation correspondant aux objectifs du PNNS que l'on peut distribuer au comptoir pour appuyer des conseils nutritionnels.¹⁰²

VOS REPÈRES DE CONSOMMATION

CORRESPONDANT AUX OBJECTIFS DU PNNS

S'il est recommandé de limiter la prise de certains aliments, il n'est pas question d'en interdire la consommation. De temps en temps, on peut s'offrir un petit plaisir.

Fruits et légumes		au moins 5 par jour	<ul style="list-style-type: none"> à chaque repas et en cas de petits creux crus, cuits, nature ou préparés frais, surgelés ou en conserve
Pains, céréales pommes de terre et légumes secs		à chaque repas et selon l'appétit	<ul style="list-style-type: none"> favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain bis privilégier la variété
Lait et produits laitiers (yaourts, fromages)		3 par jour	<ul style="list-style-type: none"> privilégier la variété privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés
Viandes et volailles produits de la pêche et œufs		1 à 2 fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> en quantité inférieure à celle de l'accompagnement viandes : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras poisson : au moins 2 fois par semaine
Matières grasses ajoutées		limiter la consommation	<ul style="list-style-type: none"> privilégier les matières grasses végétales (huiles d'olive, de colza...), favoriser la variété limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...)
Produits sucrés		limiter la consommation	<ul style="list-style-type: none"> attention aux boissons sucrées attention aux aliments gras et sucrés à la fois (pâtisseries, crèmes dessert, chocolat, glaces...)
Boissons		de l'eau à volonté	<ul style="list-style-type: none"> au cours et en dehors des repas limiter les boissons sucrées (privilégier les boissons <i>light</i>) boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, 2 verres de vin (de 10 cl) pour les femmes et 3 pour les hommes. 2 verres de vin sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl d'alcool fort
Sel		Limiter la consommation	<ul style="list-style-type: none"> préférer le sel iodé ne pas resaler avant de goûter réduire l'ajout de sel dans les eaux de cuisson limiter les fromages et les charcuteries les plus salés et les produits apéritifs salés
Activité physique		Au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide par jour	<ul style="list-style-type: none"> à intégrer dans la vie quotidienne (marcher, monter les escaliers, faire du vélo...)

Figure 6 : Repères de consommation correspondant aux objectifs du PNNS.¹⁰²

QUELQUES REPÈRES QUANTITATIFS



Figure 7 : Quelques repères quantitatifs de consommation.¹⁰²



Figure 8 : Quelques repères quantitatifs de consommation.¹⁰²

8.4.11.1.2 Aliments et Nutriments

Les aliments comme les pâtes, le lait et la viande sont digérés par la bouche, l'estomac et l'intestin grêle. La bouche composée d'aliments glucidiques dans la salive comme l'alpha amylase permet de couper les aliments. Au niveau de l'estomac, il y a deux types de digestion, la digestion mécanique qui permet le broyage des aliments et la digestion chimique à partir du suc gastrique riche en acide chlorhydrique. Au niveau de l'intestin grêle, les enzymes du suc pancréatique (glucosidases, peptidases et lipases) permettent la digestion.

Les nutriments sont des petites molécules absorbables par la barrière intestinale. Les nutriments énergétiques appelés macronutriments sont les glucides, lipides et protides. Les nutriments non énergétiques appelés micronutriments sont les vitamines hydrosolubles (vitamine B et C), les vitamines liposolubles (A, D, E et K), les minéraux microéléments (calcium et sodium) et les minéraux macroéléments et oligoéléments (iode, fer).¹⁰³

Le tableau 16 indique les nutriments apportés par les grands groupes d'aliments.

Tableau 16 : Nutriments apportés par les sept grands groupes d'aliments¹⁰³

Laits et produits laitiers (deux fois par jour)	<ul style="list-style-type: none"> - Protéines animales - Calcium de haute biodisponibilité - Vitamine D - Vitamine B2 et B12 - Lipides
Viandes et équivalents = Viande Poisson Œuf (une à deux fois par jour)	<ul style="list-style-type: none"> - Protéines animales - Acide gras oméga 3 (Poisson gras) - Fer héminique - Fluor (produits marins) - Zinc (produits carnés) - Sélénium - Vitamine A (poisson gras et foie) - Vitamine D (poisson gras et foie) - Vitamine B12, B8, B5 et B
Céréales et féculents (pains et dérivés) (deux à trois fois par jour)	<ul style="list-style-type: none"> - Glucides complexes - Fibres insolubles (cellulose, hémicellulose) - Magnésium - Calcium - Vitamine B1, B3, B5 et B6
Fruits et légumes (cinq fois par jour minimum)	<ul style="list-style-type: none"> - Eau - Glucides simples (surtout fruits) - Fibres solubles (pectine, gomme, mucilage, alginate ...) - Potassium - Magnésium - Calcium - Vitamine C - Bêta carotène - Vitamine B9
Matières grasses (d'origine végétale et animale)	<ul style="list-style-type: none"> - Lipides - Acides gras saturés, insaturés - Vitamine A,E et D
Produits sucrés	<ul style="list-style-type: none"> - Glucides simples
Boissons	<ul style="list-style-type: none"> - Eau

Afin de satisfaire les besoins énergétiques journaliers, il faut répartir la prise alimentaire dans la journée. Le petit déjeuner apporte 25% d'énergie nécessaire pour la journée, le déjeuner 35%, le goûter 10% et le dîner 30%. De plus, il est important de varier l'alimentation car les macronutriments n'apportent pas la même quantité d'énergie. Les glucides apportent 50 à 55% de l'apport énergétique journalier, les lipides 30 à 35% et les protides 10 à 15%.

8.4.11.1.3 Energie

L'énergie joue un rôle important dans notre organisme. Le métabolisme de base correspond à la dépense énergétique au repos / de base. Le métabolisme de base représente 60% de la dépense énergétique totale. Plusieurs facteurs peuvent influencer le métabolisme de base comme l'âge, le sexe, le poids, la taille, l'état physiologique, les habitudes alimentaires et les facteurs génétiques. Les autres facteurs qui entrent dans la dépense énergétique totale sont la thermorégulation, la thermogénèse post-prandiale et l'activité physique.

Le besoin énergétique journalier est de 2700 Kcal par jour pour un homme et de 2220 Kcal par jour pour une femme. Tous les individus n'ont pas besoin de la même quantité d'énergie journalière car il y a une variabilité individuelle avec plusieurs facteurs qui rentrent en compte comme l'âge, le sexe car en effet, un homme a une masse maigre composée de muscle plus importante que chez la femme et la masse maigre nécessite plus d'énergie, l'état physiologique et l'activité physique.

La balance énergétique d'un individu est équilibrée si la dépense énergétique journalière est égale aux besoins énergétiques journaliers. Si les apports énergétiques totaux journaliers sont inférieurs aux besoins énergétiques journaliers, il y a un risque de carence et de perte de poids, au contraire si les apports énergétiques totaux journaliers sont supérieurs aux besoins énergétiques journaliers, il y a une prise de poids.¹⁰⁴

8.4.11.1.4 Apports nutritionnels conseillés (ANC)

8.4.11.1.4.1 Protéines

L'ANC en protéines est de 0,8g par kg par jour pour un adulte et jusqu'à 0,9g par kg par jour pour un enfant de 11 à 18 ans. Les protéines ont plusieurs rôles, elles ont un rôle dans le renouvellement cellulaire, structural, fonctionnel et énergétique. Il faut apporter des protéines régulièrement car on ne peut pas les stocker. Elles permettent d'apporter les acides aminés indispensables : histidine, isoleucine, leucine, lysine, méthionine, phénylalanine, thréonine, tryptophane et la valine qui doivent être absolument apportés par l'alimentation car ne sont pas synthétisables par l'homme. Un apport protéique comprenant au moins 50 % de protéines d'origine animale couvre largement le besoin journalier en acides aminés indispensables. Un régime constitué exclusivement de protéines d'origine végétale sera juste suffisant voire insuffisant pour couvrir les besoins en acides aminés indispensables, car l'équilibre en acides aminés indispensables est plus facilement obtenu avec les sources animales.¹⁰³

8.4.11.1.4.2 Lipides

L'ANC en lipides est de 1 à 1,2 g par kg par jour. Les lipides ont un rôle fonctionnel, structural et énergétique. Il y a trois types de lipides : les acides gras saturés, les acides gras monoinsaturés et acides polyinsaturés (oméga 3 et oméga 6) indispensables car non synthétisables par l'homme. Les acides gras saturés doivent représenter moins de 30% des lipides totaux, les acides gras monoinsaturés 60% et les acides gras polyinsaturés 10% avec un rapport oméga 6 sur oméga 3 inférieur à 5.¹⁰³

8.4.11.1.4.3 Glucides

L'ANC en glucides est de 50 à 55% des apports énergétiques totaux. Les glucides ont un rôle énergétique, ils évitent la dénutrition et permettent la synthèse de certaines molécules. Les glucides simples doivent représenter 25% des glucides totaux, les glucides complexes 75% et les sucres ajoutés moins de 10%.¹⁰³

8.4.11.1.4.4 Fibres alimentaires

L'ANC en fibres alimentaires est de 25 à 30 g par jour avec 10 à 15 g de fibres alimentaires solubles. Les fibres alimentaires ont un effet bénéfique sur la satiété et le rassasiement, sur les pathologies du tube digestif comme les colopathies ou diverticuloses, et sur les hyperglycémies.¹⁰³

8.4.11.1.4.5 Minéraux

- L'ANC en chlorure de sodium est de 0,5 à 2 g par jour. Le chlorure de sodium a un rôle dans la communication cellulaire.
- L'ANC en potassium est de 2 à 6 g par jour. Le potassium a un rôle dans le maintien du volume cellulaire, la régulation du pH, dans le fonctionnement enzymatique, dans la synthèse protéique et dans la croissance cellulaire.
- L'ANC en calcium est de 900 mg par jour pour un adulte et de 1200 mg par jour pour un enfant de 11 à 18 ans. Les rôles principaux du calcium sont la contraction musculaire, la solidité des os et des dents et dans la fonction biologique de certaines enzymes.
- L'ANC en phosphore est de 750 mg par jour. Le phosphore en s'associant au calcium, assure la solidité des dents et des os et il participe à l'intervention de la mise en réserve et la libération de l'énergie.
- L'ANC en magnésium est de 4 mg par kg par jour. Le magnésium a un rôle dans la contraction et la relaxation des muscles striés et du muscle lisse.
- L'ANC en fer est de 11 mg par jour pour un homme et de 16 mg pour une femme.
- L'ANC en zinc est de 12 mg par jour pour un homme et de 10 mg pour une femme. Le zinc a un rôle dans la synthèse des protéines, le métabolisme des acides gras polyinsaturés et dans la stabilisation de structures peptidiques hormonales, de plus c'est un composant de la superoxyde dismutase qui est une enzyme antioxydante majeure.
- L'ANC en cuivre est de 2 mg par jour. Le cuivre a un rôle dans l'intégrité du cartilage, la minéralisation de l'os, la métabolisation du fer et du glucose et dans l'immunité.
- L'ANC en sélénium est de 1 µg par kg par jour. C'est un élément des sélénoprotéines qui sont des protéines de réparation de l'ADN.
- L'ANC en iode est de 150 µg par jour. L'iode est un composant des hormones thyroïdiennes.¹⁰³

8.4.11.1.4.6 Vitamines

Les vitamines sont des substances organiques nécessaires à l'organisme et que l'homme ne peut synthétiser en quantité suffisante, elles doivent donc être fournies par l'alimentation.

Voici ci-dessous, le tableau 17, présentant les différentes vitamines, les signes cliniques associés en cas de carence et leurs ANC respectifs :

Tableau 17 : Vitamines, ANC et signes cliniques en cas de carence¹⁰³

<u>Vitamines</u>	<u>ANC par jour</u>		<u>Signes cliniques en cas de carence</u>
	<u>Femme</u>	<u>Homme</u>	
Vitamine A (Rétinol)	600 µg	800 µg	- Oculaires - Dessèchement - Retard de croissance - Complications infectieuses
Vitamine D (Cholécalciférol)	5 µg		- Rachitisme - Ostéomalacie
Vitamine B1 (Thiamine)	1,1 mg	1,3 mg	- Neuropathie périphérique - Myocardite
Vitamine B2 (Riboflavine)	1,5 mg	1,6 mg	- Dermite séborrhéique - Oculaires
Vitamine B6 (Pyridoxine, Pyridoxal)	1,5 mg	1,8 mg	- Cutanéomuqueux - Neurologiques - Anémie
Vitamine B9 (Acide folique)	300 µg	330 µg	- Carence chronique : asthénie, neuropathie périphérique, troubles psychiques, anémie - Carence aiguë : nausée, vomissement, diarrhée, stomatite, dermite
Vitamine B12 (Cobalamines)	2,4 µg		- Asthénie, anorexie - Neuropathies périphériques
Vitamine C	110 mg		- Scorbut

8.5 Conclusion

De nouvelles missions ont été accordées au pharmacien d'officine, comme la loi HPST qui a donné de nouvelles perspectives aux missions et au rôle du pharmacien d'officine qu'elle consacre comme acteur à part entière du système de soins. La dernière Convention Nationale des Pharmaciens a l'ambition de revaloriser le rôle du pharmacien d'officine en Santé Publique.

L'optimisation de la relation patient/pharmacien est importante et elle passe par : une alliance et une adhésion thérapeutique, dans le but d'établir avec le patient un entretien motivationnel réussi. Il n'existe à ce-jour pas de séances d'ETP en France sur l'anorexie mentale incluant un pharmacien alors que ses conseils sur les effets indésirables possibles des traitements pris en automédication par les patients, ainsi que sur les modalités de prise des compléments alimentaires et nutritionnels pourrait s'intégrer dans l'éducation thérapeutique du patient que ce soit en ambulatoire ou à l'officine.

Plus on réagit tôt, plus on évite la chronicisation des troubles du comportement alimentaire. Il faut donc essayer de repérer les attitudes suspectes à l'officine et encourager les familles à consulter un médecin rapidement dès les premiers signes. L'important est de ne pas encourager leur tentative à maigrir. Montrer qu'on n'est pas dupe tout en adoptant une attitude d'empathie. Il est important de déculpabiliser les familles et de les conseiller au mieux. Le plus dur est de rétablir la communication, en effet demander de l'aide est souvent difficile pour la patiente. Lorsque la patiente a dépassé la phase de déni, un premier pas pour l'amener à se soigner peut consister à donner des informations sur les risques et les dangers que font courir l'amaigrissement, les vomissements éventuels et l'abus des laxatifs et de donner des ressources d'informations utiles telles que des associations et des personnels médicaux spécialisés dans la prise en charge de l'AM, tels que les psychologues, psychiatres, nutritionnistes, diététiciens et médecins. La collaboration avec le corps médical est essentielle pour la patiente, la famille et les soignants.

Différents produits délivrés à l'officine peuvent faire partie du repérage et de la prévention de l'AM à l'officine, comme la délivrance de produits amincissants à l'officine. En effet l'utilisation de produits amincissants peut s'avérer très tentant pour la patiente souffrant d'AM. Le pharmacien a pour rôle de conseiller et d'être alerté devant la délivrance excessive de produits amincissants à l'officine de plus à une patiente d'apparence maigre et/ou dont le diagnostic d'AM est connu. La délivrance de laxatifs en fait aussi partie, en effet en France, on constate, en pharmacie, une augmentation des demandes abusives de laxatifs stimulants par de très jeunes filles anorexiques, ces laxatifs entraînent un risque d'irritation de la muqueuse colique, d'hypokaliémie et de maladie des laxatifs. Ayant un contact privilégié avec les patients, le pharmacien a, face à une demande de laxatifs, un rôle important à jouer en matière de prise en charge. En effet, l'automédication des laxatifs stimulants est très courante et importante, au point de rendre « banale » leur utilisation.

A l'officine, des CNO peuvent être délivrés pour une patiente anorexique, lors de cette délivrance le pharmacien choisira avec la patiente le CNO adapté sachant qu'outre les préférences de la patiente (texture, arôme), le choix du prescripteur est orienté par la composition qualitative. Le pharmacien rappellera les conseils de prise et d'administration afin d'obtenir la meilleure observance possible.

Le pharmacien hospitalier a un rôle spécifique dans la politique nutritionnelle à l'hôpital, par leur expertise des questions galéniques et relative aux dispositifs médicaux. Le pharmacien hospitalier apporte ainsi le soutien de ses connaissances dans le domaine des nutriments, des questions galéniques et des dispositifs médicaux aux équipes en charge de la nutrition, avec lesquelles une collaboration étroite est nécessaire. Le pharmacien délivre les poches de NE, vérifie la prescription, la posologie, le mode d'administration et les précautions d'emploi.

Le pharmacien, peut apporter également des conseils concernant les besoins nutritionnels en se basant par exemple sur les objectifs du PNNS, il peut rappeler le rôle des aliments et nutriments, qu'afin d'être en bonne santé les apports énergétiques journaliers doivent compenser les besoins énergétiques journaliers, ils rappellent les ANC et le rôle des macronutriments et micronutriments et les signes associés en cas de carence en collaboration avec les nutritionnistes et les diététiciens.

9 Conclusion générale

L'anorexie mentale est définie comme le trouble mental de l'image corporelle caractérisé par la recherche et le maintien d'un poids anormalement faible et par une peur intense de grossir qui conduit à une restriction alimentaire volontaire. L'anorexie est une pathologie multifactorielle, une prédisposition au développement d'un TCA est décrite, liée à des facteurs développementaux, génétiques et sociaux. À la faveur d'un événement déclenchant (régime, stress, puberté, anxiété, dépression) apparaissent des symptômes alimentaires (restriction, vomissements). Ce qui peut résumer la conduite anorexique, c'est le fait de refuser l'alimentation, alors même que la personne a faim, 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 sa vie, lier estime de soi et maîtrise du poids, et créer une dépendance au manque, au « rien ». Les complications de l'AM sont somatiques (liées à la dénutrition et/ou aux vomissements) et psychiatriques (dépression, anxiété, addiction, risque suicidaire).

Actuellement, la prise en charge ambulatoire est la modalité de prise en charge initiale recommandée dans l'anorexie mentale par toutes les recommandations internationales. Si elles sont disponibles, des modalités de soins particulières, comme l'organisation en réseaux de santé qui représentent une aide précieuse en favorisant la coordination des soins existants. La formation des personnels impliqués peuvent être proposées conjointement aux prises en charge. Trois grandes catégories de prise en charge de l'AM sont présentes :

- La prise en charge diététique et nutritionnelle, qui a pour objectif initial la renutrition puis la rééducation nutritionnelle et diététique.
- La prise en charge somatique afin de prévenir, dépister et traiter les complications tout en s'inscrivant dans les objectifs de la prise en charge globale.
- La prise en charge psychologique et psychiatrique.

La prise en charge, elle est en premier lieu ambulatoire mais peut aussi être hospitalière. Une hospitalisation se décide au cas par cas, à la fois sur des critères médicaux, psychiatriques, comportementaux et environnementaux, et prend toujours en compte le patient et sa famille, ainsi que les structures de soins disponibles. Les objectifs du traitement de l'anorexie mentale sont la correction des critères de gravité somatiques, pondéraux, nutritionnels, psychologiques et sociaux, qui ont justifié l'hospitalisation.

Quel que soit le lieu choisi, les soins doivent associer médecin ou pédiatre, diététicien ou nutritionniste, psychiatre, psychologue, infirmier, autres professionnels de santé et assistant social. La prise en charge précoce du trouble est le meilleur garant d'un bon pronostic. L'évolution peut être considérée comme favorable dans 50 % des cas si l'on considère uniquement la triade diagnostique (anorexie, amaigrissement, aménorrhée). Ce taux chute à 30 % si l'on considère l'ensemble du tableau psychiatrique, ainsi que la qualité de vie, la vie relationnelle et l'insertion sociale.

L'anorexie mentale (AM) est une maladie difficile à soigner. Certaines difficultés rencontrées dans le traitement sont inhérentes à la maladie et au vécu particulier qu'elle génère chez les soignants. D'autres sont liées aux contextes familiaux, aux facteurs sociologiques et organisationnels. Au vu des difficultés spécifiques de ces prises en charge, il est important de développer des structures de soins adaptées, la prise en charge de l'AM demandant implication et authenticité, de lieux d'écoute et d'orientation. En France, 50 % des personnes souffrant de TCA ne bénéficieraient pas d'une prise en charge médicale.

Dans cette prise en charge complexe et multidisciplinaire, quel est le rôle du pharmacien ? Les patients ont accès tous les jours et à toute heure à une pharmacie, sans rendez-vous. Le maillage officinal est très large, ainsi le pharmacien a réellement un rôle à jouer dans la prise en charge de l'AM chez l'adolescente, il sera à nombreuses reprises en contact avec ces patientes.

Plus on réagit tôt, plus on évite la chronicisation des troubles du comportement alimentaire. Il faut donc essayer de repérer les attitudes suspectes à l'officine et encourager les familles à consulter un médecin rapidement dès les premiers signes. L'important est de ne pas encourager leur tentative à maigrir. Montrer qu'on n'est pas dupe tout en adoptant une attitude d'empathie. Il est important de déculpabiliser les familles et de les conseiller au mieux. Le plus dur est de permettre de rétablir la communication. En effet demander de l'aide est souvent difficile pour la patiente. Lorsqu'elle a dépassé la phase de déni, un premier pas pour l'amener à se soigner peut consister à donner des informations sur les risques et les dangers que font courir l'amaigrissement, les vomissements éventuels et l'abus des laxatifs et de donner des ressources d'informations utiles tels que des associations et des personnels médicaux spécialisés dans la prise en charge de l'AM, tels que les psychologues, psychiatres, nutritionnistes, diététiciens et médecins. La collaboration avec le corps médical est essentielle pour la patiente, la famille et les soignants.

Différents produits délivrés à l'officine peuvent faire partie du repérage et de la prévention de l'AM à l'officine, comme la délivrance de produits amincissants à l'officine, de laxatifs. Le pharmacien délivrera tous les conseils de prise associés et mettra en garde la patiente sur les risques d'effets indésirables associés à une utilisation excessive de ces produits. A l'officine, des CNO peuvent être délivrés pour une patiente anorexique, le pharmacien rappellera les conseils de prise et d'administration afin d'obtenir la meilleure observance possible de la patiente. Il apportera des conseils nutritionnels afin de sensibiliser la patiente à l'importance d'une alimentation qui couvre tous ses besoins afin d'être en bonne santé.

Le pharmacien hospitalier a également un rôle notamment dans la politique nutritionnelle à l'hôpital, par son expertise galénique en matière de nutriments et des dispositifs médicaux, en collaboration avec les équipes soignantes.

Bibliographie

- (1) ECNI. CUNEA Référentiel de Psychiatrie et Addictologie <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-psy-addicto-AESP.pdf> (lu le Sep 4, 2020).
- (2) Zipfel, S.; Giel, K.; et al. Anorexia Nervosa: Aetiology, Assessment, and Treatment. *Lancet Psychiatry* **2015**, *2*, 1099–1111.
- (3) SPF. Troubles des conduites alimentaires : un adolescent sur quatre concerné. **2008**, *394*, 16–18.
- (4) HAS. Anorexie Mentale : Prise en charge - Document d'information https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/3ebaf_fs_famillepatient_anorexie_2209.pdf (lu le Jul 16, 2020).
- (5) Inserm. Anorexie mentale <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale> (lu le Jan 31, 2020).
- (6) Ameli. Anorexie mentale : définition et causes <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes> (lu le Jan 31, 2020).
- (7) Culbert, K.; Racine, S. Research Review: What We Have Learned about the Causes of Eating Disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry* **2015**, *56*, 1141–1164.
- (8) Turcq, A. Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale, Thèse d'exercice, Caen, 2016.
- (9) Li, D.; Chang, X. A Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa Suggests a Risk Locus Implicated in Dysregulated Leptin Signaling. *Sci. Rep.* **2017**, 1–8.
- (10) Rask-Andersen, M.; Olszewski, P.; et al. Molecular Mechanisms Underlying Anorexia Nervosa: Focus on Human Gene Association Studies and Systems Controlling Food Intake. *Brain Res. Rev.* **2010**, *62*, 147–164.
- (11) Huckins, L.; Hatzikotoulas, K. Investigation of Common, Low-Frequency and Rare Genome-Wide Variation in Anorexia Nervosa. *Mol. Psychiatry* **2018**, *23*, 1169–1180.
- (12) Himmerich, H.; Bentley, J.; et al. Facteurs de Risque Génétiques Des Troubles de l'alimentation : Mise à Jour et Perspectives Sur La Physiopathologie. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* **2019**, *9*, 1–20.
- (13) Booij, L.; Casey, K. DNA Methylation in Individuals with Anorexia Nervosa and in Matched Normal-Eater Controls : A Genome-Wide Study. *Int. J. Eat. Disord.* **2015**, *48*, 874–882.
- (14) Scott-Van Zeeland, A.; Bloss, C. Evidence for the Role of EP HX2 Gene Variants in Anorexia Nervosa. *Mol. Psychiatry* **2014**, *19*, 724–732.
- (15) Shih, P.; Yang, J.; et al. Dysregulation of Soluble Epoxide Hydrolase and Lipidomic Profiles in Anorexia Nervosa. *Mol. Psychiatry* **2016**, *21*, 537–546.
- (16) Lock, J.; Via, M. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **2015**, *54*, 412–425.
- (17) Tchanturia, K. Poor Cognitive Flexibility in Eating Disorders: Examining the Evidence Using the Wisconsin Card Sorting Task. **2012**, *7*, 283–331.
- (18) Fitzpatrick, K. K.; Darcy, A.; et al. Set-Shifting among Adolescents with Anorexia Nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* **2012**, *45*, 909–912.
- (19) HAL - David, B. Biodiversité: microbiome et microbiote <https://hal-pasteur.archives-ouvertes.fr/pasteur-01349062> (lu le Dec 29, 2020).
- (20) Van de Wouw, M.; Schellekens, H.; et al. Microbiota-Gut-Brain Axis: Modulator of Host Metabolism and Appetite. *J. Nutr.* **2017**, *147*, 727–745.
- (21) Glenn, E.; Bulik-Sullivan, E.; et al. Eating Disorders and the Intestinal Microbiota: Mechanisms of Energy Homeostasis and Behavioral Influence. *Curr. Psychiatry Rep.* **2017**, *19*, 1–15.

- (22) Breton, J.; Legrand, R.; et al. Elevated Plasma Concentrations of Bacterial ClpB Protein in Patients with Eating Disorders. *Int. J. Eat. Disord.* **2016**, No. 49, 805–808.
- (23) Steinglass, J.; Berner, L. A. Cognitive Neuroscience of Eating Disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.* **2019**, 42, 75–91.
- (24) Duriez, P.; Gorwood, P. Apports récents des neurosciences dans la compréhension de l'anorexie mentale : génétique, épigénétique, neurocognition et circuit de la récompense. *Cah. Nutr. Diététique* **2018**, 53, 136–140.
- (25) Galmiche, M.; Deroissart, C.; et al. Étude des neuropeptides plasmatiques et de leurs immunoglobulines respectives chez 120 patients atteints de troubles du comportement alimentaire. *Nutr. Clin. Métabolisme* **2019**, 33, 14–15.
- (26) Gosseume, C.; Dicembre, M.; et al. Somatic Complications and Nutritional Management of Anorexia Nervosa. *Clin. Nutr. Exp.* **2019**, 28, 2–10.
- (27) Nandrino, J.-L.; Dodin, V.; et al. Effect of Intrapersonal Emotional Competences on the Relationship between Attachment Insecurity and Severity of Eating Disorder Symptoms in Patients with Restrictive Anorexia. *J. Clin. Psychol.* **2020**, 76, 476–492.
- (28) Levinson, C.; Sala, M.; et al. Diagnostic, Clinical, and Personality Correlates of Food Anxiety during a Food Exposure in Patients Diagnosed with an Eating Disorder. *Eat. Weight Disord. EWD* **2019**, 24, 1079–1088.
- (29) Marzola, E.; Porliod, A.; et al. Affective Temperaments and Eating Psychopathology in Anorexia Nervosa : Which Role for Anxious and Depressive Traits. *J. Affect. Disord.* **2020**, 266, 374–380.
- (30) Corcos, M. Blason d'un corps. *Perspect. Psy* **2016**, 55, 145–150.
- (31) Valentin, M.; Radon, L.; et al. Troubles bipolaires et anorexie mentale : une étude clinique. *L'Encéphale* **2019**, 45, 27–33.
- (32) Stern, J. Transcultural Aspects of Eating Disorders and Body Image Disturbance. **2018**, 72, 23–26.
- (33) Rodgers, R.; Melioli, T. The Relationship Between Body Image Concerns, Eating Disorders and Internet Use, Part I : A Review of Empirical Support. *Adolesc. Res. Rev.* **2016**, 1, 96–119.
- (34) Izydorczyk, B.; Sitnik-Warchulska, K. Sociocultural Appearance Standards and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents and Women of Various Ages. *Front. Psychol.* **2018**, 29, 429.
- (35) Melioli, T.; Gonzalez, N.; et al. Utilisation d'Instagram, aptitude à critiquer les médias et symptômes de troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes : une étude exploratoire. *J. Thérapie Comport. Cogn.* **2018**, 28, 196–203.
- (36) McLean, S.; Wertheim, E.; et al. A Pilot Evaluation of a Social Media Literacy Intervention to Reduce Risk Factors for Eating Disorders. *Int. J. Eat. Disord.* **2017**, 50, 847–851.
- (37) Rodgers, R. The Role of the "Healthy Weight" Discourse in Body Image and Eating Concerns: An Extension of Sociocultural Theory. *Eat. Behav.* **2016**, 22, 194–198.
- (38) SPF. Anorexie : Une peur panique d'être dépendant des autres qui conduit le sujet à s'effacer physiquement. **2020**, 443, 6–7.
- (39) Ma, R.; Mikhail, M.; et al. The Role of Puberty and Ovarian Hormones in the Genetic Diathesis of Eating Disorders in Females. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* **2019**, 28, 617–628.
- (40) Shankland, R. *Les troubles du comportement alimentaire*, 2nd ed.; Dunod: Malakoff, 2016.
- (41) Gebhard, S.; Dorogi, Y.; et al. Anorexie mentale: les nouveaux défis. *Forum Méd. Suisse* **2016**, 16, 648–654.
- (42) Kaye, W.; Wierenga, C.; et al. Neural Insensitivity to the Effects of Hunger in Women Remitted From Anorexia Nervosa. *Am. J. Psychiatry* **2020**, 177, 601–610.

- (43) Albinhac, A.; Jean, F. Study of parental bonding in childhood in children and adolescents with anorexia nervosa. *L'Encephale* **2019**, *45*, 121–126.
- (44) Laghi, F.; Pompili, S.; et al. How Adolescents with Anorexia Nervosa and Their Parents Perceive Family Functioning. *J. Health Psychol.* **2017**, *22*, 197–207.
- (45) Duclos, J.; Dorard, G.; et al. Predictive Factors for Outcome in Adolescents with Anorexia. *PloS One* **2018**, *13*, 1–14.
- (46) Glashouwer, K. A.; van der Veer, R. M. L. The Role of Body Image Disturbance in the Onset, Maintenance, and Relapse of Anorexia Nervosa. *Clin. Psychol. Rev.* **2019**, *74*, 101–771.
- (47) Lloyd, E. C.; Haase, A. M. Anxiety and the Development and Maintenance of Anorexia Nervosa: Protocol for a Systematic Review. *Syst. Rev.* **2018**, *7*, 1–5.
- (48) Roberts, S.; Ciao, A. The Influence of Gender on the Evaluation of Anorexia Nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* **2018**, *51*, 1162–1167.
- (49) Pouliquen, L. Anorexie : la nécessité d'un regard holistique <https://www.amessi.org/anorexie-la-necessite-d-un-regard-holistique> (lu le Feb 21, 2021).
- (50) Association, A. P. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*, 5th ed.; American Psychiatric Pub: Washington, 2013.
- (51) Labonté, T.; Paquette, D. La restriction alimentaire et l'anorexie mentale sous l'angle des théories évolutionnistes. *Rev. Psychoéducation* **2018**, *47*, 357–382.
- (52) Guy-Rubin, A. Anorexia in males. *Soins. Psychiatr.* **2016**, *37*, 20–21.
- (53) HAS. Anorexie Mentale : Prise en charge - Recommandations de bonnes pratiques https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_mentale.pdf (lu le Jul 16, 2020).
- (54) Morel-Portelette, M. Anorexie mentale masculine : revue de la littérature, Thèse d'exercice, Bordeaux, 2020.
- (55) Futura. L'anorexie mentale en chiffres : épidémiologie <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/maladie-tout-savoir-anorexie-181/page/3/> (lu le Jul 16, 2020).
- (56) Starzomska, M.; Tadeusiewicz, R. Pitfalls in Anorexia Nervosa Research: The Risk of Artifacts Linked to Denial of Illness and Methods of Preventing Them. *Psychiatr. Danub.* **2016**, *28*, 202–210.
- (57) Brockmeyer, T.; Anderle, A. Body Image Related Negative Interpretation Bias in Anorexia Nervosa. *Behav. Res. Ther.* **2018**, *104*, 69–73.
- (58) Zopf, R.; Contini, E.; et al. Body Distortions in Anorexia Nervosa: Evidence for Changed Processing of Multisensory Bodily Signals. *Psychiatry Res.* **2016**, *245*, 473–481.
- (59) Murray, S.; Strigo, I. Anorexia Nervosa, Neuroimaging Research, and the Contextual Salience of Food Cues: The Food Approach-Avoidance Conundrum. *Int. J. Eat. Disord.* **2018**, *51*, 822–825.
- (60) Neimeijer, R.; de Jong, P. Automatic Approach Tendencies towards Food and the Course of Anorexia Nervosa. *Appetite* **2015**, *91*, 28–34.
- (61) Decker, J. H.; Figner, B. On Weight and Waiting: Delay Discounting in Anorexia Nervosa Pretreatment and Posttreatment. *Biol. Psychiatry* **2015**, *78*, 606–614.
- (62) Young, S.; Rhodes, P.; et al. The Relationship between Obsessive-Compulsive Personality Disorder Traits, Obsessive-Compulsive Disorder and Excessive Exercise in Patients with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *J. Eat. Disord.* **2013**, *1*, 1–13.
- (63) Young, S.; Touyz, S.; et al. Relationships between Compulsive Exercise, Quality of Life, Psychological Distress and Motivation to Change in Adults with Anorexia Nervosa. *J. Eat. Disord.* **2018**, *6*, 1–8.

- (64) Kravvariti, V.; Gonidakis, F. Eating disorders and sexual function. *Psychiatr. Psychiatr.* **2016**, *27*, 136–143.
- (65) Boutari, C.; Pappas, P.; et al. The Effect of Underweight on Female and Male Reproduction. *Metabolism.* **2020**, *107*, 154–229.
- (66) HAS. Anorexie mentale : Prise en charge - Argumentaire https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf (lu le Jul 16, 2020).
- (67) Fayssol, A.; Melchior, J. C.; et al. Heart and Anorexia Nervosa. *Heart Fail. Rev.* **2019**, *26*, 65–70.
- (68) VIDAL. Troubles des conduites alimentaires https://www.vidal.fr/recommandations/3383/troubles_des_conduites_alimentaires/la_maladie/ (lu le Nov 8, 2020).
- (69) CHU de Tours. Memento de Prescription Diététique. June 2020.
- (70) Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Guide de nutrition https://www.chu.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2009-01/guide_1.pdf (lu le Jan 17, 2021).
- (71) Sphère Nutrition. Frebini Original Easybag <https://www.sphere-nutrition.be/frebini-original-easybag-500-ml.htm> (lu le Jan 17, 2021).
- (72) Sphère Nutrition. Fresubin Original Easybag <https://www.sphere-nutrition.be/fresubin-original-easybag-500-ml.htm> (lu le Jan 17, 2021).
- (73) Fazeli, P.; Lawson, E.; et al. Treatment With a Ghrelin Agonist in Outpatient Women With Anorexia Nervosa: A Randomized Clinical Trial. *J. Clin. Psychiatry* **2018**, *19*, 1–16.
- (74) Russell, J.; Maguire, S.; et al. Intranasal Oxytocin in the Treatment of Anorexia Nervosa: Randomized Controlled Trial during Re-Feeding. *Psychoneuroendocrinology* **2018**, *87*, 83–92.
- (75) Assemblée nationale et Sénat. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/2020-10-02/> (lu le Oct 2, 2020).
- (76) Limonta, A.; et al. Syndrome de renutrition inappropriée : aspects pratiques. *Rev. Médicale Suisse* **2015**, *11*, 1886–1891.
- (77) Collège national des Pédiatres Universitaires. Croissance normale et pathologique http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatric/enseignement/croissance_normale/site/html/1.html (lu le Jan 22, 2021).
- (78) Berends, T.; Boonstra, N.; et al. Relapse in Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr. Opin. Psychiatry* **2018**, *31*, 445–455.
- (79) Lyon-Pagès, I.; et al. Pourquoi l'anorexie mentale est-elle considérée comme une maladie difficile à soigner. *Rev. Médicale Suisse* **2007**, *3*, 320–346.
- (80) Le Moniteur des pharmacies. Mal dans leur assiette <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/porphyre/article/n-559/mal-dans-leur-assiette.html> (lu le Nov 8, 2020).
- (81) StopTCA. Stop TCA : Comment nous vous accompagnons, notre différenciation <https://stoptca.fr/pourquoi-choisir-stoptca/> (lu le Nov 8, 2020).
- (82) Assemblée nationale et Sénat. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/> (lu le Sep 11, 2020).
- (83) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Convention Nationale Des Pharmaciens Titulaires d'officine. **2012**, *34*, 1–51.
- (84) Assemblée nationale et Sénat. Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser

- l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037466340/> (lu le Sep 11, 2020).
- (85) Michiels, Y. Établir un véritable partenariat pharmacien-patient. *Actual. Pharm.* **2017**, 562, 25–27.
- (86) Beauvais, C. L'entretien motivationnel : une aide pour améliorer l'adhésion thérapeutique. *Rev. Rhum.* **2019**, 89, 319–321.
- (87) HAS. Education thérapeutique du patient https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_actualisation_litterature_etp_vf.pdf (lu le Sep 16, 2020).
- (88) Le Moniteur des pharmacies. Les troubles du comportement alimentaire <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2627/les-troubles-du-comportement-alimentaire.html> (lu le Nov 8, 2020).
- (89) Noiret, M. Anorexie : les signes à repérer <https://www.pharmaciengiphar.com/maladies/sante-mentale/troubles-alimentaires/anorexie-signes-reperer> (lu le Sep 16, 2020).
- (90) GEFAB. GEFAB :Groupe Européen pour les Anorexiques, les Boulimiques et les Familles <https://www.enfine.com/annuaire/gefab-groupe-europeen-anorexiques-boulimiques-familles/> (lu le Nov 8, 2020).
- (91) Enfin. Association Enfin : Ecoute et entraide autour des troubles du comportement alimentaire <https://www.enfine.com/> (lu le Nov 8, 2020).
- (92) Clere, N. Régimes et produits minceur, faire le bon choix. *Actual. Pharm.* **2018**, 57, 40–42.
- (93) VIDAL. Classification VIDAL des médicaments par domaine thérapeutique <https://www.vidal.fr/medicaments/classification/vidal/1072.html> (lu le Feb 21, 2021).
- (94) Pillon, F. Savoir conseiller les laxatifs à l'officine. *Actual. Pharm.* **2010**, 492, 10–21.
- (95) Lemille, J.; Le Bras, M.; et al. Anorexie mentale : anomalies des paramètres hématologiques et biochimiques. *Rev. Médecine Interne* **2021**, 12, 101–116.
- (96) Harlaut, A.-G. Compléments nutritionnels oraux <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2969/complements-nutritionnels-oraux.html> (lu le Mar 5, 2021).
- (97) Association Française de formation médicale en hépato gastro entérologie. Reconnaître et traiter la dénutrition en ambulatoire <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2011-paris/textes-postu-2011-paris/reconnaitre-et-traiter-la-denutrition-en-ambulatoire/> (lu le Mar 5, 2021).
- (98) Le Moniteur des pharmacies. Compléments nutritionnels oraux : les nouvelles conditions de prise en charge <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3275/complements-nutritionnels-oraux-les-nouvelles-conditions-de-prise-en-charge-c-est-en-juin.html> (lu le Mar 5, 2021).
- (99) Markus, M. Médication par sonde de nutrition: un défi interprofessionnel. **2019**, 19, 637–641.
- (100) Neuville, S.; Boyer, J. Rôle du pharmacien dans la politique nutritionnelle à l'hôpital. *Nutr. Clin. Métabolisme* **2003**, 17, 263–268.
- (101) Vital Durand, D.; Le Jeune, C. *Guide Pratique Des Médicaments DOROSZ*; Maloine: Paris, 2020; Vol. 39e édition 2020.
- (102) Ministère des solidarités et de la santé. Programme national nutrition santé (PNNS) <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels> (lu le Nov 8, 2020).

- (103) Nestle. Les nutriments: vitamines et minéraux, aliments antioxydants
<https://www.nutripro.nestle.fr/dossier/nutrition-generale/vie-quotidienne-et-equilibre-alimentaire/les-nutriments> (lu le Mar 7, 2021).
- (104) Masson, E. La dépense énergétique : mode d'emploi. *EM-Consulte* **2008**, 63, 2801–6380.

Annexes

9.1 Annexe 1

Voici ci-dessous (Tableau n°18) l'historique des consultations avec le Pédiatre hospitalier de Lola avant sa première hospitalisation :

Tableau 18 : historique des consultations à l'UMN avec le Pédiatre praticien hospitalier (PH) de Lola

<u>Consultation n°1</u>	<u>14/05/2019</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Evaluation d'un TCA. Lola a été adressée par son MT.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Histoire pondérale</u>	La croissance était normale auparavant, on peut estimer la perte de poids à 10 kg en huit mois. Le poids est sensiblement stabilisé depuis environ deux mois, ce qui correspond au début de la prise en charge médicale.
	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	<p>Le début des symptômes date de la rentrée 2018 avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une perte de poids. - Une diminution de la consommation de viande. - Un investissement important dans la confection de la cuisine. - Il n'y a pas de pesée, pas de compte calorique. <p>Actuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lola se trouve maigre, se plaint du froid. - Les repas sont réguliers avec trois repas et une collation, le sel, les sauces, le sucré et le beurre ont progressivement été arrêtés avec un début de réintroduction. Les féculents ont été diminués, surtout le pain. La variété alimentaire est large. Les repas ont été compliqués, avec une moindre difficulté pour les repas pris à l'extérieur. <p>Au petit déjeuner, pris seule, deux tartines de pain avec de la confiture réintroduite récemment ou des céréales, avec de l'eau. Le midi le repas est pris à la cantine avec une entrée inconstante, un plat, un fromage inconstant et un dessert. Le soir un repas complet et varié. Les quantités posent souvent des problèmes mais de façon non systématique. Les repas sont pris en famille à la maison et avec des amis au collège. L'ambiance des repas est bonne avec une attitude de l'entourage aidante, il y a eu très peu d'opposition.</p>

	<u>Conduites purgatives associées</u>	Aucunes.
	<u>Potomanie</u>	La consommation d'eau est d'environ deux Litres (L) par jour, surtout lors des repas.
	<u>Activité physique</u>	Il y a une hyperactivité physique apparue à l'automne avec du basket deux fois par semaine, de la course avec son père. La piscine a été arrêtée la semaine dernière à cause de l'inconfort provoqué par le froid. Lola est très active à la maison pour mettre la table et la débarrasser, laver la vaisselle. Activité importante de lecture, cours de piano.
	<u>Conduites addictives</u>	Non.
	<u>Pathologies associées connues</u>	Arythmie respiratoire retrouvée dans un bilan d'adénolymphite mésentérique.
	<u>Examen psychiatrique</u>	Le sommeil se passe bien avec un coucher vers 21 heures (h) et un lever vers 6h25. Il n'y a pas de réveil nocturne. On sent une certaine tristesse, une fragilité émotionnelle lorsqu'on évoque les problèmes alimentaires. Un suivi a été débuté il y a un mois avec une psychologue.
	<u>Evaluation du fonctionnement familial</u>	Les repas sont pris en famille à la maison et avec des amis au collège. L'ambiance des repas est bonne avec une attitude de l'entourage aidante, il y a eu très peu d'opposition.
	<u>Evaluation sociale</u>	Il y a un renferment au domicile, mais Lola garde ses copines qu'elle voit régulièrement. Il n'y a pas de réseaux sociaux.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 12 ans. - Poids : 32,3 kg (quasiment stabilisé depuis 2 mois). - Taille : 155 centimètres (cm) (même taille qu'en mars, taille cible 162,5 cm soit -0,5 DS). - Indice de masse corporelle (IMC) : 13,4 kg/mètre carré (m²), (inférieur au 3^e percentile). - Périmètre brachial : 17cm. - Pression artérielle : 114/63 mmHg. - Fréquence cardiaque : 78/minute. - Examen cardio-pulmonaire et abdominal normal. - Présence de lanugo dorsal. - Pas de chute de cheveux, pas d'ongles fragiles. - Extrémités fraîches. - Patiente non réglée mais en cours de puberté. 	

<u>Evaluation paraclinique</u>	<u>Bilan biologique du mois de février :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Numération normale. - Bilan hépatique et rénal normal. - Hypercholestérolémie. - Dénutrition. - L'électrophorèse des protides d'avril est normale. 	
<u>Conclusion consultation</u>	<p>Lola souffre d'un TCA de type Anorexie Mentale AM restrictive pure débutante, avec un début d'amélioration.</p> <p>Le Pédiatre conseille de continuer de désinvestir la cuisine, de diminuer l'activité à la maison, de proposer des repas réguliers en servant des quantités considérées comme normales par les parents de façon à travailler sur les repères alimentaires.</p>	
<u>Suite à donner</u>	<p>Un bilan biologique de répercussion a été prescrit, le complément vitaminique Alvityl® est à continuer.</p> <p>Lola a été adressée à un pédopsychiatre pour un suivi spécialisé.</p>	
<u>Consultation n°2</u>	<u>28/05/2019</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Suivi d'AM restrictive pure.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	<p>Depuis la dernière consultation, Lola a pu se désinvestir totalement de la cuisine.</p> <p>Concernant les repas, le service est effectué par ses parents, les quantités sont augmentées. Le petit déjeuner est maintenu, le goûter est pris à 18h00, Lola a pu consommer des aliments ciblés comme caloriques. Elle regarde moins la composition calorique des paquets.</p>
	<u>Potomanie</u>	Elle est revenue à des quantités de boissons normales soit un à deux verres par repas.
	<u>Activité physique</u>	L'activité à la maison a été diminuée, cependant il y a eu une course de 10 kilomètres (km) et une activité physique régulière (volley) dans le cadre scolaire et du basket. Le voyage en Espagne s'est bien passé mais a engendré de la marche répétée et des repas probablement moins réguliers.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 12 ans. - Poids : 30,6 kg (-1,6 kg en 2 semaines). - Taille : 155 cm. - IMC : 12,7 kg/m². - Périmètre brachial : 16,5 cm. - Pression artérielle : 113/76 mmHg. - Fréquence cardiaque : 83/minute. - Examen abdominal normal. 	
<u>Evaluation paraclinique</u>	<p>Le bilan biologique du 18 mai retrouve une numération normale, ionogramme normal, fonction rénale et hépatique normale, réserves martiales, magnésium, calcium et phosphore normaux, vitamine B12 et folates normaux.</p>	

<u>Conclusion consultation</u>	<p>L'Alvityl[®] vitalité est bien pris.</p> <p>L'activité physique récente n'a pas permis d'inverser la courbe poids malgré les efforts alimentaires. Un certificat de contre-indication à l'activité physique a été rédigé, qui comprend le séjour initialement prévu en camp de basket dans un mois. Cette mesure est difficile à accepter pour Lola.</p> <p>Le rendez-vous avec le pédopsychiatre a lieu le 12 juin.</p>	
<u>Consultation n°3</u>	<u>11/06/2019</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Suivi d'AM restrictive pure.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	Les repas continuent de s'améliorer avec des prises régulières, le stress persiste mais il y a pu avoir introduction de nouveaux aliments, ciblés comme caloriques (tarte aux fraises, gâteaux apéritifs). La consommation de produits laitiers reste assez faible. Le petit déjeuner et le goûter sont pris seule et sont les moments les plus difficiles.
	<u>Activité physique</u>	Depuis la dernière consultation, l'activité physique a pu être totalement arrêtée, visiblement sans grande difficulté.
	<u>Examen psychiatrique</u>	<p>Lola est plus ouverte et souriante à la consultation.</p> <p>Il persiste une certaine ambivalence et une perte de repères. Ce problème de décision entraîne des difficultés supplémentaires, avec compensation et manque de confiance en soi. Lola a l'impression d'être surveillée, sans trop de réaction négative.</p> <p>Lola se trouve maigre, signe que la dysmorphophobie diminue. Elle ne lit plus les étiquettes. Le rendez-vous psychiatrique aura lieu le lendemain, le suivi psychologique se poursuit.</p>
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 12 ans. - Poids : 30,6 kg (poids stabilisé). - Taille : 155 cm. - IMC : 12,7 kg/m² (inférieur au 3^e percentile, stable). - Examen abdominal normal. - Transit satisfaisant. 	
<u>Conclusion consultation</u>	<p>La stabilité est obtenue avec plusieurs signes positifs dont la diminution de la dysmorphophobie.</p> <p>Le travail sur la compensation est à poursuivre.</p> <p>Le pédiatre conseille que la maman prépare à l'avance le petit déjeuner et le goûter afin de diminuer l'angoisse du choix, il conseille également de rendre les laitages plus réguliers. Cet été Lola ira manger chez sa grand-mère, au fait de la situation.</p>	

<u>Consultation n°4</u>	<u>02/07/2019</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Suivi d'AM restrictive pure.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Histoire pondérale</u>	Depuis la dernière consultation, Lola a vu MT qui a constaté un poids plus faible il y a une semaine, dans un contexte où Lola faisait des efforts alimentaires et n'avait pas d'activité physique.
	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	Actuellement, elle a pu intégrer un laitage au petit-déjeuner, un au goûter et un le soir. Les tensions aux repas sont nettement moindres avec une diminution du stress et une volonté de faire des efforts. Il y a encore une difficulté à augmenter les quantités et le choix reste difficile. Le petit déjeuner et le goûter sont préparés par la maman. L'hydratation a été améliorée.
	<u>Conduites purgatives</u>	Aucunes.
	<u>Activité physique</u>	L'activité est minime avec un peu de piscine sans nage. Lola a repris la lecture de façon modérée, sans difficulté de concentration.
	<u>Examen psychiatrique</u>	Le sommeil est bon. L'humeur est un peu variable, mais cela est moins fréquent. Lola est plus souriante ce jour. Lola a pu rencontrer le pédopsychiatre qui démarre un suivi.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 12 ans. - Poids : 30,9 kg (+300 g en 3 semaines). - Taille : 155 cm. - IMC : 12,9 kg/m². - Température: 36,3°C. - Pression artérielle : 103/63 mmHg. - Fréquence cardiaque : 65/ minute. - Abdomen souple. - Transit normal. 	
<u>Evaluation paraclinique</u>	Le bilan du 28 juin retrouve une numération normale, fonction hépatique et rénale normale.	
<u>Conclusion consultation</u>	<p>La situation est finalement plutôt favorable avec des progrès sur le plan alimentaire et un maintien du repos. Le pédiatre PH encourage la poursuite de ces mesures avec augmentation progressive des rations aux repas. Il a exposé les conditions d'hospitalisation en anticipant cette possibilité.</p> <p>Un ionogramme de contrôle est prescrit.</p>	

<u>Consultation n°5</u>	<u>16/07/2019</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Suivi d'AM restrictive pure.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	Depuis la dernière consultation, l'alimentation reste régulière, avec parfois quelques difficultés. L'alimentation est correcte selon les parents le midi et le soir, repas pris chez la grand-mère le midi. Lola est déterminée, essaie de se forcer, mais cela reste un peu compliqué.
	<u>Activité physique</u>	L'activité est très limitée.
	<u>Evaluation psychiatrique</u>	Moral moins bon depuis la semaine dernière. Le sommeil est correct avec une sieste l'après-midi. Le suivi psychiatrique est en cours et le suivi psychologique va démarrer.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none">- Age : 12 ans.- Poids : 30,1 kg (- 800 g en 15 jours, au 3^e percentile).- Taille : 155 cm.- IMC : 12,4 kg/m² (inférieur au 3^e percentile, en diminution).- Périmètre brachial : 16 cm.- Pression artérielle : 104/98 mmHg.- Fréquence cardiaque : 71/ minute <p>Pas de perte de cheveux, pas de signe de dénutrition autre que la perte de masse grasseuse et musculaire.</p>	
<u>Conclusion consultation</u>	Malgré les efforts entrepris, il est difficile à maintenir le poids actuel. Le pédiatre propose donc une hospitalisation dans un premier temps pour observation et proposition par la suite d'une prise en charge la plus adaptée avec possibilité d'une NE par SNG. Il expose les grandes lignes du contrat de soins à Lola et à ses parents. Lola sera donc convoquée en hospitalisation dans les prochains jours.	
<i>Entre ces deux consultations, Lola a été hospitalisée en USP pendant environ cinq mois.</i>		
<u>Consultation n°6</u>	<u>19/11/2019</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Suivi d'AM restrictive pure, sortie depuis deux semaines d'hospitalisation.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Conduite alimentaire</u>	L'alimentation se passe bien avec quatre repas réguliers, des boissons régulières, alimentation variée. Un essai de confection de cuisine qui s'est bien passé.
	<u>Activité physique</u>	L'activité n'est pas reprise. Lola a repris le piano avec intention de passer l'audition en décembre. Elle souhaite reprendre le hip hop quand cela sera possible.
	<u>Evaluation scolaire</u>	Reprise de l'école hier, avec une certaine fatigue en fin de journée.

	<u>Examen psychiatrique</u>	Retour au domicile qui s'est bien passé. Lola a repris ses marques. Elle a fait du tri dans ses affaires, signes d'un changement radical dans son organisation. Le sommeil se passe bien.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 12 ans. - Poids : 39,6 kg (+ 1 kg en 11 jours, -0,8 DS). - Taille : 155,5 cm (-0,2 DS). - IMC : 16,4 kg/m². - Périmètre brachial : 20,5 cm. - Pression artérielle : 115/64 mmHg. - Fréquence cardiaque : 88/minute. - Pas d'œdèmes des membres inférieurs. 	
<u>Conclusion consultation</u>	<p>La période de post-hospitalisation est bien négociée. Il faut qu'elle reprenne une vie normale de façon progressive, il faut qu'elle poursuive la reprise de ses marques. Une dispense d'activité physique a été rédigée.</p> <p>Prescription de vitamine D hivernale. L'Alvityl® n'est pas à reprendre.</p> <p>Lola sera convoquée en consultation dans un mois.</p>	
<u>Consultation n°7</u>	<u>17/12/2019</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Suivi d'anorexie mentale restrictive pure.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	L'alimentation continue d'être investie, mais plus difficile depuis 15 jours.
	<u>Activité</u>	Audition de piano demain. Activité physique toujours arrêtée.
	<u>Examen psychiatrique</u>	Depuis la dernière consultation, Lola se sent un peu plus fatiguée par l'école, il est temps que les vacances arrivent. Le suivi psychologique s'est intensifié à deux fois par semaine car les relations avec ses amis à l'école sont source d'angoisse. Le suivi psychiatrique avec le psychiatre vient de reprendre.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 12 ans. - Poids : 37,7 kg (- 2 kg en un mois). - IMC : 15,6 kg/m². - Périmètre brachial : 21 cm. - Pression artérielle : 125/64 mmHg. - Fréquence cardiaque : 86/ minute . 	
<u>Conclusion consultation</u>	<p>Une certaine anxiété sur les relations à l'école est ressentie, ce qui a pu retentir sur l'alimentation. Le pédiatre conseille de profiter des vacances pour réinvestir l'alimentation avec prise de quatre repas par jour et en augmentant notamment le goûter. Reconstitution de l'activité physique pendant deux mois.</p> <p>Lola sera revue en consultation dans un mois.</p>	

<u>Consultation n°8</u>	<u>14/01/2020</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Suivi d'AM restrictive pure.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	<p>Il y a plus de difficultés à manger des quantités suffisantes, avec une difficulté dans le choix alimentaire et dans la multiplicité du nombre de plats par repas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le matin prise d'une brioche plus un yaourt. - Le midi un plat, entrée inconstante, fromage inconstant, fruit ou yaourt. - Au goûter une fruit systématique. - Le soir un plat avec yaourt ou fruit, pouvant être compliqué. <p>Il semble y avoir une amélioration depuis une semaine. La période des fêtes a été compliquée, avec le départ de trois jours de la maison, avec une difficulté d'adaptation, et des repas plus longs donc difficiles à gérer.</p>
	<u>Examen psychiatrique</u>	La fatigue augmente.
	<u>Activité physique</u>	Toujours arrêtée.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 13 ans. - Poids : 36,7 kg (- 1 kg en un mois). - Taille : 155,5 cm. - IMC : 15,2 kg/m². - Périmètre brachial : 20,5 cm. - Pression artérielle : 111/65 mmHg. - Fréquence cardiaque : 77/minute. 	
<u>Conclusion consultation</u>	<p>La situation est plus compliquée avec plus de difficultés sur les quantités notamment. Il a été discuté de l'importance d'inverser cette tendance puisqu'il avait déjà été établi que le poids de réhospitalisation était de 35,5 kg. Après discussion, il a été convenu de rajouter du pain ou une brioche ou des gâteaux au goûter en plus du fruit et d'introduire un fromage blanc ou deux petits suisses avec le sucre du matin.</p> <p>Devant les difficultés actuelles, Lola sera revue en consultation dans 15 jours.</p>	

<u>Consultation n°9</u>	<u>28/01/2020</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Suivi d'AM restrictive pure.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	L'alimentation continue d'être plus compliquée.
	<u>Examen psychiatrique</u>	La situation continue malheureusement de se dégrader avec une fatigue présente en journée imposant un coucher vers 21h30 et une limitation des activités. Le moral continue de baisser, Lola a du mal à trouver sa place à l'école. Les parents rapportent plus de tristesse.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none">- Age : 13 ans.- Poids : 35,7 kg (- 1 kg en 2 semaines, 5^e percentile).- Taille : 155,5 cm (-0,5 DS, stagnation depuis neuf mois).- IMC : 14,8 kg/m².- Pression artérielle : 115/68 mmHg.- Fréquence cardiaque : 74/ minute.	
<u>Conclusion consultation</u>	L'anorexie reprend encore plus de terrain, avec une diminution du poids qui se poursuit. Le poids de réhospitalisation est quasiment atteint. Dans ce contexte, le pédiatre organise une réhospitalisation de Lola pour la prise en charge de son anorexie. Un bilan biologique est demandé et prescription d'une supplémentation vitaminique par Alvityl vitalité® à croquer à la posologie d'un par jour. Il est prévu de principe une rendez-vous de consultation dans 15 jours mais il est probable que l'hospitalisation sera démarrée.	
<i>Entre ces deux consultations, Lola a été hospitalisée à la CPU pendant environ 6 mois</i>		
<u>Consultation n°10</u>	<u>06/10/2020</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Suivi d'anorexie mentale restrictive pure. Lola est sortie d'hospitalisation fin juillet.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	L'alimentation est variée, régulière avec trois repas et une collation, certains aliments sont difficiles et source de stress, notamment les gâteau et yaourt avec consultation des étiquettes. Les éléments de contrôle restent très présents avec une peur de grossir, des pesées quotidiennes à la maison, source d'ajustement alimentaire. Les horaires des repas sont moins rigides.
	<u>Evaluation scolaire</u>	La rentrée s'est faite à temps plein en 3 ^e , avec actuellement une accumulation de fatigue assez importante.
	<u>Examen psychiatrique</u>	Le suivi psychiatrique est actuellement de toutes les trois semaines à un mois. Il reste très difficile d'exprimer les émotions et de pouvoir établir une relation de confiance à la consultation.

	<u>Traitement</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Sertraline 50mg deux fois par jour. - Hydroxyzine 25 mg un comprimé au coucher : parfois non pris car le sommeil s'est amélioré ?
<u>Evaluation paraclinique</u>	Bilan biologique du 21 septembre avec numération et bilan hépatique normal.	
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 13 ans. - Poids : 40,1 kg (acceptation moyenne). - Taille : 156,5 cm (+1 cm en 9 mois, -0,5 DS). - IMC : 16,4 kg/m² (10^e percentile). - Périmètre brachial : 20,5 cm. - Pression artérielle : 113/65 mmHg. - Fréquence cardiaque : 83/minute. - Transit normal. 	
<u>Conclusion consultation</u>	<p>Les éléments de contrôle restent très présents avec une jeune fille qui lutte activement contre sa maladie. Il a été demandé d'essayer de limiter les pesées, chose qui sera certainement difficile à mettre en place.</p> <p>Lola sera revue en consultation dans un mois et demi.</p>	
<u>Consultation n°11</u>	<u>01/12/2020</u>	
<u>Motif de consultation</u>	Suivi d'AM restrictive pure.	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Conduite alimentaire</u>	Rythme alimentaire régulier avec trois repas et une collation. La variété alimentaire est satisfaisante.
	<u>Evaluation scolaire</u>	La scolarité se passe bien.
	<u>Evaluation psychiatrique</u>	Le moral est plutôt meilleur. Lola est assez fermée pendant la consultation, il est difficile pour elle d'appréhender les éventuelles difficultés.
	<u>Traitement</u>	Selon le moral, la Sertraline et l'Hydroxyzine peuvent ne pas être pris. Le pédiatre a bien réexpliqué que la Sertraline correspond au traitement de fond et que l'Hydroxyzine correspond au traitement aigu.
	<u>Evaluation des pesées</u>	Les pesées sont hebdomadaires chez le MT, pour l'instant il est trop difficile pour que Lola en diminue la fréquence.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 13 ans. - Poids : 41,4 kg (+ 1,3 kg en 2mois, 10^e percentile, sensiblement bien accepté). - Taille : 157,5 cm (+1 cm, reprise de croissance, -0,5 DS). - IMC : 16,7 kg/m² (20^e percentile). - Périmètre brachial : 21 cm. - Pression artérielle : 115/59 mmHg. - Fréquence cardiaque : 83/minute. - Puberté redémarrée. 	

<u>Conclusion consultation</u>	<p>L'�tat nutritionnel continue de s'améliorer. Le médecin conseille d'envisager de diminuer les pesées chez me MT, ce que Lola n'est pas encore prête à faire.</p> <p>Le médecin encourage la patiente à poursuivre les mesures actuelles.</p> <p>Prescription de Vitamine D hivernale.</p> <p>L'alliance étant moins bonne et la situation s'améliorant, le pédiatre diminue la fréquence du suivi avec une prochaine consultation dans trois mois.</p>
------------------------------------	---

9.2 Annexe 2

Voici ci-dessous (Tableau n°19) l'historique des hospitalisations de Lola au CHU Clocheville à Tours :

Tableau 19 : Historique des hospitalisations de Lola au CHU Clocheville à Tours.

<u>Hospitalisation n°1</u>	<u>Hospitalisation à temps complet (HTC) en USP du 23/07/2019 au 08/11/2019.</u>	
<u>Motif d'hospitalisation</u>	<p>Observation alimentaire et renutrition dans un contexte d'AM restrictive pure. Devant la difficulté à maintenir un poids stable, son pédiatre PH propose une hospitalisation afin d'évaluer l'indication d'une NE par SNG.</p> <p>Lola est hospitalisée car son pronostic vital engagé, le but de l'hospitalisation est une reprise de poids afin de sortir d'un état clinique comportant un risque vital.</p>	
<u>Evaluation clinique</u>	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	Les parents de Lola et Lola sont d'accord pour dire qu'elle mange mieux, avec trois repas par jour et une collation même si des difficultés persistent : sensation de distension abdominale après la prise alimentaire, pleurs lors des repas, ne consomme pas les aliments qu'elle fait acheter à sa maman. Elle se pose des questions sur l'alimentation qui serait adéquate et notamment la quantité qu'elle doit ingérer.
	<u>Examen psychiatrique</u>	Suivi psychologique tous les 15 jours.
<u>Examen clinique</u>	<p>Elle rapporte une asthénie et une alopécie, pas de douleur abdominale, articulaire, rachidienne, pas de céphalée, pas de dyspnée, pas de signe fonctionnel urinaire, pas de palpitation, aménorrhée primaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age : 12 ans. - Taille : 156,5 cm : + 0,75 DS/âge. - Poids : 29,7 kg : - 2,9 DS/taille. - Indice de Masse Corporelle (IMC) = 12,1 kg/m². 	
<u>Evaluation paraclinique</u>	Suivi nutritionnel toutes les trois semaines.	

<p><u>Contrat thérapeutique d'hospitalisation</u></p>	<p>L'objectif de poids de sortie est de 37 kg, sans assistance nutritionnelle, avec absence de troubles ioniques, de bradycardie sévère et de symptômes neurologiques.</p> <p>Alimentation per os et assistance nutritionnelle entérale par SNG jusqu'à un poids de 38 kg.</p> <p>Une fois le poids objectif atteint :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si poids supérieur ou égal à 38 kg à deux reprises le mardi : début de décroissance de la nutrition entérale. - Si poids supérieur ou égal à 37 kg à deux reprises le mardi : poursuite de la décroissance de la nutrition entérale. - Si poids inférieur à 37 kg à deux reprises le mardi : majoration de la nutrition entérale. <p>Une fois l'objectif de poids atteint et son maintien, soit deux poids stables supérieurs ou égaux à 37 kg sur deux semaines consécutives sans assistance nutritionnelle : fin de la prise en charge hospitalière somatique.</p> <p>Indication d'une ré-hospitalisation en service de médecine si poids inférieur ou égal à 35,5 kg ou si perte de poids de plus de 2 kg en une semaine.</p> <p>Indication à initier une thérapie familiale durant l'hospitalisation. Indication à poursuivre les soins après la sortie d'hospitalisation avec une prise en charge bifocale à la fois pédopsychiatrique et également somatique.</p>
<p><u>Conduite à tenir au sein du service d'USP</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une pesée fixe le lundi et une pesée aléatoire en sous-vêtements par semaine, toujours sur la même balance. - Deux entretiens médicaux (entretiens familiaux compris) avec l'équipe de pédopsychiatrie par semaine. - Autorisation de visite un jour sur deux (famille ou amis selon le choix de Lola). - Autorisation de sortie du service pour aller dans la cour de l'hôpital à l'occasion des visites, si accompagnée d'un adulte responsable. - Autorisation d'accès à la salle de jeux et aux activités accompagnée de l'éducatrice, d'un soignant (selon la disponibilité) ou d'un adulte responsable durant les visites. - Autorisation de téléphoner jusqu'à 20 minutes le matin et 20 minutes le soir. - Restriction d'accès internet durant l'hospitalisation. - Eviction du travail scolaire durant la totalité de la durée de l'hospitalisation. - Autorisation d'écrire et de recevoir du courrier. - Autorisation d'amener un ordinateur portable.

<u>Evolution dans le service d'USP</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Devant l'insuffisance des apports oraux, il est décidé d'une pose de SNG pour NE au maximum d'un Litre (L) / jour à partir du 26/07/2019 arrêtée le 01/11/2019 avec une décroissance amorcée le 24/10/2019. - Supplémentation vitaminique et en phosphore pendant un mois. - Pas de syndrome de renutrition. - Pas de traitement anti-dépresseur ni anxiolytique - Episodes d'épistaxis durant l'hospitalisation nécessitant une cautérisation en consultation ORL. - Prise en charge pédopsychiatrique avec de multiples entretiens individuels et familiaux. - Sortie autorisée le 08/11/2019 avec comme poids de sortie : 38,4 kg.
<u>Synthèse médicale du séjour</u>	<p>Prise en charge pédopsychiatrique et nutritionnelle chez une patiente de 12 ans suivie pour AM restrictive pure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle poids en consultation dans le service le 12/11/2019. - Consultation de suivi avec son Pédiatre Praticien Hospitalier (PH). - Suivi pédopsychiatrique et psychologique.
<u>Hospitalisation n°2</u>	<u>Hospitalisation de jour (HDJ) en USP le 17/12/2019</u>
<u>Motif de consultation</u>	Consultation avec le pédiatre qui suit Lola pour motif de suivi d'AM restrictive pure.
<u>Evaluation clinique</u>	Depuis la dernière consultation Lola se sent un peu plus fatiguée par l'école, il est temps que les vacances arrivent. Le suivi psychologique s'est intensifié à deux fois par semaine car les relations avec ses amis à l'école sont source d'angoisse. Le suivi psychiatrique vient de reprendre. L'alimentation continue d'être investie, mais plus difficile depuis 15 jours.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 12 ans. - Poids : 37,7 kg, perte de 2 kg en un mois. - IMC : 15,6 kg/m².
<u>Conclusion consultation</u>	Il y a une certaine anxiété sur les relations à l'école, ce qui a pu retentir sur l'alimentation. Le Pédiatre conseille de profiter des vacances pour réinvestir l'alimentation avec prise des quatre repas par jour et en augmentant notamment le goûter. L'arrêt d'activité physique a été reconduit pendant deux mois.

<u>Hospitalisation n°3</u>	<u>HTC en USP du 06/02/2020 au 14/02/2020</u>	
<u>Motif d'hospitalisation</u>	<p>Surveillance de la nutrition chez une enfant de 13 ans souffrant d'AM restrictive pure.</p> <p>Le pédiatre qui suit Lola est à l'origine de la demande d'hospitalisation en service d'USP en attente d'une place à la Clinique Psychiatrique Universitaire (CPU).</p>	
<u>Evaluation clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis la dernière hospitalisation du 23/07/2019 au 08/11/2019, Lola allait bien mieux, que ce soit sur le plan social ou nutritionnel. Cependant depuis 15 jours, ses parents ont constaté une irritabilité, une susceptibilité et ses enseignants ont fait remarquer une tristesse globale et une coupure des liens sociaux au collège. - Ses parents sont inquiets de l'évolution potentielle devant la perte de poids rapide et conséquente, cependant ils confirment que leur fille n'est pas du tout dans un état comparable à celui de sa première hospitalisation en juillet 2019. 	
	<u>Histoire pondérale</u>	-1,3 kg en une semaine.
	<u>Conduite de restriction alimentaire</u>	Pas de restriction sur un type alimentaire particulier : elle mange de tout mais en quantité très limitées (souvent pas plus de deux éléments : généralement un plat et un fruit).
	<u>Potomanie</u>	Boit très peu (à priori moins d'un litre (L) par jour).
	<u>Evaluation psychiatrique</u>	Cause datant de 15 jours à rechercher auprès de Lola, qui n'est pas bavarde en présence de ses parents.
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 13 ans. - Poids =34,4 kg (- 2 DS / taille). - Taille : 156,5 cm (+ 1,28 DS / âge). - IMC = 14kg/m². - Diarrhées intermittentes, pas de douleurs abdominales, ni plainte particulière. - Etat général : pas bavarde, semble assez repliée sur elle-même, souriante - Examen cardiologique : bruits du cœur réguliers, pas de souffle audible, pouls perçus, pas de signes d'insuffisance cardiaque. - Examen pulmonaire : murmure vésiculaire bilatéral et symétrique, pas de bruit surajouté. - Examen abdominal : souple, indolore à la palpation, pas d'hépatosplénomégalie, pas de globe vésical. - Examen neurologique : sans anomalie notable. - Examen ORL : examen endobuccal normal. - Examen cutanéomuqueux : pas de lésions de scarifications ou de violences auto-infligées. - Aires ganglionnaires : libres. 	
<u>Conduite tenue dans le service</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance de la nutrition, sans intervention (vu avec les pédopsychiatres). 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de surveillance du poids. - Attente d'une place à la CPU. - Autorisée à prendre les repas avec ses parents, à domicile ou à l'extérieur.
<u>Evolution dans le service</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise sous Hydroxyzine (Atarax[®]) 25 milligrammes (mg) le soir avant de dormir. - Le 11/02/2020, poids = 33,8 kg, perte de poids de 600 grammes (g) en cinq jours. - Pesée « surprise » prévue avant sa sortie pour aller à la CPU. - Entretien avec la maman de Lola qui constate que sa fille est totalement renfermée, encore plus qu'à son entrée dans le service. Lola a hâte d'aller à la CPU et a du mal à supporter la présence d'un autre enfant à côté d'elle, surtout la nuit. La maman est inquiète devant la perte de poids continue de sa fille.
<u>Hospitalisation n°4</u>	<u>HTC à la CPU du 14/02/2020 au 29/07/2020</u>
<u>Motif d'hospitalisation</u>	<p>Anorexie mentale restrictive.</p> <p>Pendant l'hospitalisation en USP, Lola est angoissée et renfermée, mange très peu et a un sommeil perturbé.</p>
<u>Examen clinique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Age : 13 ans. - Poids d'entrée : 33,6 kg. - IMC : 13,8 kg/m². - Traitement à l'admission : Alvityl[®] en goutte.
<u>Evolution dans le service</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Lola s'est montrée initialement très en retrait, plutôt fuyante voire fermée vis-à-vis des soignants et du groupe d'adolescents. Elle s'est peu à peu intégrée auprès de ces derniers, participant volontairement aux activités proposées. - La prise de poids s'est avérée assez progressive et homogène au fil des semaines, malgré le discours inquiet de Lola quant à la rapidité de cette progression. - Les reprises de contact avec ses proches et l'organisation des permissions ont été marquées par une importante appréhension, Lola anticipant de façon péjorative les événements à venir, pouvant énoncer des scénarios de l'ordre du « catastrophisme ». Un trouble anxieux d'allure obsessionnel (obsessions idéatives au premier plan) a été mis en évidence. Lola présente des questionnements existentiels, notamment autour de l'évolution écologique/environnementale, craignant une détérioration rapide des conditions climatiques ; il lui est d'autant plus difficile de se projeter dans l'avenir au vu de ces inquiétudes. L'humeur apparaît à ce titre plutôt basse. - Elle fait également part d'angoisses de mort importantes, ce qu'elle met en lien avec le deuil compliqué de son grand-père maternel dont le décès semble avoir été vécu de façon traumatique (Lola rapporte en effet se souvenir de façon très détaillée du jour de la mort de ce dernier). Il n'est

	<p>pas retrouvé pour autant de symptomatologie en faveur d'un état de stress post traumatique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un traitement par SERTRALINE a été introduit à visée anxiolytique, tandis que l'HYDROXYZINE était poursuivie afin d'étayer le sommeil. - Lola présente d'une façon générale d'importantes difficultés pour s'exprimer, avec une tendance forte à l'inhibition psychique. Ceci s'intègre dans une difficulté plus globale d'individualisation et une faible estime de soi. Un bilan orthophonique a été réalisé, confirmant les difficultés d'expression et syntaxiques de Lola. - L'humeur s'est progressivement améliorée et Lola pouvait décrire un léger apaisement sur le plan de l'anxiété. - Une sortie d'hospitalisation est organisée le 29/07 en vue d'un relais en consultations ambulatoires. Des pesées hebdomadaires seront mises en place auprès du Dr Leclerc. <p>Un poids de ré-hospitalisation a été fixé à 39kgs.</p>
<p><u>Synthèse</u> <u>médicale du</u> <u>séjour</u></p>	<p>Conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anorexie mentale restrictive pure. - Trouble anxieux sous-jacent d'allure obsessionnelle. <p><u>Traitement de sortie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sertraline (Zoloft®) 50mg <i>Per Os</i>: 100 mg : deux gélules le matin pendant un mois, à partir du : 29/07/2020. - Hydroxyzine (Atarax®) 25mg <i>Per Os</i> : un comprimé le soir, si besoin en cas d'insomnie, pendant un mois, à partir du : 29/07/2020. <p>Suivi après l'hospitalisation : Dr Rufin ; prochaine consultation le 18/08.</p> <p>Consultation post hospitalisation proposée par le Dr Richard le 11/08 à 14h45.</p>

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) Clémence Schneider

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21403599

N° Thèse : 28

Nom et Prénom : Schneider

Sujet : L'anorexie mentale chez l'adolescente : physiopathologie, prise en charge clinique, psychologique et nutritionnelle, étude d'un cas clinique et rôle du pharmacien.

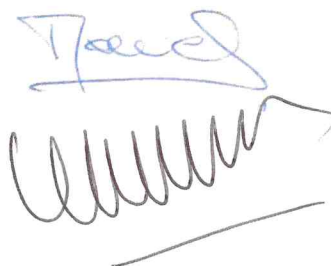
Tours, le : 10/06/2021

Le(s) Directeur(s) de Thèse :

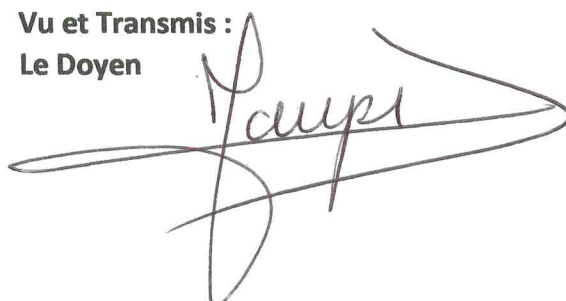
Marie-Sylvie TAVEL

Philippe MEUNIER

Philippe MEUNIER
N° RPPS : 10000834266
CHRU TOURS - Hôpital Clocheville
Pharmacie
37044 TOURS CEDEX 9



Vu et Transmis :
Le Doyen



SCHNEIDER, CLEMENCE	N°28
L'ANOREXIE MENTALE CHEZ L'ADOLESCENTE : PHYSIOPATHOLOGIE, PRISE EN CHARGE CLINIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET NUTRITIONNELLE, ETUDE D'UN CAS CLINIQUE ET ROLE DU PHARMACIEN.	
<p align="center">RÉSUMÉ DE LA THÈSE</p> <p>L'anorexie mentale est une pathologie plurifactorielle, qui peut se résumer au fait de refuser l'alimentation, alors même que la personne meurt de faim et de refuser la prise de poids alors même que le corps est amaigri. Les complications de l'Anorexie Mentale (AM) sont somatiques et/ou psychiatriques. La prise en charge de l'AM est nutritionnelle, somatique et psychologique. Quel que soit le lieu choisi, les soins doivent associer médecin/pédiatre, diététicien/nutritionniste, psychiatre, psychologue, infirmier, autres professionnels de santé et assistant social. L'AM est une maladie difficile à soigner. Il est important de développer des structures de soins adaptées. En France, 50% des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA) ne bénéficieraient pas d'une prise en charge médicale. Une prise en charge précoce du trouble est le meilleur garant d'un bon pronostic. Chez les jeunes femmes (les plus touchées), l'évolution peut être considérée comme favorable dans 50 % des cas si l'on considère uniquement la triade diagnostique : anorexie, amaigrissement, aménorrhée. Ce taux chute à 30% si l'on considère l'ensemble du tableau psychiatrique, ainsi que la qualité de vie, la vie relationnelle et l'insertion sociale.</p> <p>Le pharmacien hospitalier a un rôle notamment dans la politique nutritionnelle à l'hôpital par son expertise galénique et relative aux dispositifs médicaux. Le pharmacien hospitalier apporte ainsi son soutien dans le domaine des nutriments, des questions galéniques et des dispositifs médicaux en collaboration avec les équipes soignantes. Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de l'AM est à valoriser. Plus on réagit tôt, plus on évite la chronicisation des TCA, il faut donc essayer de repérer les attitudes suspectes à l'officine et encourager les familles à consulter un médecin rapidement dès les premiers signes. L'important est de ne pas encourager leur tentative à maigrir et de montrer qu'on n'est pas dupe tout en adoptant une attitude d'empathie. Différents produits délivrés à l'officine peuvent faire partie du repérage et de la prévention de l'AM à l'officine, comme les produits amincissants à l'officine, laxatifs et de complémentation nutritionnelle orale (CNO). Le pharmacien délivrera tous les conseils de prise associés et mettra en garde la patiente sur les risques d'effets indésirables. Il peut apporter également des conseils afin de sensibiliser la patiente à l'importance d'une alimentation qui couvre tous ses besoins afin d'être en bonne santé en collaboration avec les nutritionnistes et diététiciens.</p>	
<p align="center">MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU</p> <p>Anorexie mentale, troubles du comportement alimentaire, nutrition, adolescente, déni, contrat de poids, pharmacien, prévention et dépistage.</p>	
<p align="center">JURY</p> <p>Président : M. Sylvie MAVEL, Maître de conférences, Faculté de pharmacie de Tours. Membres : Philippe MEUNIER, Pharmacien praticien hospitalier, CHU Clocheville à Tours. Delphine JUSSEAUME, Pharmacienne d'officine, Tours Elodie CHATEAU, Diététicienne, Tours.</p>	
<p>DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : Le vendredi 21 mai 2021 à la Faculté de pharmacie de Tours.</p>	