

Avec le partenariat méthodologique,
Et le soutien financier de la



Avec le partenariat de



AFDAS-TCA
ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES APPROCHES SPÉCIALISÉES DES
TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE



Avec la participation de



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

ARGUMENTAIRE

Juin 2010

Les recommandations et la synthèse des recommandations sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en juin 2010.
© Haute Autorité de Santé – 2010

Sommaire

Abréviations	6
Méthode de travail.....	7
1 Méthode Recommandations pour la pratique clinique.....	7
1.1 Choix du thème de travail	7
1.2 Comité d'organisation	7
1.3 Groupe de travail	7
1.4 Rédaction de la première version des recommandations	8
1.5 Groupe de lecture	8
1.6 Version finale des recommandations	8
1.7 Validation par le Collège de la HAS	8
1.8 Diffusion	8
1.9 Travail interne à la HAS	8
1.10 Gradation des recommandations	8
2 Gestion des conflits d'intérêts	9
3 Actualisation de ces recommandations	9
4 Recherche documentaire.....	10
4.1 Sources d'information	10
4.2 Stratégie de recherche	10
Argumentaire.....	13
1 Introduction	13
1.1 Définition, aspects diagnostiques et nosographiques	13
1.2 Thème du travail	17
1.3 Enjeux et objectifs du traitement	18
1.4 Questions méthodologiques	18
2 Épidémiologie, dépistage et diagnostic précoce, information, recherche d'alliance et de ressources.....	19
2.1 Épidémiologie	19
2.1.1 Prévalence et incidence de l'anorexie mentale	19
2.1.2 Populations à risque	22
2.2 Repérage et dépistage	23
2.2.1 Nécessité du repérage	23
2.2.2 Méthodes de dépistage	26
2.2.3 Prévention dans la population générale	27
2.3 Formes particulières d'anorexie mentale	29
2.3.1 Anorexie masculine	29
2.3.2 Anorexie à début tardif	31
2.4 Diagnostic de l'anorexie mentale	31
2.5 Prise en charge initiale, information, recherche d'alliance	32
2.5.1 Prise en charge initiale	32
2.5.2 Évaluation initiale	32
2.5.3 Déni	33
2.5.4 Alliance thérapeutique	43
2.5.5 Entretien motivationnel	46

3	Organisation d'un plan de soins : sur quels critères établir le niveau de prise en charge	50
3.1	Historique	50
3.2	Situation actuelle : critères d'indication des niveaux de prise en charge : quand et qui traiter en ambulatoire ou en hospitalisation ?	50
4	Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge ambulatoire	55
4.1	Multidisciplinarité de la prise en charge ambulatoire	55
4.2	Évaluation de la gravité	61
4.3	Différents aspects de la prise en charge	64
4.3.1	Aspect nutritionnel/diététique	64
4.3.2	Aspect somatique	68
4.3.3	Aspect psychologique	71
4.3.1	Pharmacothérapie et autres thérapies	82
4.4	Prises en charge institutionnelles	84
4.4.1	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	84
4.4.2	Hébergements et post-cures thérapeutiques	84
4.4.3	Soins études	84
4.4.4	Famille d'accueil	85
4.4.5	Réseaux de santé	85
4.5	Information de l'entourage	85
4.5.1	De quelle manière ?	85
4.5.2	Dans quelle mesure ?	87
4.5.3	Qui ?	87
4.5.4	Ressources disponibles pour l'entourage	87
4.5.5	Ressources disponibles pour les patients	90
4.6	Évolution	90
4.6.1	Différents types d'évolution	90
4.6.2	Durée du suivi	92
4.6.3	Chronicité	93
4.6.4	Mortalité	93
4.7	Femmes enceintes	94
4.7.1	Prise en charge de l'anorexie mentale chez la femme enceinte	94
4.7.2	Complications liées à l'anorexie mentale lors d'une grossesse	95
5	Prise en charge hospitalière de l'anorexie mentale	96
5.1	Hospitalisation de jour	97
5.2	Hospitalisation à temps plein	98
5.2.1	Indications d'hospitalisation à temps plein	98
5.2.2	Critères d'hospitalisation à temps plein	99
5.3	Structures d'hospitalisation	105
5.3.1	Urgences somatiques	105
5.3.2	Urgences psychiatriques et environnementales	106
5.3.3	En dehors de l'urgence	106
5.4	Évaluation à l'admission	109
5.4.1	Bilan d'admission	109
5.4.2	Diagnostics différentiels	115
5.5	Objectifs de soins	116
5.5.1	Objectifs somatiques, pondéraux et nutritionnels	116
5.5.2	Objectifs des soins psychologiques	119
5.6	Modalités de soins	120
5.6.1	Modalités de renutrition	120
5.6.2	Modalités des soins psychologiques	127
5.6.3	Cas particuliers	135

Annexe 1. Charte mondiale pour agir sur les troubles des conduites alimentaires 2006 – AED	139
Annexe 2. Calcul de l'apport nutritionnel conseillé (ANC) chez les adolescents	140
Annexe 3. Annuaire des associations intervenant auprès des personnes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie	141
Annexe 4. Exemple de réseau de santé	144
Annexe 5. Aspects juridiques concernant l'information sur le soin, le refus de soin opposé par le patient, et la situation d'urgence	145
Références bibliographiques	150
Participants.....	165
Sociétés savantes, associations professionnelles et institutions	165
Comité d'organisation	165
Groupe de travail	165
Groupe de lecture	166
Remerciements	167

Abréviations

ALAT	alanine aminotransférase
AM	anorexie mentale
ANC	apports nutritionnels conseillés
ASAT	aspartate aminotransférase
ASP	abdomen sans préparation
CATTP	centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
DFTCA	définition française des troubles du comportement alimentaire
ECG	électrocardiogramme
TCANS (EDNOS)	troubles du comportement alimentaire non spécifiés autrement
EM	entretien motivationnel
HDT	hospitalisation à la demande d'un tiers
IMC	indice de masse corporelle
OPP	ordonnance de placement provisoire
PMA	procréation médicalement assistée
RBP	recommandations de bonne pratique
RPC	recommandations pour la pratique clinique
SCOFF	<i>Sick, control, one stone, fat, food</i>
SCOFF-F	version française du SCOFF
TCA	trouble du comportement alimentaire
TCC	thérapie cognitivo-comportementale

Méthode de travail

1 Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (*RPC*) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

1.1 Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

1.2 Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

1.3 Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

1.4 Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

1.5 Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations au sein de la HAS.

1.6 Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

1.7 Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition du comité de validation des recommandations, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

1.8 Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

1.9 Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une aide ponctuelle a été réalisée par le service documentation-information des publics pour la recherche documentaire.

1.10 Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (tableau 1).

Tableau 1. Gradation des recommandations

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p style="text-align: center;">Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p style="text-align: center;">Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>
<p style="text-align: center;">Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins 	
<p style="text-align: center;">Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve</p>

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

2 Gestion des conflits d'intérêts

Les membres du comité d'organisation et du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts.

3 Actualisation de ces recommandations

La question de l'actualisation de ces recommandations sera posée au plus tard dans 5 ans.

4 Recherche documentaire

4.1 Sources d'information

Bases de données bibliographiques consultées :

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis) ;
- *The Cochrane Library* (Grande-Bretagne) ;
- Pascal (Institut national de l'information scientifique et technique, France) ;
- banque de données santé publique (École nationale de santé publique, France) ;
- Psychinfo (France).

Autres sources :

- *National Institute for Health and Clinical Excellence* (Grande-Bretagne) ;
- sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- bibliographie des articles et documents sélectionnés ;
- documents provenant du groupe de travail.

4.2 Stratégie de recherche

La recherche documentaire a consisté dans un premier temps à l'identification des recommandations internationales sur les troubles du comportement alimentaire parues entre 1998 et 2009.

Dans un second temps, une recherche sur la base de données Medline a été réalisée afin d'actualiser les données issues des recommandations. Seules les publications parues entre janvier 2004 et fin 2009 de langue anglaise et française ont été retenues. La stratégie de recherche est construite en utilisant des termes issus d'un thésaurus (descripteurs du MeSH). Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ». Ils sont également combinés avec les termes descripteurs de type d'étude. Les termes MeSH ont été sélectionnés en fonction des mots clés retenus par le groupe de travail.

Enfin, une recherche dans la littérature francophone a été réalisée à dire d'experts dans chaque sous-groupe de travail et sur les bases de données francophones (Psydoc et Pascal).

Une présentation synthétique sous forme de tableau (tableau 2) reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de nombre de références par sujet sur une période donnée.

Tableau 2. Stratégie de recherche documentaire dans la base de données Medline

Type d'étude/ sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Recommandations sur les troubles du comportement alimentaire		1998- 2009	68
Étape 1	"Anorexia Nervosa"[Mesh] OR "Eating Disorders"[Mesh:noexp]		
ET			
Étape 2	"Practice Guideline" [Publication Type] OR "Guideline"[Publication Type] OR "Health Planning Guidelines"[MeSH] OR "Consensus Development Conference, NIH"[Publication Type] OR "Consensus Development Conference"[Publication Type] OR "Practice Guidelines as topic"[MeSH] OR "Guidelines as topic"[MeSH] OR "Consensus Development Conferences as topic"[MeSH] OR "Consensus Development Conferences, NIH as topic"[MeSH]		
Population à risque		2004-2009	9
Étape 1			
ET			
Étape 3	"Primary Health Care"[MeSH] OR "Family Practice"[MeSH]) AND "Anorexia Nervosa"[MeSH]		
Dépistage		2004-2009	151
Étape 1			
ET			
Étape 4	"diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "mass screening"[MeSH Terms] OR "mass"[All Fields] AND "screening"[All Fields] OR "mass screening"[All Fields] OR "screening"[All Fields]		
Alliance thérapeutique		2004-2009	15
Étape 1			
ET			
Étape 5	"motivational" [MeSH] (change OR therapy OR interviewing) OR "therapeutic alliance" OR "motivation to change"		
Déni		2004-2009	7
Étape 1			
ET			
Étape 6	"Denial (Psychology) [MeSH]		
Prise en charge ambulatoire		2004-2009	118
Étape 1			
ET			
Étape 7	"Outpatient Clinics, Hospital"[MeSH:noexp] OR "Outpatients"[MeSH] OR "Ambulatory Care"[MeSH:noexp] OR "Ambulatory Care Facilities"[MeSH:noexp]		
Coordination des soins		2004-2009	9
Étape 1			
ET			
Étape 8	"Disease Management"[MeSH] OR "Case Management"[MeSH]		
		2004-2009	6
Étape 1			
ET			

Étape 9	"Continuity of Patient Care"[MeSH]		
Aspect psychologique : thérapie psychoanalytique		2004-2009	17
Étape 1			
ET			
Étape 10	"Psychoanalytic Therapy"[MeSH]		
Aspect psychologique : thérapie de groupe		2004-2009	94
Étape 1			
ET			
Étape 11	"Psychotherapy, Group"[MeSH]		
Aspect psychologique : thérapie cognitive		2004-2009	120
Étape 1			
ET			
Étape 12	"Cognitive Therapy"[MeSH]		
Aspect psychologique : autres thérapies		2004-2009	8
Étape 1			
ET			
Étape 13	"massage"[MeSH] OR "Art Therapy" OR "Music, Therapy" [MeSH] OR "Relaxation Therapy" [MeSH] OR "play therapy" [MeSH] OR "Acupuncture" [MeSH] OR "Dance therapy" [MeSH]		
Aspects nutritionnels		2004-2009	232
Étape 1			
ET			
Étape 14	"nutrition therapy"[MeSH] OR "nutrition assessment"[MeSH]		
Grossesse		2004-2009	107
Étape 1			
ET			
Étape 15	"pregnancy" [MeSH] OR "woman pregnant"[MeSH] OR "maternal fetal relations" [MeSH]		
Prise en charge hospitalière		2004-2009	204
Étape 1			
ET			
Étape 16	"Inpatients"[MeSH] OR "Hospitalization"[MeSH]		
<p>Pour la prise en charge hospitalière les aspects suivants ont été plus particulièrement recherchés avec les mots clés ci-dessous :</p> <p>Critères d'hospitalisation : "criteria"</p> <p>Où hospitaliser ? : "specialized care" AND "non-specialized"</p> <p>Modalités de soins : "inpatient program"</p> <p>Durée d'hospitalisation : "length of stay"</p> <p>Objectifs somatiques : "goal weight" OR "target weight"</p> <p>Sorties prématurées : "DROP-OUT" OR "compliance"</p> <p>Renutrition : "nutrition therapy" OR "refeeding syndrome" OR "enteral" OR "parenteral"</p> <p>Pharmacothérapie : "Pharmacotherapy" OR "medication" OR "neuroleptic" OR "Antidepressant" OR "Anxiolytic" OR "Hypnotic"</p> <p>Symptômes associés : "hyperactivity" OR "diuretic" OR "laxative" OR "potomania" OR "family" OR "social adaptation"</p> <p>Hospitalisation sous contrainte : "coercion" OR "the involuntary treatment" OR "the compulsory treatment"</p>			
Nombre d'articles sélectionnés			347

Argumentaire

1 Introduction

1.1 Définition, aspects diagnostiques et nosographiques

Une définition très générale du trouble du comportement alimentaire fait de celui-ci un trouble du comportement visant à contrôler son poids et altérant de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale, sans être secondaire à une affection médicale ou à un autre trouble psychiatrique.

Les critères diagnostiques font l'objet de nombreuses discussions concernant en particulier la place des formes mineures et l'association de plusieurs troubles du comportement alimentaire.

L'anorexie mentale est définie selon les critères diagnostiques des classifications internationales (CIM-10 et DSM-IV-TR), présentés dans les tableaux ci-dessous.

- **Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0**

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

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.

Diagnostic différentiel : le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que 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.

- **Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale**

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).
B.	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
C.	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.
D.	Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs, (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Type restrictif (« *restricting type* ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (« *binge eating/purging type* ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

L'autre trouble alimentaire défini est la boulimie, dont les critères sont définis ci-après.

- **Critères CIM-10 de la boulimie F50.2**

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Préoccupation persistante concernant l'alimentation, besoin irrésistible de nourriture, et épisodes d'hyperphagie avec consommation rapide de grandes quantités de nourriture en un temps limité.
B.	Le sujet tente de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture en recourant à l'un au moins des moyens suivants : des vomissements provoqués, l'utilisation abusive de laxatifs, l'alternance avec des périodes de jeûne, l'utilisation de « coupe-faim », de préparations thyroïdiennes ou de diurétiques. Quand la boulimie survient chez des patients diabétiques, ceux-ci peuvent sciemment négliger leur traitement insulinique.
C.	Des manifestations psychopathologiques, p. ex. une crainte morbide de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids très précis, nettement inférieur au poids prémorbide représentant le poids optimal ou idéal selon le jugement du médecin. Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale, survenu de quelques mois à plusieurs années auparavant ; il peut s'agir d'une anorexie mentale authentique ou d'une forme cryptique mineure avec perte de poids modérée ou phase transitoire d'aménorrhée.

• **Critères DSM-IV-TR de boulimie**

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Survenue récurrente de crises de boulimie (« <i>binge eating</i> »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ; • sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
B.	Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
C.	Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois.
D.	L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
E.	Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.
Type avec vomissements ou prise de purgatifs (« <i>purging type</i> ») : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.	
Type sans vomissements ni prise de purgatifs (« <i>non-purging type</i> ») : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.	

Ces deux troubles sont de plus en plus souvent associés, simultanément ou successivement. Cependant, si près de la moitié des patients anorexiques rempliront à un moment ou un autre des critères diagnostiques de la boulimie, la réciproque n'est pas vraie.

En outre, il existe dans la classification du DSM, à côté de l'anorexie et la boulimie caractérisées, une troisième catégorie, résiduelle, appelée troubles du comportement alimentaire non spécifiés autrement (TCANS ou EDNOS), dans laquelle on peut trouver essentiellement des formes subsyndromiques (c'est-à-dire ne répondant pas strictement aux critères définis) d'anorexie ou de boulimie, ou encore des formes mixtes, ainsi qu'un petit contingent d'hyperphagie boulimique, trouble caractérisé par une surconsommation alimentaire, avec perte de contrôle, mais sans les stratégies de contrôle du poids, qui sont une dimension essentielle de l'anorexie comme de la boulimie (ces patients hyperphages sont donc en surpoids, voire obèses).

Ces troubles non spécifiés autrement représenteraient, au vu des données épidémiologiques, près de la moitié des personnes souffrant d'un trouble du comportement alimentaire, ce qui justifie les discussions actuelles sur la pertinence et les limites des classifications en vigueur, d'autant qu'il semble que plus de la moitié des jeunes filles ou des femmes présentant ce TCANS consulteront dans les années suivantes pour des altérations significatives de leur santé physique et leur adaptation psychosociale (1), ce qui souligne que les exigences diagnostiques actuelles contribueraient grandement à des retards de diagnostic et de prise en charge (2).

Plus largement, ces critères diagnostiques actuels font l'objet de diverses critiques¹. La caractéristique la plus évidente de l'anorexie mentale est le refus de maintenir un poids

¹ Les données mentionnées dans cette page et les suivantes sont issues d'une contribution du Dr Yves SIMON, de Bruxelles, que nous remercions (à partir d'un écrit à paraître).

corporel minimal. La boulimie mentale est caractérisée par des épisodes de suralimentation suivis de comportements compensatoires inappropriés visant à éviter la prise de poids comme, par exemple, des vomissements, l'utilisation de laxatifs ou encore une activité physique ou sportive excessive. Mais il n'y a pas d'évidence empirique pour valider les autres critères diagnostiques DSM-IV pour les troubles alimentaires ; en effet, l'arrêt des cycles menstruels, symptôme classiquement considéré comme indispensable au diagnostic d'anorexie mentale, est en fait très souvent lié à la sévérité de la dénutrition (3). Attendre l'arrêt des règles pour poser le diagnostic peut retarder l'engagement dans un traitement. Plusieurs auteurs ont critiqué l'accent mis sur certains symptômes, qu'ils considèrent comme pathoplastiques (4) c'est-à-dire variant avec l'univers culturel ambiant, tels que la crainte de la graisse, la crainte de l'obésité ou la sensation d'être gros. Ces caractéristiques symptomatiques sont absentes dans un certain nombre de cas. Les auteurs d'articles médicaux de la fin du XIX^e siècle, notamment Lasègue, ainsi que les auteurs du début du XX^e siècle, parlent peu de la symptomatologie en rapport avec l'image du corps ou la crainte des lipides. La première description de la symptomatologie en relation avec les formes corporelles dans l'anorexie mentale sera publiée en 1963 par Hilde Bruch. Le diagnostic d'un trouble alimentaire peut en outre être instable au cours du temps avec des caractéristiques changeantes. Une même personne peut passer d'un trouble à un autre, par exemple de l'anorexie à la boulimie, mais plus rarement de la boulimie à l'anorexie comme nous l'avons déjà dit.

Actuellement il y a donc une remise en question de la classification diagnostique des troubles alimentaires et deux écoles s'affrontent. L'une conçoit que la classification devrait compter des catégories qui s'excluent mutuellement et qui sont collectivement exhaustives (5,6). L'autre, celle de la théorie transdiagnostique (7), a défini une catégorie de diagnostics unitaires et uniques pour les troubles du comportement alimentaire comprenant l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les troubles du comportement alimentaire non autrement spécifiés, sans aucune subdivision, et affirme que les troubles du comportement alimentaire sont des troubles ayant une seule cause. Le trouble est considéré comme de nature cognitive, et la psychopathologie est caractérisée par la surévaluation des formes corporelles, du poids et de leur contrôle, ce qui influe sur le jugement de soi. La théorie transdiagnostique suggère un traitement psychothérapeutique unitaire pour tous les troubles du comportement alimentaire. Le modèle transdiagnostique suggère que le passage d'une forme d'un trouble du comportement alimentaire à l'autre est le résultat de mécanismes communs et d'une psychopathologie fondamentale.

La théorie transdiagnostique a le mérite d'avoir suscité de nombreuses recherches (8), tant expérimentales que cliniques et thérapeutiques (9), mais elle se heurte à de nombreuses critiques (5). En effet, si l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse sont une seule et même maladie, elles auront une causalité commune et toute différence dans la causalité entre l'anorexie et la boulimie ira contre l'hypothèse transdiagnostique. Or il n'y a pas de concordance entre la présence de l'anorexie et celle de la boulimie dans les différentes parties du monde ; l'anorexie mentale est plus fréquente entre le 40^e et le 55^e parallèle de l'hémisphère Nord alors que la boulimie est uniformément distribuée dans le monde. La prévalence de l'anorexie mentale est restée relativement stable alors que celle de la boulimie nerveuse a augmenté au fil du temps. Ces observations vont à l'encontre de l'hypothèse d'une seule et même psychopathologie.

L'anorexie mentale débute avec une période de restriction alimentaire le plus souvent entre 12 et 19 ans, avec un *sex ratio* de 9 filles pour 1 garçon. La perte de poids peut être de courte durée et ne nécessiter qu'un traitement léger, mais peut aussi devenir plus importante et requérir un traitement intensif. La boulimie nerveuse débute à tout âge, souvent après un épisode de restriction alimentaire ou après une période d'anorexie mentale. Un tiers des patients présentant de la boulimie ont des antécédents d'anorexie. Les patients souffrant

d'anorexie ont de 0 à 7 % d'antécédents de boulimie. Ces éléments ne sont pas cohérents avec une cause unique de l'anorexie mentale et de la boulimie.

Si l'anorexie mentale et la boulimie sont les deux phases d'une même maladie, dans les formes les plus sévères, la présence de l'anorexie et de la boulimie devrait être conjointe. Or les patients peuvent avoir une forme chronique d'anorexie restrictive sans développer de boulimie. Par ailleurs, les patients avec une boulimie sévère développent rarement une anorexie mentale.

Enfin, les taux de mortalité, de prévalence, comme l'évolution et le lien avec les autres conduites addictives, ainsi que les données en génétique, neuro-imagerie et biologie les différencient.

En marge de cette discussion sur les contours de la maladie, il faut rappeler que ces expressions comportementales sont aussi, et peut-être d'abord, à l'adolescence, une manière parmi d'autres pour des jeunes présentant un certain nombre de facteurs de vulnérabilité de tenter de contrôler et d'aménager un mal-être en règle préexistant. Elles comportent donc une fonction adaptative qu'il est important de ne pas méconnaître.

1.2 Thème du travail

Compte tenu de la complexité du champ et des discussions diagnostiques et nosographiques actuelles évoquées plus haut, ces RBP sont centrées sur l'anorexie mentale, plus facile à identifier, notamment par les intervenants de premier recours. Ces RBP concernent l'anorexie mentale avec crises de boulimie et/ou conduites de purge ou sans (type restrictif), mais également l'anorexie mentale subsyndromique qui mérite une prise en charge similaire.

Pour autant, au vu de la prévalence actuelle des formes mixtes et de la place incontournable des comportements boulimiques dans cette problématique aujourd'hui, ceux-ci seront évidemment abordés. Une démarche de RBP ayant la boulimie comme objet d'étude à part entière pourrait être également engagée dans un second temps, au titre de complément du présent travail.

Dans le même esprit, il a été convenu que ces recommandations concernent les enfants, adolescents et jeunes adultes (jusqu'à 35 ans), ce qui signifie que les anorexies du nourrisson et les anorexies à début tardif sont exclues du champ de ces RBP.

Il ne faudrait pas en déduire, notamment pour ces dernières, qu'elles ne constituent pas, au même titre que les formes à début plus précoce et qui se sont chronicisées, un problème majeur, insuffisamment pris en compte. Cette population bénéficie actuellement dans notre pays d'encore moins de possibilités thérapeutiques adaptées que celles des plus jeunes.

Les axes prioritaires par ailleurs définis pour ce travail, en lien direct avec les préoccupations des professionnels et représentants d'associations de patients concernés, ont été les suivants :

- repérage et diagnostic précoce, avec la prise en compte des populations les plus à risque, les questions concernant les signes d'alerte et critères les plus pertinents, ainsi que la recherche d'alliance avec le patient et son entourage, souvent difficile du fait des mécanismes de déni ;
- modalités d'orientation et de prise en charge ambulatoire des patients, avec les questions d'adressage, de nécessaire pluridisciplinarité, et concernant les dispositifs spécialisés, en particulier en termes d'hospitalisation de jour ;
- indications et modalités d'hospitalisation à temps plein, avec les questions des seuils de gravité, des contrats thérapeutiques et de la place de l'hospitalisation sous contrainte.

1.3 Enjeux et objectifs du traitement

Pathologie grave de l'adolescence, susceptible de se chroniciser avec un impact important en termes de morbidité et de mortalité à long terme, l'anorexie mentale représente un enjeu de santé publique important, insuffisamment pris en compte dans notre pays jusqu'à présent.

Modalité parmi d'autres de rupture du développement dans cette période clé du cycle de vie, cette maladie justifie des approches thérapeutiques permettant d'aborder de façon globale ce trouble complexe d'origine multifactorielle, au niveau duquel se conjuguent facteurs personnels de vulnérabilité psychologique aussi bien que biologique et génétique, et facteurs d'environnement, familiaux mais également socio culturels, avec en particulier le poids conféré à l'image du corps dans nos sociétés et la pression exercée sur certaines populations à risque en termes de contrôle du poids. Il faut d'ailleurs souligner de ce point de vue le risque que peuvent représenter certains régimes instaurés de façon un peu hâtive et brutale, sans accompagnement psychologique et tout particulièrement à l'adolescence.

La dimension addictive de la conduite contribue à ce que de multiples boucles d'auto-entretien et d'auto-renforcement du problème, là encore au niveau comportemental aussi bien que biologique, psychologique et relationnel, se mettent en place et doivent être prises en compte dans le cadre du traitement.

La méconnaissance de la réalité du problème et de ses conséquences fait partie de celles-ci et représente une indiscutable difficulté pour le repérage et l'accompagnement initial.

L'approche pluridisciplinaire, justifiée ensuite par la nécessité d'aborder les dimensions nutritionnelles, somatiques, psychologiques et familiales de la conduite, pose le problème de l'articulation des différents intervenants au sein d'un projet de soins global au long cours.

Les modalités de cette articulation au quotidien représentent un enjeu majeur en termes d'efficacité de ces prises en charge. Les réseaux de santé organisés et en charge de garantir et régulièrement évaluer la réalité de cette articulation constituent de ce point de vue une piste particulièrement adaptée à ces pathologies.

La formation des intervenants aux spécificités de ces troubles et de leur approche thérapeutique est par ailleurs un élément essentiel.

1.4 Questions méthodologiques

Au niveau méthodologique, il faut souligner que le groupe de travail constitué, s'il a d'emblée mesuré la convergence des recommandations internationales publiées sur le thème au cours des 10 dernières années, a dans le même temps constaté la validité relative des données issues d'une recherche bibliographique large concernant les publications scientifiques de la même période sur le sujet.

Du fait de difficultés méthodologiques diverses, tenant pour certaines à l'objet même d'études, rares sont les données de niveau de preuve satisfaisant.

Les spécificités socio culturelles et historiques françaises, concernant notamment les approches thérapeutiques utilisées, ont en outre conduit le groupe de travail à faire une place significative sur certains points au consensus d'experts, même en l'absence de validation scientifique en bonne et due forme.

2 Épidémiologie, dépistage et diagnostic précoce, information, recherche d'alliance et de ressources

2.1 Épidémiologie

2.1.1 Prévalence et incidence de l'anorexie mentale

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) (10).

L'incidence et la prévalence de l'anorexie mentale varient selon la population et le lieu de recrutement (11,12). Aucune donnée d'incidence et de prévalence n'est disponible en France, que ce soit en population générale ou en médecine générale. Les prévalences retrouvées en pédiatrie dans la littérature internationale sont difficilement transposables en France. La majorité des adolescents sont suivis en France par les médecins généralistes.

► Prévalence de l'anorexie mentale en population générale

Prévalence de l'anorexie mentale : études internationales

Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR sont relativement rares chez les femmes, et la prévalence varie en population générale de 0,9 % à 1,5 % (10). Chez l'homme, la prévalence est plus faible, autour de 0,25 % à 0,3 % (13).

Les formes subsyndromiques d'anorexie mentale sont 2 à 3 fois plus fréquentes. Leur fréquence varie avec la définition retenue. Par exemple, 20 % des sujets traités dans un centre spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire se trouvent maigres et nient avoir un trouble de la perception de l'image du corps (14), et 28 % disent ne pas avoir peur de prendre du poids (15). Ce sont soit des formes prodromiques de TCA, soit des formes résolutes, soit des formes évoluant sur un mode mineur ; elles seraient présentes chez 50 % des sujets consultant pour troubles du comportement alimentaire (16). Si elles n'atteignent pas l'intensité symptomatique des formes avérées, ces formes cliniques n'en ont pas moins des conséquences sévères sur le plan physique et psychologique. Ainsi, Johnson *et al.* (1) ont montré que l'existence de formes atténuées de TCA à l'adolescence est un facteur de risque important de développer des troubles physiques et psychiques à l'âge adulte (troubles anxieux, symptômes cardio-vasculaires, syndrome de fatigue chronique, douleur chronique, troubles dépressifs, limitation de leur activité liée à une mauvaise santé, maladies infectieuses, insomnie, symptômes neurologiques, tentative de suicide). Les formes subsyndromiques ont une fréquence estimée en population générale à 5 % (17).

Quatre articles ont étudié la prévalence de l'anorexie mentale en médecine générale en Angleterre et aux États-Unis (18-21). Ces études, antérieures à 1997, incluaient entre 540 et 857 patientes. Les prévalences retrouvées variaient de 0 cas détecté à 0,2 % (n = 1). Les classifications utilisées étaient les critères de Russell, le DSM-III et le DSM-III-R.

Les cas d'anorexie mentale (critères du DSM) sont rares en médecine générale. Cependant, ils sont sûrement sous-estimés, alors qu'ils pourraient bénéficier d'une prise en charge précoce. De plus, 70 % des patients consultant pour des troubles du comportement alimentaire sont adressés par leur médecin généraliste pour une prise en charge spécialisée (22,23).

Prévalence de l'anorexie mentale en France

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.

- **Prévalence de la maigreur dans la population française âgée de 3 à 35 ans : tendances évolutives entre 1998-1999 et 2005-2007**

Les données de prévalence des TCA, représentatives de la situation en France, sont limitées, aussi proposons-nous d'élargir notre revue. Deux enquêtes nationales, représentatives de la population française, ont été réalisées : en 1998-1999, l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires n° 1 (AFSSA ; INCA 1) et en 2005-2007, l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires n° 2 - Étude nationale nutrition santé (AFSSA-InVS ; INCA 2-ENNS) (24). Elles fournissent des données de prévalence de la maigreur, un état qui n'est pas synonyme de trouble du comportement alimentaire, mais témoigne de l'existence de sujets potentiellement à risque.

Dans ces études, la taille des échantillons est comparable, pour les tranches d'âge 3-17 ans et 18-35 ans, mais les modes de recueil des données anthropométriques diffèrent : déclarées en 1998-1999 pour INCA 1, mesurées essentiellement en 2005-2007 pour INCA 2-ENNS.

On distingue 3 degrés de maigreur selon des valeurs seuils de l'IMC² à 18 ans ou, chez les enfants, les courbes selon l'âge et le sexe (25) :

- grade 1 : $17 \leq \text{IMC} < 18,5$;
- grade 2 : $16 \leq \text{IMC} < 18,5$;
- grade 3 : $\text{IMC} < 16$.

Nonobstant les biais de recueil des données de corpulence, on peut faire les observations suivantes, concernant la prévalence de la maigreur et son évolution, dans la population générale des 3-35 ans, en France :

- Chez les enfants (3-17 ans) :
 - dans l'étude INCA 1, la maigreur touchait 16,1 % des enfants de 3-17 ans, sans différence significative selon le sexe. Les prévalences étaient significativement plus élevées chez les enfants les plus jeunes (3-7 ans) ;
 - dans l'étude INCA 2, la maigreur touchait 13,3 % des enfants de 3-17 ans, sans différence significative selon le sexe. Les prévalences les plus élevées concernaient encore les plus jeunes, mais ces différences selon l'âge n'étaient plus significatives ;
 - selon ces données, entre 1999 et 2006, la prévalence globale de la maigreur aurait significativement diminué dans la population des 3-17 ans (16,1 vs 13,3 %). Cette diminution ne semblait pas concerner les filles âgées de 13-17 ans chez lesquelles la maigreur serait devenue plus fréquente (12,2 vs 14,9 %).
- Chez les adultes (18-35 ans) :
 - dans l'étude INCA 1, la maigreur touchait 6,5 % des adultes de 18-35 ans. Les prévalences de maigreur étaient significativement plus élevées chez les femmes que chez les hommes (9,0 vs 3,3 %) ;
 - dans l'étude INCA 2, la maigreur touchait 6,8 % des adultes de 18-35 ans. La différence entre les sexes semblait s'être accentuée (11,4 vs 1,8 %) ;
 - selon ces données, entre 1999 et 2006, la prévalence globale de la maigreur semblait stable dans la population des 18-35 ans (6,5 vs 6,8 %). Cette stabilité ne semblait pas concerner les femmes âgées de 18-35 ans, chez lesquelles la maigreur serait devenue plus fréquente (9,0 vs 11,4 %).

En 2006 comme en 1999, la prévalence de la maigreur était beaucoup et significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes ; cette différence semblait s'être accentuée. Il s'agissait avant tout d'une maigreur de grade 1.

² Indice de masse corporelle : $\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)}^2$

Il est possible que les biais de déclaration incitent les femmes maigres ou très maigres à surestimer leur poids, auquel cas cette augmentation de la fréquence de la maigreur chez les jeunes filles ou les femmes, de 13 à 25 ans, serait ici sous-estimée. Cependant, maigreur et anorexie mentale ne sont pas superposables.

- **Étude de prévalence des TCA en France**

En France, ces troubles sont probablement aussi fréquents et problématiques que dans les autres pays industrialisés : une enquête sur 3 500 élèves, publiée en 1991, a montré qu'un tiers des jeunes filles avaient des préoccupations corporelles, 20 % avaient des conduites de restriction et de jeûne sans répondre strictement aux critères diagnostiques du DSM-III-R, 3 % provoquaient des vomissements et usaient de laxatifs ou durétiques. Seul 0,1 % répondait au diagnostic d'anorexie mentale selon le DSM-III-R (26).

Une étude réalisée en 2007, auprès de 1 744 étudiants de Haute-Normandie, a montré des prévalences de maigreur conformes aux estimations faites en population générale : 1,1 % chez les hommes et 11,1 % chez les femmes. Dans cette population, le risque de TCA a été estimé par le test SCOFF (score ≥ 2) et concernait 14 % des hommes et 28 % des femmes.

Une étude épidémiologique nationale est en cours en France. Il s'agit de l'étude ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel de préparation à la défense, menée par l'OFDT en collaboration avec l'U669 de l'Inserm). Elle permettra de décrire dans un échantillon de 50 000 individus, représentatifs au plan national, la prévalence des TCA sur la période de vie 12-17 ans, selon les critères du DSM-IV (AM, BN, AM-BN, *binge eating disorder*).

- **Prévalence de l'anorexie mentale chez les sportifs**

En l'absence de données de prévalence nationale, on s'appuie ici sur le chapitre introductif d'une thèse française concernant « Les facteurs psychologiques et sociologiques qui influencent les désordres alimentaires chez les sportifs » (27). La bibliographie couvre la période 1988-2009. Les estimations les plus récentes (toujours à l'étranger) recoupent celles identifiées ci-dessous.

Quatre publications internationales fournissent des données de prévalence. Une étude américaine (28), menée dans une population d'étudiants membres d'équipes sportives universitaires du Texas (tous sports et sexes confondus), rend compte de 4 % de TCA (toutes formes confondues). Une étude menée en Hongrie (29), parmi les athlètes participant aux entraînements préolympiques de 2008, fait état de 16,7 % d'AM et 6,9 % de BN. Dans une population de femmes membres d'équipes sportives universitaires aux États-Unis, Pernick *et al.* (30) rendent compte d'une prévalence de TCA plus élevée chez les Hispano-Américaines (23,3 %) que chez les Afro-Américaines (19,2 %) ou les Caucasiennes (18,4 %).

On retient particulièrement les résultats de l'étude norvégienne de Torstveit *et al.* (31). Cette étude, randomisée et contrôlée, a comparé la prévalence des TCA dans la population des femmes membres des équipes nationales junior et senior (échantillon représentatif au plan national) à une population contrôle : les prévalences de TCA sont de 46,7 % chez les femmes pratiquant un sport avec contrainte de poids, 19,8 % chez celles pratiquant les autres sports sans contrainte de poids et 21,4 % dans le groupe contrôle. Les facteurs prédictifs de TCA sont les irrégularités menstruelles dans le groupe « sport avec contrainte de poids », la déclaration de TCA chez les autres sportives et l'usage de mesures pathogéniques de contrôle du poids dans le groupe témoin.

En conclusion, les différentes études concluent toutes à une prévalence élevée de TCA chez les femmes sportives. Les prévalences chez les hommes sportifs leur sont toujours inférieures et souvent proches de celles observées chez les femmes en population générale.

Les estimations varient selon le sport et le niveau de compétition considérés d'une part et selon la définition plus ou moins stricte des troubles considérés. Mais la gradation reste la même.

► Incidence de l'anorexie mentale (données internationales)

L'incidence, selon la revue de la littérature de Hoek *et al.* (32), varie de 8 cas pour 100 000 personnes et par an parmi les consultants en médecine générale, à 270 cas pour 100 000 jeunes filles de 15 à 19 ans et par an, et 15,7 cas pour 100 000 jeunes garçons de 10 à 24 ans et par an dans une population finlandaise de jumeaux (33). La prédominance féminine est nette dans toutes les études : 8 cas féminins sur 10 (16).

Il est difficile de savoir si l'anorexie mentale est plus fréquente ou non actuellement qu'à d'autres périodes, et si son incidence va croissant ou non. En effet, les études sont contradictoires. D'une part, leurs sources sont différentes (populations considérées, époques considérées, critères diagnostiques), et d'autre part, l'incidence en population clinique (médecine générale ou soins spécialisés) dépend à la fois de la fréquence de la pathologie dans la population considérée, de la demande de soins, de la capacité des praticiens à faire le diagnostic, de la saturation ou non de l'offre de soins et des pratiques du lieu considéré. Une augmentation de l'incidence considérée en médecine générale peut refléter des variations à tous ces niveaux.

Quelques études en population générale montrent une augmentation régulière de l'anorexie mentale depuis 1930 jusqu'aux années 1970 chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (32,34). Une étude hollandaise comparant l'incidence de l'anorexie mentale entre les années 1985 et 1989 et les années 1990 et 1999 montre que le taux d'anorexie mentale est relativement stable et passe de 7,4 à 7,8 pour 100 000, mais qu'il a doublé dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans (35). Ces résultats sont interprétés comme une augmentation de l'anorexie mentale, mais semblent également liés à une reconnaissance plus rapide des troubles par les médecins généralistes mieux formés à ces pathologies et par les parents plus sensibilisés aux dangers de ce trouble, au moins dans certains pays. En outre, les recherches épidémiologiques récentes suggèrent que l'âge de début de la maladie est plus précoce (36). L'incidence la plus élevée a été trouvée entre l'âge de 10 et 19 ans.

En Europe, deux études ont exploré l'incidence de l'anorexie mentale en médecine générale (36,37) en Angleterre et aux Pays-Bas. Celle-ci était respectivement de 4,4 et 7,5 nouveaux cas pour 100 000 patients par an. Aux Pays-Bas, l'incidence était de 109,2 nouveaux cas pour 100 000 patients et par an dans la période 1995-1999 pour les 15-19 ans (incidence doublée par rapport à la période 1985-1989).

2.1.2 Populations à risque

Les groupes à risque doivent être particulièrement ciblés ; ceux-ci concernent :

- les jeunes filles ;
- les patients avec un indice de masse corporelle (IMC) bas ou élevé ;
- les adolescents consultant pour des préoccupations concernant leur poids, pour des désordres gastro-intestinaux, des problèmes psychologiques ;
- les jeunes filles présentant des perturbations des cycles menstruels, et en particulier une aménorrhée ;
- les danseuses, les mannequins ;
- les 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 ;
- les sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale...

Les facteurs de risque de ces populations cibles sont liés à une insatisfaction corporelle qui s'associe à une préoccupation excessive de l'image du corps, c'est-à-dire de la manière dont chacun se perçoit et se sent par rapport à son corps propre. La pression culturelle avec l'omniprésence de la minceur joue un rôle majeur.

L'insatisfaction corporelle et les préoccupations concernant le poids favorisent l'émergence de troubles du comportement alimentaire (38). On peut comprendre l'insatisfaction corporelle comme un continuum allant d'un mécontentement « normal » chez la majorité de la population à une grande souffrance entraînant des troubles du comportement alimentaire (boulimie et/ou anorexie) (39). Rousseau *et al.* (2005) ont validé la version française de l'échelle d'évaluation d'insatisfaction corporelle : *Body Shape Questionnaire* (38). Cette échelle contient 34 items. L'analyse factorielle en composantes principales suggère une solution à 4 facteurs : évitement et honte sociale de l'exposition du corps, insatisfaction corporelle par rapport aux parties inférieures du corps, usage de laxatifs et de vomissements pour réduire l'insatisfaction corporelle, cognitions et comportements inadaptés afin de contrôler le poids. Les auteurs concluent à la bonne qualité de la version française du *Body Shape Questionnaire*. Cet instrument permettrait d'explorer le rôle d'une préoccupation excessive de l'apparence du corps dans le développement, le maintien et le traitement des troubles des conduites alimentaires.

2.2 Repérage et dépistage

2.2.1 Nécessité du repérage

► Intérêt du repérage précoce

Si les recommandations de l'APA (16) ne fournissent pas de données, les études européennes suggèrent qu'une faible partie des sujets atteints de troubles du comportement alimentaire reçoit un traitement spécialisé. Aux Pays-Bas, seuls 40 % des cas d'anorexie mentale sont détectés par le médecin généraliste et 79 % de ces cas sont adressés à un psychiatre (22). Plus récemment, on a pu estimer que 50 % des cas étaient détectés par les professionnels de santé de première recours, et seulement 30 % des patients adressés dans les centres de santé mentale ou spécialisés (33).

Un médecin généraliste suivant jusqu'à 2 000 patients devrait s'attendre à avoir 1 ou 2 cas d'anorexie parmi sa clientèle (22). Cependant, ce taux faible de repérage ne veut pas dire que ces patients évitent leur médecin généraliste. En fait, pendant les 5 ans précédant la détection des troubles du comportement alimentaire, ces sujets consultent leur médecin généraliste significativement plus fréquemment que les autres patients (22). Dans les premières consultations, ces patients se présentent avec des plaintes psychologiques, gastro-intestinales ou gynécologiques consécutives à l'anorexie ou ses complications. Ces résultats suggèrent qu'il existe un taux important de morbidité masquée de troubles du comportement alimentaire. D'où l'importance d'améliorer leur dépistage.

Au Royaume-Uni, une étude épidémiologique basée sur des données de recherche en médecine générale montre des résultats similaires, 80 % des cas d'anorexie mentale sont adressés en prévention secondaire, le plus souvent à des psychiatres. Cette étude révèle aussi que les médecins généralistes ont tendance à prescrire des laxatifs, des diurétiques et des médicaments psychotropes à cette population, alors que cela pourrait renforcer leur pathologie (22).

Une détection et un traitement précoces des troubles du comportement alimentaire (TCA) permettent une amélioration du pronostic de l'anorexie mentale (16), en particulier chez les adolescents (40). Suite à une étude réalisée sur les registres nationaux suédois concernant tous les sujets hospitalisés pour anorexie mentale entre 1977 et 1981 (nés entre 1958 et 1967, soit 554 sujets), et suivis respectivement jusqu'en 1992 et 2002, Lindblad *et al.*

insistent sur le fait que l'amélioration de la détection précoce des cas d'anorexie mentale est un facteur favorisant l'amélioration du pronostic, résultant d'une information plus importante sur ce trouble et ayant permis d'hospitaliser plus précocement les patients (41). Enfin, van Son confirment l'hypothèse d'amélioration du pronostic de l'anorexie mentale par une détection précoce (42). Leur étude est menée grâce aux informations délivrées par les médecins généralistes pour 147 patients atteints de TCA et évalués sur une période de 4,7 ans en moyenne. Quand un patient a 19 ans ou moins lors de la détection du TCA par le médecin généraliste, l'étude montre qu'il a 4 fois plus de chance de guérir.

Les médecins généralistes ainsi que les équipes au contact des populations à risque, infirmières scolaires, entraîneurs sportifs, mais aussi médecins des centres de planification familiale, gynécologues, gastro-entérologues sont les mieux placés pour identifier de façon précoce les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Ils doivent y être sensibilisés par une meilleure information. Outre l'entretien avec le patient, les outils de dépistage (*screening*) facilitent cette procédure, ils sont décrits dans les paragraphes suivants.

► Repérage et dépistage chez le jeune adulte et l'adulte

Les conférences de consensus sur les troubles du comportement alimentaire abordent peu la question du repérage (16,22).

Seules les recommandations du *National Institute for Clinical Excellence* (22) précisent qu'une revue systématique de la littérature sur ce sujet n'a pas identifié de données significatives. Ces recommandations anglaises expliquent qu'il n'est pas envisageable pour les médecins généralistes de rechercher la présence de TCA chez tous leurs patients compte tenu des faibles prévalence et incidence de ces troubles dans la population générale. Quelques questions concernant les habitudes alimentaires, chez les nouveaux patients, doivent être posées oralement au cours de l'enregistrement initial des données de santé, ou par écrit à travers un questionnaire. Pour les catégories de personnes à risque élevé de présenter des TCA, un dépistage par un bref questionnaire est conseillé.

Aux États-Unis, l'*American Medical Association* (www.ama-assn.org) et l'*American Academy Family Physician* (www.aafp.org) recommandent de dépister tous les ans les troubles du comportement alimentaire entre 11 et 21 ans. Elles proposent de rechercher systématiquement :

- une perte de poids de 10 % ;
- une information sur les habitudes diététiques afin de déterminer une tendance au régime restrictif sans surpoids ;
- l'utilisation de stratégies de perte de poids (vomissements, prise de laxatifs, de diurétiques) ;
- des perturbations de l'image du corps ;
- le calcul de l'indice de masse corporelle³ (IMC) ; un IMC < 17,5 kg/m² chez l'adulte doit faire penser à un TCA (22).

On retient aussi que les symptômes suivants doivent alerter :

- troubles psychiques avec préoccupations excessives vis-à-vis du poids, de la nourriture ;
- perturbation de l'image du corps. Il faut savoir différencier cette perte de poids vécue comme une recherche positive par la patiente des peurs de grossir et de la volonté de maigrir véhiculées par les canons actuels de la société à travers les médias. La perte de poids, même peu importante, n'est pas à banaliser ;
- troubles des règles à type de spanioménorrhée ou d'aménorrhée primaire ou secondaire.

³ IMC = poids (kg) / taille² (m²)

En France, le dépistage des TCA est abordé dans l'expertise collective de l'Inserm concernant le dépistage et la prévention chez l'enfant et l'adolescent des troubles mentaux (59) et dans les « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires » publiées par la HAS (43).

► **En médecine spécialisée**

Les spécialistes se trouvent aussi confrontés à devoir poser le diagnostic d'anorexie mentale chez les patientes consultant pour les complications de celle-ci.

La survenue de complications somatiques, en particulier gynécologiques, observées lors de l'évolution des TCA dépend à la fois de la durée de la maladie et de l'âge de début précoce, de l'intensité des symptômes et de facteurs psychologiques (44) :

- une aménorrhée : chez les jeunes femmes anorexiques, elle est secondaire à une insuffisance gonadotrope centrale à l'origine d'une anovulation chronique. Elle entre dans le cadre des insuffisances gonadotropes hypothalamiques fonctionnelles dont l'origine encore inconnue est située au niveau des interactions entre le système nerveux central et l'hypothalamus (45). Dans l'anorexie mentale, l'aménorrhée peut précéder, suivre ou être contemporaine de l'amaigrissement. Elle peut être primaire mais est le plus souvent secondaire (3,45,46). Elle renvoie à deux facteurs étiologiques étroitement intriqués : l'un est organique, lié à l'amaigrissement secondaire à la dénutrition, l'hyperactivité physique, peu impliquée dans la perte pondérale, joue un rôle spécifique ; le second facteur est psychogène ;
- un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) : il s'agit d'une pathologie fréquente qui affecte 5 à 10 % des jeunes femmes ;
- une infertilité : les conséquences de l'anorexie mentale sur la fertilité (capacité pour le couple de mener une grossesse à terme) ont été étudiées par plusieurs auteurs (46). La prévalence de TCA subsyndromiques ou avérés parmi les patientes qui consultent pour une infertilité inexplicite a été évaluée entre 20 et 30 % (47,48) ;
- une ostéoporose : l'anorexie mentale est un facteur de risque important d'ostéoporose qui peut être responsable de fractures multiples, parfois spontanées. La sévérité de cette ostéoporose est corrélée à la précocité d'apparition de l'AM (44,49). L'ostéopénie apparaît très tôt après le début des premiers symptômes d'anorexie mentale : 50 % des patientes ont une ostéoporose alors que l'AM a débuté moins d'un an auparavant. Elle n'est que partiellement réversible ;
- des érosions localisées sur les faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire avec exposition dentinaire, diagnostiquées par le chirurgien-dentiste ;
- des plaintes digestives : elles sont souvent au premier plan, avec des difficultés à digérer des aliments qui entraînent leur élimination de la ration alimentaire, permettant ainsi au sujet anorexique de rationaliser son amaigrissement et de le banaliser. De ce fait, les gastro-entérologues doivent aussi savoir évoquer cette pathologie.

Quant aux psychiatres, ils sont consultés pour des comorbidités psychiatriques à type de dépression, de troubles anxieux, en particulier phobie sociale et trouble obsessionnel compulsif.

► **Repérage et dépistage chez l'enfant et l'adolescent**

Dans les « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires » publiées par la Haute Autorité de Santé en 2005, le groupe de travail propose à propos du dépistage des troubles des conduites alimentaires :

- de poser des questions sur l'ensemble des rythmes et des habitudes alimentaires ;
- d'utiliser les courbes de poids, de taille et de corpulence afin de rechercher des changements rapides de couloir ;
- chez le jeune non pubère ou en cours de puberté, un arrêt de la croissance staturale doit faire évoquer, entre autres, le diagnostic d'anorexie mentale. Une prise de poids

- insuffisante, eu égard à la prise de poids attendue tout au long de la croissance, équivaut à une perte de poids ;
- chez la fille, une aménorrhée primaire ou secondaire doit faire évoquer le diagnostic d'anorexie mentale, en l'absence de grossesse ;
 - en cas de signes d'appel, de rechercher des vomissements provoqués, même chez les garçons et même en cas de poids normal.

Concernant le suivi de la courbe de corpulence, celui-ci est recommandé depuis de longues années dans le cadre du repérage de l'obésité (Programme national nutrition santé), avec notamment la recherche d'un rebond d'adiposité précoce. Les courbes de corpulence sont présentes dans les carnets de santé français depuis 1995.

Entre 2004 et 2009, la recherche de nouvelles études sur le dépistage de l'anorexie reste extrêmement pauvre. Il nous apparaît important de citer l'étude de Keski-Rahkonen *et al* (50) qui tend à montrer qu'une ou deux questions (« avez-vous été anorexique ? », « quelqu'un a-t-il déjà pensé que vous aviez un trouble alimentaire ? ») sont au moins aussi efficaces que le SCOFF ou des questionnaires beaucoup plus longs pour dépister l'anorexie.

Pour l'enfant, Doyen et Asch (51) précisent que plus le sujet est jeune, plus les plaintes corporelles digestives sont présentes. Les préoccupations corporelles sont « douloureuses », et le jeune anorexique se plaint de nausées et de douleurs abdominales, mais rarement de ses formes corporelles. La restriction alimentaire quantitative est classique, mais les tris caloriques non systématiques. Les vomissements sont exceptionnels, ainsi que les autres conduites purgatives. L'hyperactivité physique et intellectuelle ainsi que le perfectionnisme sont souvent très affirmés, et la rigidité affective ou relationnelle très marquée. Plus le sujet est jeune, plus le contrôle et la tyrannie familiale sont majeurs, entravant la lutte contre l'anorexie.

2.2.2 Méthodes de dépistage

Les tests de dépistage à visée clinique ont été inventoriés dans les « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires ». Un certain nombre de ces méthodes de dépistage démontrent leur efficacité :

- l'EAT (*Eating Attitudes Test*) est avant tout un test à visée épidémiologique ;
- l'EDE (*Eating Disorder Examination*) et l'EDI (*Eating Disorder Inventory*) ont été validés dans une population adolescente et dans une version française, ils comportent de nombreux items entraînant un temps de passation excessif ;
- le SCOFF (*Sick, Control, One stone, Fat, Food*) se limite à 5 questions simples.

► Méthodes de dépistage chez l'adulte

Le SCOFF (22) a montré sa capacité à déterminer les cas de désordres alimentaires chez les femmes adultes en prévention primaire. Les questionnaires plus longs comme l'EAT, l'EDI, le BITE, l'EDE-Q, peuvent servir dans une évaluation ultérieure.

Le SCOFF (52-54) a été développé et validé tout d'abord au Royaume-Uni puis dans de nombreux autres pays. La validation de la version francophone a été effectuée au sein d'une population étudiante en 2008 (55) et a pris l'acronyme de SCOFF-F (initialement DFTCA : Définition française des troubles du comportement alimentaire). Pour l'anorexie mentale, la sensibilité du SCOFF-F est de 94,6 % et la spécificité de 94,8 % pour un seuil à deux réponses positives dans la population étudiante. Testé en population de médecine générale, le questionnaire a aussi une bonne spécificité (84 %) et une bonne sensibilité (78 %) (56). Il s'agit d'un questionnaire simple qui détecte la possible existence d'un trouble alimentaire plutôt que de poser un diagnostic.

Le SCOFF-F comporte 5 questions :

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 kilos 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 ?

Les modalités de réponses sont oui/non, un point est donné pour chaque oui. Un score de 2 indique une possibilité d'anorexie ou de boulimie.

Ce test est validé en prévention primaire dans la population étudiante (55,57). Cependant, il détecte de faux positifs. Il ne permet pas non plus de faire le diagnostic des formes de TCA. L'étude de Johnston *et al.* (58) montre que les préoccupations culturelles actuelles sur la minceur et sur la diététique peuvent rendre difficile la détermination des cas pathologiques par rapport à la norme (54).

Le SCOFF-F a la même validité qu'il soit passé à l'oral ou à l'écrit. Il reste bref et facile à conduire. Cela le rend très utilisable non seulement pour le médecin généraliste, mais aussi pour :

- les intervenants de première ligne : infirmières, professeurs de danse et entraîneurs sportifs, etc. ;
- les médecins spécialistes qui sont amenés à voir ces patients pour d'autres symptômes : gastro-entérologues pour des troubles digestifs, gynécologues pour des troubles des règles ou une aménorrhée secondaire ou primaire, pédiatre pour un retard ou un arrêt de croissance, endocrinologues pour maigreur, etc.

En cas de SCOFF-F positif, ces intervenants doivent adresser le sujet à un spécialiste référent pour établir le diagnostic et la prise en charge. Il faut donc souligner leur rôle pivot.

La faisabilité et la facilité d'utilisation du test SCOFF-F permettent de détecter des TCA malgré les dissimulations ou le déni des sujets, encore faut-il ensuite, d'une part qu'il existe une offre de soins appropriée et accessible, et d'autre part que les personnes acceptent la prise en charge dans des services spécialisés.

► Méthodes de dépistage chez l'enfant

L'expertise collective de l'Inserm publiée en 2002 concernant le dépistage et la prévention chez l'enfant et l'adolescent des troubles mentaux conclut qu'à l'adolescence, les troubles du comportement alimentaire pourraient être dépistés dès l'âge de 12,5-13 ans, à l'aide de 5 questions établies à partir d'un outil comme le SCOFF. Il ne peut s'agir que du repérage de formes avérées d'anorexie et de boulimie (59).

2.2.3 Prévention dans la population générale

Au niveau de la population générale, l'information de la population peut-elle avoir des effets pervers ? Il semble que oui, au regard de la théâtralisation actuelle des TCA dans diverses émissions ou articles présentés par les médias ainsi que de l'exhibitionnisme de certaines anorexiques qui utilisent leur maladie comme un facteur d'identité, ce qui renforce la nécessité du statut de malade.

Les principes d'une prévention des TCA sont **d'ordre éducatif**. Des programmes existent, se basant sur un modèle comportemental où sont partagées des informations sur la nutrition, les dangers des restrictions alimentaires et de l'obésité, la reconnaissance de la pression sociale, en particulier de l'obsession de la minceur. Ces groupes peuvent s'enrichir de la parole de patients et d'anciens patients. Cependant, ces groupes d'information se sont révélés inefficaces. Soit les patientes sont enfermées dans un système cognitif, soit elles utilisent ces informations comme une revendication, comme on peut le constater sur les sites pro-ana. Le fait que l'anorexie advienne à cette phase de vulnérabilité qu'est l'adolescence rend caduques les tentatives de sensibilisation à un risque donné. Comme le souligne l'expertise collective de l'Inserm (59), « *faire ce que les adultes désignent comme*

dangereux, sinon interdit, c'est s'affirmer en échappant à l'emprise de ces adultes, et cela offre, de plus, l'avantage de les inquiéter et de rendre ces adolescents dévalorisés visibles aux yeux de la société et objets de préoccupations. »

On constate par ailleurs les effets de la **restriction cognitive** induite par le corps médical et les diététiciens. La restriction cognitive est redéfinie « comme l'ensemble des comportements alimentaires, des croyances, des interprétations et des cognitions concernant la nourriture et la façon de se nourrir, découlant d'une intention de maîtriser son poids par le contrôle mental du comportement alimentaire » (60). Elle engendre ou renforce des troubles du comportement alimentaire, le sujet n'acceptant pas que son poids physiologique d'équilibre soit différent de son poids idéal.

Un vaste programme de recherche anthropologique a étudié récemment « les Alimentations adolescentes en France ». Ce programme AlimAdos, cofinancé par l'Agence nationale de la recherche (2007), a observé et interrogé pendant 2 ans plus de 500 adolescents de 12-19 ans, dans leur environnement social et familial (61).

La recherche s'est intéressée au rapport au corps et à l'alimentation selon les cultures, les âges, le genre, l'appartenance sociale et la disponibilité économique. La dimension culturelle a été considérée au regard du parcours migratoire des ascendants : pas de migration extranationale, ou famille ayant migré du Maghreb, de la Turquie ou de l'Afrique subsaharienne ou australe.

Parmi les différents axes d'analyse qui se sont imposés aux chercheurs, l'un s'attache à décrire les normes morphologiques des adolescents et les pratiques alimentaires qui permettent « *d'embellir son corps en mangeant* ». Parce que ces normes et ces pratiques peuvent faire le lit des TCA, on a choisi de rapporter ici les résultats saillants de cet axe d'analyse. Il apparaît ainsi que « *le rapport entre l'alimentation et la beauté corporelle chez les adolescentes peut être appréhendé en termes de performance... Pour les adolescentes, il est de la responsabilité de chaque individu d'avoir un beau corps, gage d'une réussite sociale et affective. La beauté corporelle ... résulte désormais d'un objectif à atteindre grâce à une auto-surveillance du comportement alimentaire. Les normes esthétiques modifient les significations de l'acte alimentaire, celui-ci doit révéler les qualités morales et l'éthique comportementale des individus. Cette auto-surveillance apparaît d'autant plus importante qu'elle trouve...une justification d'ordre médical.... Les représentations des adolescentes démontrent l'interpénétration des discours médicaux, nutritionnels et esthétiques ... elles légitiment la mise en œuvre de restrictions alimentaires dès le plus jeune âge. »*

Plus que de « régimes », les auteurs retiennent le terme de « restrictions alimentaires » qu'ils regroupent en trois catégories. La première consiste en des interdits alimentaires temporaires concernant la consommation d'aliments jugés gras ou sucrés, consommés lors des repas. La deuxième catégorie de restriction vise à diminuer les quantités ingérées ; elle peut prendre des formes variées, concernant tous les mets, un seul ou une occasion alimentaire spécifique. La troisième catégorie de restriction consiste à manger puis à se faire vomir. Cette technique moins utilisée que les deux premières est néanmoins jugée comme dangereuse à long terme pour la santé. Les termes utilisés pour décrire la symbolique de l'incorporation renvoient, dans cette population adolescente « normale », à ceux retrouvés dans la population anorexique : les aliments gras et sucrés « polluent » le corps quand d'autres le « purifient ». Si les normes esthétiques sont nuancées selon les parcours migratoires, leur intrication aux normes médicales et diététiques véhiculées par les politiques de prévention de l'obésité associent dès le plus jeune âge l'acte alimentaire à un sentiment de culpabilité.

Il existe aussi des limites à la prévention primaire des TCA chez les populations ciblées à risque. Cependant, Langmesser et Verscheure (62) prouvent que les programmes de

prévention dans les populations cibles sont utiles, d'autant plus qu'il existe déjà des troubles alimentaires. Ces interventions permettent l'information du sujet sur les désordres alimentaires et une connaissance de ces maladies. Mais cette information a peu d'impact sur les changements de comportement alimentaire. Il existe aussi un problème d'errance médicale qui entraîne un retard au traitement et un surcoût. Il est donc indispensable de former les intervenants de première ligne et d'offrir un réseau structuré et identifiable de spécialistes formés à la prise en charge des TCA, en particulier de l'anorexie mentale, capable de répondre à la demande de soins tant au niveau de la compétence qu'au niveau de la démographie des équipes pluridisciplinaires nécessaires.

2.3 Formes particulières d'anorexie mentale

2.3.1 Anorexie masculine

► Recommandations

La plupart des recommandations n'abordent pas les formes masculines de l'anorexie mentale (22).

Les recommandations de l'APA accordent une place particulière aux troubles du comportement alimentaire chez l'homme. Elles soulignent qu'ils sont plus fréquents chez les femmes, avec un *sex-ratio* allant de 1/6 à 1/10 (16). Une étude scandinave portant sur les filles et des garçons de 14-15 ans rapporte une prévalence pour l'anorexie mentale de 0,7 % chez les filles et de 0,2 % chez les garçons (16).

L'idée répandue que les TCA sont une maladie féminine empêche une bonne évaluation et compréhension de la nature du problème chez les hommes présentant de tels troubles. Dans les échantillons de population générale, les hommes présentant des TCA ont plus de comorbidités psychiatriques (13,16,63).

Ce qui diffère, au niveau clinique, chez les hommes et les femmes présentant des TCA est d'une part les réponses à la sous-échelle des conduites de minceur (*Drive to Thinness*) : les femmes présentent un score plus élevé que les hommes. Le *Drive to Thinness* est caractérisé par une peur excessive de prendre du poids et un intérêt extrême pour la diététique (64). D'autre part, les femmes ont aussi un taux plus élevé à l'échelle d'insatisfaction corporelle. Cependant, cela peut correspondre à un biais de mesure de cette échelle. Les hommes sont plus concernés par leur musculature et leur torse que les femmes.

Le risque d'anorexie est plus élevé chez les athlètes de haut niveau que dans la population générale, en particulier chez les hommes pratiquant le body-building et la lutte. Ceci est conforté par les parents et les entraîneurs qui favorisent les perturbations de l'image corporelle et des habitudes nutritionnelles pour rendre l'athlète plus performant (16).

► Littérature internationale

L'étude de Raevuori *et al.* (13) porte sur une cohorte de jumeaux finlandais. En termes de prévalence sur la vie entière, le taux est de 0,24 %. Ce taux est probablement sous-estimé, précisent les auteurs. Le taux d'incidence pour les hommes entre 10 et 30 ans est de 15,7 pour 100 000 personnes/an, alors qu'il est de 140 pour 100 000 personnes/an chez les femmes.

Les comorbidités psychiatriques existent chez le jumeau atteint d'anorexie mentale, mais aussi chez l'autre jumeau. Ces troubles sont, comme chez les femmes, des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles obsessionnels compulsifs.

Ce qui est remarquable, c'est que contrairement aux jumelles de sexe féminin, les jumeaux ne présentant pas l'AM sont en bonne santé, ce qui confirme ce que suggéraient Strober *et*

al. (65) : pour développer un trouble des conduites alimentaires chez l'homme, il faut une prédisposition génétique plus forte et/ou des facteurs environnementaux plus importants que chez les femmes.

Les symptômes de dysmorphophobie, marqués par une insatisfaction élevée par rapport à la musculature, un entraînement physique excessif et l'abus de stéroïdes anabolisants, sont présents chez les deux jumeaux.

Comme les études antérieures le suggéraient, les hommes qui développent une anorexie mentale étaient le plus souvent en surpoids en phase prémorbide. Ils rencontrent en outre des sentiments : sentiments de honte, d'isolement, d'aliénation par la maladie avec cette double stigmatisation, celle d'avoir une maladie mentale et celle d'avoir une maladie féminine (13).

► Littérature française

Chambry et Agman (66) ont effectué une revue de la littérature afin de caractériser les formes masculines de l'anorexie mentale à l'adolescence. Ils retiennent un taux moyen d'incidence de 0,20/100 000 habitants/an. Elle concerne 10 % des cas traités, mais son incidence pourrait être sous-estimée. Cette forme particulière débute plus souvent dans la période pré-pubertaire que chez la fille. Le début des troubles se situe en moyenne entre 12 et 19 ans. On relève aussi la fréquence d'une obésité prémorbide chez le garçon. On retrouve des populations masculines à risque dans les activités qui ont un idéal de minceur et une préoccupation du poids tels les danseurs, mannequins, body-builders, lutteurs, marathoniens, jockeys, nageurs. L'information et la formation des entraîneurs sont là aussi capitale pour la prévention de l'apparition des TCA.

Le tableau clinique est assez comparable à celui de la forme féminine, l'aménorrhée étant remplacée par la perte de libido et de l'érection, sous-tendue par une diminution des taux de testostérone. Il existe néanmoins des particularités cliniques, en opposition avec l'anorexie féminine. Chambry *et al.* rapportent ainsi que les formes restrictives pures sont plus rares que chez la femme, que l'IMC de départ est plus important chez les hommes, qui pourront atteindre au cours de la maladie un IMC plus bas (67). L'hyperactivité physique, enfin, est plus fréquente que l'hyperinvestissement intellectuel, et est parfois associée à une revendication explicite d'une musculature développée (68). L'hyperactivité physique est d'ailleurs décrite dans l'anorexie athlétique et l'anorexie inverse, troubles du comportement alimentaire plus fréquents chez les hommes.

L'anorexie se marque chez le garçon par une hyperactivité physique liée « à la peur de perdre le contrôle de leur poids, le plus souvent associée à une distorsion de l'image de leur corps » (69). Les formes restrictives pures sont rares.

Plusieurs équipes se sont intéressées à l'anorexie athlétique et ont pu avancer plusieurs critères parmi lesquels une peur intense de prendre du poids ou devenir obèse, une réduction de l'apport énergétique et/ou une pratique excessive de l'exercice physique, l'absence de perte de poids rapide et de distorsion de l'image corporelle (70).

L'anorexie inverse, ou complexe d'Adonis, a été décrite par Pope *et al.* en 1993 (71) en observant les conduites liées aux transformations corporelles et les troubles de l'image du corps qui leur étaient associés, chez certains hommes body-builders. L'anorexie inverse se caractérise par un trouble de l'image du corps et se traduit par l'impression douloureuse d'être toujours trop maigre ou jamais assez musclé. L'ensemble des activités mentales et physiques est centré de façon obsessionnelle sur l'insuffisance du volume musculaire. Les conduites de transformations corporelles s'attachent de façon compulsive à augmenter la masse musculaire à travers des exercices intensifs et quotidiens de musculation et parfois l'utilisation de produits anabolisants (72). La perception d'un corps trop maigre vient justifier

la prise de stéroïdes anabolisants en vue d'augmenter la masse musculaire (73), conduite pouvant aboutir à la dépendance.

On a souvent associé anorexie masculine et psychose, la réalité clinique semble différente.

Chez l'homme anorexique, la sexualité est pauvre au niveau de l'expérience et au niveau fantasmatique. L'homosexualité, évaluée selon les auteurs entre 25 % et 58 %, est à interpréter avec prudence. Chambry, pour sa part, s'interroge sur « le lien entre l'anorexie mentale masculine et la fragilité de l'identité sexuée ».

Les auteurs soulignent souvent une difficulté dans l'identification au père, du fait de particularités dans la constellation familiale, et donc une hyperidentification féminine dans les cas de TCA masculins.

2.3.2 Anorexie à début tardif

La maladie débute alors après 25 ans, survenant à la faveur d'un événement familial, tel un deuil, un mariage, une grossesse ou la naissance d'un enfant... On retrouve souvent un épisode antérieur d'anorexie *a minima*. Les éléments dépressifs peuvent être assez marqués (68).

2.4 Diagnostic de l'anorexie mentale

La CIM, classification internationale des maladies de l'OMS, le DSM, acronyme anglais de Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et pour la France, la CFTMEA, classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, proposent des critères diagnostiques pour l'anorexie mentale, dans ses formes restrictive et mixte.

Le diagnostic d'anorexie mentale est un diagnostic positif et ne doit pas être un diagnostic d'élimination. La présence de longues listes, dites non exhaustives, de diagnostics différentiels dans les revues générales et les ouvrages consacrés à l'anorexie mentale vient égarer le praticien et laisse les familles dans l'expectative d'un diagnostic plus rassurant. Certains éléments, lorsqu'ils apparaissent au cours de la période d'amaigrissement, sont quasi pathognomoniques. Ceux-ci sont recherchés par un entretien ciblé avec l'adolescent ou le jeune adulte, mais aussi avec ses parents ou l'entourage :

- lecture et recopiage de recettes ;
- participation active aux achats alimentaires, décryptage des étiquettes détaillant la composition d'un plat ;
- volonté de cuisiner pour l'ensemble de la famille, composition d'assiettes riches en calories pour l'entourage avec a contrario pour l'adolescent une assiette exempte de toute graisse visible où le contenu est éparpillé et caché, stockage d'aliments ;
- hyperactivité physique incessante ;
- apparition ou accentuation de troubles obsessionnels avec rituels autour du rangement ou de la propreté ;
- hyperinvestissement scolaire avec insatisfaction malgré de bons résultats ;
- absence de plainte et réaction inappropriée de l'adolescent à l'annonce de la nécessité de reprendre du poids.

L'association d'un amaigrissement (ou d'une absence de prise de poids à une période où celle-ci est attendue) à une ou plusieurs de ces anomalies comportementales 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 (CIM-10 et DSM-IV-TR ; cf. paragraphe 1.1). L'absence d'au moins un critère diagnostique révèle une anorexie mentale subsyndromique.

Il est important que le praticien adopte une attitude empathique et rassurante pour permettre à son patient d'exprimer sa peur de grossir, la perturbation de la perception de son image

corporelle, les conduites de restriction alimentaire et de purge (vomissements, prise de laxatifs ou de diurétiques) et les autres conduites pathologiques comme l'hyperactivité physique.

Si le diagnostic d'anorexie mentale est le plus souvent aisé, l'obstacle majeur est le déni de la pathologie, surtout dans la première phase de la maladie (phase de toute-puissance), où le patient ne souffre pas encore des symptômes qu'il pense contrôler.

Concernant les principaux diagnostics différentiels, on évoquera tout de même en premier lieu la dépression. La perte de poids accompagnant l'anorexie dépressive est le plus souvent bien identifiée lors de l'entretien avec le sujet comme étant différente du contrôle alimentaire du sujet anorexique mental. Le diagnostic différentiel peut être plus difficile à faire dans les syndromes de fatigue chronique ou post-viraux. Il en est de même dans certains cas de tumeur cérébrale ou digestive (22), ainsi que dans la maladie de Crohn, le diabète, les dysthyroïdies, ou en cas de maigreur constitutionnelle.

2.5 Prise en charge initiale, information, recherche d'alliance

2.5.1 Prise en charge initiale

Les objectifs de la première consultation doivent être :

- une confirmation du diagnostic ;
- une information sur l'anorexie mentale en tant que maladie ;
- la mise en œuvre d'une alliance thérapeutique.

Il faut affirmer d'emblée que cette maladie est psychique avec des conséquences somatiques importantes et peut avoir un pronostic grave, comme l'avait déjà souligné l'Académie de médecine (74).

Les experts s'accordent à dire que ce premier contact est crucial et détermine la prise en charge ultérieure. Le praticien se doit d'être empathique, sans jugement, comprenant la souffrance et la gravité des peurs attachées à l'anorexie, en particulier la peur intense de grossir qui existe malgré la maigreur et la perturbation importante de la perception de l'image du corps. Cette première consultation doit affirmer le diagnostic d'anorexie mentale devant la personne (et sa famille avec son accord). Il faut souligner le pronostic sombre en cas de chronicisation en termes de mortalité (16 % à 21 ans d'évolution et une surmortalité multipliée par neuf) (16), de comorbidités, de qualité de vie (isolement socio-professionnel). Malgré tout, des suivis de cohorte montrent un taux de rémission supérieur à 50 %. Il faut rappeler que l'étiologie de l'anorexie mentale n'est pas connue et que l'hypothèse la plus partagée est qu'il s'agit d'une maladie complexe, faisant intervenir une fragilité génétique et des facteurs environnementaux. De ce fait, les traitements actuels sont empiriques.

2.5.2 Évaluation initiale

Au cours de la première consultation, le praticien (médecin généraliste ou pédiatre en premier lieu, mais aussi psychiatre, pédopsychiatre, endocrinologue ou nutritionniste...) doit évaluer les conséquences déjà existantes de l'anorexie :

- le degré de la restriction alimentaire et de l'hyperactivité physique ;
- l'importance de l'amaigrissement avec calcul de l'indice de masse corporelle ;
- les conséquences somatiques de la dénutrition ;
- l'existence de vomissements ;
- la durée de l'aménorrhée, si la patiente ne prend pas de traitement contraceptif.

Sur le plan psychique, il faut rechercher une éventuelle dépression, ainsi que d'autres comorbidités (troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs).

Des traits comme une certaine rigidité, un perfectionnisme, une mauvaise estime de soi et des traits obsessionnels peuvent être retrouvés, souvent déjà présents antérieurement, mais exacerbés par l'anorexie.

Il peut déjà exister un isolement social et amical et un désinvestissement des activités de plaisir.

Il faut évaluer la **gravité** apparente et détecter d'éventuelles urgences :

- histoire de la maladie ;
- autres prises en charge ;
- sévérité de la dénutrition (IMC, œdèmes des membres inférieurs, bradycardie, paramètres biologiques inquiétants...)
- idées suicidaires.

Il faut ensuite informer le patient sur les diverses modalités de prise en charge, et insister sur le fait que le pivot de la guérison est la reprise de poids jusqu'à un poids de santé. L'information de la famille est nécessaire, d'autant plus que le patient est jeune, tout en préservant la confidentialité. Ce temps important passé à informer sur la maladie et l'état du patient est fondamental, bien que chronophage. Expliquer l'objectif des soins est une étape importante : certes la restauration du poids est indispensable, mais l'objectif de guérison est plus large, et comprend la dimension psychologique et relationnelle du sujet ainsi que sa qualité de vie. Les patients sont très ambivalents à parler de leurs symptômes et de leurs comportements car il existe une culpabilité et une peur d'être jugé. Le sujet peut vivre son anorexie comme un choix de style de vie engageant sa liberté d'individu ou au contraire comme la seule façon de vivre. Le statut de malade devient un médiateur indispensable dans la relation à l'autre. Beaucoup de sujets ont peur du traitement, en particulier de devenir gros en reprenant du poids. La création de l'alliance thérapeutique est un atout majeur dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

2.5.3 Dénier

► Définition

Décrit dans cette pathologie comme **dénier de la maladie** ou de la gravité de la maladie, il est caractéristique de l'anorexie mentale et la différencie des autres pertes de poids. C'est essentiellement un dénier par le patient du poids bas et de son impact négatif sur la santé (75,76).

Le dénier est considéré comme un sérieux obstacle à la détection, à l'évaluation et au traitement des TCA. Il empêche la reconnaissance précoce des troubles et l'appréciation de leur gravité (77).

Ce dénier dans l'anorexie mentale est une notion multidimensionnelle qui n'a pas été évaluée jusqu'à présent par un instrument fiable (qu'il faudrait tester dans des populations qui ne consultent pas, donc en pleine phase de dénier de la maladie) (78).

Laplanche et Pontalis définissent dans leur Dictionnaire de psychanalyse le « **dénier** » (de la réalité) comme le « *refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante* », ou encore : « *le dénier porterait sur un élément fondateur de la réalité humaine plutôt que sur un hypothétique fait perceptif* ».

► Synthèse des recommandations internationales

NICE (National Institute for Clinical Excellence) (22)

La conviction que le contrôle du poids est désirable est souvent très forte, surtout quand elle est contrée. Les autres sont considérés comme se trompant quand ils encouragent une prise de poids, surtout quand il existe, chez le sujet anorexique, une perturbation marquée de

l'image du corps. La perte de poids est vécue comme une réalisation de soi positive et donc très forte chez quelqu'un qui manque de confiance en soi ou qui a une mauvaise estime de soi. En conséquence, ces patients vont souvent dénier la sévérité de leur état.

Le principal obstacle au diagnostic est la volonté du patient de cacher sa pathologie et ses motivations, symptômes et comportements. Alors la position du soignant engagé dans un entretien évaluatif, soutenant et empathique, est cruciale pour permettre au patient de révéler ses peurs à propos du poids, de son comportement de diète... En l'absence de cette position, le patient peut cacher ses conduites et laisser le médecin chercher une cause somatique à son amaigrissement. De même, de nombreux patients sont ambivalents à révéler leurs symptômes et leurs comportements et sont hésitants ou activement résistants au traitement. Il y a plusieurs raisons à cette ambivalence. En premier, ils peuvent croire qu'ils seront critiqués ou traités avec antipathie. Cette croyance peut être basée sur la culpabilité des vomissements ou des crises boulimiques, ou sur le fait qu'on va attendre d'eux qu'ils contrôlent leurs symptômes. Ou bien ils peuvent avoir entendu parler d'expériences de soins négatives pour certains ou craindre les traitements imposés. L'anorexie mentale en particulier est parfois perçue par le patient comme un style de vie valorisé, choisi comme le seul mode de vie possible. Beaucoup vont craindre les effets du traitement : le patient anorexique peut en effet avoir peur que le traitement le fasse devenir gros, ou que l'arrêt des vomissements (quand il y en a) puisse le rendre vulnérable aux conduites boulimiques sans recours aux conduites de purge.

Pour les patients, l'expérience du trouble du comportement alimentaire peut être complexe, ambivalente et contradictoire... parce que le trouble alimentaire est à la fois le problème et la solution-un style de vie destructeur qui néanmoins maintient la personne dans le contrôle, la sécurité et une sorte de protection-alors que le sujet offre une présence fiable et cohérente dans sa vie.

Cependant, le patient peut être conscient d'un profond désespoir sous-jacent, d'un sentiment d'infériorité essentiel, il se sent sans valeur et ne méritant pas les plaisirs de la vie, coupable de chercher à satisfaire ses besoins. Et bien que cherchant constamment à dénier le problème et les difficultés à s'aimer, à s'occuper de soi et à s'accepter, il y a un intense désir d'être aimé, utile et accepté. Le sujet anorexique peut parvenir alors à reconnaître le problème et à chercher de l'aide.

APA (*American Psychiatric Association*) (2006) (16)

Le terme de déni est assez peu utilisé mais évoqué par les termes de refus, résistance, peurs, banalisation, cognitions erronées ou hésitation liée à la honte. Ces termes sont tous des degrés ou formes du déni. Les auteurs insistent sur les attitudes que doit avoir le soignant : la vigilance sur les contre-attitudes ou contre-transferts et ne pas développer des positions trop négatives et tranchantes qui risqueraient de renforcer les attitudes négatives des patients. En revanche, il est souhaitable d'utiliser tous les renforcements possibles et de les aider à comprendre les causes de leur anorexie après restauration du poids. Des antécédents de maltraitance et d'abus sexuels peuvent augmenter les réticences, en particulier selon le sexe du soignant.

L'intérêt éventuel des antipsychotiques de nouvelle génération est cité dans les cas de résistance sévère à prendre du poids, ou de déni atteignant des proportions délirantes.

Il faut avertir les patients et leur famille des dangers des sites « pro-ana » qui encouragent les « styles de vie anorexiques ». En contrepoint, sont proposées des listes de livres, associations et ressources Internet aidantes.

De nombreux patients peuvent être réticents au traitement et peuvent se sentir investis dans leurs symptômes. Beaucoup sont secrets et cachent des informations sur leur

comportement. Au cours du traitement, ils peuvent montrer une résistance à voir au-delà des symptômes les problèmes psychiatriques ou psychologiques sous-jacents. Ou à l'inverse, ils ne veulent parler que du fond du problème pour ne pas aborder les symptômes par refus de les lâcher. Les psychiatres doivent savoir que les traitements recommandés créent de profondes angoisses chez les patients : l'objectif de poids se heurte en effet à ce qu'ils craignent le plus : devenir gros. C'est pourquoi il faut reconnaître leurs peurs, en particulier la peur de grossir, avec empathie afin de construire une alliance thérapeutique et leur faire comprendre les différentes fonctions psychologiques de leur anorexie telles que l'accomplissement personnel, attirer l'attention, être protégé, etc. Enfin, il faut énoncer que ce processus prend du temps, ce qui peut les rassurer.

Les auteurs des recommandations de l'APA suggèrent pour les patients qui manquent de motivation aux soins de développer la conscience de la maladie et le désir de guérison par les techniques psychothérapeutiques motivationnelles, même si aucune preuve solide n'est encore établie.

Ils remarquent que le traitement hormonal substitutif peut masquer le signe majeur qu'est le retour des règles, faire croire à la patiente que son corps fonctionne bien et contribuer au déni de la nécessité de prendre du poids. Le degré de déni du patient et sa résistance aux soins peuvent orienter le choix de l'équipe soignante vers une équipe plus spécialisée dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires.

RANZCP (*Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*) (79)

Des tensions découlent du déni, entre le respect de l'autonomie du patient et son besoin de traitement. Cela peut nécessiter les contraintes aux soins et/ou des brèches dans la confidentialité.

Littérature internationale

Vandereycken (80) distingue **deux types principaux de déni de** la maladie dans l'anorexie mentale :

- un déni non intentionnel comprenant toutes les sortes de distorsion de l'information et d'anosognosie parfois rencontrées dans les franges les plus fragiles de cette population clinique ;
- un déni délibéré ou refus de se livrer ou défense identitaire.

Ces deux types de déni doivent être compris par les cliniciens dans leur complète signification, y compris par rapport à la réponse à la relation d'aide. Il semblerait que les cliniciens sous-estiment sa signification dans l'interaction entre eux et les autres, en particulier la confiance que les patients pensent pouvoir avoir et qui dépend en grande partie de l'attitude des soignants.

Face à ces deux types de déni, il faut d'abord penser à une déficience biologique de la conscience de soi, puis le déni peut être décrit en termes de scotomisation partielle, ce qui peut être une distorsion psychobiologique due à des idées exagérées voire délirantes ou une dissociation et enfin à des causes purement psychologiques.

Que le déni soit conscient ou inconscient, plusieurs types de croyances ou de motivations chez le patient peuvent aider le clinicien à reconnaître une anorexie mentale. Vandereycken (80) cite Kreitler (81) ; celui-ci répertorie les dimensions cognitives dans le rapport à soi-même et aux autres des patients anorexiques :

- 1) fuite de la vie et du sentiment de sa propre identité ;
- 2) s'extraire des relations aux autres pour se sentir libre mais en même temps sans contrôle sur sa propre vie ;
- 3) envahissement par les attentes des autres au point de les tromper par un « bon comportement » ;
- 4) rejet de soi, autodévalorisation et tendance à se transformer pour convenir aux autres ;

5) dissociation de son monde interne, y compris perception de l'affaiblissement, et ainsi gagner de l'indépendance vis-à-vis des autres.

Tout cela à des degrés variables et non statiques.

Les patients qui refusent l'aide peuvent aussi vouloir s'aider à leur façon comme une affirmation de leur profond besoin de *self-determination*. Il ne faut pas douter trop vite de leur compétence à le faire, mais augmenter la confiance qu'ils peuvent avoir en nous.

Vandereycken a consacré plusieurs travaux au déni (78,80,82) et partage l'opinion décrite par Vitousek (83) pour qui la notion de déni se rapporte à « *toute omission consciente ou inconsciente, dissimulation, ou fausse représentation d'un comportement ou d'une expérience interne. Le concept de « distorsion » est probablement plus juste que « déni », ce dernier impliquant plus nettement le rejet d'une vérité perçue ; cependant le mot « déni » sera utilisé par cohérence avec la littérature existante.* »

Ce manque d'attention à soi (80) peut avoir différentes explications :

- la conséquence simple d'une non-conscience de soi ;
- l'ignorance de la réalité triste de soi, comme une façon de gérer une maladie envahissante ;
- l'expression d'une distorsion de la réalité
- ou un mode de réaction résultant des traits de personnalité d'autosacrifice ou de stoïcisme qui peuvent être une forme de réponse aux stress.

Curieusement les critères du DSM changent légèrement entre le DSM-III-R et le IV à propos de ce déni (80) « *deny, denial, refusal* ». Est-ce en raison de la persistance d'un flou dans la compréhension de cette dimension, plus complexe qu'il n'y paraît ?

Plusieurs questions sur sa signification et sa pertinence clinique restent sans réponse (80) :

- Le déni de la maladie constitue-t-il un sous-type spécifique, un stade ou un degré de sévérité de l'anorexie mentale ?
- A-t-il une valeur discriminative comparé aux autres troubles psychiatriques ?
- Est-il en rapport avec le mode alimentaire, le degré d'insatisfaction corporelle ou la recherche de minceur ?
- A-t-il une signification pronostique et sur l'évolution selon l'engagement dans les traitements (avec ou sans thérapie) ?
- Le déni des symptômes est-il en rapport avec les caractéristiques de la personnalité ?
- Dans quelle mesure le déni est-il déterminé ou influencé par le contexte du patient (culturel, familial, système de soins) ?

Il suggérerait le choix d'un autre mot pour le désigner, qui comprendrait sa face positive. Fondamentalement le déni est l'affirmation du contraire de ce qui est dénié : le sujet qui nie la maladie se crée une réalité personnelle ou une illusion de santé idiosyncrasique.

Le déni peut servir un objectif, il peut être la colle qui rassemble une estime de soi brisée. En conséquence, le soutien doit être très important si le patient commence à reconnaître la maladie.

On parle de déni de la maigreur, de la faim, et de la fatigue et de persistantes assertions par le patient de bien-être et de santé. S'il y a des plaintes physiques précoces parfois adressées à des somaticiens, il y aura en général déni de la phobie du poids.

Une étude publiée en 2006 (84) montre chez des adolescents anorexiques (sans groupe contrôle mais avec une évaluation parallèle des parents et de leur conscience des troubles) que la baisse du déni est principalement associée à la durée des troubles, non en rapport avec la gravité mais avec une plus grande conscience de la maladie. Ils retrouvent comme d'autres auteurs européens une proportion de plus d'un tiers de leur échantillon d'adolescents hospitalisés qui dénie la pathologie alimentaire mais aussi l'anxiété et la dépression. L'EAT ne serait pas un instrument contournant la question du déni et donc il se

révèle non fiable dans les études de prévalence surtout dans la première année des troubles d'anorexie restrictive. Pour une détection précoce, il faut donc associer plusieurs procédures d'évaluation. Les auteurs parlent d'une véritable non-conscience des troubles dans la tendance immanente au déni en début de maladie et proposent d'étudier dans des études de *follow-up* l'évolution de ce déni et cette évolution est liée à une amélioration de l'IMC. Ce qui permettrait de mieux connaître les patients anorexiques qui nient leur pathologie et ceux qui l'admettent ainsi que leur pronostic à long terme.

Guarda (85) souligne dans un article les difficultés méthodologiques des études dans l'AM. Pour cet auteur, un point essentiel de la conduite du traitement est que, quel que soit le désir de changement des patients, du fait du déni et de l'ambivalence, ceux-ci chercheront le traitement selon leurs propres objectifs, idéalement avec le minimum de prise de poids. Les traitements réussis seront parvenus à convaincre le patient de dépasser sa quête de maigreur.

En 2005, Halmi *et al.* (86) recherchent (sur 122 patients et en étude randomisée et prospective) les prédicteurs d'acceptation du traitement. En effet, le taux élevé de *drop out* dans l'AM gêne considérablement les recherches sur l'efficacité des traitements, en particulier comparatives. Le seul prédicteur de traitement achevé est une haute estime de soi (associée à un taux d'acceptation du traitement de 51 %).

Une revue de la littérature récente (87) étudie les futurs critères du DSM-V et souligne la difficulté d'évaluer les signes et les symptômes cognitifs avec les patients qui ne peuvent les reconnaître eux-mêmes, en particulier l'*insight* limité, la minimisation ou le déni, ainsi que les omissions intentionnelles sur tout ce qui est problématique ou honteux pour le patient. De ce fait, les auteurs réclament un guide d'évaluation de ces signes plus complet et pensent que le mot « refus » « de maintenir un poids normal » doit être supprimé des critères A de l'AM, afin d'améliorer la validité de ces futurs critères.

D'autres auteurs anglais (88) ont exploré les perceptions de la maladie dans l'AM par une étude qualitative afin de trouver des adaptations aux particularités de l'anorexie mentale face au processus de guérison: choix du symptôme comme souhaitable, déni et ambivalence au traitement. Leur méthode utilise la méthodologie de Charmaz dans un cadre théorique développemental et obtient après dépouillement des entretiens la définition de quatre composantes principales à la perception de la maladie chez les anorexiques : « ce qui fait sens pour l'anorexique », « relations entre l'AM et le *self* », « la lutte pour la guérison », et « faire avec le traitement ». Ce travail sérieux (mais avec des patients volontaires) devrait donner des outils supplémentaires pour travailler l'ambivalence aux soins à partir des représentations des patients, changer la relation entre le *self* et l'AM comme clé essentielle, mieux comprendre les différents défis que représentent les soins et permettre des formulations psychologiques claires.

► **Actualités et particularités françaises sur le déni**

Lorsqu'on invoque le déni, et en dehors de ses formes les moins intentionnelles témoignant d'atteintes cognitives liées à la dénutrition ou préexistantes, il faut en chercher les différents sens et fonctions dans l'économie du sujet. C'est pourquoi une exploration de la psychopathologie dans l'AM nous paraît ici nécessaire, tout en tenant compte de son étiologie multifactorielle.

Lors de ces 30 dernières années, près d'une dizaine d'auteurs français, essentiellement de formation psychanalytique, ont publié des contributions éclairantes pour la compréhension de l'anorexie mentale et sa fonction défensive à l'adolescence et plus tard. Nous ne citerons pas tous les travaux, mais tenterons d'en extraire l'essentiel afin de donner des clés de compréhension à ces deux questions : **le déni et la mise en place d'une alliance thérapeutique.**

Brusset (89) dit que « *le déni de la maigreur comme de la fatigue a d'autres aspects, celui du déni du sens, de la signifiante, et montre l'« omnipotence inanitaire »*. *Le plus souvent une écoute disponible démarquée de la contrainte à la prise de poids laisse voir le désarroi sous-jacent et le désir d'être aidées à sortir de cette impasse* ».

Certaines hospitalisations peuvent accréditer l'idée de l'organicité ou que la normalisation imposée du comportement alimentaire va résoudre tous les problèmes, ce qui peut entériner le déni.

Brunch (90) parle « *de la signification pathognomonique de l'absence d'angoisse en face de l'amaigrissement souvent macabre* ». Et des besoins du corps méconnus et déniés du fait d'un trouble de la conscience intéroceptive lié à un défaut d'apprentissage précoce. Elle parle d'équivalents délirants au sein d'une perturbation profonde du Moi et du sens de l'identité. Cette approche phénoménologique et pragmatique reste juste et riche d'enseignement.

Les travaux de Kestemberg et Decobert (91) insistent sur le poids de la dénégarion et l'importance du masochisme primaire et du narcissisme dans l'AM (d'où évocation inévitable du clivage et de la dimension de perversion ou de destin des pulsions dans l'AM, qui seraient le plus souvent selon Jeammet et son école des aménagements pervers défensifs).

Dans un article de 2003, Corcos, Atger et Jeammet (92) reprennent l'historique des compréhensions de l'anorexie, jusqu'à l'analyse actuelle qui situe l'anorexie mentale au sein des addictions sans drogue : c'est une conduite agie pour lutter contre une dépendance, pathologie de l'incorporation et des assises narcissiques, mettant en échec le processus d'individuation.

Les théories de l'attachement sont invoquées pour illustrer les défaillances précoces dans un lien « sécuritaire » à la mère. Ils soulignent que l'AM se retrouve dans une gamme de personnalités transnographique et de gravité variable mais avec une constante : la grande fragilité narcissique, la structuration psychique précaire, les actes anti-éprouvé et anti-pensée, les mécanismes neurobiologiques de dépendance. On retrouve constamment un vécu intime d'inefficience, d'inadéquation, d'absence de valeur personnelle se rapprochant de la problématique de la dépressivité.

La dimension de déni et de clivage serait plus importante dans les états limites (93). Le point de départ dans cette souffrance serait un désir de fusion avec la mère, et une impulsion boulimique vécue comme condamnable et dangereuse pour le sujet ; l'idée du contrôle se présente alors comme solution contre cette impulsion. Doute de soi, image négative de soi et contrôle amènent vite le sujet dans un tunnel infernal de perfectionnisme anxieux, qui écarte comme négligeable et dangereux tout désir ou plaisir, face à cette nécessité vitale du contrôle. Comprendre donc le besoin de l'anorexie par le patient, ses terreurs et ses souffrances.

L'aspect paradoxal de leur relation à la nourriture se retrouve dans les relations aux autres, ces comportements viennent répondre à des conflits internes autour du concept de dépendance (94), et peuvent se définir ainsi :

- 1) alternance entre avidité relationnelle et capacité à s'isoler, en même temps intolérance à la solitude et à la proximité ;
- 2) intense attention aux opinions des autres avec hypersensitivité ;
- 3) difficultés à réguler les relations et la bonne distance : changements radicaux de l'idéalisation à la rupture dès la moindre déception ;
- 4) oscillation entre la peur de la séparation et la peur de l'intrusion ;
- 5) coexistence d'attentes massives vis-à-vis des relations importantes, tout en étant facilement influençable, mais en même temps grande capacité à l'opposition et un refus obstiné de changer ;

6) extrême sensibilité à l'intérêt qu'on leur porte.

Ce qui entraîne une dépendance exagérée aux parents et à l'entourage, un manque d'autonomie et des aires de confusion entre soi-même et ces personnes.

La conduite anorexique sert de défense et de réorganisation des relations objectales dans cet antagonisme entre dépendance et équilibre narcissique.

« *Ce dont j'ai le plus besoin est ce qui me tue* » dit Jeammet (95) (2004) à propos de la dépendance à la mère, soulignant ainsi les risques d'antagonisme narcissico-objectal qui en découlent, les besoins relationnels (d'autant plus importants que le sujet est en attente de confirmation narcissique par l'autre) venant menacer le sentiment d'intégrité personnelle et les garanties concernant les limites du moi. Il y a antagonisme entre les besoins affectifs et la préservation de son autonomie, et l'idée d'une intolérable dépendance.

La solution addictive est dans ce contexte comme une tentative de survie psychique, un compromis entre la revendication affichée et la nécessité de la dépendance aux proches (au prix d'un déni du vécu de cette dépendance, encore inélaborable pour le sujet). Le réaccrochage au percept, à travers des sensations autogénérées, permet alors au sujet de vérifier son existence, écrit Vénisse à partir d'une conception addictive de ces troubles qui permet s'appuyer sur les grands repères des approches thérapeutiques en addictologie (96).

Puisqu'il n'y a pas de continuité d'être, l'anorexique va la trouver dans la continuité du faire, développement frénétique des activités de maîtrise, etc. la « trouvaille » addictive, recherche de sensation autogénérée par le sujet comme auto-stimulation et *self-holding*... Cet agir sur le corps manifeste par sa frénésie la difficulté de retrouver ... quelques traces de l'éprouvé de soi dans sa relation à l'objet maternel (97).

L'anorexie s'impose comme un rituel d'individuation pour des sujets pour qui la « sculpture de soi » avec ce qu'elle suppose d'introjection et de contenance est problématique. Difficultés de certains patients à se dégager de filiations que nous qualifierons de « narcissiques » (séduction, contrat, emprise...) prenant leurs racines très tôt dans l'enfance (97).

La dépendance est d'autant plus grande que le sentiment d'existence propre est faible, que ce soit la prégnance d'inquiétudes existentielles qui n'ont jamais pu s'apaiser, ou les effets de la relation à la mère et au féminin (97) : pour que l'enfant éprouve l'expérience d'être... il faut que la maternité de la mère participe à l'intégration de son identité féminine (maternité morale)... Mais il est un autre passage, celui de l'expérience d'être au sentiment d'être qui nous semble passer par la transmission sensuelle de l'élément féminin maternel.

Pour Marinov (98), proche des théories de Mac-Dougall, le mécanisme de défense par déni serait une articulation entre le déni de la différence des sexes et le déni d'existence (et de la valeur de celle-ci dans sa globalité, en réponse avec des dénis parentaux). Il y aurait aussi chez les parents un déni de la jouissance. Le déni de la maigreur serait la condensation de tous les autres dénis. En cherchant à provoquer l'attention, « *l'anorexique témoigne de la prévalence de l'amour sur la faim comme condition de survie* ». « *La maigreur sous sa forme radicale d'une tentative d'identification avec son squelette apparaît comme une tentative de liaison radicale de l'angoisse du vide, du monstrueux, du démesuré, de l'informe.* » Le clivage serait entre psyché et soma, entre des signifiants verbaux et des signifiants corporels. Entre la psyché et le soma, il manque l'élaboration d'une couche intermédiaire protectrice constituée par l'élaboration du monde des affects.

Corcos (97) évoque aussi ce clivage corps-psyché chez les mères, à l'origine d'un défaut dans l'édification du soi, au sens où le moi est séparé de l'origine charnelle des émotions. Les soignants sont parfois complices de ce déni et de ce clivage corps-psyché (99). Le choix d'un symptôme corporel (97) est à référer aux toutes premières expériences d'investissement et de contenance de l'enfant par la mère. Ce qui serait déterminant est à

rechercher dans le défaut de transmission d'une vitalité et d'une féminité du corps aux tout premiers temps du développement.

Il y a parfois jusqu'à une fétichisation du corps maigre et de l'ossature, difficile à lâcher comme tout fétiche. L'os est invariable, il dénie la sexualité aussi bien que la mort (89).

Les couples d'opposés au sein du « style anorexique » témoignent de l'importance du clivage dans ces pathologies. Le clivage est rigide vis-à-vis de l'aspect répudié de soi, le corps vécu comme persécuteur. Et de mécanismes de défense archaïques, en tout ou rien, et manichéens, caractéristiques des aléas des premières relations entre l'enfant et son environnement (100). Ce sont le retournement contre soi, le renversement en son contraire, le déni, le clivage et le couple projection-incorporation.

L'importance du poids perdu reste secondaire par rapport aux dimensions psychopathologiques sous-jacentes au trouble (déni, maîtrise, fantasme boulimique, anorexie globale touchant tous les investissements) (93).

► Causes du déni

Le rôle psychopathologique du déni serait alors celui de l'importance des liens affectifs de dépendance et de défi à l'égard de soi-même et des autres. C'est la lutte contre l'angoisse d'abandon qui conduirait à ces aménagements pervers dont les TCA sont les manifestations (77).

C'est cette extrême dépendance qui oblige ces patients à refuser tout changement, les forçant à s'agripper à ce comportement auto-imposé, et à ne désirer que la non-satisfaction de tous les désirs (94). La contrepartie psychique du comportement de refus est le refus de l'introjection. L'activité anti-introjective est un des éléments de base, l'expression mentale du comportement anorexique. Avec le thérapeute, le patient tentera aussi de garder le contrôle et de se protéger de son activité psychique, par la recherche de savoir par exemple.

Il y a un déni du monde interne et une véritable phobie des liens affectifs et des émotions (100).

Ces troubles ne correspondraient donc pas une organisation stable de la personnalité, ni à une structure définie mais à cette vulnérabilité liée à une dépendance excessive aux objets externes. Une amélioration de l'image de soi et du sentiment d'identité est recherchée par le patient anorexique. Pour un certain nombre de raisons, donc certaines culturelles, l'estime de soi est exagérément en rapport avec la silhouette et l'image du corps et l'idéologie du contrôle. D'où la focalisation sur ce contrôle du poids que le patient pense devoir garder à tout prix jusqu'aux dépens de soi-même.

La perception insupportable provoquant le déni peut être aussi l'idée de la mort, se traduisant par le corps décharné, évoquant la mort. Qu'est-ce qui dans la souffrance (physique, morale) et dans l'image évocatrice de la mort peut être une perception si traumatisante pour l'anorexique ?

La dépressivité serait liée à un travail de deuil impossible, impossibilité de se détacher des idéaux infantiles portés sur l'objet sans risque de chute, perte vécue comme radicale et irrémédiable, sans pouvoir se contruire par un accord donné à cette perte. Le patient bute contre l'irréparable de cette perte, il ne peut changer ni d'objet, ni de mode d'investissement. La menace dépressive reste soumise aux aléas de la vie... et devant être contenue d'ici là par le comportement. Nous sommes donc dans une problématique narcissique primitive, peut-être déjà dans les générations antérieures (97).

On retrouve ailleurs l'hypothèse d'une « *négativation de la représentation de mort* » par Askenasy en 2009 (101). Bien auparavant Raimbault à plusieurs reprises—qui voit l'anorexique venir en tant que mort-présent prendre la place d'un parent mort de la mère—, Drieu (102), puis Dodin (103), évoquent des difficultés dans la réalisation des deuils dans

ces familles à rapprocher d'un déni de la mort dans les sociétés occidentales (cf. livre d'Ernest Becker : « *Denial of death* », 1973).

Ces auteurs et beaucoup d'autres (en particulier ceux qui travaillent avec les familles) évoquent les deuils impossibles ou non réalisés dans ces familles, souvent au niveau des parents ou sur un mode transgénérationnel (104) (Taccani, 2000 : « *le soi et les objets n'ont pu évoluer jusqu'à être complètement distincts, ils sont là... sans espace ni pour les rencontres ni pour les éloignements* »). Cette psychopathologie provoque entre autres une indistinction générationnelle et une impossibilité de l'intégration du sexuel à l'adolescence (102).

Risque de mort et souffrance peuvent être vus par l'entourage et les soignants, ils sont comme exposés aux autres. On retrouve dans l'ambivalence du déni une provocation du mouvement émotionnel de l'autre pour aider à lever celui-ci.

Dans le cas de l'AM, on constate un refus actif d'abandonner l'exercice maximal de la maîtrise et l'idéal anorexique, qui ont été choisis (en partie inconsciemment) et décidés comme **solution** à un mal-être, et comme instrument d'évitement des pulsions interprétées comme dangereuses (105,106). Le patient est arc-bouté à ce refus. Toute autre perspective que la solution choisie lui paraît plus inquiétante et source de danger vécu comme vital. Les tentatives de cacher les troubles des conduites alimentaires sont des stratégies délibérées pour en garder la pratique, avec réaction négative à l'intrusion de l'autre et refus de la recherche d'aide dans les premiers temps.

Ou bien la dépendance et la soumission de la patiente au symptôme permettent en retour d'aliéner la mère jusqu'à la constitution d'un masochisme moral fixant l'union pulsionnelle mère-fille (97).

Les complications des TCA sont encore, dans un nombre non négligeable de cas, à l'origine du dépistage d'un TCA méconnu ou dénié (93).

On retrouve donc dans l'anorexie mentale toutes les structures psychologiques, toutes les forces du moi, toutes les autonomies psychiques jusqu'à la psychose blanche, ou le syndrome d'Asperger, souvent cités dans les formes graves ou précoces du trouble. Il y aura alors tous les degrés de résistance à l'abandon de cette solution AM.

Dans les **familles**, on retrouve aussi des attitudes de dénégation de la maladie, du risque de mort chez le patient, des conflits, des émotions. Des dénis rétrospectifs sur l'histoire infantile du patient. De ce fait, parfois l'aménorrhée sera le premier signe d'alarme.

Ils ont besoin d'aide parce que l'apparition de cette maladie est dramatique pour eux, voire traumatique. Ils se sentent mis en cause et attaqués, mais surtout confrontés à une demande qui, étant niée, n'accepte pas de réponse. Du fait du message paradoxal de l'anorexique qui refuse systématiquement ce qu'il semble attendre et demander (89).

► **Comment lever le déni ?**

Quelles attitudes du soignant paraissent souhaitables face au déni de la patiente et de la famille ?

Une étude de Vandereycken publiée en 2008 (78) est démonstrative sur ce qui peut freiner la reconnaissance des troubles en particulier chez le soignant. Il a réalisé une enquête rétrospective sur 400 cas, qui démontre que cacher son trouble des conduites alimentaires est un refus délibéré de reconnaître ses difficultés alimentaires lié à la relation avec le soignant. En effet, la moitié des patientes disent qu'elles en auraient parlé plus tôt si celui-ci avait montré une connaissance suffisante de la pathologie alimentaire par une attitude de la part du soignant considérée comme cruciale et qui doit être équilibrée entre la confrontation, le soutien et la compréhension.

On reconnaît actuellement deux grands types d'approche pour tenter de lever le déni, travailler l'ambivalence au changement et amener à une alliance thérapeutique de bonne qualité : les courants psychodynamiques et psychanalytiques sont encore très représentés chez les acteurs de soins en France cependant les courants plus proches des références cognitivo-comportementales, spécialement les entretiens motivationnels, s'établissent de plus en plus dans les conduites addictives (cf. paragraphe 2.5.5). Ces approches motivationnelles ont pour intérêt d'installer une position de compréhension des difficultés du patient et de s'appuyer sur ses ressources, ce qui va dans le sens de ranimer l'énergie vitale, afin de freiner le réflexe de remise en cause négative de soi et d'autoreproche, toujours trop actif dans ces pathologies du narcissisme, et qui entraîne inévitablement méfiance de soi-même et augmentation des clivages. C'est un point important sur lequel il faut être vigilant quelle que soit l'approche psychothérapeutique.

Position du soignant et attitude thérapeutique

Il y a incontestablement une influence négative de la durée des troubles avant le début du traitement sur le pronostic (verrouillage biologique, psychologique et social) ; la multiplication, encore trop fréquente, des examens paracliniques dans des consultations spécialisées fait longtemps errer le diagnostic et enferme le patient et sa famille dans l'hypothèse d'un trouble organique, déviant la dimension psychologique de l'affection et donc la détresse du patient (93).

L'évaluation clinique du patient doit être aussi complète que possible et identifier les risques physiques et psychologiques (y compris suicidaires). Il faut ensuite nommer ces risques, avertir, mais aussi ouvrir d'emblée à la dimension psychologique et relationnelle sous-jacente.

La première rencontre thérapeutique est un moment crucial pendant lequel sera désigné le plus souvent le référent du projet thérapeutique. Les conditions de la rencontre sont souvent marquées par deux situations opposées quoique sur le fond très proches : d'un côté, celle du déni massif des troubles, de leurs conséquences, voire de toute difficulté ; de l'autre, celle de l'attente magique d'une guérison immédiate.

Comment, pour le soignant, ne pas se laisser contaminer par le déni, et ne pas banaliser (comme souvent l'entourage proche), ne pas entrer dans un rapport de force, et ne pas se laisser fasciner par la position de toute-puissance que le patient projette sur son interlocuteur ? Il faut (93) :

- aider à la verbalisation des souffrances, psychiques et physiques ;
- avertir des séquelles possibles (sans effet en général dans les premiers stades de la maladie où le patient croit sincèrement à une amélioration de l'estime de soi et du sentiment d'identité par l'anorexie) ;
- alerter sur la non-innocuité de la pathologie.

Au début, les patients semblent « intouchables », entre minimisation et indifférence, cherchant surtout les recettes pour cacher et ne croyant pas aux risques de cette maladie pour eux-mêmes. L'inefficacité du système anorexique mène à la demande de soins quand les souffrances, physiques et morales, commencent à être perçues.

Colette Combe décrit une observation clinique fréquente : la levée du déni après un risque vital plus important et souvent un passage en soins intensifs. « *La maladie perturbe les perceptions, euphorise par des sécrétions massives de cortisol en réponse à l'intensité de la douleur et du stress provoqués par l'état de dénutrition et par l'état de dérèglement psychosomatique... Les patientes qui vivent l'expérience des soins intensifs ne sont plus les mêmes après, elles ont soudain retrouvé le goût de vivre. En respectant leur vie, elles retrouvent un sentiment de continuité. Il semble qu'une sortie du déni ait lieu et qu'elle provoque la levée du clivage du moi.* » « *Elles sont clivées de leur sensibilité, de leur*

subjectivité, de leur intimité et de leur douleur. Mais cela peut justement conduire en exacerbant le clivage, paradoxalement à sa levée ».

C'est le rôle du soignant d'amener à cette levée du voile. La notion de clivage qui accompagne le déni sous-entend une partie saine du Moi qui tient compte de la réalité. C'est celle-ci qu'il est possible de réveiller chez le patient et/ou son entourage. La cohérence soignante et familiale saura alors stimuler la levée du déni, souhaitée au fond par le patient à condition qu'il se sente respecté et compris dans ses conflits intérieurs. C'est ce qui malgré la fréquence du déni permet un nombre relativement restreint d'hospitalisations sous contrainte.

Parfois les groupes de patients (de toutes sortes) peuvent aider à accepter les soins et le soutien et être une composante importante du progrès (22).

Les soignants doivent être avertis des risques de la stigmatisation (78) qui augmente le déni, la honte et les dissimulations.

Le déni est souvent retrouvé comme une difficulté pour le patient à se livrer et à être catégorisé. De plus, reconnaître son trouble ne veut pas dire être prêt à un changement. D'où la nécessité de l'alliance thérapeutique.

2.5.4 Alliance thérapeutique

► Principe

L'alliance thérapeutique avec le patient et sa famille est considérée comme nécessaire et indispensable, en raison du déni, de la dangerosité réelle de la conduite anorexique, des pièges de ce comportement alimentaire et des différents facteurs de résistance.

La relation thérapeutique, appuyée sur un savoir-faire et de l'expérience, doit conjuguer, y compris de façon paradoxale, quelques grands principes :

- une indispensable directivité et fermeté, en même temps qu'un extrême respect de la capacité de l'anorexique à trouver en lui-même ce qui peut être bon et constructif pour lui, lui permettant ainsi d'échapper au sentiment très fort qu'il est totalement manipulé et à la merci de son entourage ;
- l'exigence de prendre en compte le corps qui se consume par des approches spécifiques et dans le même temps faire le pari d'un autre mode d'expression possible, d'en faciliter l'émergence, ce qui définit l'espace d'une psychothérapie au long cours ;
- la nécessité d'ajuster sans cesse la distance relationnelle en fonction des vécus d'intrusion et d'abandon toujours prêts à se manifester chez l'anorexique. Choisir une position qui permet de tenir dans la durée, cela justifie aussi la mise en place de différents intervenants, en rapport avec la conception de la genèse multidimensionnelle des troubles alimentaires (99).

L'alliance cherche toujours à faire vivre la partie clivée que le patient laisse dans l'ombre (la part souffrante méconnue qu'il est obligé d'agir et de dénier, comme la part adaptative qui, au-delà de ses limites, est aussi une précieuse ressource) (96).

► L'alliance thérapeutique dans les recommandations internationales

NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) (22)

Les soignants doivent savoir qu'un grand nombre de patients atteints de TCA sont ambivalents vis-à-vis des traitements. Ils doivent donc identifier les demandes ambivalentes et les difficultés qui en découlent. Information et soutien doivent être proposés à la famille. Les préférences des patients et des proches doivent être prises en compte dans le choix des traitements psychologiques. Les psychothérapies choisies dépendront des préférences du patient, de sa motivation, de ses caractéristiques psychologiques et son âge ou stade de développement.

L'évaluation clinique doit appliquer les principes suivants :

- avoir un esprit ouvert ;
- maintenir une attitude soutenante et non jugeante ;
- centrée sur l'engagement dans la relation ;
- évaluer les risques ;
- inclure le droit à la confidentialité pour le patient.

Chez le soignant, un style d'engagement empathique est une aide nécessaire face aux angoisses du patient, mais probablement conduit aussi à de meilleurs résultats au niveau du traitement. En effet, les attitudes et les comportements au centre du trouble du comportement alimentaire sont en général traités par les psychothérapies, et une psychothérapie efficace demande un engagement dans la relation thérapeutique et un accord sur les objectifs du traitement. Les cliniciens accordent de plus en plus d'importance à l'engagement et la motivation positive pour des résultats à long terme, quelle que soit la technique (107).

Dans la plupart des cas, les traitements des adultes se font sur un accord, après information complète. L'anorexique lutte comme un élément central de son fonctionnement pour être un individu autonome, qui a la capacité de prendre soin de soi et de se maintenir en bonne santé et hors de danger. Dans de rares cas d'anorexie mentale, ce n'est pas possible. Au Royaume-Uni, il est légalement reconnu qu'un patient atteint d'anorexie mentale peut ne pas être capable d'évaluer son état et de comprendre l'information donnée, et donc de prendre les décisions valables de traitement (22).

Il est de bonne pratique, cependant, si un traitement est proposé sur une base formelle ou informelle afin de développer une alliance thérapeutique, de tenter d'augmenter une motivation positive et d'engager dans un traitement aussi tôt que l'état physique et psychologique du patient permet de penser que ce traitement a des chances d'être efficace.

Des principes similaires s'appliquent au traitement des jeunes et des adolescents en maintenant aussi rapidement que possible le droit à la confidentialité. À partir de 16 ans, les jeunes sont considérés comme des adultes pour le consentement au traitement et la confidentialité. Pour les plus jeunes, une confidentialité est maintenue sauf s'il y a refus de traitement et risque vital où la levée du secret médical peut permettre le consentement des parents au traitement nécessaire (22).

APA (*American Psychiatric Association*) (16)

Tout au long de ces recommandations et dès le premier paragraphe de recommandations, il y a la consigne de construire une bonne alliance thérapeutique avec le patient et sa famille, par des commentaires et attitudes empathiques, un regard positif, de la réassurance et du soutien.

La relation thérapeutique doit permettre confiance et respect mutuel, qui seront la base de l'exploration de tous les problèmes liés à l'anorexie mentale.

Le soutien se manifeste aussi par l'accès donné à du matériel éducatif, des livres de *self-help*, de l'information sur les ressources d'Internet et des conseils directs au patient et à sa famille si elle est impliquée. Le clinicien ne doit pas utiliser des théories qui impliquent un blâme ou permettre aux membres de la famille d'en blâmer un autre ou eux-mêmes, cela peut empêcher l'implication de membres de la famille dans les soins au détriment de ceux-ci et de l'amélioration du patient. Le médecin clinicien doit échanger avec famille et patient sur leurs connaissances de l'anorexie mentale (Internet, livres, etc.) avec un esprit ouvert et avec sympathie. Il faut tenir compte des attitudes culturelles et des problèmes du patient concernant le sexe du soignant, surtout dans l'hypothèse de maltraitements ou d'abus sexuel.

La reconnaissance et la prise en compte des angoisses du patient avec compassion contribuent à construire l'alliance thérapeutique. Favoriser les discussions, éviter les attitudes qui peuvent être vécues comme coercitives, expliquer avec clarté les intentions des thérapeutes pour ne pas contrer le besoin de contrôle de ces patients. Il faut aussi louer les efforts, favoriser et maintenir la motivation.

Les patients difficiles et très chroniques doivent bénéficier d'efforts particuliers comme un soutien psychothérapeutique accru et de compassion afin de permettre l'engagement dans une alliance thérapeutique et un protocole nutritionnel, sans avoir des objectifs irréalistes. En effet, dans l'anorexie chronique, il faut plus aider le patient à améliorer le confort de vie que se focaliser sur le poids. Une revue de 23 études (108) montre que ce que les patients reconnaissent comme les ayant le plus aidés sont les relations faites de soutien, de compréhension et d'empathie.

La motivation au changement travaille les différentes formes du déni. Enfin, les groupes de soutien pour patient et famille favorisent l'alliance thérapeutique.

► **L'alliance thérapeutique dans la littérature internationale**

Cependant, le problème du déni de l'anorexie mentale par le sujet et/ou sa famille est un obstacle majeur à la prise en charge. L'échelle CALPAS permet d'étudier et de comparer comment patient et thérapeute contribuent à l'alliance thérapeutique (109). Celle-ci devient une dimension clinique et non un concept empirique. Récemment, Lask et Frampton (110) ont soutenu la position paradoxale de ne pas mettre l'accent sur le poids et sa restauration, ce qui freine l'alliance thérapeutique, mais sur ce que nous valorisons au fond (pas seulement nos peurs du poids trop bas) et les désirs du sujet.

Ce sont parfois les parents qui s'inquiètent et consultent (photos montrées, courbe IMC depuis l'enfance). Une étude Canadienne (111) montre que le facteur principal dans la motivation à guérir serait l'implication des familles dans le traitement de leurs adolescents, et la qualité de leur relation, plus que les autres facteurs d'image du corps négative ou de symptômes dépressifs.

► **L'alliance thérapeutique dans la littérature française**

Les différents types d'attachement et les rapports avec les TCA sont décrits dans le chapitre de Corcos pour l'Inserm (59). Les types d'attachement retrouvés sont souvent détachés ou insécures. Les études individualisent là aussi l'anorexie restrictive pure des autres formes associant anorexie et boulimie.

L'ambivalence chez les anorexiques entre demande massive et évitement de toute relation humaine compliquera la mise en place de cette alliance. Ces patients dont la personnalité est prédépressive, avec un déficit narcissique, vont avoir tendance à organiser un mode de vie évitant la relation humaine, pour se protéger de tout réveil de la blessure narcissique et de la dimension essentielle de carence.

Il est recommandé en général pour cette relation d'alliance thérapeutique de se méfier des attitudes opératoires, ne pas répondre par la maîtrise, éviter le défi et les rapports de force, quels que soient les entêtements et les dénégations du patient ou de sa famille.

Il est nécessaire de trouver une alliance avec ceux des membres de l'entourage du patient qui, de toute façon, sont partie prenante du projet de soin (96).

Penser l'alliance permet de réfléchir aux questions suivantes (96) :

- Comment soutenir chez le patient une capacité de mettre en pensées et en mots ce qui est souffrance, impensable et indicible ?
- Comment mettre en place la relation thérapeutique de façon qu'elle ne se pervertisse pas sur le mode addictif, avec les risques d'emprise et de rupture qui le caractérisent ?
- Comment situer le projet de soin comme une relance et un accompagnement des processus développementaux qui semblent bloqués ?

Il est important de souligner au patient que l'on est bien conscient des efforts accomplis pour changer, même s'ils sont vains, en l'informant sur les facteurs d'auto-entretien et d'auto-renforcement, ce qui tranche avec le discours habituel sur son manque de volonté et lui permet dès lors de se réapproprier la démarche de soin.

Anticiper la durée prévisible des soins permet de redonner au patient comme à ceux qui l'entourent la juste mesure de ce qui est en question. La définition d'objectifs thérapeutiques ne se limitant pas à la disparition de la conduite addictive est déterminante en termes d'alliance. Il s'agit de resituer cette conduite dans sa fonction de survie, de dégagement, et soit d'évitement ou d'anesthésie de quelque chose de douloureux, soit d'autostimulation, en tout cas de substitut à des ressources internes défaillantes. On peut alors soutenir au patient que l'objectif, à travers plus de confiance et de sécurité, sera d'entretenir avec lui-même des relations stables et tranquilles, ne justifiant plus le recours au comportement antérieur (96).

La relation thérapeutique devant tenir dans la durée, les soignants devront trouver la juste distance relationnelle, et entretenir l'alliance au long cours sans céder à la fascination, ni au rejet. Il convient aussi que le patient ne se sente ni oublié, ni sous emprise. En règle, un suivi pluriel aidera à maintenir les liens dans le temps avec un référent du projet global afin de renforcer le sentiment de sécurité du patient et tisser chez lui un « sentiment continu d'exister » auparavant très fragile (96,112).

Il faudra évoquer la dimension transgénérationnelle souvent présente, pour souligner des difficultés non individuelles et une souffrance transmise. Cela afin de minimiser une réactivation des défenses chez les membres d'une famille, peut-être facilement culpabilisée, et gérant difficilement les émotions mais en tout cas facilement accusée dans la littérature spécialisée.

Chez l'enfant et l'adolescent (et même chez l'adulte), l'alliance doit aussi se faire avec la famille, en donnant les informations nécessaires, en sollicitant sa collaboration. La famille est partenaire des soins (Charte pour agir, AED 2006, cf. Annexe 1). La première consultation, voire les suivantes, doivent se faire en deux temps (patient, puis patient avec sa famille). Ces prises en charge prennent du temps. L'adhésion au traitement peut être difficile à obtenir.

En 1997, Alford et Beck ont défini la relation thérapeutique comme une relation de collaboration empirique qui serait comparable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème. Le changement étant dû aussi aux capacités du sujet et non uniquement à la relation thérapeutique, on peut dire que cette dernière est une condition nécessaire mais non suffisante. Ce rapport collaboratif consiste en une relation empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle

2.5.5 Entretien motivationnel

Dans le cas de l'anorexie mentale, le déni de la maladie, ou tout au moins l'ambivalence par rapport à elle, peut représenter en soi une bonne indication à l'utilisation de l'entretien motivationnel (EM). Le principe général de l'entretien motivationnel est de développer les motivations personnelles du patient au changement. L'EM aide le patient à mettre en évidence sa propre ambivalence, en éclairant les contradictions existant entre son comportement actuel et ses aspirations. Par une écoute en écho le praticien exprime de l'empathie et une acceptation sans jugement du patient tel qu'il est. Il « roule » avec la résistance du patient et n'oppose pas un discours d'expert à l'expérience centrale de ce dernier. La capacité du patient à changer dépend du stade de changement auquel il se situe selon le modèle de Prochaska et DiClemente (113,114). L'entretien motivationnel ou les thérapies de soutien motivationnel ont pour but de faire progresser le patient vers des stades de changement plus opérants.

Le protocole de référence pour la mise en œuvre de l'entretien motivationnel dans le cadre de troubles du comportement alimentaire est celui défini et utilisé par Treasure et Ward (115). Dans les situations graves, le temps nécessaire à la mise en évidence de l'ambivalence et la nécessité de « rouler avec la résistance », selon les principes de l'entretien motivationnel, se heurtent au sentiment – et à la réalité – de l'urgence de rétablir un poids minimum. D'autres situations invitent le praticien à assouplir le protocole de l'entretien motivationnel pour adopter avant tout un « style motivationnel ». Elles ont trait aux capacités du patient à l'introspection, à l'expression de ses émotions et à la légitimité qu'il se donne à se percevoir comme un sujet à l'égal du thérapeute. Ses limites concernent en particulier l'enfant et l'adolescent. Il s'agit alors, d'abord et avant tout, de nouer une alliance thérapeutique et de créer un cadre thérapeutique sécurisant, évitant la confrontation et la coercition.

Ce chapitre sur l'entretien motivationnel prend en compte :

- les conclusions des recommandations internationales de référence à ce sujet ;
- le texte de Treasure (76) ;
- les mentions faites à ce sujet lors des communications du 9^e colloque international consacré aux TCA à Londres en 2009 ;
- une revue de littérature interrogeant les publications recensées par Medline depuis les dernières recommandations internationales (2004-2009).

Ces études invitent à distinguer l'utilisation du modèle transthéorique de changement et celle de l'EM. Elles concluent à l'intérêt potentiel qu'il y aurait à connaître la position du patient AM dans les stades de motivation au changement de manière à mieux adapter les propositions thérapeutiques. Pourtant, les études s'attachant à cet objectif sont souvent discordantes et peu concluantes.

A l'inverse, les données examinées s'accordent à recommander l'utilisation d'un style motivationnel pour créer une alliance thérapeutique, une coopération patient/équipe thérapeutique, tout au long du traitement. D'autres vont plus loin, utilisent des formes structurées d'EM pour soutenir activement le patient dans sa motivation à changer, voire considèrent l'EM comme un outil thérapeutique à part entière. Les auteurs regrettent néanmoins le déficit d'études contrôlées sur lesquelles s'appuyer plus fermement.

► **La place de l'entretien motivationnel dans la prise en charge des TCA dans les recommandations internationales**

Les recommandations internationales s'intéressent à l'apport de l'entretien motivationnel pour créer l'alliance thérapeutique initiale, pour soutenir et développer la motivation à se soigner, même dès l'éventuelle renutrition de sécurité mise en route. Elles revendiquent pour le moins l'adoption d'un style motivationnel, si ce n'est l'utilisation de l'EM classique. Cet outil apparaît utile pour les patients, mais aussi pour leurs familles. Il doit être adapté à l'âge des sujets (adolescent, adulte).

Les recommandations s'intéressent d'autre part à l'identification des stades de préparation au changement auxquels peuvent se trouver les patients. Qu'il s'agisse de la contribution propre de l'EM ou de l'existence et de l'éventuelle valeur prédictive d'outils permettant d'identifier les stades de changement, les études contrôlées manquent pour valider ces hypothèses. Elles apparaissent nécessaires à mener

► **NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) (22)**

La démarche motivationnelle est utilisée autant pour créer une alliance thérapeutique initiale que pour la maintenir dans le long terme. Elle vise à créer une motivation positive à se traiter. L'importance de la motivation du patient et de sa famille (chez les adolescents en particulier) nécessite d'être bien comprise par les équipes soignantes. Ces personnels doivent être formés à l'usage de l'entretien motivationnel, en particulier les personnels de première ligne. Attester de la réalité et du degré de la maigreur, du retentissement biologique de l'amaigrissement ainsi que de leur évolution, peut dans certains cas soutenir la motivation

du patient. Le choix entre différentes options thérapeutiques peut et doit être présenté au patient. Mieux il sera informé des tenants et aboutissants de ces différentes options, meilleure sera sa motivation à suivre l'option thérapeutique retenue. À la date de publication des recommandations du NICE (2004), les études mentionnant l'utilisation de l'EM au début et en cours de traitement de l'AM étaient peu nombreuses et non contrôlées (83). L'EM figure dans ces recommandations comme l'un des outils thérapeutiques pertinents possibles, parmi les thérapies cognitives, les thérapies analytiques, les thérapies familiales et motivationnelles.

► ***American Psychiatric Association (16)***

L'APA accorde une large place à la question de l'évaluation de la motivation du patient. Elle s'attache en particulier au stade de préparation au changement qu'il convient de prendre en compte lors de l'évaluation initiale et l'élaboration du projet thérapeutique. L'APA insiste aussi sur la nécessité de développer la motivation du patient à coopérer aux objectifs et modalités du traitement qu'il s'agisse de l'AM ou de la BN. La résistance du patient au projet thérapeutique s'enracine dans sa peur fréquente que le traitement ne vise à le rendre « gros ». L'évaluation initiale doit prendre en compte non seulement des critères physiques et d'éventuelles comorbidités, mais aussi le stade motivationnel. L'APA modélise un arbre décisionnel pour élaborer le projet thérapeutique : la motivation à guérir et les compétences du patient à coopérer, s'auto-analyser et contrôler ses pensées obsédantes sont considérées globalement et prises en compte pour poser l'indication thérapeutique. La motivation au changement dépend aussi du réseau social et familial. C'est une raison supplémentaire de nouer une alliance thérapeutique avec ce réseau.

L'utilisation de l'entretien motivationnel est recommandée particulièrement pour les patients à faible degré de motivation personnelle initiale, même si les auteurs reconnaissent l'absence de preuve de cette recommandation. Ils soulignent aussi l'insuffisance des EM utilisés seuls, lorsqu'il y a urgence à restaurer l'intégrité physiologique (116,117).

L'évaluation des patients (âgés de 14 ans et plus) peut s'appuyer sur un questionnaire spécifique, validé, *The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire* (116,117), mais qui n'a pas été utilisé pour étudier l'efficacité du traitement. Un autre questionnaire (*The Readiness and Motivation Interview*) (118) a été utilisé auprès de patients adultes. Il permet de prédire la décision du patient d'adhérer au traitement, les taux d'abandon, le changement post-traitement et les rechutes. Par contre il n'a pas fait la preuve de son efficacité à aider les patients à passer du stade de précontemplation à des stades plus avancés de préparation au changement. Une autre étude (119) s'est attachée à développer un outil d'évaluation du stade de préparation au changement qui permette de prédire les chances de guérison de l'AM. L'étude conclut que les critères les plus significatifs sont le fait de se sentir prêt à stopper les conduites alimentaires de restriction, les boulimies et les vomissements. Les auteurs insistent sur la nécessité de développer des outils d'évaluation du stade de préparation au changement car les cliniciens l'évaluent souvent mal (120) et sont donc mal outillés pour proposer un projet thérapeutique adapté à la motivation réelle du patient.

► ***Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (79)***

Les recommandations australiennes soulignent elles aussi la rareté des essais contrôlés sur lesquels s'appuyer (79). C'est la raison pour laquelle les auteurs se sont basés sur un consensus des praticiens consultés, des patients et de leurs familles. Leurs recommandations concernent l'AM chez l'adolescent et l'adulte. L'existence, à la première consultation, d'une forte motivation à guérir fait partie des facteurs prédictifs de guérison. Dans les états de dénutrition nécessitant une renutrition active en milieu hospitalier, et une fois que les paramètres biologiques sont restaurés, il est recommandé de s'attacher rapidement à renforcer la motivation du patient à adhérer au traitement, en particulier en l'aidant à corriger ses pensées dysfonctionnelles concernant la prise de nourriture et de poids.

► **Place de l'EM dans la prise en charge des TCA, selon Treasure et Schmidt (76)**

Dans les situations graves, le temps nécessaire à la mise en évidence de l'ambivalence et la nécessité de « rouler avec la résistance », selon les principes de l'EM, se heurtent au sentiment (et à la réalité) de l'urgence à rétablir un poids minimum de sécurité. D'autres situations invitent le praticien à assouplir le protocole de l'EM pour adopter avant tout un « style motivationnel ». Elles ont trait aux capacités du patient à l'introspection, à exprimer ses émotions et à la légitimité qu'il se donne de se percevoir comme un sujet à égalité de pouvoir avec le thérapeute. Ces limites concernent en particulier les enfants et les adolescents. Il s'agit alors, d'abord et avant tout, de nouer une alliance thérapeutique et de créer un cadre thérapeutique sécurisant, évitant la confrontation et la coercition.

Treasure et Schmidt adaptent la conduite classique d'un EM, au cas de l'anorexie mentale. Selon eux, il importe, lors de la 1^{re} consultation, de prendre en compte la timidité fréquente de la patiente en utilisant reflets et questions ouvertes au sein d'un entretien structuré. Le premier point d'appui à trouver concerne les préoccupations propres de la patiente. Une fois celles-ci identifiées le balayage des différents domaines de la vie et de la façon dont ils ont ou non été affectés, selon la patiente, depuis le début de l'AM, permet à celle-ci de prendre progressivement conscience de ses propres préoccupations. L'alliance ainsi nouée facilite la collaboration patient/thérapeute pour explorer dans un second temps le retentissement clinique et physiologique de l'amaigrissement. Cette exploration donne l'occasion d'informer la patiente sur la signification des paramètres mesurés et de prendre son avis à ce sujet. Petit à petit l'enrichissement des domaines explorés permet à la patiente d'exprimer sa propre ambivalence quant à sa recherche d'amaigrissement et les conséquences pour elle et son entourage. Le projet thérapeutique est discuté de façon collaborative entre la patiente et le thérapeute. Il est formulé et inscrit dans le cadre légal et social qui s'impose à eux deux conjointement (concernant en particulier les obligations de soins). Il s'efforce de proposer toujours des options thérapeutiques différentes, de manière à ne pas proposer que la contrainte qui renforce la résistance. Un *feedback* personnalisé conclut cette 1^{re} consultation, sous la forme d'une lettre adressée par le thérapeute à la patiente.

Les sessions suivantes sont plus classiques, explorant la préparation au changement, les arguments pour et contre, ainsi que la confiance en la capacité à changer. Il est aussi proposé à la patiente d'écrire deux lettres à son AM, comme son amie, ou comme son ennemie, pour lui permettre d'explorer ses propres croyances positives ou négatives. Le suivi des indicateurs objectifs de risque physique est un point incontournable du traitement. Les émotions et les croyances de la patiente concernant la mesure des paramètres et leur interprétation font partie intégrante du traitement.

Les proches importants des enfants et des adolescents, parfois des adultes, sont impliqués régulièrement et souplement dans les sessions. Ils sont soutenus en tant qu'aidants principaux. Cette implication doit se faire en maintenant subtilement la confidentialité souhaitée ici ou là par la patiente. Des séances spécifiques peuvent être organisées pour les aidants. Des guides d'information et de conseils leur sont spécifiquement destinés.

À toutes les étapes du traitement : 1^{re} évaluation, renutrition le cas échéant, suivi, fin du traitement et prévention des rechutes, la rédaction par le thérapeute ou par la patiente de documents écrits est régulièrement utilisée. Elle permet en particulier à la patiente d'extérioriser petit à petit ses émotions et pensées et de prendre conscience de son ambivalence, de mesurer l'écart entre ce qu'elle fait, souhaite, a souhaité, fera selon qu'elle vivra avec ou sans AM.

► **Revue de littérature (2004-2009)**

Il n'existe pas d'essai contrôlé randomisé évaluant l'efficacité de l'EM. Des études et données parcellaires permettent néanmoins de dire que le stade de préparation au changement permet de prédire l'adhésion au traitement, l'abandon et le devenir à long terme. Des études de cas ou comparatives de faible effectif tendent à prouver l'intérêt de

l'EM pour accroître la motivation au changement et la confiance en ses capacités à le mener à bien.

3 Organisation d'un plan de soins : sur quels critères établir le niveau de prise en charge

La prise en charge de patients souffrant d'anorexie mentale est complexe car elle répond à la clinique multidimensionnelle de ce trouble. Elle fait intervenir des champs disciplinaires complémentaires (somatique, psychiatrique, nutritionnel et social), mais aussi, en fonction de l'état et de l'histoire du trouble chez chaque patient, des niveaux de soins différents : ambulatoires (de la simple consultation aux prises en charge intensives en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel : CATTP) et hospitaliers (de l'hôpital de jour à l'hospitalisation à temps plein). Nous proposons ici un historique de cette organisation des soins, une description brève des critères indiquant les niveaux de soins, qui seront ensuite développés dans chaque partie.

3.1 Historique

Historiquement, le traitement de l'anorexie mentale est passé d'une prise en charge (PEC) hospitalière à long terme à des soins ambulatoires avec des périodes de consolidation en hospitalisation (121). 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 (122).

3.2 Situation actuelle : critères d'indication des niveaux de prise en charge : quand et qui traiter en ambulatoire ou en hospitalisation ?

► Comparaison entre les niveaux de soins

Il existe peu d'études ayant comparé de manière rigoureuse les différentes modalités de prise en charge dans l'anorexie mentale. Aucune n'a cherché à déterminer des indications en fonction de la symptomatologie des patients, à l'exception d'une qui tente de définir un seuil de poids compatible avec une transition de l'hospitalisation à temps plein en hôpital de jour (16). Les autres comparent le plus souvent des patients tout venants répartis par randomisation dans les différents niveaux de soins (ambulatoires ou hospitaliers) et ne prennent pas en compte les consensus internationaux qui définissent des niveaux d'intervention graduels en fonction de l'état clinique global des sujets.

Par exemple, dans une revue de littérature récente (123), Lock et Fitzpatrick décrivent la seule étude randomisée contrôlée alors publiée comparant ambulatoire et hospitalisation. Dans cette étude (124), 90 femmes anorexiques sont randomisées selon 4 modalités de prise en charge différentes (hospitalisation, ambulatoire avec psychothérapie individuelle, ambulatoire avec thérapie de groupe et entretien d'évaluation seulement). Qu'elles soient hospitalisées ou prises en charge en ambulatoires, on observe des gains de poids similaires et des scores globaux à l'échelle d'évolution de Morgan et Russell similaires à 1, 2 et 5 ans (125). L'adhésion à la prise en charge est plus importante dans les groupes suivis en ambulatoire. Le risque relatif d'échec d'adhésion à la prise en charge hospitalière par rapport à la prise en charge ambulatoire était de 1,5.

Gowers *et al.* sur une population d'adolescentes souffrant d'anorexie mentale ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative sur les variables cliniques, mais que la compliance aux soins était meilleure en prise en charge ambulatoire (126). Byford *et al.* ont conclu sur le même échantillon que la prise en charge ambulatoire spécialisée des patients

tout venants avait le meilleur rapport coût-efficacité que l'hospitalisation (127). Kong a quant à lui comparé l'hospitalisation de jour et la prise en charge ambulatoire (128). Il a observé une amélioration des attitudes alimentaires, des comportements de purge, de l'IMC, de la dépression et de l'estime de soi significativement plus importante chez les patientes en hôpital de jour. Cependant, les patients n'ont pas reçu les mêmes interventions selon la modalité de prise en charge. De ce fait, la meilleure progression du groupe hôpital de jour pourrait être attribuée non pas à la modalité de prise en charge (hôpital de jour ou ambulatoire) mais plutôt aux interventions thérapeutiques reçues. On peut donc supposer que l'effet positif dans le groupe hôpital de jour était lié à la prise en charge multidisciplinaire par ailleurs recommandée par les recommandations internationales.

L'étude de Meguerditchian *et al.* (129) montre que l'évolution des patientes hospitalisées est similaire à celle des patientes anorexiques traitées en ambulatoire, cependant les patientes relevant d'une hospitalisation demandent une prise en charge plus longue pour guérir. Ces résultats concordent avec ceux publiés par Steinhausen *et al.* (130).

► **Quel niveau de soins selon les recommandations internationales**

La prise en charge ambulatoire est préconisée de première intention, elle présente l'avantage de permettre au patient de rester avec sa famille et de poursuivre ses investissements scolaires ou professionnels. Le soin hospitalier peut interférer avec les relations familiales, la scolarité et les obligations professionnelles (16).

Ainsi, le NICE recommande que la plupart des adultes souffrant d'anorexie mentale soient traités initialement sur une base ambulatoire avec :

- une prise en charge psychologique proposée par un service compétent ;
- une surveillance somatique pour prévenir les risques physiques.

De la même manière, selon le RANZCP, la PEC ambulatoire ou l'hôpital de jour sont recommandés selon les disponibilités des services si les risques physiques et psychologiques n'ont pas atteint la sévérité nécessitant une hospitalisation à temps plein (79).

Chez une minorité de patients, l'admission à l'hôpital peut parfois être nécessaire pour restaurer l'état physique ou lorsque le pronostic vital est engagé. Il n'existe aucune preuve que l'hospitalisation confère un avantage à long terme. Elle confère un avantage à court terme pour sauver les patients à haut risque (22). L'hospitalisation est également recommandée (temps plein ou hôpital de jour) lorsque le trouble ne s'est pas amélioré malgré une prise en charge ambulatoire appropriée, ou lorsqu'il y a un risque grave de suicide ou d'automutilation (16,22).

► **Critères déterminant le niveau de soins à mettre en place**

Ces critères sont résumés dans le tableau 1. Pour choisir la prise en charge la plus appropriée, il faut tenir compte d'un certain nombre de variables incluant (22, 16) :

- le risque physique et psychologique ;
- la motivation ;
- l'appui social ;
- les comorbidités ;
- l'âge ;
- l'ancienneté des troubles ;
- les préférences du patient ;
- la disponibilité du cadre de prise en charge (place disponible, distance géographique).

La rapidité de l'amaigrissement, l'importance de la dénutrition, la présence de crises de boulimie, la fonction cardiaque, et le statut métabolique sont les paramètres les plus

importants à considérer pour le choix du cadre de prise en charge ; d'autres paramètres psychosociaux sont également importants (16).

► **Enfants et adolescents**

Quel que soit le service, le cadre devra être adapté à l'âge du patient, exigeant une attention particulière envers les besoins éducatifs et sociaux des enfants et des adolescents afin d'éviter le développement de handicaps secondaires (22,131).

Tableau 1. Critères de prise en charge ambulatoire d'après l'APA (sauf si précision dans le tableau)

Dimension considérée	PEC en ambulatoire Niveau 1	PEC ambulatoire intensive (CATTP) Niveau 2	Hôpital de jour Niveau 3	Hospitalisation temps plein Niveau 5*
Statut médical	Médicalement stable de telle façon qu'une surveillance médicale plus intensive (niveau 4 et 5) n'est pas nécessaire.			<p><i>Particularités pour les adultes :</i> Fréquence cardiaque < 40 bpm ; pression artérielle < 90/60 mmHg ; glycémie < 0,6 g/l ; potassium < 3 mEq/L ; perturbations hydro-électrolytiques ; température corporelle < 36 °C, déshydratation ; dysfonction hépatique, rénale ou cardio-vasculaire nécessitant un traitement en urgence, diabète mal contrôlé.</p> <p><i>Particularités pour les enfants et les adolescents :</i> Fréquence cardiaque proche de 40 bpm, hypotension orthostatique (majoration de plus de 20 bpm de la fréquence cardiaque ou baisse de plus de 10 mmHg à 20 mmHg au passage en position verticale), pression artérielle < 80/50 mmHg (132) Pression artérielle systolique < 70 mmHg ou fréquence cardiaque < 40/min ou anomalies à l'ECG Désordres hydro-électrolytiques ou métaboliques sévères. <i>Society for Adolescent Medicine</i> (1995) et les finlandaises (132,133) Pression artérielle systolique < 90 mmHg Fréquence cardiaque diurne < 50 bpm ; nocturne < 45 bpm Hypokaliémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie Température corporelle < 35,5 °C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refus de manger • Masse grasse < 10 % de la composition corporelle • Arythmie (134) <p>Rapidité de la perte pondérale (> 2 kg par semaine) Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique Fatigabilité voire épuisement évoqué par la patiente Effondrement de la force musculaire Ralentissement idéique et verbal État confusionnel Syndrome occlusif Bradycardies extrêmes Tachycardie Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) Hypothermie (< 35,5 °C) Hyperthermie Aphagie totale : acétonurie, odeur cétonique de l'haleine et données de l'entretien avec l'entourage <u>Critères paracliniques</u> : hypoglycémie, hypokaliémie ou hyponatrémie ; urée > 15 mM, créatinine > 100uM ; pancytopenie ou cytolyse (79,135) Refus de boire ou de manger suffisamment Hépatite ou pancréatite Perte de poids rapide</p>

*niveau 4 : « residential treatment care » : niveau de soin indisponible en France

Anorexie mentale : prise en charge

Dimension considérée	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 5*
Risque suicidaire	Si le risque suicidaire est présent, une surveillance en hospitalisation et une PEC peuvent être nécessaires selon le niveau de risque estimé			Projet suicidaire précis à haute létalité ou intention suicidaire ; l'hospitalisation peut aussi être indiquée chez un patient ayant des idées suicidaires ou après une tentative de suicide en fonction de la présence d'autres facteurs modulant le risque suicidaire.
Poids	> 85 % du poids idéal	> 80 % du poids idéal		Poids inférieur à 85 % du poids idéal ; perte pondérale aiguë et refus de manger même si le poids n'est pas inférieur à 85 % du poids corporel idéal Poids persistant sous les 75 % du poids d'origine (136) <i>Pour les enfants et les adolescents :</i> < 75 % du poids corporel idéal ou perte de poids se poursuivant malgré une prise en charge intensive Finlandaises (132) : IMC < 13 kg/m ² ou poids < 70 % du poids correspondant à la taille ou perte rapide de poids (25 % en 3 mois) (79,135) IMC < 3 ^e percentile Une perte poids rapide (134) IMC < 14 à 17 ans, 13 à 15 ans et 12 à 13 ans
Motivation à récupérer, coopération, capacité à contrôler les pensées obsédantes	Motivation bonne ou correcte	Motivation correcte	Motivation partielle ; coopérant ; patient préoccupé par des idées intrusives et répétitives plus de 3 h par jour	Motivation faible à très faible ; patient préoccupé par des idées intrusives et répétitives ; patient non coopérant au traitement ou coopérant seulement dans un milieu de soins très structuré
Troubles concomitants (troubles anxieux, dépressifs, consommation SPA)	La présence de troubles concomitants va influencer le niveau de prise en charge			Tout trouble psychiatrique nécessitant une hospitalisation
Besoin d'un encadrement pour se nourrir et prendre du poids	Autonomie		Nécessité d'une structure de soin pour prendre du poids	A besoin d'être supervisé pendant et après les repas ou nécessite nutrition par sonde ou des modalités de renutrition particulières
Capacité à contrôler l'hyperactivité physique	Peut gérer l'hyperactivité physique seule	Besoin d'aide, d'un encadrement structuré pour éviter l'exercice physique compulsif mais ne sera pas la seule indication pour augmenter le niveau de soin		
Comportement de purge par laxatifs et diurétiques	Peut réduire les incidents liés aux purges dans un cadre non structuré. Pas de complications physiques comme anomalies de l'électrocardiogramme ou autre suggérant le besoin d'hospitalisation			A besoin d'être supervisé pendant et après les repas et pour l'accès aux sanitaires ; incapable de réduire les épisodes quotidiens multiples de purge, qui sont sévères persistants et handicapants en dépit des essais de prise en charge ambulatoire adaptée même si les examens paracliniques ne révèlent pas d'anomalies métaboliques majeures
Stress environnemental	Autres personnes capables de fournir une émotion adéquate, un soutien, une structure		L'entourage est capable d'apporter au moins un soutien limité et structuré	Conflit familial sévère ou problèmes ou absence de famille de sorte que le patient n'est pas en mesure de recevoir un traitement structuré au domicile ; patient vivant seul sans système de soutien adéquat Adolescents (79,135) Critiques parentales élevées, isolement social sévère
Disponibilité géographique des programmes de PEC	Le patient vit à proximité du cadre de soins			Situations où le programme de traitement est trop éloigné du patient pour qu'il y participe depuis son domicile (16,79)

4 Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge ambulatoire

4.1 Multidisciplinarité de la prise en charge ambulatoire

Même si les troubles du comportement alimentaire appartiennent à la nosographie psychiatrique, l'intervention d'une équipe multidisciplinaire est recommandée pour une prise en charge optimale de l'anorexie mentale. Les recommandations internationales américaines, britanniques et australiennes vont dans ce sens (16,22,79,121,137-139).

La nécessité d'associer plusieurs disciplines aux soins de l'anorexie mentale s'explique par l'étiologie multifactorielle (composantes individuelles, familiales et culturelles) (122) et surtout le besoin de prendre en considération la composante somatique (140).

La revue de littérature de la collaboration Cochrane sur l'anorexie mentale recommande une prise en charge multidimensionnelle : une évaluation initiale complète doit être faite (physique, psychologique, psychosociale, développementale, familiale) et des modalités de soins multiples doivent être associées (chimiothérapiques, nutritionnelles, psychothérapeutiques individuelles, de groupe et familiales) (121). Une évaluation initiale complète et la nécessité de soins multiples justifient la pluridisciplinarité de la prise en charge de l'anorexie mentale. Ces deux points essentiels seront détaillés par la suite.

► À quel moment doit-on introduire la pluridisciplinarité ?

Les recommandations internationales ne proposent pas de recommandations spécifiques pour définir à quel moment cette multidisciplinarité doit être introduite. Néanmoins, une fois le diagnostic posé, le groupe de travail des présentes recommandations recommande d'introduire la multidisciplinarité dès que cela est possible, dans le respect de l'alliance thérapeutique.

Pour les jeunes adultes et les adultes, le professionnel de premier recours pourra être celui qui introduit la multidisciplinarité (médecin généraliste, médecin du travail, gynécologue, nutritionniste, diététicien, chirurgien-dentiste...).

Pour les enfants et les adolescents, certains auteurs proposent, sur la base de leur expérience clinique, une intervention initiée par un médecin de proximité (médecin généraliste ou pédiatre) dont l'évaluation initiale de l'état clinique et l'évolution de celui-ci seront les principaux indicateurs de la nécessité de recourir ensuite à des intervenants diversifiés (141,142).

► Selon quels critères ?

Les recommandations définissent de façon très précise les critères d'hospitalisation à temps plein, mais donnent peu, voire pas de précisions sur les critères de prise en charge ambulatoire. On peut donc les définir « par défaut », c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas d'indication à une hospitalisation (139,143).

L'APA distingue 2 types de prise en charge ambulatoire, en fonction de leur intensité et de leurs capacités d'étayage. Les critères recommandés par l'APA pour une prise en charge ambulatoire ou ambulatoire intensive sont réunis dans le tableau 2.

► Quels sont les intervenants ?

Chaque intervenant doit être formé spécifiquement à la prise en charge des sujets souffrant de troubles du comportement alimentaire. Plusieurs auteurs recommandent des équipes spécialisées dans les troubles du comportement alimentaire et ayant une grande expérience

et expertise de ces troubles. Dans le cas de la prise en charge des enfants et des adolescents, il est préférable que l'équipe ait en plus une bonne expérience des enfants et des adolescents.

L'une des recommandations les plus robustes, émise par l'APA en 2006, au sujet des troubles du comportement alimentaire concerne l'organisation des soins : une approche d'équipe est le modèle de soin recommandé. Dans cette équipe, comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs intervenants sont nécessaires afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire complète de manière coordonnée. Le tableau 3 reprend la composition idéale de cette équipe selon chacune des recommandations et des auteurs ayant écrit à ce sujet. Dans ce tableau, nous observons quelques différences selon les auteurs, mais la nécessité d'un psychiatre, d'un somaticien et d'un professionnel de la nutrition (endocrinologue, nutritionniste, diététicien) dans l'équipe apparaît évidente. Pour les enfants et les adolescents, l'intervention d'un pédiatre est conseillée.

En France, le groupe de travail des présentes recommandations recommande de s'appuyer aussi sur des approches comme la thérapie familiale ou l'approche corporelle faisant intervenir des psychiatres, des psychologues, des psychomotriciens, des masseurs-kinésithérapeutes ou des infirmiers... Ces propositions ne sont pas exhaustives (cf. paragraphe 4.3) et la présence d'autres intervenants (assistante sociale, gynécologue, chirurgien-dentiste, thérapeute familial ou de couple) doit être déterminée en fonction de la situation clinique du patient (122) et des disponibilités locales.

Tableau 2. Critères de prise en charge ambulatoire d'après l'APA

Dimensions considérées	PEC en ambulatoire Niveau 1	PEC ambulatoire intensive (CATTP) Niveau 2
Statut médical	Stabilité médicale : une surveillance médicale plus intensive n'est pas nécessaire	
Risque suicidaire	Si le risque suicidaire est présent, une surveillance en hospitalisation et une PEC peuvent être nécessaires selon le niveau de risque estimé	
Poids	> 85 % du poids idéal	> 80 % du poids idéal
Motivation à récupérer, coopération, capacité à contrôler les pensées obsédantes	Motivation bonne ou correcte	Motivation correcte
Troubles concomitants (troubles anxieux, dépressifs, consommation de substances psychoactives)	La présence de troubles concomitants va influencer le niveau de PEC	
Besoin d'un encadrement pour se nourrir et prendre du poids	Autonomie	
Capacité à contrôler l'hyperactivité physique	Peut gérer l'hyperactivité physique seul	Besoin d'aide, d'un encadrement structuré mais ne sera pas la seule indication pour augmenter le niveau de soin
Comportement de purge (laxatifs et diurétiques)	Peut réduire les incidents de purges dans un cadre non structuré Pas de complications physiques comme anomalies de l'électrocardiogramme suggérant le besoin d'hospitalisation	
Stress environnemental	Autres personnes capables de fournir une émotion adéquate, un soutien, une structure	
Disponibilité géographique des programmes de PEC	Le patient vit à proximité du cadre de soins	

Tableau 3. Composition de l'équipe pour la prise en charge de l'anorexie mentale selon les auteurs

Sources	Psychiatre	Psychologue	Diététicien/ nutritionniste	Somaticien	Infirmier	Assistante sociale	Autre thérapeute
NICE, 2004 (22)	X	X		X Clinicien premiers soins qui coordonne les soins médicaux			X
APA, 2006 (16)	X	X	X	X		X	x Chirurgien- dentiste
RANZCP, 2004 (79)		X	X	x Médecin généraliste ou pédiatre selon l'âge du patient	X		x
AAP, 2003 (137)				x Pédiatre	X		x Spécialiste des adolescents
AHRQ, 2006 (138)	X	X	X	x Spécialiste de médecine interne ou pédiatre	X	X	
Cochrane, 2003 (121)	X	X	X	x	X	X	
SAM, 2003 (139)		X	X	x Médecin	X		
Yager, 2005 (144)	X	X	X	x Clinicien premiers soins			
Attia, 2007 (145)	X ou autre thérapeute offrant un soutien psychologique		X	x Médecine interne ou pédiatre			
Schaffner, 2008 (146)	X	X	X			X	x Thérapeute familial ou de couple
Halimi, 2006 (147)	X		X	X			x Thérapeute expérimenté dans les TCA

► Comment s'organise-t-elle ?

La référence des soins

• Référent somatique

La prise en charge ambulatoire initiale est souvent réalisée par le médecin généraliste, voire le médecin nutritionniste ou le pédiatre lorsqu'il s'agit d'enfants et d'adolescents. Certains auteurs préconisent que le médecin généraliste, de par sa position privilégiée (souvent le premier à être consulté, le premier à dispenser les soins, bénéficiant de la confiance des familles), soit le référent de l'aspect somatique (140).

• Référent psychiatre

En considérant que l'anorexie appartient à la nosographie psychiatrique, et qu'elle survient à un moment particulier de la vie du sujet (le plus souvent à l'adolescence), témoignant de sa difficulté à s'individuer, il est du ressort du médecin psychiatre de l'aider à relancer des processus développementaux entravés. De plus, des comorbidités psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux et autres conduites addictives) émaillent souvent l'évolution de l'anorexie, rendant encore plus indispensable la prise en charge psychiatrique. La gravité potentielle des formes à début très précoce (entre 8 et 10 ans) est un argument supplémentaire à la nécessité du suivi psychiatrique chez l'enfant.

La coordination des soins

Le rôle spécifique de chaque professionnel peut varier selon l'organisation de la structure, du cadre de prise en charge et de programme de soins et des qualifications professionnelles de chacun (22). L'Académie nationale de médecine (74) recommande que les soins soient coordonnés par un seul référent. En effet, la multiplication des soignants aboutit à une dilution des responsabilités, avec le risque de renforcer les clivages. Le rôle du coordinateur est de prescrire les actions spécifiques nécessaires à un moment donné et de maintenir une vue d'ensemble globale de la prise en charge (148). Il doit également assurer le lien avec les autres intervenants (122).

Les auteurs ne sont pas unanimes pour le choix du coordinateur des soins. Certains auteurs recommandent que la coordination des soins soit gérée par le référent somaticien (médecin généraliste pour les adultes (149) et pédiatre pour les enfants et adolescents (137)), par le référent psychiatrique (16,22,122,140,148) ou par le clinicien ayant la plus grande expérience en matière de TCA (145).

L'APA recommande une coordination « partagée » : le référent somaticien, en collaboration avec le référent psychiatre, coordonne les soins. Le somaticien et le psychiatre sont en lien régulier pour partager leurs évaluations et ajuster le projet de soins de manière individualisée.

Selon le groupe de travail des présentes recommandations, le choix du coordinateur de la prise en charge au sein de l'équipe de soignants (psychiatre ou somaticien) devrait être déterminé en fonction :

- de la situation du patient (âge du patient, évolution et sévérité de la maladie, parcours de soins, choix du patient) ;
- de l'expérience et de la disponibilité de chacun des intervenants de l'équipe multidisciplinaire.

Les interfaces à contrôler

La difficulté est d'articuler les différentes modalités thérapeutiques pour renforcer le sentiment de sécurité du patient et tisser chez lui un « sentiment continu d'exister » auparavant très fragile (96), ce qui nécessite des échanges réguliers entre les intervenants de la prise en charge (22).

- **Frontière entre les premiers soins et les soins spécialisés**

Lorsque des soins spécialisés se mettent en place, le NICE recommande un accord clair entre les différents professionnels de santé sur la responsabilité de la surveillance du patient souffrant de troubles du comportement alimentaire. Si les Anglo-Saxons préconisent un accord écrit partagé avec le patient, la famille et l'entourage (22), il est d'usage en France d'assurer la coordination des soins par échanges directs (informels, par téléphone, ou lors de synthèse clinique) ou par courriers et mails sécurisés. Cette coordination permet également de limiter les effets de clivage, mécanisme de défense fréquemment à l'œuvre chez les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Le recours à des réseaux de soins impliquant les différents intervenants devrait faciliter le développement de la multidisciplinarité.

- **Soins somatiques et psychiatriques**

La fréquence des complications physiques graves et des troubles psychiatriques justifie que l'orientation de la prise en charge soit assumée par un médecin. Ce médecin coordinateur devra dispenser des soins (pour la partie qui le concerne), organiser et superviser l'ensemble de la prise en charge, et fournir un appui médical aux soignants (150).

Le modèle employé par beaucoup d'équipes pluridisciplinaires, particulièrement expérimentées dans le soin des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, définit la nécessité d'établir une répartition des tâches entre les soins somatiques et les soins psychiatriques (137,151).

- **Hospitalisation et soins ambulatoires**

La transition entre hospitalisation et suivi ambulatoire peut être facilitée par une équipe interdisciplinaire qui fournit de manière continue des soins complets et coordonnés (139). L'équipe du nouveau cadre de soin doit être identifiée, et le patient doit avoir des entretiens spécifiques avec la nouvelle équipe **avant et après** la transition (16). L'existence de structures institutionnelles avec plusieurs niveaux de prise en charge peut faciliter cette transition : hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, centre médico-psychologique, hospitalisation à domicile, réseaux de soins.

- **Services enfants/adolescents/adultes**

Le changement d'équipe soignante peut être un facteur d'angoisse pour les patients et leur famille. Une collaboration proche entre les services pour adolescents et les services pour adultes doit être recherchée pour que la transition soit rassurante. Elle peut être facilitée par un chevauchement des soins sur une période courte.

Une identification précoce des patients qui nécessiteront une transition vers d'autres services doit être faite dès que possible. Il est donc nécessaire d'anticiper les transitions au moins 6 mois avant la date de transfert. La transition ne doit pas avoir lieu pendant une période de crise ou d'instabilité, et l'implication de la famille dans la prise en charge doit continuer. La procédure de transition doit être flexible selon les meilleurs intérêts des patients (152).

La durée des soins ambulatoires

La prise en charge ambulatoire conjointe de l'anorexie mentale devrait durer au moins 6 mois (22) pour un suivi initial et 12 mois après une restauration pondérale en hospitalisation. Le groupe de travail des présentes recommandations insiste sur le fait que la prise en charge des TCA est nécessairement longue, s'étalant sur plusieurs mois, le plus souvent sur plusieurs années.

4.2 Évaluation de la gravité

L'évaluation du patient devrait être complète, incluant une évaluation somatique, nutritionnelle, psychiatrique, psychologique (incluant aussi la dynamique familiale) et sociale. Elle permettra de déterminer les facteurs de gravité (16,22). Cette évaluation devra être répétée dans le temps (22,79), au moins mensuellement dans les formes avérées, et d'autant plus fréquemment que l'état du patient est fluctuant ou évolutif.

► Évaluation somatique

En parallèle de la triade amaigrissement, anorexie, aménorrhée, un certain nombre de signes cliniques et biologiques figurent habituellement dans la sémiologie de l'anorexie mentale. La plupart d'entre eux sont la conséquence de l'état de dénutrition et sont réversibles avec la guérison (153).

Il convient donc d'examiner complètement les patients sur le plan clinique (22,153) et de réaliser des examens paracliniques (22). Si des anomalies significatives sont détectées, l'avis d'un spécialiste doit être sollicité (154).

Tableau 4. Examen clinique (16,22,153)

Examen clinique
Poids, taille, IMC
Évolution sur les courbes statur pondérales et d'IMC (dynamique des courbes avec le temps, surtout pour les enfants et adolescents)
Tension artérielle (position debout et allongée)
Fréquence cardiaque et recherche d'anomalies cardiaques
Température
Test d'effort
Développement pubertaire (stade de Tanner)
Stigmates de vomissements ou signes associés (scarifications, mutilations)

Tableau 5. Signes cliniques (153)

Signes généraux
Anorexie, amaigrissement, hyperactivité, hypothermie, frilosité
Peau-phanères
Acrocyanose, ichtyose, teint carotinémiq ue, lanugo, ongles cassants, chute anormale
Cœur
Bradycardie, hypotension artérielle, réponse inadaptée à l'exercice
Appareil digestif
Constipation, retard à la vidange gastrique, atonie intestinale
Hémato-immunologie
Anémie, leuconéutropénie, thrombopénie, VS basse, hypocomplémentémie, hypogammaglobulinémie
Glandes endocrines
Gonades : hypogonadisme central, aménorrhée/retard pubertaire, diminution des taux d'œstradiol et de progestérone chez la fille, diminution des taux de testostérone chez le garçon, taux faibles de LH et FSH, réponse au test de LHRH mais de type prépubère

Croissance : retard de croissance, GH normale ou élevée, IGF1 basse
Thyroïde : hypothyroïdie périphérique, TSH normale, réponse au test TRH normale mais retardée, T4 normale, T3 basse (avec rT3 élevée)
Surrénales : hypercortisolisme plasmatique avec respect du cycle nyctéméral, cortisol plasmatique et cortisol libre urinaire augmentés inconstants
ADH : anomalie de la régulation sécrétoire Hormones de régulation de l'appétit : leptine et insuline basse, ghréline élevée

Tableau 6. Bilan biologique (16,22,153)

Bilan biologique
Numération formule sanguine
Vitesse de sédimentation, CRP
Ionogramme sanguin complet, avec calcémie et phosphorémie
Évaluation de la fonction rénale (urée, créatinine)
Évaluation de la fonction hépatique (ALAT, ASAT et phosphatase alcaline)
Dosages hormonaux thyroïdiens
Albumine, préalbumine
Clairance de la créatinine

D'autres examens paracliniques sont nécessaires (radiographie du poignet pour déterminer l'âge osseux, ostéodensitométrie...).

► **Évaluation nutritionnelle**

Une évaluation nutritionnelle est recommandée par certains lors de l'évaluation initiale (154) mais se heurtera au déni et à la perte de la réalité. L'enquête alimentaire déterminera :

- les apports énergétiques totaux ;
- la répartition énergétique journalière ;
- le bilan hydrique ;
- le métabolisme de base des patients ;
- les habitudes alimentaires de la famille.

► **Évaluation psychiatrique/psychologique**

Fonction de la conduite/enjeux développementaux

Les conceptions actuelles des troubles, qui s'appuient sur une meilleure compréhension de la problématique adolescente, tendent à faire de la problématique alimentaire un mode d'achoppement du travail d'adolescence, en particulier du processus de séparation-individuation, dont le second temps se situe à cette période du cycle de vie.

En ce sens, la dépendance à un comportement répétitif (restrictions alimentaires, crises de boulimie, hyperactivité) serait le témoin d'un lien de dépendance à l'entourage le plus proche (les parents), qui ne trouve pas à s'élaborer par des moyens intrapsychiques (155).

Dynamique familiale

Comme les enfants, les adolescents ou les adultes jeunes habitent le plus souvent chez leurs parents ou interagissent avec leur famille tous les jours, l'évaluation de la dynamique de la famille est indispensable. D'autant que les troubles du comportement alimentaire viennent souvent révéler les difficultés pour le jeune à s'autonomiser. Cette problématique de dépendance connaît des déterminants transgénérationnels : les difficultés rencontrées par les patients peuvent trouver des racines au niveau des expériences familiales de séparation, de perte plus ou moins traumatique et de deuils toujours en souffrance (155).

Comorbidités psychiatriques, personnalité

Il faut évaluer pour tous les patients la présence de troubles psychiatriques comorbides, incluant les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles addictifs.

Dans tous les cas, une attention particulière devra être portée sur la recherche d'idées suicidaires, ou de comportements d'automutilation (16). Le risque de comportements auto-agressifs est plus élevé en cas d'anorexie de type « avec crises de boulimie / vomissements ou prise de purgatifs » (22). L'évaluation du risque suicidaire a une importance particulière chez les patients ayant des consommations d'alcool ou d'autres substances psychoactives problématiques (16,156).

Les questions relatives à l'estime de soi, à la capacité d'avoir des relations interpersonnelles en confiance doivent être abordées (157,158). La motivation, les traits de personnalité, voire l'existence de troubles de la personnalité, doivent être évalués car ils influencent considérablement l'évolution clinique et l'issue de la maladie.

► Evaluation sociale

Les patients souffrant d'anorexie mentale font souvent preuve d'un hyperinvestissement et de perfectionnisme dans les domaines scolaires et professionnels. À l'inverse, les relations amicales et sociales sont souvent désinvesties car perturbées par l'anxiété sociale des patients, les activités de loisir sont abandonnées, car témoignant d'un « laisser-aller » insupportable. La prise en charge des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire doit intervenir sur ces champs.

► Outils d'évaluation

Il existe des outils standardisés et validés qui permettent de compléter l'évaluation les troubles du comportement alimentaire, dans leurs différentes dimensions. Ces outils ont surtout une utilité en matière de recherche clinique, ou pour évaluer l'efficacité d'une prise en charge thérapeutique, en particulier de type TCC.

Une partie des outils utilisables ont été détaillés dans le paragraphe 2.2 Repérage et dépistage.

EAT-children : il s'agit d'un autoquestionnaire à 26 items ; il a été validé chez 318 enfants âgés de 8 à 13 ans (159). Il est inspiré de l'EAT-40 (*eating attitudes test*) créé en 1982 par Garner *et al.* (160). Chaque item discrimine le comportement anorexique d'un comportement témoin non clinique. Le score seuil est > 20. Très largement utilisé, il est sensible au déni des patient(e)s.

Eating disorder inventory (E. D. I.) : il s'agit d'un autoquestionnaire pour les troubles de conduites alimentaires construit par Garner *et al.* (161) qui évalue différentes caractéristiques psychologiques et comportementales des patients anorexiques et boulimiques. Il comporte 64 items qui se répartissent en 8 échelles de la manière suivante :

- (1) désir de minceur,
- (2) boulimie,
- (3) insatisfaction concernant le corps,
- (4) inefficacité,
- (5) perfectionnisme,
- (6) méfiance dans les relations interpersonnelles,
- (7) préoccupations par rapport aux perceptions intéroceptives,
- (8) craintes par rapport à la maturité.

La validité et la fidélité de chacune des échelles de l'EDI varient entre 0,82 et 0,90.

L'hétéro-questionnaire de **Morgan et Russell** constitue un « *gold standard* » en matière d'évaluation. Issu des travaux de Morgan et Hayward (162), cet hétéro-questionnaire évalue 5 dimensions : statut alimentaire, statut menstruel, statut mental, statut psychosexuel, statut

socio-économique, et permet de comparer l'évolution au cours du suivi (traduction française, M. Flament).

4.3 Différents aspects de la prise en charge

4.3.1 Aspect nutritionnel/diététique

Selon les recommandations internationales, l'approche nutritionnelle devrait être incluse dans tous les programmes de prise en charge de l'anorexie mentale (16,22,79). La thérapie nutritionnelle fournie par le diététicien ou le nutritionniste dépend des besoins individuels du patient et de la structure de prise en charge. Les thérapies clés se fondent sur l'évaluation des besoins alimentaires selon l'âge du patient, les traitements de réadaptation nutritionnelle et les moyens pour retrouver des habitudes alimentaires normales (136). À ce titre, la thérapie nutritionnelle ne doit pas être considérée seulement comme l'administration d'un régime alimentaire mais aussi comme un travail sur la correction des croyances erronées.

Ainsi, le diététicien développe la dimension nutritionnelle dans la prise en charge globale en collaboration avec l'équipe et les objectifs de rétablissement du patient (planification des repas, alimentation adaptée, objectifs de poids) (149).

► Objectifs de la renutrition

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.

La normalisation des habitudes alimentaires (notamment par le biais de la diversification alimentaire avec les aliments à réintroduire, de la modification du comportement à table avec les repas thérapeutiques), dans le respect des besoins nutritionnels et avec des apports caloriques, est recommandée ainsi que la détermination des objectifs pondéraux à atteindre le cas échéant (140).

Les prises alimentaires doivent assurer les besoins de l'organisme en énergie, en macro et micro-éléments ainsi qu'en besoins hydriques. Les besoins chez les adolescents ont pour fonction de couvrir les besoins liés à la croissance ainsi que le maintien des tissus nouveaux et existants. Selon les apports nutritionnels conseillés (ANC) pour la population française de 2001 (163), les ANC pour la femme et l'homme adulte sont de l'ordre de 2 200 kcal par jour et 2 700 kcal par jour respectivement.

Pour les adolescents on peut se baser sur le calcul du métabolisme de base (164-166), des niveaux d'activité physique et de l'énergie stockée dans les tissus au cours de la croissance (calcul des apports nutritionnels conseillés pour les adolescents, cf. Annexe 2).

Il est avéré que des apports nutritionnels inférieurs à 1 600 kcal par jour ne permettent pas de couvrir tous les apports nécessaires en micro-éléments. La complémentation en micro-éléments s'avère donc nécessaire pour permettre le fonctionnement de l'organisme et amorcer la reprise de poids.

Pour une couverture idéale des besoins, il est important de diversifier l'alimentation, que tous les groupes d'aliments soient représentés :

- groupe des produits laitiers ;
- groupe des fruits et légumes ;
- groupe des produits céréaliers ;
- groupe des viandes, poissons et œufs ;
- groupe des matières grasses ;
- ainsi qu'un apport de liquide.

Le groupe des produits sucrés/gras-sucrés est inscrit dans une notion de plaisir.

Lors de l'enquête alimentaire, il sera nécessaire de déterminer deux points essentiels que sont l'aspect quantitatif et l'aspect qualitatif de l'alimentation.

► Déterminer l'objectif de poids

Les objectifs de poids doivent faire partie de la prise en charge initiale et doivent être discutés et explicités au patient de façon tranquille et méthodique compte tenu de sa peur de prendre du poids (16,132).

Selon l'APA (16), l'estimation de l'objectif de poids doit être basée sur :

- les antécédents du patient (souvent les échelles de croissance staturo-pondérale) ;
- pour les femmes, le poids pour lequel la menstruation et l'ovulation sont restaurées (ce poids peut être plus élevé que le poids pour lequel la menstruation et l'ovulation se sont altérées) ;
- pour les hommes le poids pour lequel la fonction testiculaire est restaurée ;
- selon les mesures osseuses (âge osseux) ;
- selon la taille des parents et l'évaluation du squelette.

Selon les recommandations internationales, un gain de poids moyen de 0,5 kg par semaine en ambulatoire devrait être l'objectif de la prise en charge pour la plupart des patients atteints d'anorexie mentale. Cela exige environ 3 500 à 7 000 calories supplémentaires par semaine (16,22). Des gains de poids supérieurs à 0,5 kg par semaine ne sont pas recommandés en ambulatoire (154). Pour le groupe de travail des présentes recommandations, un gain de poids de 1 kg par mois semble être un objectif suffisant et plus réalisable en ambulatoire. Pour la plupart des patients, un arrêt de la perte de poids est le premier objectif avant d'envisager un gain de poids.

Pour les enfants et les adolescents, les objectifs de poids doivent être individualisés et basés sur (137,154) :

- l'âge ;
- la taille ;
- l'étape de puberté ;
- le poids prémorbide ;
- les courbes de croissance.

L'IMC doit être utilisé avec précaution et il est préférable d'utiliser le percentile d'IMC. Les objectifs de poids doivent être révisés régulièrement pendant la renutrition des enfants et des adolescents pour tenir compte de leur croissance (137).

Il n'y a pas de consensus sur la définition exacte du poids de bonne santé physique et psychologique à atteindre chez les enfants et chez les adolescents. Chez les enfants qui n'étaient ni en surcharge pondérale ni en insuffisance pondérale avant le début de l'anorexie mentale, certaines équipes proposent que l'IMC se situe aux environs du 50^e percentile sans être inférieur à - 1DS (143).

► Modalités et déroulement de la renutrition

La restauration du poids n'est possible en ambulatoire que s'il y a une bonne alliance particulièrement chez les enfants et les adolescents (76).

Cadre de la renutrition

Un apport alimentaire individuel supervisé et flexible augmente la perception de contrôle du patient et lui permet d'accepter le gain de poids (132). Ainsi, une approche indulgente est toujours plus acceptable pour les patients qu'une approche punitive et moins à même de perturber l'estime de soi (76,79).

Les diététiciens **ou les nutritionnistes** peuvent aider les patients à réexaminer leurs pratiques alimentaires et fournir un plan structuré des repas assurant l'inclusion de tous les groupes principaux de nutriments. L'ajout de compléments alimentaires permet d'avoir un apport calorique plus élevé. Il est important d'encourager les patients souffrant d'anorexie mentale à augmenter leurs choix de nourriture et réduire au minimum la gamme de nourriture non acceptable (16). De plus le diététicien peut surveiller le repas du patient et revenir sur son comportement alimentaire. Les enregistrements vidéo sont utilisés par certaines équipes comme soutien pour le *feedback* (132).

Les règles diététiques mises en place par le sujet sont un facteur majeur de maintien des troubles des conduites alimentaires. Il est important de faire un travail sur la première prise alimentaire de la journée, qu'elle soit en quantité suffisante, les ANC proposent 25 % de l'AET, cette valeur peut être plus proche de 30 à 35 %. Il sera important de proposer une rythmicité des prises alimentaires, environ toutes les 4 h 30, pour permettre une régulation de la sensation de faim ainsi qu'un évitement des pulsions de faim liées à une sous-alimentation.

Concernant la structuration des repas, les repas sont constitués de la manière suivante :

- une entrée avec une vinaigrette ;
- un plat principal contenant un apport de protéines avec un accompagnement ;
- un produit laitier et un fruit.

Le repas doit être accompagné de pain.

Les féculents ou les produits céréaliers à index glycémique bas sont une clé essentielle dans le maintien de la satiété, pour cela ils doivent être présents à chaque repas. Les quantités moyennes pour un individu sont de l'ordre de 200 g cuits par jour. Ces quantités devront donc être adaptées en fonction de chaque patient.

Concernant les apports protidiques, les ANC proposent 0,8 g/kg/j de protéines avec un coefficient d'utilisation digestive et de valeur biologique de bonne qualité, en tant qu'apport de sécurité. Dans une situation de dénutrition, les apports protidiques doivent donc être majorés vers 1,2 à 1,5 g/kg/j.

Enfin, pour stabiliser les sensations de faim, les collations seront proposées lorsque le temps d'espacement est supérieur à 4 h 30. La composition sera de type produits céréaliers, produits laitiers et fruit. Les conditions d'hygiène guideront les choix des aliments.

Pesée

La pesée quotidienne entraîne une pression supplémentaire par rapport au poids, une pesée 2 fois par semaine est suffisante (76,79).

Le rythme des pesées est adapté à l'état clinique, et en fonction de l'état nutritionnel (cf. tableau 7) il peut être quotidien si la dénutrition est sévère (grade III), puis hebdomadaire lorsque l'état nutritionnel se stabilise.

Tableau 7. Définition de l'état nutritionnel d'après l'OMS chez l'adulte avant 70 ans (en dehors de la présence d'œdèmes)

IMC	Classification
< 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

Apports caloriques

La réintroduction ou l'amélioration des repas se fait généralement par étapes, avec précaution, amenant dans la plupart des cas à une prise certaine de 2 000 à 3 000 kcal/j (137). Il est possible d'augmenter le poids avec un apport énergétique relativement faible au départ en l'augmentant graduellement. Une approche individualisée est la règle pour ceux qui ne sont pas pris en charge dans une unité spécialisée (154).

L'apport calorique devrait commencer à 30-40 kcal/kg par jour (1 000-1 600 kcal/j). Pendant la phase de gain de poids, la prise peut être augmentée à 70-100 kcal/kg par jour pour quelques patients ; beaucoup de patients masculins ont besoin d'un nombre de calories important pour gagner du poids (16).

En supplément de l'apport calorique, un supplément en vitamines et en minéraux doit être envisagé (16,76). Concernant les compléments alimentaires, ils sont proposés lorsqu'une alliance thérapeutique est mise en place. Dans les situations de dénutrition, ils viennent en complément de la nutrition, les apports caloriques seront adaptés pour s'approcher des apports énergétiques. La prise de ces compléments est à proposer soit en plus du repas et/ou éloigné des repas. Les compléments alimentaires peuvent avoir un effet coupe-faim sur les prises alimentaires suivantes. Il sera donc proposé de les prendre dans le repas en complément énergétique et non à la place, dans les prises de milieu de journée, de manière éloignée des repas (environ 2 h). La rythmicité des prises alimentaires sera adaptée avec les compléments alimentaires.

Repas thérapeutiques

Des programmes de prise en charge ambulatoire incluent des repas supervisés, des groupes de shopping et de cuisine, des sorties dans des restaurants locaux (167). Les repas thérapeutiques dans lesquels un apport alimentaire régulier est institué sous supervision sont les plus efficaces et les plus humains (79). Le repas doit être intégré dans un contexte relationnel empathique : l'équipe peut par exemple indiquer son intention de prendre soin du patient et de ne pas le laisser mourir, communiquer sur le fait de ne pas engager de bataille ni d'intention de punition. Des renforcements positifs et négatifs doivent être construits dans la prise en charge (16,132).

Le patient peut, notamment s'il sort d'hospitalisation, s'assurer du caractère adapté ou non de son alimentation et disposer ainsi d'un soutien thérapeutique étayant lors des repas thérapeutiques (140).

De plus, les repas thérapeutiques permettent au thérapeute d'observer le comportement des parents et de l'enfant souffrant d'anorexie mentale lors d'un repas. L'objectif est de dédramatiser le moment du repas, et de renforcer les parents dans leurs compétences afin qu'ils soient un meilleur soutien pour leur enfant lors des repas à la maison (132). Ceci peut

être particulièrement utile avant la première permission dans le cadre d'une hospitalisation car celle-ci condense souvent beaucoup d'anxiété.

► **Surveillance particulière au cours de la renutrition**

Un suivi physique régulier, et, dans certains cas, un traitement avec un supplément en vitamines ou en minéraux variés par voie orale, est recommandé pendant la prise de poids à la fois pendant l'hospitalisation et la prise en charge ambulatoire, surtout quand les vomissements persistent (22). Les électrolytes des patients qui prennent 0,3 kg par semaine ou plus doivent être surveillés régulièrement (154).

Dénutrition sévère

En cas de dénutrition sévère, la renutrition doit être initiée doucement (132). Une complémentation en phosphore, en vitamines et oligo-éléments peut être nécessaire pour prévenir le syndrome de renutrition.

Persistance des vomissements

Le taux sérique de potassium doit être surveillé régulièrement chez les patients avec des vomissements persistants. L'hypokaliémie doit être traitée par supplément oral ou IV de potassium et par une réhydratation (16).

Perturbation des électrolytes

Les patients au début de la réalimentation doivent être surveillés attentivement pour les signes de désordres biochimiques, cardio-vasculaires, déséquilibre des fluides ; une surveillance cardiaque par ECG est fortement recommandée dans tous les cas de perturbations des électrolytes (154).

Pour les enfants et les adolescents

Les professionnels de santé doivent s'assurer que les enfants et les adolescents atteints d'anorexie mentale ont l'énergie et les aliments nécessaires pour assurer leur croissance et leur développement (22). Les enfants présentant une anorexie mentale sont à risque de déshydratation du fait de l'intensité de leur restriction hydrique et doivent particulièrement être surveillés en ce sens.

4.3.2 Aspect somatique

L'objectif du somaticien est d'évaluer les complications médicales, surveiller le poids et le statut nutritionnel (149), prévenir et traiter les complications somatiques, prescrire des bilans. Pendant la prise en charge, il est important de surveiller les variations de poids, la tension artérielle, la fréquence cardiaque, d'autres paramètres cardio-vasculaires, et les comportements pouvant provoquer le déclin physiologique. La surveillance inclut au moins chaque semaine (et souvent deux ou trois fois par semaine) des évaluations du poids (16,156). En effet, l'IMC est un élément fondamental du suivi du patient, il faut également quantifier le niveau d'activité et les boissons absorbées. L'état cardio-vasculaire est le deuxième élément clé de surveillance (pouls, tension, ECG) (16,156).

Les paramètres physiologiques doivent être déterminés une fois par semaine (144). Le volume urinaire, la pression artérielle et la température doivent être mesurés de façon régulière (16).

Lorsqu'un risque physique accru est identifié, la fréquence, la surveillance et la nature des investigations doivent être ajustées en conséquence (22).

► Complications somatiques, surveillance et traitement

Conséquences sur la croissance

Les retards de croissance sont consécutifs à des perturbations hormonales (baisse des hormones thyroïdiennes T3 et T4, élévation des taux de cortisol, mise au repos de l'axe gonadotrope) secondaires à la dénutrition. Les troubles des conduites alimentaires chez les enfants et les adolescents induisent des altérations importantes de l'axe somatotrope. Après renutrition la croissance reprend mais n'est pas toujours totale et l'axe somatotrope se normalise (168,169).

Pour les enfants et les adolescents souffrants de troubles du comportement alimentaire, la croissance et le niveau de développement devraient être attentivement suivis. Quand le développement est retardé ou que la croissance est arrêtée en dépit d'une nutrition appropriée, l'avis pédiatrique doit être demandé (22). Dans de rares cas, le recours à un traitement substitutif hormonal (hormone de croissance) pourra être envisagé par un spécialiste de la croissance.

Aménorrhée

Dans l'anorexie mentale, l'aménorrhée peut précéder, suivre, ou être contemporaine de l'amaigrissement. Elle peut être primaire, mais est le plus souvent secondaire (3,45,170).

La fonction gonadotrope régresse à un stade pubertaire ou même prépubertaire et, dans le temps, la récupération de cette fonction est superposable à celle mise en place au début de la puberté, c'est-à-dire une sécrétion préférentielle de la FSH sur la LH et un tableau initial d'anovulation et de dysovulation (171,172).

Elle renvoie à deux facteurs étiologiques étroitement intriqués : l'un est organique, lié à l'amaigrissement secondaire aux restrictions alimentaires. Le second est psychogène.

Dans l'anorexie mentale, les règles réapparaissent parfois avec la reprise de poids, bien que le poids requis pour la reprise des cycles menstruels puisse être quelque peu supérieur (environ 10 %) à celui nécessaire pour l'induction initiale des règles. Mais dans plus de 40 % des cas, l'aménorrhée persiste pendant des mois ou des années malgré la reprise pondérale, témoignant de l'importance des facteurs psychologiques (170,173)

Infertilité

La plupart des patientes anorexiques sont en aménorrhée et ne peuvent pas être enceintes (168). Selon la littérature, la prévalence de troubles du comportement alimentaire est plus importante chez les femmes souffrant d'infertilité et réciproquement (174-177).

Même s'il existe une composante organique à cette infertilité, la dimension psychogène paraît essentielle à considérer : régression du désir sexuel, ambivalence concernant la maternité en fonction des problématiques intrafamiliales et intrapsychiques intériorisées... Pour ces raisons, il est important de solliciter un psychiatre ou un psychologue pour accompagner la prise en charge d'un couple infertile.

Le traitement de ces patientes repose sur différents protocoles : induction de l'ovulation, fécondation *in vitro*, voire pompes à LHRH qui rétablissent la stimulation hypophysaire altérée par l'anorexie mentale.

Cependant, une mise en œuvre trop rapide et opératoire de ces traitements est-elle légitime ? En effet, celle-ci ne prend pas suffisamment en compte les mécanismes psychiques liés à l'anorexie, à l'origine de l'infertilité, ni les conséquences de la survenue d'une grossesse sur la santé psychique de la mère, de l'enfant et sur la relation précoce mère-enfant.

Néanmoins, pour une adolescente/femme active sur le plan sexuel et ne désirant pas de grossesse, il est utile de prescrire une contraception.

Complications à long terme des vomissements provoqués

Les patients ayant des symptômes boulimiques avec des vomissements provoqués peuvent avoir des complications dentaires graves et irréversibles allant de l'érosion dentaire et des caries aux gingivites et stomatites jusqu'aux chutes de dents par déchaussement. Les vomissements provoquent également une altération des muqueuses buccopharyngées et digestives (168) ainsi que des inflammations voire des infections plus ou moins chroniques des glandes salivaires.

Pour les patients qui ont des conduites de purge, il est important de mesurer les électrolytes dans le sérum régulièrement (16). Une surveillance particulière des niveaux de potassium et des examens dentaires réguliers sont recommandés chez les patients avec des vomissements persistants (22).

A ce titre, le NICE recommande que des conseils appropriés sur l'hygiène dentaire soient apportés à ces patients (22) :

- éviter le brossage des dents après le vomissement ;
- rincer avec un produit non acide après le vomissement ;
- réduire l'acidité de l'environnement dentaire (par exemple, limiter les substances alimentaires acides).

Ostéopénie/ostéoporose

Lorsque l'aménorrhée est installée depuis plus de 6 mois, il y a régression des caractères sexuels secondaires et l'ostéopénie peut évoluer vers une ostéoporose à l'origine de fractures spontanées, de fractures de fatigue et plus tard de tassements vertébraux (168). Le mécanisme de cette perte osseuse est complexe et le déficit en œstrogènes, longtemps tenu pour responsable, semble ne pas être seul en cause. Si la dénutrition, d'une part, et la perturbation de l'axe hormone de croissance-somatomedine C (GH-IGF-1), d'autre part, jouent un rôle prépondérant, l'hypercortisolisme et la carence en calcium et vitamine D sont également impliqués.

La déminéralisation osseuse n'est pas complètement réversible après la disparition du trouble alimentaire, ce qui prédispose aux fractures (132,168). Le traitement de l'ostéoporose chez les patients anorexiques passe avant tout par la restauration d'un poids normal et la reprise des cycles menstruels (22,168). Dans 80 à 90 % des cas les menstruations réapparaissent dans les 6 mois qui suivent le retour à un poids normalisé (132,168).

Les patients anorexiques souffrant d'ostéoporose ou de désordres relatifs aux os doivent être informés par les professionnels qu'ils doivent s'abstenir des activités physiques qui augmentent de manière significative la probabilité de chutes (22). L'ostéodensitométrie osseuse permet d'évaluer l'ostéoporose, et doit être réalisée la première fois après 6 mois d'aménorrhée, et renouvelée tous les ans en cas d'anomalies ou si l'aménorrhée persiste (178). Néanmoins, le groupe de travail des présentes recommandations propose de renouveler cet examen tous les 2 ans en cas d'anomalies ou si l'aménorrhée persiste, eu égard aux recommandations en vigueur en France sur le suivi de l'ostéoporose (179,180).

La prise orale d'œstrogènes et de DHEA ne semble pas avoir d'impact positif sur la densité osseuse (16,22,168), et la prise hormonale substitutive qui induit habituellement un cycle menstruel peut contribuer au déni de la patiente concernant la nécessité de prendre du poids (16,168). Des études ont montré des résultats encourageants avec des traitements ostéoformateurs comme l'IGF1 recombinante en injections sous-cutanées ou par DHEA

orale, associés ou non à un œstroprogestatif. Ces résultats restent à confirmer sur des populations plus importantes (22,181).

Bien qu'il n'y ait aucune preuve qu'un supplément de calcium ou de vitamine D rétablisse la densité osseuse minérale, quand la quantité de calcium prise par le patient ne suffit pas à assurer sa croissance, un supplément de calcium devrait être considéré (16).

L'administration d'œstroprogestatifs seuls ou de biphosphonates en prévention et en traitement de l'ostéopénie est discutable et leur efficacité n'a pas formellement été démontrée.

Pour l'enfant et l'adolescent, l'administration d'œstrogènes ne doit pas être utilisée car elle peut causer la fusion prématurée des épiphyses (16,22). Les sociétés de pédiatrie recommandent des traitements d'appoint de la dénutrition reposant pour l'essentiel sur la prescription de vitamines, de calcium (1 300 mg/j), de vitamines D (400 UI/j), de fer, de folates, de zinc ou d'œstrogènes de synthèse ou naturels mais, dans ce dernier cas, pour les jeunes filles ayant achevé leur puberté et dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose (141).

4.3.3 Aspect psychologique

► Objectifs des interventions psychologiques

Les recommandations du NICE (22) fixent pour objectifs de :

- réduire le risque physique ;
- encourager le gain de poids ;
- encourager une alimentation équilibrée ;
- réduire d'autres symptômes liés aux TCA ;
- faciliter le rétablissement psychologique et physique (22).

Les objectifs des soins psychologiques sont individuels et familiaux. Il est recommandé que la prise en charge globale du patient souffrant de TCA comprenne un volet psychologique dans le but de l'aider à :

- comprendre et à coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle, pour réduire le risque physique ;
- comprendre et à modifier les attitudes dysfonctionnelles liées au trouble alimentaire, pour encourager le gain de poids et tendre vers une alimentation équilibrée ;
- améliorer ses relations sociales et interpersonnelles, et lui permettre de façon plus globale de se sentir plus en confiance et en sécurité pour avancer dans sa vie ;
- traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques, le mode de fonctionnement des personnalités pathologiques ou les dimensions de personnalité et les conflits psychiques qui contribuent à renforcer ou à maintenir les troubles du comportement alimentaire.

Lorsque les patients sont très dénutris, l'abord psychologique est surtout une aide à l'adhésion et à la motivation au traitement.

► Quelles formes de psychothérapie ?

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.

Selon le NICE (22), le choix de la prise en charge psychologique se fera en fonction des préférences du patient, voire celles de son entourage. La motivation, l'âge du patient et le stade d'évolution de la maladie entrent également en ligne de compte.

Les thérapies à considérer pour la prise en charge psychologique de l'anorexie mentale incluent (22) :

- la psychothérapie interpersonnelle ;

- les psychothérapies psychanalytiques ;
- les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC) ;
- la thérapie analytique cognitive ;
- les thérapies familiales et les interventions sur la famille ;
- d'autres formes de psychothérapie.

D'autres formes de psychothérapie existent, et seront aussi détaillées ci-dessous.

Les prises en charge individuelles

- **Thérapies de soutien**

L'objectif de la thérapie de soutien est de créer et renforcer l'alliance thérapeutique, d'assister le patient dans sa vie quotidienne par des encouragements, de la réassurance et des conseils. L'accent sera aussi porté sur le statut nutritionnel et le retour à une alimentation normale, ainsi qu'à un poids de bonne santé physique.

- **Thérapies interpersonnelles/psychanalytiques**

Dans un premier temps, le thérapeute retrace avec le patient les événements de vie significatifs, ses relations avec les autres, les problèmes alimentaires, et souligne les relations entre ces facteurs, afin de donner du sens à la conduite pathologique. Une fois les problèmes majeurs identifiés, le thérapeute aidera le sujet à les résoudre et à s'appuyer sur des mécanismes de défense plus efficaces.

- **Thérapies cognitivo-comportementales**

Les TCC ont pour cible thérapeutique la restriction et les distorsions cognitives, les croyances irrationnelles relatives aux aliments et à la représentation corporelle, ainsi que les comportements aberrants (restrictions, sélections, vomissements...). L'objectif de ce type d'intervention est de contrôler l'anxiété post-prandiale et les autres tensions psychiques exprimées au niveau corporel, de corriger l'hyperactivité physique et les vomissements, enfin de favoriser la restructuration cognitive. Elle vise aussi à améliorer l'estime de soi en ciblant les défauts d'assertivité et la phobie sociale (140).

Les TCC peuvent se décliner selon différentes formes, en individuel ou en groupe.

Des modalités particulières ont été développées, par exemple le *vidéo-feedback*. Cette approche est centrée sur le comportement alimentaire inadapté plutôt que sur les distorsions cognitives. Un repas est régulièrement filmé, et est l'objet d'une analyse secondaire impliquant le thérapeute et le sujet.

De façon non spécifique, les TCC des troubles du comportement alimentaire font aussi appel à la lecture de « *self help books* ».

Des modèles de thérapies cognitivo-comportementales appropriées pour les adolescents ont également été développés mais doivent encore être évalués (182).

Actuellement, des interventions à destination des patients ou de leurs parents, basées sur les TCC, se développent également sur Internet.

- **Thérapie analytique cognitive**

Il s'agit d'une prise en charge qui associe des approches de thérapie comportementale et de thérapie psychodynamique brève focalisée (121).

- **Thérapies systémiques et stratégiques**

Ce sont des méthodes qui proposent des procédures de communication orientées vers la résolution des problèmes présentés par les patients. L'intervention se fait autant au niveau

du comportement qu'au niveau du psychisme de l'individu et de son entourage, pour le soulagement des difficultés personnelles, relationnelles et familiales.

- **Entretiens motivationnels**

Le comportement actuel (poursuite des comportements alimentaires inadaptés) et le nouveau comportement (abandon des comportements alimentaires inadaptés) possèdent chacun des avantages et des inconvénients, sources de motivations conflictuelles à l'origine d'une ambivalence inhibitrice. Le but des entretiens motivationnels est de mettre en exergue l'ambivalence naturelle et de l'explorer, en particulier en demandant au sujet de réfléchir à cette balance motivationnelle. Les entretiens motivationnels sont particulièrement indiqués en début de prise en charge, afin de faciliter l'adhésion du sujet au projet de soin de façon à faire progressivement pencher la balance décisionnelle du côté du processus de changement (183).

- **Art-thérapie**

Une méthode thérapeutique non verbale, utilisant les capacités artistiques et créatives des patients, peut être utile pour les patients qui ont des difficultés à verbaliser leurs problèmes (16). Chaque art-thérapeute a une double formation : psychothérapeutique et artistique. L'action créatrice permet de restaurer progressivement le contact du patient avec ses propres affects, la meilleure connaissance de ses besoins, de lui rendre le contrôle de ses productions.

- **Approches corporelles**

Le travail corporel, en groupe ou en individuel, permettra au patient d'accepter la confrontation à l'éprouvé corporel, de lui apprendre à contenir cet éprouvé, à verbaliser ce qu'il ressent, à s'auto-apaiser, à développer la présence à lui-même. Les médiations utilisées le plus fréquemment en psychomotricité et en kinésithérapie sont les thérapies psychosensorielles (relaxation, massage relaxant, utilisation du milieu aquatique), les thérapies expressives (danse ou théâtre), les thérapies perceptivo-motrices (Chi Qong, tai-chi...). D'autres approches sensorielles comme la musicothérapie, le toucher thérapeutique, les soins esthétiques viennent également soutenir le travail de réinvestissement du corps et de réanimation émotionnelle. Certaines approches sont spécifiquement centrées sur les troubles de l'image du corps utilisant le miroir, la vidéo, le dessin, les photos... Elles doivent comme les autres médiations s'inscrire dans un cadre relationnel de sécurité.

Les prises en charge intégrant la famille

La prise en compte des familles est considérée comme primordiale dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Plusieurs formes de thérapie impliquant la famille et l'entourage ont été développées. Ces thérapies ont des objectifs communs : par exemple, redéfinir les espaces, préciser les limites générationnelles et renforcer les compétences parentales (184).

- **Thérapies familiales**

Il s'agit d'approches structurées, variant en fonction du champ théorique de référence (psychanalytique, systémique ou comportementale). Malgré la richesse de la littérature sur l'importance des interactions familiales dans les troubles anorexiques-boulimiques, peu de travaux se sont centrés sur l'évaluation formelle de l'efficacité des thérapies familiales. La plus évaluée est celle proposée par l'équipe du Maudsley's Hospital, qui se déroule en 3 étapes (185). Cette approche est recommandée surtout pour les patients les plus jeunes (avant 18 ans) et dont l'évolution du trouble est inférieure à 3 ans (186), avant toute orientation vers une prise en charge comportementale plus intensive (167). Il existe des thérapies familiales conjointes (interaction directe avec le système familial tout entier) et séparées (parents vus séparément de l'enfant par le même thérapeute) (187-189). En France, l'approche la plus communément utilisée est la thérapie familiale systémique, impliquant l'ensemble du système familial.

- **Groupes multifamiliaux**

Il s'agit pour les cothérapeutes (de formation pluridisciplinaire) de réunir plusieurs familles (parents et personne souffrant de TCA) en favorisant les échanges entre les familles et à l'intérieur de chaque famille. Une meilleure mobilisation des ressources et des compétences familiales émerge de cette approche qui développe par modélisation la communication et l'expression émotionnelle. Les sessions peuvent être courtes et hebdomadaires ou bien longues, sur une journée, et plus espacées dans le temps. Les références théoriques sont éclectiques et s'inspirent des thérapies de groupe, des thérapies familiales systémiques ou bien encore de l'éducation thérapeutique.

- ▶ **Efficacité des psychothérapies**

Les études sur lesquelles s'appuie notre argumentaire sont décrites dans les tableaux 8 à 10 (auteurs, population, interventions, résultats, limites).

Les experts du groupe NICE (22) ont conclu que les prises en charge psychologiques spécifiques de l'anorexie mentale avec plus d'appuis thérapeutiques n'avaient pas montré plus d'efficacité que les prises en charge « usuelles », avec moins d'appui thérapeutique, en termes de gain de poids et de proportion de patients guéris. Selon ces mêmes experts, il est difficile de suggérer qu'une psychothérapie particulière (thérapie interpersonnelle, thérapie focale psychodynamique, thérapie analytique cognitive, thérapie familiale) soit supérieure à une autre dans la prise en charge des adultes souffrant d'anorexie mentale, que ce soit à la fin de la prise en charge lors du suivi, et cela même en termes d'acceptation de la prise en charge.

De la même manière, la revue de littérature de la collaboration Cochrane dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité des thérapies individuelles a conclu que les données actuelles étaient insuffisantes pour recommander une psychothérapie en particulier (121). En effet, le nombre d'études est limité (85), et lorsqu'elles existent, les études manquent souvent de puissance (76,123) ou de qualité (190). De manière générale, les thérapies individuelles ont été plus souvent évaluées chez l'adulte et seraient plus efficaces chez l'adulte que chez l'adolescent (191).

Une seule étude contrôlée randomisée a comparé l'efficacité de trois types de thérapie individuelle (thérapie de soutien, TCC, thérapie interpersonnelle) dans l'AM (192). Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre TCC et thérapie interpersonnelle, tandis que la thérapie de soutien était significativement supérieure à la thérapie interpersonnelle. Mais cela ne remet pas en question l'intérêt des thérapies spécifiques.

Concernant l'efficacité des approches psychodynamiques, il existe très peu de données (132) surtout en ce qui concerne la forme individuelle. Lorsqu'elle est administrée en groupe, la thérapie analytique pourrait être efficace à long terme (193).

Les premiers modèles de psychothérapie de l'anorexie mentale sont d'inspiration psychodynamique mais n'ont pas été étudiés de façon systématisée. L'intérêt de la psychothérapie focale analytique a été comparé à celui de la thérapie familiale, de la thérapie cognitive analytique et à un traitement dit de « routine » dans un essai randomisé contrôlé pour adultes ayant une anorexie mentale ne nécessitant pas une hospitalisation en urgence. La psychothérapie focale analytique a été meilleure en termes de reprise de poids que le traitement de « routine » et en termes de progrès global sur une année mais il y avait trop peu de différences pour distinguer les thérapies spécifiques entre elles (131,194).

La thérapie cognitivo-comportementale a été plus souvent évaluée. La TCC chez des adultes après une hospitalisation pour anorexie mentale s'est avérée bénéfique : les patients adhèrent mieux à la prise en charge, leur état clinique s'améliore et ils rechutent moins

souvent (195). L'*American Dietetic Association* recommande donc d'utiliser les TCC pour améliorer l'engagement et l'adhésion des patients anorexiques à la prise en charge (136).

Aucune étude n'a évalué l'efficacité des TCC en groupe. Pourtant il s'agit d'une intervention courante dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Le vidéo-*feedback* aurait un impact positif dans la prise de conscience de la maladie (196) et serait efficace pour améliorer les attitudes alimentaires inadaptées (197). Les « *self help books* » distribués avant une hospitalisation à des patients souffrants d'anorexie de type « avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs » ont permis de diminuer la durée d'hospitalisation et d'améliorer la psychopathologie des patients (image du corps, idéal de minceur, symptômes boulimiques) (198). L'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) pourrait diminuer la souffrance par rapport à l'image négative du corps (199), indépendamment de son intérêt spécifique vis-à-vis des résidus traumatiques encore actifs.

La littérature scientifique est plus fournie concernant les approches familiales et notamment la thérapie familiale. Plusieurs auteurs ont comparé la thérapie individuelle et la thérapie familiale dans l'anorexie mentale. Dès 1987, une étude met en évidence l'efficacité de la thérapie familiale pour un sous-groupe de patients (patients anorexiques, âgés de 18 ans au maximum, et dont la maladie évolue depuis moins de 3 ans). La thérapie individuelle, quant à elle, est indiquée pour les sujets dont la maladie débute plus tardivement (à partir de 19 ans) (185). La même équipe (200) a montré que le bénéfice thérapeutique persistait 5 ans après pour ces deux sous-groupes. Par la suite, d'autres auteurs ont comparé la thérapie individuelle et la thérapie familiale sans mettre en évidence de supériorité de la thérapie familiale (201-203). Étant donné les limites méthodologiques de ces dernières études, l'étude de Russell reste une référence, et sa position est confirmée par l'évaluation d'autres approches familiales qui ont toutes montré des bénéfices pour les enfants et les adolescents (182,186,204-210).

Sur cette base, l'APA, tout comme le NICE, recommande que l'approche familiale (thérapie familiale, mais aussi toute forme d'intervention auprès de la famille) fasse nécessairement partie de la prise en charge de l'anorexie mentale des enfants et des adolescents (16,22).

Les études comparant les approches conjointes et séparées (187-189) indiquent que les deux interventions sont efficaces et que cette efficacité est stable à 5 ans (211). Le NICE recommande donc que les enfants et les adolescents souffrant d'anorexie mentale aient différents rendez-vous individuels avec un professionnel de santé séparé de ceux avec les membres de la famille ou de l'entourage (22).

L'adhésion des familles à des interventions de type groupe de parents (208) ou groupe multifamilial (212) est très encourageante. Ces interventions semblent efficaces, mais l'objet font de peu de travaux encore, dont la méthodologie est faible.

Les entretiens motivationnels ont surtout été évalués dans le traitement de la boulimie nerveuse et du *binge eating disorder* (213). Il serait intéressant d'étudier leur efficacité dans celui de l'anorexie mentale (85).

Bien qu'ils soient utilisés fréquemment en France, à notre connaissance l'efficacité de l'art-thérapie et des approches corporelles n'a pas été encore évaluée dans la littérature scientifique.

Tableau 8. Prises en charge individuelles dans la prise en charge ambulatoire de l'anorexie mentale.

Auteur	Pays	Type d'étude	Population étudiée	PEC testée	Résultat	Limites
McIntosh, 2005 Am J Psychiatry (192)	Nouvelle-Zélande	Étude contrôlée randomisée	N = 56 Femmes adultes Diagnostic AM DSM-IV sauf critère de poids BMI < 19,0 Ambulatoire	3 groupes <ul style="list-style-type: none"> • TCC • psychothérapie interpersonnelle • thérapie de soutien 20 sessions sur 20 semaines maximum	La thérapie de soutien peut être aidante pour l'anorexie mentale Pour les femmes qui ont suivi la prise en charge jusqu'au bout, la thérapie de soutien en phase aiguë de la maladie était supérieure (non significatif vis-à-vis de la TCC) aux 2 thérapies spécialisées	
Pike, 2003 Am J Psychiatry (195)	USA	Étude randomisée	N = 33 Adultes Diagnostic AM DSM-IV Avoir été hospitalisée pour AM	2 groupes en post-hospitalisation Prise en charge ambulatoire par : <ul style="list-style-type: none"> • TCC • conseil diététique avec monitoring médical 50 sessions sur 1 an après l'hospitalisation	Groupe TCC : rechutes et sortie d'étude moins nombreuses, meilleur score Morgan et Russell Rémission à 1 an de 17 % dans le groupe TCC TCC meilleure pour la prévention de la rechute parmi les patients ayant restauré leur poids	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de groupe contrôle
Matsumoto, 2006 Psychiatry and clinical Neurosciences (196)	Japon	Étude de cas	Femmes Diagnostic AM, 16 ans école le jour et nuit à l'hôpital résistance à la prise en charge habituelle : TCC	Vidéo/ <i>feedback</i> centré sur comportement alimentaire inadapté plutôt que sur les distorsions cognitives. 1 fois/mois enregistrement vidéo du dîner (à l'hôpital) puis un autre jour le thérapeute et la patiente visionnent la vidéo et s'entretiennent sur la façon de s'alimenter de la patiente ; 10 sessions sur 6 mois	Au bout de 4 sessions, la patiente se rend compte de son comportement et accepte de diminuer la longueur du repas et d'arrêter de couper des tout petits bouts La vidéo a permis d'accepter la maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas
Fichter, 2008 Psychoter Res (198)	Allemagne	Étude contrôlée randomisée	N = 102 Diagnostic AM type boulimique Avant hospitalisation	2 groupes <ul style="list-style-type: none"> • manuel/guide cognitivo-comportemental pendant 6 semaines • liste d'attente 	Durée hospitalisation plus courte Psychopathologie améliorée significativement (image du corps, idéal de minceur, symptômes boulimiques)	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie sous-type boulimique seulement

Auteur	Pays	Type d'étude	Population étudiée	PEC testée	Résultat	Limites
Bloomgarden, 2008 Eating disorders (199)	USA	Étude contrôlée randomisée	N = 86 Femmes admises dans un programme résidentiel de TCA pour 18 mois DSM-IV AM (type restrictif), BN, TCANS	2 PEC testée : <ul style="list-style-type: none"> traitement habituel : thérapie individuelle, familiale, de groupe avec approches thérapeutiques cognitives, comportementales et expérimentales traitement habituel + EMDR 1 à 2 sessions de 60 min de EMDR par semaine pendant toute la durée de l'hospitalisation 	Quand adjonction de EMDR, moins de souffrance par rapport à l'image négative du corps. Après la prise en charge et à 3 mois	
Feld, 2001 Int J Eat Disord (214)	Canada	Essai clinique	N = 19 > 17 ans diagnostic TCA DSM-IV	Entretiens motivationnels 4 sessions réparties sur 4 semaines	Augmentation de la motivation à changer, de l'estime de soi, et diminution des symptômes dépressifs après l'intervention et tout au long des 4 sessions	<ul style="list-style-type: none"> Étude non randomisée Absence de groupe contrôle Effectifs trop faibles Inclusion de tous les types de TCA
Dean, 2008 Eur Eat Disord Rev (215)	Australie	Étude contrôlée randomisée	N = 42 Diagnostic DSM-IV TCA (50 % AM, 2 % BN et 48 % TCANS) Femmes hospitalisées	2 groupes <ul style="list-style-type: none"> thérapie motivationnelle (MET) + prise en charge habituelle (1 session de MET/semaine pendant 4 semaines ; groupe ouvert) prise en charge habituelle 	Pas de différence sur le taux de perdus de vue à la fin de la prise en charge et en suivi Groupe MET continue à avoir une motivation qui augmente tout au long du suivi alors que diminution dans l'autre groupe. La MET semble encourager la motivation et l'engagement à plus long terme	<ul style="list-style-type: none"> Effectif faible Tous diagnostics TCA confondus

Tableau 9. Comparaison approches familiales et individuelles.

Auteur	Pays	Type d'étude	Population étudiée	PEC testée	Résultat	Limites
Russell, 1987 Arch Gen Psychiatry (185)	Grande-Bretagne	Étude contrôlée randomisée	N = 80 Post-hospitalisation pour TCA Adultes et adolescentes Ambulatoire 4 sous-groupes : 1. AM, TCA apparu à 18 ans ou avant et durée < 3 mois 2. AM, TCA apparu à 18 ans ou avant et durée > 3 mois 3. AM, TCA apparu à 19 ans ou plus 4. BN	2 groupes de prise en charge : • thérapie familiale systémique : toute la famille • thérapie individuelle de soutien, centrée sur les problèmes alimentaires Thérapie d'une durée d'un an à partir sortie d'hôpital. 1 séance toutes les 2 semaines pendant les 3 premiers mois puis toutes les 3 semaines	Évolution mesurée par la Morgan et Russell FT > IT pour le sous-groupe 1 Taux de perdus de vue à 10 % dans FT et 64 % dans IT	<ul style="list-style-type: none"> • Durée hospitalisation > pour TF • Fréquence des séances < pour TF • Taux de perdus de vue plus important dans IT
Eisler, 1997 Arch Gen Psychiatry (200)	Grande-Bretagne	Étude randomisée contrôlée	Même population que Russell <i>et al.</i> 1987	Suivi à 5 ans	Amélioration globale des sujets entre l'évaluation à 1 an et à 5 ans est très significative Bénéfice durable sur 5 ans : TF pour le sous-groupe 1 (90 % d'issue positive) et TI pour le sous-groupe 3	
Ball, 2004 Eating Disorders (201)	Australie	Étude randomisée contrôlée	N = 25 Ado et jeunes adultes avec AM.	2 groupes • TCC • TF comportementale 21 à 25 sessions sur 1 an	Pas de différence significative entre les groupes au niveau nutrition, comportement alimentaire, humeur, estime de soi, communication familiale. 60 % de l'échantillon total a un devenir positif à la fin de la prise en charge et à 6 mois de suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de puissance conclusions limitées
Robin, 1994 J Developmental and Behavioural Pediatrics (202)	USA	Étude randomisée	N = 24 AM DSM-III-R 12-19 ans durée maladie < 1 an	2 groupes : • TF comportementale patients + parents +/- fratrie (1 fois/semaine) • thérapie individuelle comportementale (1 fois/semaine patient et 2 fois/mois accompagnement des parents)	Amélioration du BMI significative pour les 2 groupes. Amélioration des 2 groupes sur toutes les échelles de mesure (EAT, EDI, BD, BSQ) TI associé à des séances collatérales pour les parents : amélioration de la santé, des attitudes	<ul style="list-style-type: none"> • TF plus en « sous-poids » à l'inclusion • Effectifs faibles • Absence de groupe contrôle

Auteur	Pays	Type d'étude	Population étudiée	PEC testée	Résultat	Limites
Robin, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999 (203)	USA	Étude randomisée	N=16 AM DSM-III-R 12-19 ans durée maladie < 1 an	2 groupes : <ul style="list-style-type: none"> • TF patients + parents +/- fratrie (1 fois/semaine) • Thérapie individuelle comportementale (1 fois/semaine patient et 2 fois/mois accompagnement des parents) 	Résultats positifs à la fin du traitement pour les 2 groupes et aussi à 1 an TF : augmentation BMI meilleure mais on ne peut rien en déduire car beaucoup de patients ont été hospitalisés au cours de la PEC surtout dans le groupe TF	<ul style="list-style-type: none"> • TF plus âgés à l'inclusion • Effectifs faibles • Absence de groupe contrôle

Tableau 10. Approches familiales dans la prise en charge ambulatoire de l'anorexie mentale.

Auteur	Pays	Type d'étude	Population étudiée	PEC testée	Résultat	Limites
Lock, 2006 J Am Acad Chil Ado Psychiatry (186)	USA	Essai clinique	N = 32 Diagnostic DSM-IV AM (29) et TCANS (3) 9-12 ans PEC par thérapie familiale	Comparaison à une cohorte avec mêmes critères d'inclusion hormis âge 13-18 ans	Efficacité des prises en charge basées sur la famille pour les AM de 9 à 12 ans comparable à celle des 13-18 ans avec la même approche familiale : amélioration à EDE, augmentation du poids FT apparaît efficace et acceptable chez les enfants AM	<ul style="list-style-type: none"> Données rétrospectives Étude non contrôlée non randomisée
Le Grange, 1992 Int J Eat Disorders (187)	Grande-Bretagne	Étude randomisée contrôlée	N = 18 AM et BN selon DSM-III-R < 18 ans Ambulatoire	2 groupes <ul style="list-style-type: none"> thérapie familiale : modèle systémique, famille entière conseil familial : soutien individuel et éducatif pour le sujet, accompagnement des parents 6 mois de prise en charge	Effets en fin de suivi similaires pour les 2 interventions Un niveau élevé de critiques maternelles est associé à une mauvaise évolution surtout en cas de thérapie familiale systémique	<ul style="list-style-type: none"> Inclusion à la fois AM et BN Effectifs faibles
Eisler, 2000 J Child Psychol Psychiatry (188)	Grande-Bretagne	Étude contrôlée randomisée	N = 40 AM et BN selon DSM-IV Âge moyen 15,5 ans Moyenne durée évolution de la maladie : 1 an	2 groupes <ul style="list-style-type: none"> FT conjointe FT séparée Prise en charge ambulatoire pendant 1 an	Efficacité des 2 interventions Symptomatologie alimentaire plus améliorée avec la FT séparée. Les mesures concernant le fonctionnement individuel psychologique et psychosocial changent davantage avec la FT conjointe. Les rencontres impliquant toute la famille peuvent être difficiles quand il existe un haut niveau d'expression émotionnelle, ce qui pourrait diminuer l'efficacité du traitement	
Paulson-Karlsson, 2009 Eating Disorders (189)	Suède	Étude pilote	N = 32. AM DSM-IV 25 restrictif pur et 7 binge/purge type Adolescents + évaluation de 32 couples parents	Combinaison de 2 type de thérapies familiales inspirées de l'approche du Maudsley en ambulatoire : FT séparée et FT conjointe Suivi à 18 mois et à 36 mois	Taux rétablissement à 18 mois de 72 % 78 % à 36 mois. Amélioration significative de l'EDI sauf perfectionnisme et crainte de la maturité. Amélioration du climat familial. Diminution des symptômes de TCA. Ces résultats montrent que les prises en charge basées sur la famille sont efficaces chez les adolescents avec AM au regard des domaines examinés dans l'étude	<ul style="list-style-type: none"> Étude non contrôlée non randomisée

Auteur	Pays	Type d'étude	Population étudiée	PEC testée	Résultat	Limites
Sepulveda, 2008 Soc Psychiatry Epidemiol (208)	Grande-Bretagne	Essai clinique	N = 35 Famille vivant avec quelqu'un qui a des TCA ou étant impliquée dans le soin de quelqu'un avec TCA	« Atelier de travail » pour parents. Basés sur les éléments clés des entretiens motivationnels et TCC conduits par une équipe multidisciplinaire 6 ateliers de 2 h sur 3 mois + 1 atelier à 3 mois	Grande adhésion des familles Contenu jugé pertinent et utile. L'entourage a appris de nouvelles compétences et stratégies et est capable de les mettre en pratique dans sa relation avec la personne souffrant de TCA. Bénéfices maintenus dans la durée (à 3 mois) Meilleur bénéfice pour familles qui vivent avec le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Étude non randomisée, non contrôlée • Effectifs faibles • Tous diagnostics de TCA confondus
Lock, 2005 J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (209)	Grande-Bretagne	RCT stratifié sur la durée de la maladie	N = 86 Adolescents 12-18 ans DSM-IV AM ambulatoire	2 groupes <ul style="list-style-type: none"> • FT courte (10 sessions sur 6 mois) N = 42 • FT longue (20 sessions sur 12 mois) N = 44 Évaluation à 1 an par le EDE Les 2 prises en charge sont structurées (manuels)	Pas de différence entre les groupes Une FT à court terme apparaît aussi efficace que celle à long terme pour les adolescents avec une courte durée de maladie Les patients avec des obsessions et des compulsions associées à l'alimentation et les patients venant de familles non intactes répondent mieux à la prise en charge à long terme	
Lock, 2006 J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (210)	Grande-Bretagne	RCT stratifié sur la durée de la maladie	Même population que Lock 2005	2 groupes <ul style="list-style-type: none"> • FT courte • FT longue Évaluation à long terme (temps moyen de suivi 3,96 ans)	Pas de différence entre les 2 groupes sur le poids, EDE, retour des règles. Retour à la normale pour les 2 groupes Une FT à court terme est aussi efficace qu'à long terme lors du suivi	
Eisler, 2007 J of Child Psychology and Psychiatry (211)	Grande-Bretagne	Étude contrôlée randomisée	Même population que Eisler 2000	Cohorte suivie à 5 ans	Confirmation de l'efficacité FT et sa stabilité dans le temps. Montre qu'il faut éviter les rendez-vous familiaux en début de PEC lorsqu'il existe des niveaux élevés de critique émotionnelle chez les parents	
Zucker, 2006, Eating and Weight Disorders (212)	USA	Essai clinique	N = 16 Parents avec enfant en prise en charge ambulatoire pour : <ul style="list-style-type: none"> • AM (N = 9) • TCANS (N = 4) • BN (N = 3) âge moyen des enfants : 16 ans	Programme de formation de parents en groupe 90 minutes au moins/semaine	Bonne acceptabilité du programme. Pour tous les parents, le groupe a enseigné comment prendre en charge les TCA et ils recommandent tous les groupes aux autres parents Pour la majorité des parents, le groupe est essentiel. Haut taux de participation	<ul style="list-style-type: none"> • Étude non randomisée, non contrôlée • Effectifs faibles • Tous diagnostics de TCA confondus

► À quel moment ?

En phase aiguë

Lorsque la dénutrition est trop sévère, mettant en jeu le pronostic vital à court terme, la priorité doit être donnée au retour à la « zone de sécurité » somatique. L'approche psychothérapique se limitera alors à du soutien (compréhension empathique, explications, encouragements, et tout autre renforcement positif) (16,132,137). En effet, les tentatives de psychothérapie plus formelle avec les patients dénutris (souvent sous sonde nasogastrique), avec une composante obsessionnelle marquée, ou avec un fonctionnement cognitif altéré, ne sont pas indiquées à ce stade (16).

Après amélioration pondérale

L'expérience clinique montre que les patients présentent souvent une amélioration de l'humeur, un meilleur fonctionnement cognitif après amélioration significative de l'alimentation, avant même un gain de poids substantiel (16).

Prévention de la rechute

Peu d'études contrôlées se sont centrées sur l'efficacité des prises en charge dans la prévention de la rechute. Les antidépresseurs ont des résultats limités alors que les TCC auraient montré leur efficacité chez l'adulte (16,138,144,167,195). Pour les plus jeunes (≤ 18 ans), la thérapie familiale serait plus efficace que la thérapie individuelle pour prévenir la rechute (144).

Evolution de la psychothérapie en fonction de l'évolution de la maladie

Si la prise en charge n'apporte aucune amélioration, voire s'il se produit une détérioration significative, des formes plus intensives de prise en charge psychothérapique ou institutionnelle (par exemple, un changement de thérapie individuelle vers une thérapie combinée incluant le sujet, sa famille et son travail, ou vers l'hôpital de jour, ou vers l'hospitalisation) devraient être considérées (22).

► Durée

De nombreux auteurs ont mis l'accent sur l'intérêt d'une relation qui peut se maintenir sur le long terme et sur un engagement empathique (22,132).

Quelle que soit l'approche psychothérapeutique choisie, l'APA (16) et le NICE (22) préconisent une prise en charge psychothérapeutique d'au moins 1 an après une amélioration significative. En raison de la nature durable de l'anorexie mentale, cette prise en charge peut prendre plus de temps (plusieurs années). Plusieurs études bien menées ont montré que les pourcentages d'amélioration les plus significatifs pouvaient, dans les formes sévères d'anorexie restrictive comme de boulimie, être obtenus au bout de plusieurs années de prise en charge thérapeutique spécialisée.

4.3.1 Pharmacothérapie et autres thérapies

► Pharmacothérapie

Aucun traitement médicamenteux ne soigne l'anorexie mentale en elle-même, que ce soit chez l'adulte, l'enfant ou l'adolescent (77,216-218). La nourriture reste le seul traitement de référence (136). Les psychotropes sont prescrits pour les troubles psychiatriques associés, la présentation clinique du sujet guidant la prescription (136). Ils doivent être prescrits avec prudence chez les sujets dénutris, compte tenu des risques majorés d'effets secondaires. Toute prescription impose une information du sujet et de sa famille sur l'indication et les effets secondaires (16,100,132).

Il existe dans la littérature scientifique internationale beaucoup de cas cliniques et de petites études en ouvert, mais peu d'essais thérapeutiques contrôlés et randomisés sur de gros échantillons (79,219).

Traitements psychotropes

Les inhibiteurs de recapture de la sérotonine n'ont pas d'efficacité directe sur la reprise pondérale pendant l'hospitalisation (16). 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.

Les antidépresseurs tricycliques doivent être utilisés avec précaution, du fait de leurs effets indésirables (allongement de QT) majorés chez l'anorexique.

Il n'y a pas d'essais contrôlés randomisés pour les antipsychotiques atypiques (olanzapine, rispéridone), les seules publications concernent des cas cliniques et des séries. 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. Des études négatives ont été publiées (220). Les antipsychotiques classiques n'ont en général pas d'efficacité sur l'anorexie (221). 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.

Il n'y a pas d'étude contrôlée randomisée concernant les anxiolytiques. 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 (222). Selon *Tric et al.* (223), les anxiolytiques peuvent être nécessaires à la phase initiale. 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 *a fortiori* à l'adolescence, il faut le plus souvent ne pas prescrire de psychotropes, sauf symptomatologie associée et seulement après avis spécialisé (222,224). 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.

Traitements non psychotropes (16)

Le cisapride, la cyproheptadine et la clonidine n'ont pas fait la preuve de leur efficacité sur la reprise pondérale.

Le métopropramide 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.

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

► **Électroconvulsivothérapie**

L'électroconvulsivothérapie est non indiquée dans l'anorexie mentale, sauf en cas de comorbidité psychiatrique nécessitant son emploi.

4.4 Prises en charge institutionnelles

Il est intéressant de pouvoir offrir une gamme suffisamment diversifiée, aménageable, et extensible de soins ambulatoires plus ou moins intensifs, qui s'adaptent aux besoins d'étayage du patient au fil de son évolution (96).

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...) surtout si les équipes sont habituées à ce type de patient.

4.4.1 Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

C'est une structure intermédiaire originale entre l'hospitalisation à temps plein ou en hôpital de jour et la consultation. Le CATTP propose des activités en séquences de durée variable. Les fréquences sont adaptées à chaque individu. Sous la responsabilité du psychiatre, l'équipe pluridisciplinaire propose des médiations thérapeutiques dont l'objectif est de rendre la relation thérapeutique plus supportable pour ces patients et de répondre à leurs différentes difficultés : difficultés relationnelles, difficultés à s'autonomiser, difficultés alimentaires, difficultés dans l'expression des émotions...

(sources : <http://www.ch-wattrelos.com/cattp.html> et <http://philippeportet.free.fr/Cattp.html>).

4.4.2 Hébergements et post-cures thérapeutiques

Dans certains cas l'évolutivité de la maladie, en particulier son caractère chronique et résistant, mais également les spécificités et difficultés de l'entourage familial rendent nécessaire le recours à des structures transitionnelles dans le déroulement de la prise en charge thérapeutique. Il peut s'agir de foyers ou appartements thérapeutiques, ou encore de dispositifs de post-cure et convalescence. En règle non spécifique, en tout cas en France, ces structures permettent, à la condition que les soins pluridisciplinaires engagés se poursuivent, d'inscrire une étape intermédiaire précieuse dans le cheminement du patient vers plus d'individuation et d'autonomie. Il s'agit en effet alors, eu égard aux enjeux développementaux, de pouvoir expérimenter un espace de vie plus personnel tout en bénéficiant de l'étayage d'une structure et d'une équipe avertie.

4.4.3 Soins études

Les institutions soins études sont des établissements psychiatriques qui ont la particularité d'associer des soins psychiatriques institutionnels et des études (secondaires, universitaires, et modules de formation et d'insertion professionnelle) pour adolescents et jeunes adultes. Un service des études coexiste avec les services hospitaliers. Ce service est organisé en lycée, autour d'une équipe d'enseignants affectés par le ministère de l'Éducation nationale et dirigés par un proviseur. Les patients peuvent être scolarisés dans les classes internes à l'établissement ou suivre leur cursus à l'extérieur et bénéficient tous d'un soutien pédagogique individualisé (225).

Les études sont considérées comme un moyen de réadaptation, les projets scolaires ou universitaires contribuent à restaurer le narcissisme des patients blessés par la perception de leur fragilité ou l'échec de leurs projets (226). Du fait du surinvestissement scolaire associé à l'anorexie mentale, les patients souffrant d'anorexie mentale sont demandeurs de

ce type de dispositif. Les programmes soins études ne sont donc indiqués chez ces patients que dans la mesure où les études sont fortement intégrées dans un projet institutionnel donnant une place prioritaire aux dynamiques thérapeutiques (225). L'évolution positive des patients anorexiques passe souvent par un réaménagement de l'investissement scolaire.

4.4.4 Famille d'accueil

S'il n'existe pas à notre connaissance de service d'accueil familial thérapeutique spécifiquement réservé aux patients souffrant de TCA, certaines équipes ont pu proposer à des patients anorexiques des prises en charge en accueil familial thérapeutique. Cette modalité peut permettre un travail sur les relations interpersonnelles et familiales et pourrait dans certains cas représenter une alternative à une hospitalisation à temps complet ou encore une modalité de post-cure. Elle suppose formation et accompagnement des familles d'accueil.

4.4.5 Réseaux de santé

Pour prendre en charge l'anorexie mentale il existe en France plusieurs réseaux de santé constitués ou en cours de mise en place. Ils ont pour but la coordination des soins existants et la formation des personnels impliqués. Dans certains cas, pour répondre au vide géographique de l'offre institutionnelle de soins spécialisés, ils peuvent aussi proposer des soins pluridisciplinaires ambulatoires. Ceux-ci viennent compléter l'offre médicale déjà existante et prise en charge par la sécurité sociale aussi bien hospitalière qu'en libéral ou dans le secteur médico-social (cf. Annexe 3 : Annuaire des associations intervenant auprès de personnes anorexiques boulimiques de l'AFDAS-TCA ; cf. Annexe 4 : exemple du réseau Dabanta).

4.5 Information de l'entourage

4.5.1 De quelle manière ?

L'expérience de la famille et de l'entourage (partenaires, conjoints, amis, entourage, collègues, fratrie, parents) est également marquée par la complexité, l'ambivalence et la contradiction. Beaucoup d'entre eux ont rapporté combien ils se sont sentis désespérés et isolés parfois, ne sachant pas où trouver de l'aide. Ils parlent également souvent de leur culpabilité, de leurs remords et du sentiment de responsabilité vis-à-vis de la maladie (22).

► Information et explication

Selon les recommandations américaines et britanniques, le patient et son entourage doivent être formés et informés sur la nature, l'évolution, le risque physique et la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (16,22). Le professionnel de santé fait le lien entre le patient et sa famille, en expliquant la nature et la prise en charge de l'anorexie mentale, et définit des stratégies pour améliorer les fonctions adaptatives et interpersonnelles (encourager l'implication dans les groupes d'entraide) (79).

L'information qui devrait être mise à la disposition des patients et de leur entourage devrait être la suivante selon le NICE :

Informations sur les TCA

- les facteurs causaux des TCA ;
- les facteurs de maintien des TCA ;
- les meilleures stratégies pour aider les sujets souffrant de TCA ;
- le traitement et la gestion des sujets souffrant de TCA ;
- le pronostic, l'évolution de la maladie des TCA.

Informations sur les risques physiques

- nécessité d'une évaluation régulière des risques physiques et psychologiques ;
- information en cas de danger vital ;
- apprentissage de ces signes de danger vital ;
- conduite à tenir en cas de préoccupation pour la santé et la sécurité du patient.

Informations et Internet

Les familles et les patients accèdent de plus en plus à des informations par Internet (sites Web, chat). Le manque de surveillance professionnelle de ces ressources peut mener les utilisateurs à une information fautive ou créer une dynamique malsaine. L'APA recommande que les cliniciens se renseignent auprès des patients ou de leurs familles sur l'utilisation d'Internet ou d'autres supports alternatifs et soient préparés à discuter ouvertement des informations et des idées recueillies par ces sources (16).

Informations aux mineurs

Les représentants légaux du mineur doivent bénéficier d'une information comme il est décrit dans le précédent sous-chapitre mais le jeune sujet doit lui-même bénéficier d'une information adaptée à son développement psycho-affectif (227).

Dans le cadre de la loi du 04 mars 2002, 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 du mineur s'il l'estime nécessaire pour la protection du mineur.

► Confidentialité

La nature de la maladie ne permet pas de déroger aux règles de confidentialité. Cependant, il ne faut pas s'abriter derrière ces règles pour ne pas travailler avec la famille. Dans la mesure où les parents (ou l'entourage) sont souvent impliqués dans la prise en charge thérapeutique, ils peuvent avoir connaissance de certaines informations relatives 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 (cf. sous-chapitre 5.6.3, § Hospitalisation sous contrainte), et ainsi solliciter l'entourage le plus proche contre l'avis du patient (cf. Annexe 5).

Les informations issues de l'entourage sont sujettes aux mêmes règles de confidentialité que celles appliquées pour le patient et sa maladie.

Bien que les parents des sujets mineurs soient les interlocuteurs des équipes médico-psychologiques en tant que représentants légaux, les mineurs ont aussi droit à la confidentialité et les experts du NICE recommandent de proposer, en parallèle des approches familiales, un espace individuel où le jeune sujet pourra exprimer ses émotions et ses préoccupations sans craindre de blesser ou décevoir ses parents.

► Inquiétudes et attentes de l'entourage

Une enquête auprès de l'entourage effectuée dans le cadre de l'élaboration des recommandations du NICE (22) a permis au groupe de travail de recueillir leurs inquiétudes et leurs attentes, citées ci-dessous :

- formation du personnel de santé, en particulier ceux qui exercent en première ligne ;
- implication de l'entourage dans les programmes de prise en charge ;
- projets thérapeutiques et informations fournis à l'entourage ;
- partage de l'expérience et du soutien d'autres familles vivant ou ayant vécu la même situation ;

- partage de l'expérience et du soutien d'anciens patients ;
- priorité aux soins de proximité ;
- uniformité des approches et des prises en charge.

En France, l'AFDAS-TCA (Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire) a récemment réalisé une enquête auprès d'associations de familles d'anorexiques. Globalement, les attentes étaient les mêmes.

4.5.2 Dans quelle mesure ?

L'intensité de l'implication familiale dans la prise en charge dépend de l'âge du patient et de ses difficultés développementales, ainsi que de la sévérité de l'anorexie. Si pour les enfants et les adolescents (16), l'implication est évidente et nécessaire, pour les adultes, elle sera évaluée au cas par cas (16).

4.5.3 Qui ?

Outre les parents, dont il a été largement question précédemment, l'accompagnement devrait aussi concerner la fratrie et/ou le conjoint.

► Fratrie

La participation des frères et sœurs est généralement considérée comme salutaire, pour la fratrie sinon pour le patient. Elle permet à la fratrie d'exprimer ses craintes ou sa culpabilité, et de dissiper toutes les idées reçues au sujet de la pathologie, de ses causes probables et de son pronostic (22,228). Elle permet également à la fratrie d'exprimer combien les préoccupations centrées sur l'enfant malade ont pu perturber le fonctionnement et les équilibres intrafamiliaux.

► Conjoint

Faire participer les conjoints dans la prise en charge est fortement souhaitable (16). Il est cependant important de ne pas les enfermer ce faisant dans une position parentale vis-à-vis de leur conjoint malade.

4.5.4 Ressources disponibles pour l'entourage

► Groupe d'information

Les groupes d'information familiaux ou parentaux permettent de donner des informations sur la nature du trouble pour favoriser les changements d'attitudes et de comportement, ainsi que sur les soins pour favoriser leur acceptation.

► Groupes de parole

Ils se déroulent souvent en présence de soignants et permettent aux parents le plus souvent, voire l'entourage, en l'absence de la personne souffrant de TCA, de se rencontrer, parler, apprendre et partager, lors de séances courtes, régulières, espacées dans le temps (208).

► Groupe de psycho-éducation

Le but du groupe est de partager ses connaissances des troubles du comportement alimentaire, fournir un appui mutuel, reconstruire le réseau familial, réduire l'inquiétude, et redécouvrir et améliorer les compétences des familles et des patients.

► Associations de familles

Le NICE recommande que les familles et l'entourage des patients soient informés de l'existence des groupes d'entraide et de soutien, et puissent participer à de tels groupes s'ils existent à proximité (22).

Les associations de soutien aux proches ont un rôle clé et permettent de :

- délivrer des informations (dialogue en face à face, téléphone, mails, conférences) ;
- d'aider les familles (orientation vers les soins, soutien, discussion) ;
- de partager des expériences personnelles et des témoignages.

En France, l'AFDAS-TCA a réalisé un répertoire des associations de familles (cf. Annexe 3).

► **Intérêt de ces ressources**

Peu d'études se sont penchées sur ce sujet, et aucune n'a évalué de façon rigoureuse sur le plan méthodologique l'intérêt de l'accompagnement des familles pour les patients adultes.

Les familles font un retour positif des groupes d'information et de psycho-éducation (en témoigne leur participation assidue aux séances), qui les aident à diminuer leur méfiance vis-à-vis des interventions thérapeutiques, et à minimiser les conflits entre les patients, les parents et les thérapeutes (229-231). Les articles évaluant les ressources pour l'entourage sont résumés dans le tableau 11.

Tableau 11 : Ressources pour l'entourage

Auteur	Pays	Type d'étude	Population étudiée	PEC testée	Résultat	Limites
Holtkamp, 2005 Eating Disorders (229)	Allemagne	Essai clinique	N = 240 Parents de patients adolescents pris en charge en hospitalisation ou en ambulatoire pour TCA	5 sessions de 2 heures de psycho-éducation en groupes de familles	Les groupes de psycho-éducation familiaux sont utiles et économiques pour la prise en charge multimodale des TCA. Des études contrôlées sont nécessaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Étude non randomisée, non contrôlée • Tous diagnostics de TCA confondus
Uehara, 2001 Comprehensive Psychiatry (230)	Japon	Essai clinique	N = 30 Diagnostic DSM-IV TCA actuel Age moyen des patients 20 ans	Famille en groupe de psycho-éducation 1 fois/mois pendant 2 h 5 sessions	La psycho-éducation pour les membres de famille de patient avec TCA contribue à diminuer la détresse de la famille par rapport à la maladie et à encourager des interactions positives	
Geist, 2000 Can J Psychiatry (231)	Canada	Étude randomisée	N = 25 Admission à l'hôpital avec poids < 90 % du poids idéal + restriction alimentaire volontaire Adolescents	2 groupes <ul style="list-style-type: none"> • thérapie familiale : modèle systémique, famille entière • psycho-éducation familiale : groupes de familles 8 sessions sur 4 mois pour chaque groupe	Pas de différence significative entre les 2 groupes. Gain de poids significatif rapporté dans les 2 groupes mais pas de changement sur le fonctionnement psychologique des adolescents et des parents Coût-efficacité du groupe de psycho-éducation plus intéressant	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic AM plus large que les critères DSM-IV • Absence de groupe contrôle • Effectifs faibles

Tableau 12. Ressources pour les patients

Auteur	Pays	Type d'étude	Population étudiée	PEC testée	Résultat	Limites
Prestano, 2008 Eur Eat Disorders Rev (193)	Italie	Essai clinique	N = 8 DSM-IV AM (3) ou BN (5)	Étude naturalistique évaluant efficacité de groupe analytique 30 min/semaine pendant 2 ans, approche qui encourage le groupe tout entier à être actif, le thérapeute ne parle pas pendant la session	Suggère que le groupe analytique à long terme pourrait être efficace	<ul style="list-style-type: none"> • Effectif très faible • Étude non contrôlée non randomisée • AM et BN
Schaffner, 2008 Eating Disorders (146)	USA	Essai clinique	N = 7 Diagnostic DSM-IV TCA Femmes en hospitalisation partielle ou ambulatoire intensif	Objectif : tester efficacité du programme de soins du centre d'Atlanta pour les TCA Choix des interventions psychologiques basé sur les besoins individuels. Plusieurs types d'approche : individuelle, familiale, en groupe.	Le programme de prise en charge utilisé est efficace pour diminuer les symptômes de TCA (EDI-2), les symptômes dépressifs (BDI-II) et l'anxiété (SPRAS) en un temps moyen de 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Étude non contrôlée non randomisée • Tous diagnostics TCA confondus • Pas de suivi

4.5.5 Ressources disponibles pour les patients

► Associations de patients

L'expérience d'anciens malades soutient une autre représentation de la maladie mais aussi une meilleure acceptabilité des soins qui permet parfois de dépasser le déni et faire un pas vers l'acceptation d'une prise en charge médicale.

► Groupes d'entraide pour patients

Les groupes d'entraide destinés à soutenir les patients dans leur parcours de guérison offrent aux participants la possibilité de s'exprimer « entre pairs ». Ils aident à libérer une parole chez des personnes pour lesquelles il est difficile de parler de l'anorexie mentale tant leur crainte du jugement d'autrui est forte.

► Groupes de psycho-éducation pour patients

Le but de ces groupes réunissant des patients ayant les mêmes difficultés est en s'appuyant sur la dynamique de groupe de favoriser une prise de conscience de la réalité des troubles et de leurs conséquences ainsi que de soutenir l'apprentissage de comportements plus adaptés au niveau alimentaire, corporel et relationnel notamment.

► Intérêt de ces ressources

Bien que présents en France, il n'existe pas à notre connaissance d'étude ayant évalué de manière rigoureuse l'efficacité et l'intérêt des groupes d'entraide et de soutien pour patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (cf. tableau 12).

4.6 Évolution

4.6.1 Différents types d'évolution

Les classifications en recherche individualisent l'anorexie mentale, la boulimie et les troubles subsyndromiques alors qu'ils semblent souvent évoluer dans un continuum et en alternance au cours de la vie des sujets (232). Ainsi, en ce qui concerne l'évolution clinique de l'anorexie mentale, des symptômes boulimiques ou hyperphagiques sont associés dans près de la moitié des cas soit d'emblée, soit secondairement (168). L'APA dans ses recommandations fait le même constat et ajoute même que 20 à 36 % des boulimiques ont des antécédents d'AM (16). La majorité des études cliniques utilise les critères de devenir global établis par Morgan et Russell pour évaluer l'évolution de l'anorexie mentale (cf. tableau 13).

Tableau 13. Critères d'évolution de Morgan et Russell

	Mauvaise évolution	Évolution intermédiaire	Bonne évolution
Poids	Perte de poids supérieure à 15 % du poids normalement attendu	Maintien du poids au-dessus de 85 % du poids normalement attendu	Maintien du poids au-dessus de 85 % du poids normalement attendu
	OU	ET	ET
Menstruations		Aménorrhée persistante	Cycles menstruels réguliers
Symptômes boulimiques	Apparition de symptômes boulimiques au moins une fois par semaine	S'il y a des symptômes boulimiques, ils sont présents moins d'une fois par semaine	Pas de symptômes boulimiques

Avec ces critères, on estime que le pourcentage de guérison est de 50 %, d'évolution intermédiaire de 25 à 30 %, et de chronicisation de 10 à 25 % (132,168,233). Le taux de mortalité est de 5 à 10 % (76,132,168) ; les décès sont liés pour moitié aux complications physiques de la maladie, et pour moitié au suicide (168).

D'autres auteurs estiment que l'évolution est nettement plus défavorable en cas d'anorexie restrictive pure par rapport aux formes anorexiques-boulimiques ou hyperphagiques (168).

L'anorexie prépubère semble de meilleur pronostic que l'anorexie mentale de l'adolescente pubère mais lorsque le trouble a un début très précoce, aux alentours de l'âge de 8 ans, le pronostic semble plus complexe du fait de l'existence de traits de personnalité perfectionniste très marqués et d'une rigidité cognitive, relationnelle et affective (151).

Une étude rétrospective sur 1 310 patientes âgées de 8 à 19 ans traitées pour AM (25,2 %), BN (12,4 %) ou TCANS (62,4 %) a montré des complications somatiques (fréquence cardiaque, pression artérielle, température et intervalle QT) de moindre gravité pour les TCANS que pour l'AM (68,234). Cependant les séquelles physiologiques sont suffisamment importantes pour prendre en charge les TCANS de la même manière que l'AM ou la BN (68,234).

Au total, l'anorexie mentale se caractérise donc par la gravité de son pronostic, avec un risque de chronicité et de rechute. Les complications somatiques et psychiques sont nombreuses : défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité, dépression, suicide... La guérison est possible au bout de plusieurs années d'évolution. Il s'agit de la pathologie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé.

► Facteurs pronostiques

Les principaux facteurs pronostiques défavorables sont un IMC bas en début de prise en charge et une prise en charge tardive (132,168,233). C'est pourquoi les recommandations internationales recommandent que la prise en charge soit instaurée dès que possible (16,22,79). D'autres facteurs seraient également défavorables :

- relations familiales difficiles ;
- nombre et durée d'hospitalisations élevés ;
- association à un trouble de la personnalité ou à une dépression ;
- vomissements provoqués ;
- boulimie ;
- âge précoce au début des troubles.

► Critères de guérison

Actuellement, il n'y a pas de consensus sur les critères de guérison dans l'anorexie mentale, ce qui complique l'évaluation de l'efficacité des prises en charge. Les différents critères de guérison décrits dans la littérature ont été évalués par Couturier et Lock en 2006 (235). Les auteurs concluent qu'ils fournissent un éventail de taux de guérison très large, démontrant l'importance de définir la guérison dans l'anorexie mentale de manière consensuelle. L'association de la reprise de poids et des évolutions psychologiques semble la plus importante pour cette définition.

Critères de Morgan et Russell

- le maintien d'un poids supérieur ou égal à 85 % du poids normalement attendu ;
- le retour de menstruations régulières ;
- l'absence de symptômes boulimiques.

Les catégories de Morgan-Russell ont plusieurs limites. L'impact du poids dans l'amélioration de l'anorexie mentale est doublement compté puisque le retour des menstruations est

souvent un indicateur du retour à un poids sain. L'utilisation des menstruations ne s'applique pas aux hommes, aux patientes en aménorrhée primaire ou à celles qui prennent un traitement hormonal. De plus, il est souvent difficile d'évaluer les cycles, car ils sont souvent irréguliers même chez les adolescents en bonne santé. Enfin, les symptômes boulimiques sont considérés comme une issue défavorable alors qu'ils peuvent représenter l'apparition d'un désordre différent ou une phase dans le processus global du rétablissement de l'anorexie mentale (235-237).

Critères de Pike (238)

- poids à 90 % du poids normalement attendu ;
- amélioration significative des préoccupations concernant le poids et la forme du corps sur l'échelle de mesure *Eating Disorder Examination* (239) ;
- fonctionnement menstruel normal ;
- absence de comportement compensatoire ;
- absence de problèmes somatiques aigus liés à l'anorexie mentale.

Critères de Kordy (240)

Kordy et son équipe ont également proposé une liste de critères de guérison qui comporte en outre une dimension de maintien des changements dans le temps :

- maintien de l'IMC à au moins 19 sur 3 mois ;
- absence d'une peur extrême de prendre du poids ;
- absence de comportement de purge ou de *binge-eating*.

Autres critères

- Plusieurs autres listes de critères ont été proposées (par exemple, ne plus présenter les critères DSM-IV de l'anorexie mentale) (235).
- Certains auteurs tiennent seulement compte de la normalisation du poids (203,236,237,241). D'autres utilisent les échelles de psychopathologie validées dans l'anorexie mentale : le *Eating Attitudes Test* (EAT) (160), le *Eating Disorders Inventory* (242) (EDI) ou la *Eating Disorder Examination* (EDE).

Critères de Jeammet

Ces critères n'ont pas été évalués par Couturier et Lock, mais sont présentés ici dans la mesure où ils prennent aussi en compte, outre les symptômes classiques, la dimension développementale des troubles et leur longue durée d'évolution :

- disparition de la triade symptomatique depuis plus de 2 ans ;
- autonomie par rapport à la famille et acquisition de liens affectifs et professionnels stables et nouveaux ;
- critique de la conduite anorexique avec perception plus juste de l'image du corps, abandon du désir de maigrir... ;
- acquisition d'un « *insight* », de la reconnaissance des conflits psychiques, de la capacité de se remémorer le passé, d'exprimer la vie fantasmatique et d'établir des liens ;
- capacité à se confronter sans déni, ni régression massive, aux stimulations œdipiennes et ouverture à la reconnaissance de l'autre dans sa différence, sexuée notamment.

4.6.2 Durée du suivi

Il s'agit d'une prise en charge à long terme, compte tenu de la durée d'évolution des troubles (16). Certains auteurs insistent d'ailleurs pour qu'elle se poursuive 1 à 2 ans après restauration du poids de forme pour éviter la rechute (144).

Les études sur l'évolution à long terme de l'anorexie mentale sont peu nombreuses et la durée d'évolution est variable en fonction des études, de 1,7 à 3 ans en population générale. Selon une étude récente 66 % des sujets sont guéris à 5 ans (33). Néanmoins, même si 75 % de ces femmes ont une évolution favorable, moins de 50 % sont totalement

asymptomatiques au cours des 15 années qui suivent le début du trouble alimentaire (17). Les durées observées en population clinique sont plus longues (5 ans en moyenne) (233).

4.6.3 Chronicité

Certains cas d'anorexie mentale évoluent vers une forme chronique (243) (de 10 à 25 % selon les études). Il est licite de parler de chronicité au-delà de 5 ans d'évolution, même si à tout moment la guérison reste possible (244,245).

L'évolution est dominée par deux dangers majeurs : la mort et la chronicisation.

► 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 boulimies.

► Les conséquences physiques

Les conséquences physiques 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 léthal, toujours présent, est de 0,5 % par année d'évolution.

► Sur le plan psychologique

- ritualisations, rigidité des attitudes avec appauvrissement de la vie relationnelle, affective et sexuelle, isolement social, retentissement sur la vie professionnelle ;
- complications psychiatriques :
 - épisodes 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.

L'évolution est émaillée de rechutes 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.

4.6.4 Mortalité

L'anorexie mentale est l'une des pathologies psychiatriques ayant le taux de mortalité le plus élevé (246). La mortalité semble moins importante chez les sujets soignés avant 20 ans (233).

Comme nous l'avons vu précédemment, 5 à 10 % des adolescents souffrant d'anorexie mentale décèdent des complications de leur pathologie, environ la moitié du fait des complications somatiques aboutissant à un arrêt cardiaque, et l'autre moitié par suicide.

La mortalité par suicide est plus fréquente chez les patientes ayant des conduites boulimiques (233). La mortalité des anorexiques chroniques est plus élevée encore : mortalité prématurée de 15 à 20 % avec plus de 20 ans de recul de suivi, ce qui représente

une mortalité de 0,5 % par année d'évolution, soit 12 fois plus que la mortalité attendue à cette période de la vie.

La plus grosse étude réalisée à ce jour (247) concernant la mortalité de l'AM (sur 6 009 sujets hospitalisés en Suède pour anorexie mentale entre 1973 et 2003) estime que la mortalité est 6,2 fois plus importante chez ces sujets qu'en population générale. Un âge de début précoce et une hospitalisation plus longue sont associés un devenir meilleur, alors que les comorbidités physiques et psychiatriques assombrissent le pronostic. Dans cette étude, la mortalité était maximale l'année qui suivait la sortie de l'hospitalisation. Cependant, Lindblad a montré que la mortalité avait diminué au cours du temps chez des sujets hospitalisés en Suède, ce qu'il attribue au développement de centres de soins spécialisés dans ce pays (41).

4.7 Femmes enceintes

Il y a peu d'études s'intéressant à l'anorexie mentale dans lesquelles les femmes enceintes ne sont pas exclues. Les données disponibles pour les femmes enceintes souffrant d'anorexie mentale sont issues d'études particulières qui étaient centrées sur cette population. L'impact de la grossesse est sans doute différent selon que les troubles du comportement alimentaire sont toujours actifs, en rémission ou plutôt résiduels, ce qui n'est pas toujours précisé dans les études.

La grossesse est une période de vulnérabilité psychique pour toutes les femmes. Parmi celles qui souffrent de troubles du comportement alimentaire, on observe deux voies de réorganisation des troubles, soit dans le sens d'un assouplissement des conduites, soit, au contraire, dans le sens d'une majoration voire d'une réapparition des conduites défensives (48).

D'un point de vue purement somatique, la majorité des grossesses chez les jeunes femmes anorexiques se déroulent normalement. Dans un certain nombre de cas surviennent des complications obstétricales et fœtales qu'il convient de prévenir ou de prendre en charge. Beaucoup d'études de cas anciennes et portant sur de petits effectifs montrent un risque accru de complications obstétricales et fœtales (malformations fœtales, mort *in utero*, prématurité...). Des études menées sur des populations plus importantes tendent à montrer que les grossesses se déroulent normalement et sans complications majeures (12,48,137,174,248-251).

Selon l'APA, il est peu commun pour des personnes atteintes d'anorexie mentale :

- d'être enceinte naturellement ; certaines patientes qui sollicitent un traitement contre l'infertilité peuvent concevoir un enfant ;
- de rechuter pendant la grossesse (16).

4.7.1 Prise en charge de l'anorexie mentale chez la femme enceinte

La plupart des patientes anorexiques sont en aménorrhée primaire ou secondaire et infertiles, mais il existe des exceptions (absence d'aménorrhée à IMC bas, absence d'infertilité). Selon le groupe de travail, toute patiente anorexique et ayant une vie sexuelle active doit, en l'absence de désir d'enfant, être prévenue du risque (même infime) de grossesse, et doit être informée des différentes possibilités contraceptives, afin d'appliquer celle qui correspond le mieux à son cas particulier (avis d'experts).

► Repérage

Les comportements liés aux TCA (prise alimentaire insatisfaisante, *binge eating*, comportement de purge, consommations de produits tératogènes comme pilules pour maigrir) peuvent avoir comme conséquences des complications fœtales ou maternelles

(251-255). Le repérage précoce des troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte est donc indispensable (256) et leur prise en charge exige habituellement la collaboration d'un psychiatre et d'un obstétricien spécialisé dans les grossesses à risque (251-254,257,258) voire d'un endocrinologue (259). Ainsi, selon le groupe de travail, il est indispensable d'effectuer un repérage ciblé systématique de TCA avant toute PMA (proportion importante de TCA subcliniques ou d'antécédents de TCA dans les infertilités inexplicables), permettant de prévenir de nombreux risques potentiels, pour la femme comme pour l'enfant. De plus, le repérage des TCA actuels ou passés, au cours de l'entretien psychologique systématique du 4^e mois de grossesse, est également utile.

► **Prise en charge avant la grossesse**

L'APA et le NICE recommandent que les troubles des conduites alimentaires soit pris en charge de préférence avant la grossesse (16,22).

► **Information sur les risques**

Lors d'une consultation préconceptionnelle les patientes avec des troubles du comportement alimentaire et leurs familles devraient être informées des risques de complications psychologiques et somatiques. Si la patiente fait appel à des techniques de procréation médicalement assistée (PMA) (induction de l'ovulation, insémination artificielle, fécondation *in vitro*), elle devra être mise en garde contre le risque de grossesse multiple. En effet, bien que les conséquences de ces approches soient peu connues chez les patientes souffrant d'anorexie mentale, les grossesses multiples qu'elles provoquent peuvent être bien plus difficiles pour des patientes présentant un trouble du comportement alimentaire (16).

► **Surveillance particulière**

Les femmes enceintes avec des antécédents d'anorexie mentale ou ayant une anorexie mentale patente ou symptomatique nécessitent un suivi prénatal adapté pour assurer une nutrition et une croissance fœtales satisfaisantes. Elles requièrent une surveillance obstétricale et psychologique particulière pendant toute la grossesse et pendant la période de *post-partum* (22,132,260). Après la naissance, l'intervention précoce d'un psychiatre spécialisé dans la périnatalité auprès de la mère et de l'enfant peut être nécessaire, et le clinicien doit évaluer les difficultés pour nourrir le nouveau-né et orienter vers une thérapie si nécessaire (260).

4.7.2 Complications liées à l'anorexie mentale lors d'une grossesse

► **Risque de rechute pour la patiente**

Dans une étude récente de 49 femmes nullipares précédemment diagnostiquées avec un trouble du comportement alimentaire (24 anorexies mentales, 20 boulimies nerveuses, 5 avec trouble alimentaire non spécifié), 22 % ont eu une rechute vérifiée du trouble du comportement alimentaire pendant la grossesse (261). Ce risque de rechute a également été souligné par les experts du NICE.

► **Vomissements incoercibles**

Dans cette même étude, les femmes avec des troubles du comportement alimentaire passés ou actuels avaient un plus grand risque de vomissements incoercibles durant la grossesse (261) par rapport à un groupe témoin.

► **Complications lors de l'accouchement**

Selon quelques études, les femmes avec des symptômes actifs d'anorexie mentale ou de boulimie nerveuse ont un risque de césarienne (12,174) plus élevé. Cependant, une étude suédoise plus récente, sur un effectif plus nombreux, a mis en évidence qu'il y avait moins de naissances par césarienne et par extraction instrumentale (forceps, spatules...) dans le

groupe des patientes anorexiques par rapport à la population générale. (262). Les risques de fausse couche (174) et d'accouchement prématuré seraient quant à eux augmentés (263).

► **Conséquences sur le bébé**

L'équipe de Carmichael a lié la présence d'un trouble du comportement alimentaire avant la grossesse ou d'un trouble du comportement alimentaire pendant le premier trimestre à un risque accru pour le bébé (poids faible à la naissance, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, mort néonatale, anomalies du tube neural) (132,260,264).

L'augmentation du risque d'avoir un bébé avec un poids de naissance inférieur même si le trouble du comportement alimentaire n'est plus actif a été confirmée par d'autres études (174,261,262,265). Le périmètre crânien serait plus souvent plus petit (microcéphalie y compris) (261) et les bébés sont plus petits selon l'âge gestationnel (261,263). Cette dernière donnée est cependant contestée par une étude suédoise récente (262). Treasure et Russell en 1988 ont suivi de manière prospective des femmes enceintes souffrant d'anorexie mentale et ont mis en évidence que les bébés se développaient plus lentement *in utero* particulièrement dans le dernier trimestre (254). Enfin, une autre étude la même année a montré que le taux de prématurité était doublé et que la mortalité périnatale était 6 fois plus importante chez les femmes enceintes souffrant d'anorexie mentale (252).

► **Difficultés après l'accouchement**

La préexistence de TCA est un facteur de risque du développement de dépressions du *post-partum* (12,174,248,266,267).

Les mères avec des troubles du comportement alimentaire peuvent avoir plus de difficultés que d'autres pour alimenter leurs bébés et enfants en bas âge (268,269), entraînant une croissance anormale de l'enfant (270). Elles peuvent donc avoir besoin d'une prise en charge adaptée, de conseils, d'aide, et de surveillance (263,268,271,272).

Dans une autre étude, les mères primipares avec un épisode de trouble du comportement alimentaire au cours de la première année du *post-partum* exprimaient souvent des émotions négatives envers leurs bébés pendant les repas, les émotions des enfants étaient plus négatives, et les repas étaient plus conflictuels (272).

5 Prise en charge hospitalière de l'anorexie mentale

L'hospitalisation pour anorexie mentale s'intègre à un parcours de soin global (16), elle ne peut être considérée comme « le traitement de l'anorexie mentale » : elle doit se dérouler en coordination avec les soins ambulatoires, la précédant, et ces derniers doivent être poursuivis au-delà des soins hospitaliers (122). Des données soutiennent l'idée qu'une prise en charge multidisciplinaire en hospitalisation de jour ou temps plein est efficace pour restaurer le poids, l'état psychologique et l'adaptation sociale, mais davantage d'essais randomisés sont nécessaires à l'avenir (135).

L'hospitalisation peut être réalisée selon deux modalités : en hospitalisation de jour (quotidienne ou à temps partiel) ou à temps plein. Les sujets doivent être adressés au service le plus approprié compte tenu de leur état. Les données de recherche évaluative sont très peu nombreuses pour déterminer ces indications. Le lieu de soins le plus approprié dépend de l'état du patient, de ses souhaits ; en général, les patients souffrant d'anorexie mentale sont initialement traités en ambulatoire et transférés en hôpital de jour ou en hospitalisation à temps plein si leur état le nécessite (22,273).

5.1 Hospitalisation de jour

Les soins en hôpital de jour ou soins à temps partiel (en CATTP) sont utilisés comme une étape intermédiaire entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers (16). Ils concernent des situations moins sévères que celles nécessitant une hospitalisation à temps plein (79), mais relèvent néanmoins de mesures institutionnelles séquentielles (222).

L'admission en hôpital de jour peut correspondre soit à une étape de diminution de l'intensité des soins, en succédant à une hospitalisation à temps plein, soit à une étape d'intensification des soins ambulatoires. Ces soins en hôpital de jour sont de plus en plus indiqués, en particulier aux États-Unis, afin de diminuer les durées de séjour hospitalier ou d'éviter l'hospitalisation dans un but économique (16,135). Cependant, cet engouement doit être tempéré. L'utilisation de l'hôpital de jour comme alternative à l'hospitalisation, bien que très en vogue en particulier dans les pays anglo-saxons, pour des raisons budgétaires, n'a pas fait la preuve d'une efficacité différente par rapport à l'hospitalisation à temps plein (219). Seule une recherche comparant l'apport des soins de jour aux soins hospitaliers a été identifiée (135,274). Elle ne concerne que 13 sujets dans chaque groupe, sans randomisation, ce qui biaise ses résultats ; les sujets soignés en hospitalisation à temps plein avaient pris plus de poids et allaient globalement mieux que ceux en hôpital de jour. Des recherches sont nécessaires pour mieux évaluer ces soins et leurs indications (135,275). Les indications précises des soins en hôpital de jour ne sont pas établies, que ce soit par des évaluations scientifiques ou de manière consensuelle à dire d'experts (219).

Néanmoins, outre les arguments économiques, l'utilisation des soins en hôpital de jour présente des avantages en comparaison avec l'hospitalisation à temps plein. Cette indication suscite un intérêt important dans les milieux spécialisés, car en maintenant le sujet dans son environnement psychosocial (famille, amis, scolarité, travail), ces soins favorisent les échanges et le soutien par l'environnement, surtout pour les enfants et les adolescents. L'hospitalisation de jour permet au sujet de garder des contacts avec son milieu social (famille, camarades, école). Les programmes en hôpital de jour permettent aux sujets d'acquérir de nouvelles compétences et de les transposer immédiatement dans leur vie quotidienne, ce qui rend possibles les stratégies de *coping* ou les modifications des interactions sociales. Ils favorisent l'exposition aux facteurs de stress et de maintien du trouble du comportement alimentaire et permettent ainsi au sujet de développer des stratégies pour y faire face. Ils permettent aussi d'expérimenter une amélioration des conduites alimentaires en dehors d'un service hospitalier, dans son milieu de vie. Ils favorisent enfin son indépendance (16,79,135).

Nous avons retrouvé une seule étude (128) ayant comparé l'hospitalisation de jour et la prise en charge ambulatoire. Suite à la prise en charge, il a été observé une amélioration des attitudes alimentaires, des comportements de purge, de l'IMC, de la dépression et de l'estime de soi significativement plus importante chez les patients en hôpital de jour. Cependant, les patients n'ont pas reçu les mêmes interventions selon leur modalité de prise en charge. En effet, le groupe « hôpital de jour » recevait une prise en charge par une équipe multidisciplinaire avec des sessions individuelles, familiales et des sessions de groupe, alors qu'en ambulatoire les patients ne bénéficiaient que d'un suivi individuel (thérapie cognivo-comportementale et psychothérapie interpersonnelle) par un seul praticien. On peut donc supposer que l'amélioration des patients du groupe « hôpital de jour » pourrait être due non pas à la modalité de prise en charge, mais plutôt aux interventions reçues et à la multidisciplinarité de la prise en charge, par ailleurs recommandée par les recommandations internationales.

Les indications d'hospitalisation de jour doivent être évaluées au cas par cas en fonction des structures existantes, en pesant le rapport bénéfice/risque en fonction de la situation somatique, psychique et sociale du sujet, et aussi de son engagement dans les soins, afin

d'éviter l'échec thérapeutique (16). Ainsi, pour poser l'indication de soins en hôpital de jour, il faut prendre en compte la motivation du sujet à s'impliquer dans les soins, sa capacité à participer aux groupes thérapeutiques et à en bénéficier. Les patients dont le poids est très bas, mais qui sont très motivés pour adhérer aux soins, dont la famille coopère, et ayant une durée d'évolution brève de leurs symptômes, peuvent bénéficier d'une prise en charge de jour, à l'unique condition qu'ils soient suivis attentivement et qu'ils comprennent (tout comme leur famille) qu'une hospitalisation à temps plein sera nécessaire si une amélioration continue n'est pas observée en quelques semaines (16).

L'hospitalisation de jour ne semble pas bénéfique pour les sujets ayant un poids très bas (16). Un seuil pondéral d'IMC à 16,5 a été proposé pour déterminer quels patients seraient les plus aptes à bénéficier de soins en hôpital de jour après une hospitalisation à temps plein. En dessous de ce seuil, il semblerait que la transition depuis l'intrahospitalier vers les soins de jour favorise la chronicisation et un surcoût des soins (16).

Les objectifs quantitatifs des programmes pour anorexie mentale en hôpital de jour sont très variables d'une équipe à l'autre (276). Cependant un relatif consensus se dégage quant aux grands axes de soins : ces soins ont pour objectifs de contenir les conduites alimentaires anormales, de favoriser le gain pondéral avec des soins ambulatoires intensifs, tout en maintenant le sujet avec son environnement psychosocial (79). Les programmes d'hôpital de jour sont généralement étalés sur 3 à 7 jours par semaine. Leur contenu est généralement lié aux orientations théoriques des équipes, les évaluations comparant les différentes orientations sont quasiment inexistantes. Cependant les recommandations de l'APA soutiennent l'idée selon laquelle les programmes les plus intensifs (8 h par jour, 5 jours sur 7) sont les plus efficaces (277).

Un suivi somatique attentif, ajusté à l'état nutritionnel du patient à une fréquence au moins hebdomadaire (voire 2 ou 3 fois par semaine), doit être inclus au programme de soins (16). Il inclut une pesée dans des conditions standard (à jeun et après avoir uriné, toujours réalisée au même moment de la journée, avec le même type de vêtements), une mesure de la tension artérielle et de la température, un ionogramme urinaire, et pour les patients vomisseurs un ionogramme sanguin régulier.

En conclusion, 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 :

- soit une étape initiale permettant une évaluation approfondie ;
- soit à 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 ;
- soit à 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.

5.2 Hospitalisation à temps plein

5.2.1 Indications d'hospitalisation à temps plein

L'hospitalisation est indiquée en cas d'urgence vitale, qu'elle soit somatique ou psychique, idéalement avant que le risque vital ne soit engagé (risque suicidaire ou d'auto-agression important), d'épuisement ou de crise familiale, ou en cas d'échec des soins ambulatoires (16,79,222,224).

En résumé, sont concernés les patients ayant un risque physique élevé ou modéré, un risque suicidaire ou d'auto-agression important, et les sujets non améliorés par un traitement ambulatoire approprié (22).

L'hospitalisation concerne sans conteste les formes les plus sévères d'anorexie mentale, mais en cas d'indisponibilité des structures ambulatoires, on peut être amené à discuter dans certains cas une hospitalisation pour des situations moins sévères (79). Elle est assez rare (7 % des consultants d'un centre spécialisé) (278).

Une hospitalisation se décide au cas par cas à la fois sur des critères médicaux, psychiatriques, comportementaux et environnementaux, un seul critère ne suffit généralement pas à poser l'indication, mais c'est la présence concomitante de ces critères et leur évolutivité qui l'impose (135,223) (avis d'experts). Plus spécifiquement, l'hospitalisation pour anorexie mentale à l'adolescence est une décision clinique qui d'une part repose sur de multiples facteurs, et d'autre part doit toujours associer le patient et sa famille, même en cas d'hospitalisation sous contrainte. Enfin, l'hospitalisation se fait également en fonction des structures de soins disponibles.

Déterminer les critères d'hospitalisation repose sur un examen clinique complet du sujet, incluant un examen somatique, psychiatrique et une évaluation des facteurs environnementaux (avis d'experts).

Pour que les acquis d'une hospitalisation perdurent, il semble que l'IMC d'admission ne doive pas être trop bas. En effet, dans une étude portant sur 49 adolescents ($14,3 \pm 17$ ans) anorexiques et réévalués 9 mois après l'hospitalisation, il a été montré que les facteurs associés à un maintien pondéral depuis la sortie d'hospitalisation sont une motivation importante pour les changements et un IMC plus élevé à l'admission (279).

5.2.2 Critères d'hospitalisation à temps plein

Les critères sur lesquels s'appuient les indications d'hospitalisation pour anorexie mentale ont varié au cours du temps et selon les référentiels (280).

Aussi proposons-nous d'exposer une synthèse des critères permettant d'établir les indications d'hospitalisation issue des recommandations internationales, des données plus récentes de la littérature, des différentes publications françaises (cf. tableau 14), puis de les commenter et de les synthétiser en tenant compte de l'expérience clinique des experts impliqués dans ce travail (cf. tableaux 15 et 16).

► Critères d'hospitalisation issus des recommandations internationales

À la synthèse des critères d'hospitalisation issus des recommandations américaines ont été ajoutés les critères de la *Society for Adolescent Medicine* (133), les recommandations finlandaises (132) et celles proposées par de Tournemire *et al.* (134) pour les enfants et les adolescents. Les données non référencées sont celles des recommandations américaines, les autres sont référencées.

Tableau 14. Synthèse des critères d'hospitalisation

<p>Etat somatique</p>	<p><i>Particularités pour les adultes :</i> Fréquence cardiaque < 40 bpm ; pression artérielle < 90/60 mmHg ; glycémie < 0,6 g/l ; potassium < 3 mEq/L ; perturbations hydro-électrolytiques ; température corporelle < 36 °C, d'éshydratation ; dysfonction hépatique, rénale ou cardio-vasculaire nécessitant un traitement en urgence, diabète mal contrôlé.</p> <p><i>Particularités pour les enfants et les adolescents :</i> Fréquence cardiaque proche de 40 bpm, hypotension orthostatique (majoration de plus de 20 bpm de la fréquence cardiaque ou baisse de plus de 10 mmHg à 20 mmHg au passage en position verticale), pression artérielle < 80/50 mmHg</p> <p>Recommandations finlandaises (132) : Pression artérielle systolique < 70 mmHg ou fréquence cardiaque < 40/min ou anomalies à l'ECG Désordres hydro-électrolytiques ou métaboliques sévères</p> <p>Recommandations de <i>Society for Adolescent Medicine</i> (1995) et recommandations finlandaises (132,133) : Pression artérielle systolique < 90 mmHg Fréquence cardiaque diurne < 50 bpm ; nocturne < 45 bpm Hypokaliémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie Température corporelle < 35,5 °C Refus de manger Masse grasse < 10 % de la composition corporelle Arythmie (134) Rapidité de la perte pondérale (> 2 kg par semaine) Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique Fatigabilité voire épuisement évoqué par la patiente Effondrement de la force musculaire Ralentissement idéique et verbal État confusionnel Syndrome occlusif Bradycardies extrêmes Tachycardie Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) Hypothermie (< 35,5 °C) Hyperthermie Aphagie totale : acétonurie, odeur cétonique de l'haleine et données de l'entretien avec l'entourage <u>Critères paracliniques</u> : hypoglycémie, hypokaliémie ou hyponatrémie ; urée > 15mM, créatinine > 100 uM ; pancytopénie ou cytolyse</p> <p>(79,135). Refus de boire ou de manger suffisamment Hépatite ou pancréatite Perte de poids rapide</p>
<p>Poids par rapport au poids corporel normal (idéal)</p>	<p>Poids inférieur à 85 % du poids idéal ; perte pondérale aiguë et refus de manger même si le poids n'est pas inférieur à 85 % du poids corporel idéal Poids persistant sous les 75 % du poids d'origine (136)</p> <p><i>Pour les enfants et les adolescents :</i> < 75 % du poids corporel idéal ou perte de poids se poursuivant malgré une prise en charge intensive Recommandations finlandaises (132) : IMC < 13 kg/m² ou poids < 70 % du poids correspondant à la taille ou perte rapide de poids (25 % en 3 mois)</p>

	(79,135) IMC < 3 ^e percentile une perte poids rapide (134) IMC < 14 à 17 ans, 13 à 15 ans et 12 à 13 ans
Risque suicidaire	Projet suicidaire précis à haute létalité ou intention suicidaire ; l'hospitalisation peut aussi être indiquée chez un patient ayant des idées suicidaires ou après une tentative de suicide en fonction de la présence d'autres facteurs modulant le risque suicidaire
Troubles psychiatriques comorbides (abus de substances, dépression, anxiété, symptômes psychotiques)	Recommandations finlandaises (132) : tout trouble psychiatrique existant nécessitant une hospitalisation Chez les adolescents (79,135) : troubles obsessionnels compulsifs
Nécessité d'une prise en charge institutionnelle pour obtenir une prise pondérale ou un maintien pondéral	Supervision nécessaire pendant et après tous les repas ou nécessité de nutrition nasogastrique ou selon une modalité spécifique
Capacité à contrôler l'exercice physique compulsif	Nécessité à un certain degré d'une structure externe plus contenant que le seul contrôle de soi pour protéger le patient d'un exercice physique compulsif, néanmoins cela constitue rarement en soi une indication à intensifier les soins
Comportements purgatifs (vomissements, usage de laxatives et de diurétiques)	Supervision nécessaire pendant et après tous les repas et aux toilettes ; incapacité à contrôler de multiples épisodes quotidiens de purge/vomissements qui sont sévères, persistants et invalidants, malgré des essais adaptés de prise en charge ambulatoire, même si les examens biologiques ne mettent pas en évidence d'anomalies métaboliques. Enfants et adolescents (132,133) : <ul style="list-style-type: none"> • syncope • kaliémie < 3.2 mmol/L • chlorémie < 88 mmol/L • déchirure œsophagienne (Mallory-Weiss) • arythmies cardiaques dont l'allongement du QTc • vomissements incoercibles • hématemèse • échec d'un traitement ambulatoire bien conduit
Motivation à guérir, dont la coopération, la capacité d'introspection, la capacité à contrôler les pensées obsessionnelles	Motivation faible à très faible, patient préoccupé par des pensées répétitives et intrusives, non-coopération du patient au traitement ou seulement en environnement très structuré
Stress environnemental	Conflit familial sévère ou problèmes ou absence de famille de sorte que le patient n'est pas en mesure de recevoir un traitement structuré au domicile ; patient vivant seul sans système de soutien adéquat Adolescents (79,135) : critiques parentales élevées, isolement social sévère
Disponibilité géographique du programme de traitement	Situations où le programme de traitement est trop éloigné du patient pour qu'il y participe depuis son domicile (16,79)
Traitements	Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation) Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (135)

► Critères somatiques d'hospitalisation

Les critères médicaux sur lesquels se base la décision d'hospitalisation sont issus à la fois de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens paracliniques. Les éléments sur lesquels on doit appuyer la décision d'hospitalisation sont assez consensuels (importance et cinétique de l'amaigrissement, conséquences somatiques de la restriction et/ou des vomissements en termes de poids, retentissement sur les organes de la dénutrition –

cardiaque, neurologique, hépatique, rénal et sur les paramètres biologiques), mais les seuils des critères retenus varient considérablement d'un référentiel à l'autre (cf. tableau 14) et en pratique cette variabilité est observée. Ainsi, Schwartz *et al.* (280) ont réalisé une enquête sur 51 praticiens des États-Unis et du Canada spécialisés dans les TCA des adolescents et ont mis en évidence sur le terrain une très grande variabilité des critères utilisés. Cependant un certain consensus se dégage : la plupart hospitalisent les patients souffrant d'anorexie mentale lorsque leur fréquence cardiaque est < 40 battements/minute et que le poids est < 75 % du poids corporel idéal, que la kaliémie est comprise entre 2,5 et 3,0 mmol/L.

Selon Tric *et al.* (223) qui ont revu les critères d'hospitalisation des anorexiques, un seul signe en soi ne justifie pas nécessairement une hospitalisation. L'indication découle plutôt de leur association et de leur évolutivité :

- le poids : il n'existe pas une valeur seuil indiscutable. Sont proposés (pour les adultes) un IMC inférieur à 13 ou 14, ou un amaigrissement supérieur à 25 % du poids normal pour l'âge et la taille. En revanche, tous les auteurs s'accordent sur l'importance de la rapidité de la perte pondérale et sur l'existence d'une aphagie totale. Dans notre pratique un IMC \leq 12 est toujours un critère d'hospitalisation en unité de soins continus. Pour le Royal College of Psychiatrists, une malnutrition sévère est une urgence médicale, une hospitalisation est alors nécessaire pour corriger les troubles associés : hypothermie, hypoglycémie et déséquilibre électrolytique (154) ;
- les signes cardiaques et/ou hémodynamiques : une hypotension orthostatique ou une pression artérielle systolique basse (80 mmHg pour la plupart des auteurs, 70 mmHg pour d'autres) justifie une admission en réanimation : une bradycardie sinusale < 40 par minute ; des anomalies électrocardiographiques, avec au premier chef un QT long (risque de torsades de pointe) mais aussi une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, des pauses sinusales, une bradycardie fonctionnelle, une onde T négative au-delà de V3, un segment ST dénivélé. Toutes ces anomalies nécessitent une surveillance « sceptique ». La péricardite est pour certains auteurs un motif d'admission en réanimation, toutefois elle est fréquente et toujours asymptomatique. Le prolapsus valvulaire mitral est fréquent et de signification imprécise ;
- une hypothermie \leq 35,5 °C ;
- un ralentissement idéomoteur, avec lenteur du débit verbal et difficulté à se relever (« signe du tabouret ») (68) ;
- une tachycardie, un décalage thermique, un syndrome occlusif, un état confusionnel justifient d'emblée la recherche d'une complication ;
- les anomalies biologiques justifient d'une surveillance en réanimation dans la plupart des cas. Une hypokaliémie < 2,5 mmol/l doit faire rechercher des vomissements ou l'usage de laxatifs.

Les principaux critères de gravité somatique, qui imposent s'ils sont présents une hospitalisation pour raison médicale, et donc en médecine, sont résumés dans le tableau 15.

Tableau 15. Synthèse des critères somatiques d'hospitalisation (recommandations APA, australiennes, NICE, revue de la littérature et avis d'experts si mentionné)

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphasie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<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
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydro-électrolytiques 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)
Chez l'adulte	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> ○ bradycardie sinusale FC < 40/min (<u>avis d'experts</u>) ○ tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m² (<u>avis d'experts</u>)
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque • Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asyptomatique si < 0,3 g/L (<u>avis d'experts</u>) • Cytolyse hépatique > 10 x N • Hypokaliémie < 3 mEq/L • Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min (<u>avis d'experts</u>) • Natrémie : < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) > 150 mmol/L (déshydratation) • Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)

► Critères psychiatriques d'hospitalisation

Le risque suicidaire du patient anorexique est un des principaux critères psychiques d'hospitalisation. Ce risque est d'autant plus élevé que l'anorexie est associée à un trouble psychiatrique (281-284) ou que le sujet est en période de transition entre une forme restrictive et une forme purgative (285).

L'ensemble des critères psychiatriques d'hospitalisation est présenté dans le tableau 16.

Tableau 16. Critères psychiatriques d'hospitalisation (16,132,135)

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
Comorbidités	<p>Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dépression • abus de substances • anxiété • symptômes psychotiques • troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes • Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde nasogastrique, 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
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> • Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

► Critères environnementaux d'hospitalisation

Disponibilité de la famille ou de l'entourage

La disponibilité de la famille ou de l'entourage est à prendre en considération, surtout lorsque le patient a besoin d'être aidé s'il ne peut plus s'alimenter, qu'il vomit après chaque repas, abuse de laxatifs, ou qu'il est totalement envahi par des symptômes obsessionnels et compulsifs ou par une hyperactivité (16,22,79). Si le patient est incapable d'avoir un traitement structuré chez lui, s'il vit seul, est socialement isolé, ou si les conflits familiaux sont trop importants (132), une hospitalisation s'envisage.

Stress dû à l'environnement, notamment familial

Le plus souvent la vie familiale se détériore et devient très tendue (16,22,79). L'irritabilité, l'intolérance à la frustration favorisent des réactions de colère violentes ou d'automutilation. L'extrême rigidité du fonctionnement, notamment touchant à l'alimentation, isole l'anorexique au sein de sa famille. La dépendance affective et l'ambivalence s'intensifient et rendent contradictoires les messages adressés à la famille. S'installe une véritable tyrannie du trouble alimentaire dans le fonctionnement familial qui va progressivement régir la vie de la famille.

Généralement les familles sont démunies, épuisées, anxieuses, tendues, elles ressentent souvent de la culpabilité et de l'incompréhension face à la situation de leur enfant. Elles sont obsédées par la mort de leur enfant et deviennent incapables de poser la moindre limite.

Progressivement, les relations familiales peuvent devenir dysfonctionnelles, très conflictuelles et disqualifiantes, renforçant la souffrance de tous et le trouble de l'estime de soi.

Peu d'études prennent en considération la souffrance de la fratrie, qui est souvent délaissée.

Localisation géographique du domicile

En cas d'absence de structures de soins de proximité permettant un suivi du TCA en ambulatoire ou en HDJ, une hospitalisation peut être envisagée (22,79).

Rien n'est dit, ni dans les recommandations, ni dans la revue de littérature, au sujet de l'insertion sociale et professionnelle du patient, pourtant impactée par l'anorexie. La rupture progressive des liens sociaux peut aboutir à une solitude totale, qui intensifie les symptômes alimentaires. Sur le plan professionnel, les troubles cognitifs, l'intensification du perfectionnisme en réponse à une insatisfaction grandissante, conduisent à l'impossibilité de mener à bien les activités demandées, d'où une disqualification professionnelle et de fréquents arrêts de travail.

L'intensité de la souffrance de la patiente et de sa famille, un climat émotionnel trop passionnel, peuvent être des arguments à prendre en compte dans la décision d'hospitalisation.

Pour un patient déterminé, l'admission en hospitalisation est une décision clinique à prendre au cas par cas, en fonction de multiples facteurs (somatiques, psychiques et environnementaux), et en considérant le patient et sa famille, ainsi que les structures de soins disponibles. Non seulement l'existence de chacun de ces facteurs cliniques doit être considérée, mais c'est surtout leur association et leur évolutivité qui rendent nécessaire l'hospitalisation (223).

5.3 Structures d'hospitalisation

Le lieu d'hospitalisation est déterminé par des paramètres nombreux et complexes liés au patient (son état clinique indiquant le caractère plus ou moins urgent des troubles, le type de trouble présenté somatique et/ou psychiatrique ; son âge) et aux structures de soins existant à proximité (disponibilité de soins ambulatoires intensifs, d'hôpitaux de jour, de lits d'hospitalisation, leur capacité d'accueil en général et au moment présent, leurs compétences).

L'absence d'offre de soins dans certaines régions entraîne des admissions tardives risquant de péjorer le pronostic (224). L'hospitalisation est à mettre en œuvre à proximité du domicile autant que faire se peut pour impliquer la famille, maintenir les liens sociaux et occupationnels, préparer la transition vers la suite des soins après l'hospitalisation (22).

On peut décrire deux types d'hospitalisation en fonction de l'état clinique du patient : les hospitalisations en urgence (pour des motifs somatiques et psychiatriques) et celles programmées, indiquées dans le cadre d'une prise en charge et d'un suivi.

5.3.1 Urgences somatiques

Lorsque la dénutrition est sévère et/ou lorsqu'elle est associée à des perturbations métaboliques, la prise en charge spécifique de l'anorexie mentale ne peut s'envisager avant une prise en charge médicale et nutritionnelle adaptée visant à rétablir un équilibre métabolique en corrigeant les complications de la dénutrition, et à amorcer une renutrition progressive et prudente. Cette dernière a pour objectif soit d'atteindre un poids raisonnable permettant un transfert vers une structure psychiatrique spécialisée (par exemple, un IMC > 13 pour les adultes) sensibilisée aux modalités de renutrition, soit d'atteindre un

objectif plus élevé (par exemple un IMC > 15 pour les adultes avec nutrition orale) si la suite de la prise en charge doit se faire en ambulatoire ou dans une structure psychiatrique standard dont les équipes ne sont pas formées aux modalités de renutrition. Ces seuils d'IMC doivent être discutés au cas par cas entre les deux équipes d'amont et d'aval, en fonction de l'état global des patients et des moyens et compétences des équipes d'accueil (avis d'experts).

S'il existe un doute diagnostique, on doit faire hospitaliser le malade dans un service médical afin d'éliminer une hyperthyroïdie endogène, une maladie de Crohn, une maladie coéliqua, ou une exceptionnelle cytopathie mitochondriale (286).

Cette prise en charge médicale initiale, lorsqu'elle est indiquée, doit se faire :

- soit dans un service de réanimation médicale, s'il existe des perturbations graves ou en cas de défaillance d'organe, pouvant engager le pronostic vital (223) (avis d'experts) :
 - hypokaliémie sévère avec troubles du rythme cardiaque à l'ECG,
 - cytolysé 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 dans un service de médecine (de préférence spécialisé en nutrition clinique) ou dans un service de pédiatrie, afin de débiter une renutrition adaptée associée à une complémentation en vitamines et oligoéléments.

Rarement, le patient est hospitalisé en réanimation pour une détresse vitale telle qu'une défaillance hémodynamique par trouble du rythme, une insuffisance respiratoire aiguë par inhalation, un coma ou une crise convulsive par hypoglycémie ou hyponatrémie. La prise en charge de ces détresses ne diffère pas de celle des autres patients de réanimation (223).

Le relais doit ensuite être organisé vers une équipe spécialisée en ambulatoire ou en hospitalisation en fonction de la situation du patient. Ces lieux sont répertoriés en France sur le site de l'AFDAS-TCA (www.anorexieboulimie-afdass.fr).

5.3.2 Urgences psychiatriques et environnementales

En cas d'urgence psychiatrique associée à une anorexie mentale, une hospitalisation est justifiée en service psychiatrie générale adulte ou 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 soin 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.

5.3.3 En dehors de l'urgence

En dehors de l'urgence, une question se pose : comment décider du lieu d'hospitalisation des patients anorexiques : en médecine ou en psychiatrie ? (122). Certains, comme Melchior *et al.* proposent de s'appuyer sur l'IMC (cf. tableau 17).

Tableau 17. Coordination des prises en charge de l'anorexie mentale (286)

IMC	Quelle approche ?	Où ?
17 à 19	Travail sur le déni des troubles, l'élaboration d'une alliance thérapeutique	Ambulatoire : Médecin généraliste et psychothérapeute
15 à 17	Prise en charge psychiatrique et nutritionnelle	Ambulatoire avec élaboration d'un projet thérapeutique structuré
13 à 15	Réalimentation orale encadrée avec objectifs d'étapes à très court terme	Hospitalisation souhaitable, plutôt en psychiatrie spécialisée
11 à 13	Renutrition très prudente (risque de syndrome de renutrition)	Hospitalisation, plutôt en service de médecine
10 et moins	Nutrition entérale exclusive prudente HDT si besoin	Hospitalisation en réanimation nutritionnelle spécialisée

Les recommandations américaines concernant les troubles des conduites alimentaires (16) proposent que l'état clinique du patient guide le type d'hospitalisation à mettre en place ; si le tableau somatique est au premier plan, les patients doivent être orientés en service de médecine, si ce sont les troubles psychiatriques qui sont prédominants, ils seront adressés à des structures psychiatriques spécialisées. Mais elles précisent toutefois que cela dépendra aussi des structures existantes localement, de leur capacité d'accueil, et des compétences locales. Ces recommandations indiquent encore que l'hospitalisation doit toujours être réalisée en coordination entre des médecins et des psychiatres, qu'elle soit menée en psychiatrie ou en médecine. Pour les recommandations anglaises (22), l'hospitalisation doit avoir lieu dans un service (de nature non précisée) pouvant à la fois prodiguer une renutrition, une surveillance somatique et un accompagnement psychosocial ; cette hospitalisation doit avoir lieu à proximité du domicile pour favoriser les soins à la sortie (à la fois pour impliquer la famille, maintenir les liens sociaux et occupationnels du patient dans son environnement habituel, et préparer la transition vers la suite des soins, de la vie extérieure du patient, après une hospitalisation).

En fait, aucun pays n'a pu établir de réglementation précise et claire définissant quels étaient les patients pouvant être accueillis en service de médecine ou de psychiatrie, dans la mesure où les ressources locales et les pratiques sont extrêmement variables et représentent le résultat de l'organisation de leur système de soins et du développement local de structures ayant des compétences particulières.

Mais une autre question se pose, au-delà du choix entre milieu médical et milieu psychiatrique : ces patients doivent-ils ou non être accueillis dans des services spécialisés dans la prise en charge des TCA ?

Il existe plusieurs éléments soutenant l'idée que les sujets anorexiques doivent être pris en charge dans des unités spécialisées et multidisciplinaires. Le premier est d'importance majeure, dans la mesure où dans les services spécialisés, la mortalité serait nettement moindre que dans les autres services (287). De plus, pour les équipes spécialisées formées aux approches spécifiques des TCA, les soins sont plus faciles à prodiguer que pour les équipes non spécialisées ; en outre, l'organisation des soins apparaît moins chaotique, le rejet et les contre-attitudes à l'égard des anorexiques sont aussi bien moindres (288).

Les Australiens précisent néanmoins dans leurs recommandations qu'en cas de nécessité, il est préférable qu'un patient dont l'état est précaire soit pris en charge dans une structure, fût-elle non spécialisée, plutôt que de ne pas être pris en charge du tout (288). Les services spécialisés sont, dans de nombreuses régions, bien trop peu nombreux (16,79). Par ailleurs, leur développement est parfois difficile à promouvoir : en effet, les services prenant en charge les anorexiques sont deux fois plus coûteux que les autres services de même spécialité. Néanmoins, il est important de savoir que le coût de prise en charge individuelle est inférieur de 40 % dans les services spécialisés en comparaison avec les services généralistes (288). En conséquence promouvoir des structures spécialisées pourrait permettre de réaliser des économies même si le coût de prise en charge de l'AM est élevé.

Après cette revue de la littérature internationale, il est difficile d'établir des bases rationnelles en faveur de l'hospitalisation des sujets anorexiques en milieu psychiatrique spécialisé. En effet, il n'existe, sur ce sujet, aucune donnée issue de recherches, et nous ne disposons d'aucun consensus national. En France, comme partout dans le monde, ces hospitalisations sont pratiquées tant en services de soins somatiques qu'en psychiatrie, spécialisée ou non, sur des critères qui ne sont pas rationnels. Comme le défend Vandereycken, il s'agit plutôt d'éléments établis à partir d'un jugement clinique complexe évaluant l'état du patient, le type et la disponibilité des lieux de soins pouvant l'accueillir (variables d'un pays à l'autre et dans un même pays, d'une région à une autre, et, dans une même région, d'une ville à l'autre et, au sein d'une même ville, variables d'un moment à l'autre) eux-mêmes sous la dépendance de facteurs économiques et éthiques (289).

Hormis ces cas, le traitement des sujets anorexiques relève d'une prise en charge multidisciplinaire prenant en compte les aspects psychologiques, médicaux et nutritionnels (79). À défaut, en fonction de leur état clinique et des possibilités locales, les sujets anorexiques peuvent être hospitalisés dans une unité de médecine, de pédiatrie ou de psychiatrie (79,222,224). La décision d'hospitaliser dans un service de psychiatrie ou de médecine doit dépendre à la fois de la condition médicale générale du patient et de l'expertise des soignants (16).

Idéalement, lorsqu'une hospitalisation est indiquée en urgence ou non, elle doit être réalisée dans un service approprié pour l'âge, l'état somatique et l'état psychique, spécialisé dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires comprenant une équipe multidisciplinaire (pédiatre ou médecin somaticien, psychiatre, psychologue, diététicienne, infirmière...) permettant un traitement optimal du patient (79). Pour les enfants, cette prise en charge doit systématiquement associer la famille (132). Pour les adultes, il est souhaitable d'associer la famille (290). Ces services déploient des soins psychiques simultanément à des soins somatiques (support nutritionnel et pharmacologique) (22). L'hospitalisation dans un service spécialisé dans les troubles alimentaires permet selon les cliniciens un meilleur devenir des sujets en comparaison avec des services non spécialisés, des recherches sur ce sujet restent nécessaires (16,85) (avis d'experts).

Les enfants et les adolescents doivent être hospitalisés dans des services adaptés à leur âge, aussi bien sur le plan social qu'éducatif, afin d'éviter le développement de handicaps secondaires (22). Guarda rappelle qu'il n'y a pas d'étude contrôlée comparant le devenir des patients selon qu'ils sont hospitalisés en pédiatrie générale ou en service de psychiatrie spécialisé, mais une équipe multidisciplinaire est là aussi recommandée (85). L'hospitalisation de jour pour les enfants et les adolescents est très peu rapportée dans la littérature.

5.4 Évaluation à l'admission

5.4.1 Bilan d'admission

Une évaluation de l'état clinique est nécessaire à l'admission dans l'hôpital (22,224,290) (avis d'experts). Ce bilan d'admission comporte un examen clinique complet (somatique et psychique) associé à des examens complémentaires. Il a pour but d'identifier l'état des patients, les facteurs de gravité et d'orienter les modalités de traitement, voire de déterminer le lieu de soins en cas de complications. Ces éléments à évaluer ont été décrits dans les recommandations internationales du *Royal College of Psychiatrists* (154) et résumés en français en tenant compte des avis des praticiens français (134,224).

► Évaluation de l'état clinique à l'admission

Dans le tableau 18 sont présentées les manifestations somatiques de l'anorexie mentale en lien avec les signes cliniques, et les examens à réaliser (22,154) (avis d'experts), et dans le tableau 19 les complications de l'anorexie mentale liées aux vomissements (224).

► Données de l'entretien

- histoire pondérale : début des restrictions, type de restrictions (quantitatives, qualitatives) ;
- pourcentage de perte de poids, cinétique et durée de la perte de poids (IMC minimal, IMC maximal et poids de stabilisation) ;
- conduites purgatives associées : crises de boulimie/vomissements, surconsommation de laxatifs, de diurétiques ou autres médicaments ; hypertrophie des parotides et callosités ou irritation des doigts liées aux vomissements) ;
- potomanie (combien de litres de boisson par jour) ;
- activité physique (recherche d'une hyperactivité) ;
- conduites addictives : alcool, tabac, autres substances psychoactives ;
- pathologies associées connues : diabète, pathologies thyroïdiennes ou du système digestif ;
- examen psychiatrique : recherche d'antécédents psychiatriques et d'éléments actuels (dépression, anxiété, trouble obsessionnel compulsif, suicidalité, automutilations, rarement des symptômes psychotiques), traitements psychotropes, situation familiale, environnement social.

► Évaluation de l'état nutritionnel (22,154) (avis d'experts)

- poids, taille, IMC, percentile d'IMC et courbes de croissance pour les enfants et adolescents ;
- évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent (recherche d'un retard pubertaire) ;
- température ;
- examen cardio-vasculaire complet (incluant la mesure du pouls et de la tension artérielle, et la recherche d'une hypotension orthostatique) à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque et/ou de troubles du rythme ;
- état cutané et des phanères (dont automutilations), œdèmes, acrosyndrome ;
- état d'hydratation ;
- examen neurologique et musculaire : ralentissement psychomoteur, fonte musculaire, hypotonie axiale, asthénie majeure avec difficulté d'accomplissement des mouvements habituels ;
- dans les équipes spécialisées : impédancemétrie pour déterminer l'évolution de l'état nutritionnel.

Tableau 18. Manifestations somatiques et complications de l'anorexie mentale (224).

	Clinique	Examen paraclinique	Mécanismes physiopathologiques Conséquences somatiques
Présentation générale	<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) 	<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 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition : fonte musculaire • Hypoplasie de la moelle osseuse • Carence martiale, déficit en folates
État cardiaque, hémodynamique et pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> • Pouls ralenti, tachycardie de renutrition • Tension artérielle basse, hypotension orthostatique 	<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 jonctionnelles, 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 : <ul style="list-style-type: none"> - prolapsus de la valve mitrale et plus rarement de la valve tricuspide - diminution de la masse ventriculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Dysautonomie par augmentation de l'activité parasympathique • Idem aggravé par l'hypovolémie • Vomissements, laxatifs, diurétiques

	Clinique	Examen paraclinique	Mécanismes physiopathologiques Conséquences somatiques
		gauche - épanchement péricardique • Anomalies pulmonaires : pneumomédiastin	
Systeme nerveux	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion • Rarement convulsions • Neuropathie sensitivomotrice par compression (rare) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyponatrémie, hypoglycémie, troubles ioniques • IRM : atrophie du tissu cérébral réversible (substance blanche et grise) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition majeure • Potomanie • Hypercortisolémie
Troubles digestifs	<ul style="list-style-type: none"> • Constipation, diarrhée (constants) • Digestion difficile, ballonnements (constants) • Pancréatite (rare) 	<ul style="list-style-type: none"> • Transaminases et bilirubine conjuguée augmentées en cas de dénutrition majeure, insuffisance hépatocellulaire • Hyperamylasémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la motricité gastrique et intestinale et diminution des sécrétions acides de l'estomac ; prise de laxatifs
Troubles hormonaux	<ul style="list-style-type: none"> • Aménorrhée, perte de la libido • Hypothermie • Arrêt de la croissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Fonction thyroïdienne : T3, T4 et TSH normale • Fonction gonadotrope : hypo-œstrogénie, baisse de la LH et FSH • Cortisolémie augmentée • Hypertransaminasémie et stéatose hépatique • Hypoglycémie, hyponatrémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition
Os et dents	<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) 	<ul style="list-style-type: none"> • Absorptiométrie : diminution de la densité minérale osseuse • Élévation des phosphatases alcalines 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs favorisant l'ostéopénie dans l'anorexie : <ul style="list-style-type: none"> ▸ carence œstrogénique ▸ diminution de l'IGF1 ▸ carence d'apport en calcium et en vitamine D ▸ hypercorticisme ▸ activité physique excessive ▸ dénutrition
Complications urologiques et néphrologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète insipide infraclinique • Exceptionnellement : néphrolithiase : pollakiurie, incontinence urinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'urée, baisse de la créatinine • Insuffisance rénale fonctionnelle 	<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

	Clinique	Examen paraclinique	Mécanismes physiopathologiques Conséquences somatiques
Anomalies gynéco-obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> • Fertilité diminuée • Ovaires polykystiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctionnement hypothalamohypophysaire, régression à un stade prépubertaire avec hypo-œstrogénie, perte du rétrocontrôle positif, disparition des pics spontanés de LH, diminution de LH et FSH sériques • Pas de développement folliculaire à l'échographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition • Troubles endocriniens
Autres troubles ioniques et métaboliques		<ul style="list-style-type: none"> • Hypophosphorémie • Hypomagnésémie • Cholestérol total et LDL-cholestérol négativement liés à l'indice de masse corporelle • Carences en zinc et cuivre 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition

Tableau 19. Complications spécifiques des crises de boulimie et des vomissements (224)

	Clinique	Examen paraclinique	Mécanismes physiopathologiques Conséquences somatiques
Présentation générale	<ul style="list-style-type: none"> • Callosités sur le dos des doigts et hypertrophie des parotides • Déshydratation • Faiblesse musculaire • État dentaire précaire (caries, déchaussements dentaires) • Pétéchies sur le visage, hémorragie conjonctivale 	<ul style="list-style-type: none"> • Ionogramme sanguin : hypokaliémie, alcalose hypochlorémique (vomissements)/acidose (laxatifs), hyperchlorémie, hyperamylasémie • Augmentation de créatinine et de l'urée sanguine, voire insuffisance rénale fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements • Vomissements et/ou arrêt de boissons • Vomissements
État cardiaque et hémodynamique	<ul style="list-style-type: none"> • Palpitations • Bradycardie 	<ul style="list-style-type: none"> • ECG • Signes d'hypokaliémie • Signe de péricardite 	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements, laxatifs, diurétiques
Troubles digestifs	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertrophie parotidienne • Douleurs pharyngées, érythème ou ulcérations du pharynx, œsophagite, gastrite, douleurs abdominales, reflux gastro-œsophagien, ulcère œsophagien • Exceptionnellement syndrome de Mallory-Weiss, achalasie, rupture œsophagienne avec médiastinite (syndrome de Boerhaave), syndrome de l'artère mésentérique supérieure, dilatation aiguë de l'estomac voire rupture gastrique, diarrhée, constipation 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperamylasémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements

	Clinique	Examen paraclinique	Mécanismes physiopathologiques Conséquences somatiques
Complications urologiques et néphrologiques		<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance rénale fonctionnelle • Néphropathie tubulo-interstitielle avec acidose tubulaire de type 1 en cas d'hypokaliémie prolongée • Insuffisance rénale terminale 	<ul style="list-style-type: none"> • Déshydratation • Hypokaliémie chronique, vomissements, hypokaliémie, diurétiques
Complications dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Caries dentaires, érosion de l'émail 		<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements

► Examens complémentaires (22,154,223) (avis d'experts)

Biologiques :

- ionogramme sanguin, urée, créatininémie ;
- glycémie à jeun ;
- albumine, pré-albumine, CRP ;
- numération de la formule sanguine ;
- bilan hépatique complet, taux de prothrombine ;
- TSH (dans le cadre du bilan d'amaigrissement) ;
- l'amylasémie, en dehors d'un syndrome douloureux abdominal aigu, peut témoigner de vomissements provoqués ; elle n'est pas systématique (223) (avis d'experts) ;
- calcium, phosphore, 25 OH D3 ;
- un myélogramme doit se discuter en cas de pancytopenie persistante à la recherche d'une transformation gélatineuse de la moelle (291).

Autres

- **électrocardiogramme** : à faire systématiquement à l'admission, à la recherche d'un QT long (risque de torsades de pointe) mais aussi d'une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, de pauses sinusales, d'une bradycardie jonctionnelle, d'une onde T négative au-delà de V3, d'un segment ST modifié ;
- **ostéodensitométrie** : à réaliser initialement si la dénutrition évolue depuis 6 à 12 mois et si elle n'a pas déjà été réalisée ; cet examen servira de référence au suivi ultérieur ;
- **radiographie pulmonaire** : prescrite dans le cadre d'un bilan d'amaigrissement, complétée par un scanner en cas d'anomalies radiologiques, elle peut permettre de dépister une infection pulmonaire à germes atypiques évoluant à bas bruit sur terrain dénutri ;
- **échographie hépatique** : elle peut être pratiquée en cas d'hypertransaminasémie, elle est le plus souvent normale avec ou sans insuffisance hépatocellulaire, sans stéatose échographique. On doit rechercher une éventuelle dilatation des veines sus-hépatiques, marqueur de dysfonction cardiaque droite dans les formes sévères ;
- **impédancemétrie** pour déterminer l'évolution de l'état nutritionnel, des différents compartiments (masse maigre, masse grasse, eau extra- et intracellulaire) ;
- **échographie cardiaque** : à faire en cas de signes cliniques ou électrocardiographiques d'atteinte **cardiaque** ;
- **imagerie cérébrale** : non indiquée en pratique courante, elle retrouve une atrophie cortico-sous-corticale totalement réversible après renutrition (223) (avis d'experts).

5.4.2 Diagnostics différentiels

Certaines pathologies peuvent poser un problème de diagnostic différentiel :

- l'hyperthyroïdie ;
- la maladie de Crohn ;
- la maladie cœliaque ;
- certaines maladies métaboliques dont essentiellement les cytopathies mitochondriales.

Des associations de certaines pathologies avec l'anorexie mentale, fortuites ou non (diabète de type 1 où le risque de troubles du comportement alimentaire de type boulimie ou anorexie-boulimie est multiplié par 2,5) (292), peuvent par ailleurs se rencontrer. Dans toutes ces situations, la présentation clinique de l'anorexie mentale est habituellement atypique avec en particulier la reconnaissance par le patient du caractère anormal de la perte de poids, le désir de regrossir et l'absence de la majorité des critères diagnostiques du DSM présents dans le cadre d'une suspicion d'anorexie mentale et de troubles du comportement alimentaire. Le diagnostic est habituellement redressé par le bilan biologique, notamment la CRP pour les pathologies hypercytokiniques cachectisantes et les examens orientés (endoscopie digestive, recherche d'auto-anticorps, bilans hormonaux).

5.5 Objectifs de soins

Les objectifs des soins répondent à la symptomatologie de l'anorexie mentale et à ses complications, ils doivent être poursuivis simultanément et de manière évolutive au cours de l'hospitalisation sur les plans somatique (nutritionnel et physique), psychique et social (16,22,79,132).

Les soins doivent avoir des objectifs multidimensionnels incluant pour les enfants et les adolescents (135) :

- 1) une réhabilitation pondérale et un traitement des complications médicales (79) ;
- 2) un conseil nutritionnel pour restaurer des conduites alimentaires saines ;
- 3) un traitement psychologique individuel pour aider le patient à modifier ses pensées inadaptées et augmenter son estime de soi ;
- 4) des groupes thérapeutiques ;
- 5) un accompagnement parental/familial ou une thérapie familiale ou parentale.

De plus, les troubles comorbides, en particulier la dépression, les troubles anxieux ou obsessionnels doivent être pris en compte.

5.5.1 Objectifs somatiques, pondéraux et nutritionnels

► Objectifs somatiques

Les soins doivent en premier lieu viser une normalisation des troubles hydro-électrolytiques et d'éventuelles complications mettant en jeu le pronostic vital ou non (79), puis permettre la renutrition, et à terme une restauration pondérale.

► Objectifs de réhabilitation pondérale

L'objectif de poids de l'hospitalisation doit être défini à la hausse en référence au poids actuel, et jamais plus bas, car la plupart des patients tendent à aller vers le poids le plus bas qui leur a été signifié et qui est alors considéré comme « autorisé » (293).

Cette quantification de l'objectif de prise de poids au cours d'une hospitalisation est au centre de débats (79). L'objectif de prise pondérale va dépendre de multiples facteurs :

- selon que le sujet est un enfant, un adolescent ou un adulte, les objectifs seront différents ;
- si le but est de régler une complication médicale urgente, que ce soit pour les enfants, les adolescents ou les adultes, l'objectif peut être très limité ;
- si c'est une hospitalisation dans une équipe spécialisée, les objectifs vont dépendre des ressources en soins intensifs ambulatoires de cette équipe, et de la tradition clinique de cette équipe.

Le poids à atteindre lors des soins hospitaliers est appelé poids cible. Le traitement de l'anorexie mentale sévère peut s'appréhender en trois grandes étapes : réanimation, correction, réplétion (154).

Il n'y a pas de consensus sur la manière dont le poids cible de l'hospitalisation doit être défini (154), il varie considérablement d'une équipe à l'autre (294). Il est parfois défini comme une normalisation du poids ou appelé poids de bonne santé (22,135). Par ailleurs, il varie en fonction du lieu d'accueil du patient : dans le cadre d'une prise en charge médicale pour un problème spécifique, ou pour passer un cap de dénutrition gravissime, il peut être un poids intermédiaire entre le poids d'admission et la normalisation du poids (avis d'experts). Idéalement, l'objectif pondéral doit être fixé en accord avec le patient et dès l'admission, ce qui facilite la prise en charge en créant une relation de confiance et en aidant à dissiper au moins partiellement la peur de ne plus contrôler la prise de poids et de devenir obèse (154). Mais parfois (22), il est préférable de différer la détermination de poids cible et d'attendre que le patient soit dans les meilleures dispositions pour en discuter (16).

L'objectif pondéral permettant raisonnablement un transfert d'un service de médecine vers une unité spécialisée dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire n'a pas fait l'objet d'études comparatives. Cependant, il est le plus souvent fixé en pratique courante avec l'accord d'experts (pour les adultes) autour d'un poids correspondant à un IMC de 13 kg/m², associé à une disparition des troubles métaboliques, ce qui n'empêche pas l'admission de patients plus dénutris mais stabilisés dans des unités pluridisciplinaires psychiatriques disposant de compétences pour ces patients en situation précaire.

Le retour à un poids de « santé » ou normalisation pondérale se définit pour les femmes comme un poids auquel les règles et les ovulations sont régulières et pour les hommes un poids auquel la fonction testiculaire est restaurée. Mais ce ne sont pas obligatoirement les poids cibles de l'hospitalisation. En effet, si le poids cible de l'hospitalisation est défini comme une normalisation du poids, il conduit à des hospitalisations très longues, mais l'expérience clinique suggère qu'une sortie avant un poids normal fait que le patient évite la confrontation à la difficile transition psychologique nécessaire pour normaliser son poids (154). De plus quelques données suggèrent qu'une sortie d'hospitalisation à poids bas est associée avec un plus mauvais devenir et plus de réhospitalisations (295,296).

Par ailleurs, le poids brut ne peut être considéré comme le seul critère de sortie d'hospitalisation. Les patients doivent non seulement atteindre un poids normal, mais aussi apprendre à le maintenir avant la sortie. Les patients qui sortent avant d'avoir appris la stabilisation risquent de baisser immédiatement leurs apports caloriques à des niveaux très bas, incompatibles avec le maintien d'un poids normal (154).

Pour les adultes, l'objectif est de retrouver un poids de santé (79) antérieur à la maladie (22) pour peu qu'il ait existé. Pour d'autres (154), le poids cible est un poids raisonnable correspondant à un IMC entre 19 kg/m² et 20 kg/m². Cela peut être modifié en fonction de caractéristiques individuelles. On doit souligner que le poids cible représente un poids de santé minimal et non un poids idéal. Le retour des règles peut être utilisé comme un marqueur physiologique d'une restauration pondérale adéquate. Mais les patientes doivent être prévenues que les règles peuvent ne survenir que quelques mois après la normalisation pondérale. Une alternative peut consister en une surveillance échographique séquentielle des ovaires après l'obtention d'un IMC à 19 kg/m² jusqu'à la maturation folliculaire. Cela peut éviter les discussions conflictuelles avec la patiente pour définir le poids de santé.

Pour les patients ayant une anorexie mentale chronique et très résistante, **le traitement psychologique doit avoir des objectifs plus limités, et se focalise sur** l'amélioration de la qualité de vie ou la capacité à se maintenir à un poids stable ou de sécurité plutôt qu'à un poids optimal (22).

Pour les enfants et les adolescents : les objectifs sont la restauration du poids et sont augmentés avec la croissance (132). Ils visent la finalisation de la croissance et le développement pubertaire (16,22,79). Les objectifs de poids seront augmentés progressivement en fonction de la taille et de l'âge (22).

La normalisation du poids à l'adolescence est nécessaire pour effacer les conséquences physiques et psychiques (symptômes dépressifs ou comportements obsessionnels) de la dénutrition. Le poids normal est défini, pour les jeunes femmes réglées, comme le poids auquel elles retrouvent leurs règles. Cependant, cela survient rarement dans les premiers mois de traitement, aussi la maturité ovarienne par échographie peut-elle être utilisée pour définir ce poids cible. Les objectifs de poids doivent être adaptés en permanence en fonction de la taille et de l'âge. Certains cliniciens choisissent de définir ce poids cible dans un intervalle. Cette discussion pour définir un intervalle de poids ou un poids cible est recommandée à la fin de la première partie d'hospitalisation quand le patient est moins stressé par l'idée de prendre du poids (135).

Cependant les objectifs à atteindre restent mal définis. Ainsi, dans une étude investiguant comment les poids cibles sont déterminés, suivis et utilisés dans le traitement des adolescents

souffrant d'anorexie mentale (294), on retrouvait des variations importantes concernant :

- la manière dont les poids cibles sont calculés (poids cible ou intervalle) : utilisation de ratio poids/taille, ou de percentile d'IMC ou des deux ;
- le gain de poids attendu varie de 0,3 à 1 kg par semaine ; tous les soignants pèsent au moins une fois par semaine les patients ;
- le lien avec la durée d'hospitalisation varie : certains exigeant d'atteindre le poids ou l'intervalle cible, d'autre demandant une phase de stabilisation, d'autres ajoutant des critères émotionnels ou psychologiques.

Cependant, les recommandations du NICE nuancent les objectifs : chez les enfants et les adolescents souffrant d'anorexie mentale, la nécessité d'une hospitalisation et l'urgence de la restauration pondérale doivent être mises en balance avec les besoins sociaux et éducatifs du sujet.

► Objectifs nutritionnels

Les objectifs nutritionnels à long terme sont (16,79) :

- 1) atteindre et maintenir un poids et un statut nutritionnel normaux, pour les adultes, atteindre et maintenir une vitesse de croissance normale pour les enfants et les adolescents ;
- 2) l'obtention d'une alimentation régulière avec une normalisation des comportements et des choix alimentaires ;
- 3) l'obtention d'une attitude détendue et souple face à l'alimentation ;
- 4) la réapparition des sensations de faim et de satiété ainsi qu'une réponse normale à leur éprouvé.

Rigaud (297) classe les objectifs nutritionnels en 4 catégories :

- un poids normal ;
- des apports énergétiques normaux ;
- une alimentation normale ;
- un comportement alimentaire normal ;

Pour les enfants et les adolescents : la réhabilitation nutritionnelle (et pondérale) et l'accompagnement nutritionnel sont parmi les éléments les plus importants du traitement en hôpital de jour et en hospitalisation à temps plein (135). Les objectifs du traitement nutritionnel sont la normalisation du régime alimentaire (avec une alimentation spontanée et diversifiée) et la capacité à s'alimenter normalement en société (132).

Les objectifs sont aussi d'éviter les désagréments et complications de la renutrition. Selon l'APA (16), au fur et à mesure de la restauration pondérale, on observe une amélioration des symptômes anxieux et dépressifs et de l'état physique. Les cliniciens doivent informer les patients des changements attendus dès qu'ils commenceront à reprendre le poids. Dans les premières étapes, l'apathie et de la léthargie associées à la dénutrition s'amélioreront (16). Cependant, comme les patients commencent à récupérer et à sentir leur corps s'étoffer, et surtout lorsqu'ils approchent de seuils pondéraux attachés à des chiffres « magiques » ou effrayants, ils peuvent éprouver une résurgence de symptômes dépressifs et anxieux, une irritabilité et parfois des pensées suicidaires. Ces symptômes thymiques, pensées obsessionnelles et certains comportements compulsifs non liés à l'alimentation, s'ils ne sont souvent pas totalement éradiqués, diminuent néanmoins généralement avec le gain de poids continu. Le gain de poids permet une amélioration de la plupart des complications physiologiques de la dénutrition, y compris l'amélioration des équilibres hydro-électrolytiques, des fonctions cardiaques et rénales et une amélioration de l'attention et de la concentration. La renutrition initiale peut être associée à une rétention hydro-électrolytique et les patients qui stoppent brusquement les laxatifs ou les diurétiques peuvent connaître un rebond de rétention hydro-électrolytique pendant plusieurs semaines, probablement du fait d'une rétention de sel et d'eau provoquée par un niveau d'aldostérone élevé associé à la déshydratation chronique. Les œdèmes de renutrition et des ballonnements sont fréquents. Les patients peuvent souffrir de douleurs abdominales et de ballonnements après les repas du fait du retard de vidange gastrique accompagnant la dénutrition. La constipation, qui peut être améliorée avec des laxatifs doux, peut

se compliquer de fécalomes et, rarement, d'occlusion intestinale aiguë. Comme le gain de poids progresse, beaucoup de patients également développent de l'acné et une sensation de tension mammaire. Beaucoup de patients sont tristes voire démoralisés du fait des changements résultant de leur silhouette. Afin d'éviter ces effets secondaires, il faut réaliser une renutrition prudente et un fréquent examen physique du patient et le prévenir du risque d'œdèmes modérés.

En France aussi, la reprise de poids lors d'une hospitalisation fait toujours partie des objectifs. Les habitudes des équipes pour obtenir une alimentation suffisante et qui soit diversifiée ainsi que pour reprendre du poids sont très variables (77,290,298).

5.5.2 Objectifs des soins psychologiques

► Objectifs des soins psychologiques individuels

On doit rechercher des comorbidités (antécédents d'abus sexuel, abus de substances, dépression) qui peuvent nécessiter un long traitement et des approches thérapeutiques spécifiques avant que d'autres progrès psychologiques ne soient possibles (79).

Les objectifs des traitements psychologiques dépendent de l'état de l'anorexie : aiguë ou chronique, dénutrition présente ou non. Les cliniciens s'accordent à dire que la psychothérapie n'est efficace qu'une fois que les patients atteints d'anorexie sont renutris et qu'ils ont repris du poids (16,22).

L'objectif premier des soins psychologiques lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale est d'accompagner et de favoriser le processus de prise de poids et de réhabilitation nutritionnelle (22,79). Dans un premier temps, l'abord psychologique des patients vise à favoriser la compliance thérapeutique, notamment que le patient accepte de reprendre du poids. Il s'agira d'aider à la prise de conscience de l'anorexie et de ses conséquences, à trouver des motivations au traitement et aux changements. Chez les patients qui manquent de motivation, il semble qu'une psychothérapie qui mette l'accent sur le renforcement de la motivation puisse aussi porter ses fruits bien que l'on ne puisse guère se référer aux résultats d'une étude pour en donner la preuve. À ce stade il est nécessaire de soutenir la reprise de poids et les angoisses réveillées par celle-ci (16,79,135).

Dans un deuxième temps, après l'amélioration pondérale, l'abord psychothérapique aura pour objectif de traiter les éventuelles comorbidités ainsi que les difficultés psychologiques sous-jacentes aux TCA qui sont des facteurs favorisant la rechute. On abordera des aspects psychopathologiques comme la dépression, l'anxiété et les troubles obsessionnels compulsifs, le mode de fonctionnement (personnalités ou traits de personnalité pathologiques).

Cet abord se poursuivra en ambulatoire pour éviter les rechutes, d'où la nécessité de poursuivre un travail psychologique après l'hospitalisation pour maintenir la stabilisation pondérale et aider à la reprise d'une meilleure qualité de vie.

Globalement, les objectifs des interventions psychologiques et sociales sont d'aider les anorexiques à :

- 1) comprendre et coopérer à leur réhabilitation physique et nutritionnelle ;
- 2) comprendre et changer les comportements et les attitudes dysfonctionnelles liés au trouble alimentaire ;
- 3) améliorer leur fonctionnement social et interpersonnel ;
- 4) traiter les éventuelles comorbidités psychologiques, le mode de fonctionnement et les conflits psychiques qui contribuent à renforcer ou à maintenir les troubles du comportement alimentaire.

En phase aiguë du trouble alimentaire et pendant la reprise pondérale, il est bénéfique de proposer aux patients anorexiques un soutien psychothérapique (16).

L'importance des soins psychologiques est cruciale et joue un rôle fondamental dans le traitement (136). La phase de stabilisation pondérale permet aussi de favoriser « la guérison » sur le plan

psychologique (22). Pour les patients qui ont retrouvé leur poids à l'hôpital, le maintien de ce poids reste l'objectif prioritaire, en continuant à avoir une alimentation saine, aucun autre symptôme alimentaire et en maintenant une bonne santé psychologique (16).

Pour les patients ayant une anorexie mentale chronique, le traitement psychologique doit avoir des objectifs plus limités et se focalise sur l'amélioration de la qualité de vie ou vise à maintenir à un poids stable ou de sécurité plutôt qu'à obtenir un poids optimal (22).

L'implication de la famille dans la prise en charge psychothérapeutique des enfants et des adolescents a été évaluée uniquement en ambulatoire. Selon les études, les résultats de la prise en charge sont meilleurs lorsque patients et familles sont pris en charge simultanément, qu'il s'agisse de psychothérapies familiales ou individuelles (16). Au cours de l'hospitalisation, la famille doit être impliquée dans la prise en charge psychologique (avis d'experts).

► **Objectifs des soins psychologiques familiaux**

Dans l'anorexie, la famille est en grande souffrance (299), le plus souvent démunie, voire épuisée. Elle s'est souvent montrée très impliquée émotionnellement dans le trouble alimentaire, perdant tout pouvoir de limites, devenant souvent critique, voire rejetante. Il est important d'aider la famille à retrouver un sentiment de compétence et d'efficacité, souvent mis à mal par les symptômes alimentaires et les conflits qu'ils génèrent (191).

Les familles doivent être aidées pour se repositionner dans leur fonction parentale, structurante, aidante, aimante et contenante, et non plus être uniquement centrées sur le problème alimentaire. Pendant l'hospitalisation les parents doivent pouvoir évoluer eux aussi, quitter leurs attitudes dysfonctionnelles, faire évoluer leur mode d'interaction familiale.

► **Objectifs sociaux**

Un des objectifs importants du traitement de l'anorexie mentale est d'aider les sujets à améliorer leur adaptation sociale et relationnelle (16). Sur le plan psychologique, les cliniciens doivent se centrer sur la réhabilitation sociale et la qualité de vie.

L'accompagnement social et éducatif des enfants et des adolescents doit être adapté à leur âge afin d'éviter le développement de handicaps secondaires. 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 (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) (22).

5.6 Modalités de soins

Les pratiques hospitalières sont variables selon les équipes même si les grands principes restent les mêmes (224,293).

Les modalités de soins varient en fonction de l'état de gravité des sujets 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 (154).

5.6.1 Modalités de renutrition

► **Principes généraux**

La renutrition vise une restauration de l'état nutritionnel (correction des désordres biologiques et psychologiques consécutifs à la dénutrition), une restauration pondérale et une restauration des attitudes alimentaires, de la perception de la faim et de la satiété (16). Des soins continus, longs et

coûteux sont généralement nécessaires pour ceux ayant une forme chronique d'anorexie mentale (136).

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 (77,79). 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 (sonde nasogastrique) ou intraveineuse (293).

En cas d'utilisation de la nutrition entérale, cette dernière ne doit jamais remplacer l'objectif qui est que le patient retrouve une alimentation normale par lui-même. Une fois l'objectif de poids atteint, il semble important de pouvoir demander au patient de le stabiliser au sein du service hospitalier avant de sortir ce qui semble permettre de diminuer les rechutes (16). Chez certains patients incapables de reconnaître qu'ils sont malades, ou incapables d'accepter les soins assurant leur survie, l'équipe doit endosser la responsabilité de la renutrition et privilégier la nutrition entérale par rapport à la renutrition parentérale, laquelle est uniquement prescrite pour une courte durée dans des situations de danger vital (16).

Cette renutrition doit toujours être progressive et associée à un monitoring électrolytique régulier (phosphore en particulier), que ce soit pour les adultes ou les enfants et les adolescents, afin d'éviter les complications tel le syndrome de renutrition inappropriée (79,132). La supplémentation en phosphore est nécessaire (132,134,137,154). Il n'y a pas de preuve concernant l'utilité d'une supplémentation vitaminique ou en oligoéléments systématique.

Pour l'APA, les programmes de renutrition doivent être développés en prenant en compte le contexte émotionnel. L'équipe doit expliquer au patient son intention de le soigner et de ne pas le laisser mourir (dans les situations qui empêchent ces sujets de prendre soin d'eux-mêmes) (16). Il en est de même pour les recommandations finlandaises : le programme de renutrition doit être établi individuellement avec le sujet, sa famille et l'équipe (132).

Les positions définies par l'APA sont les suivantes : l'équipe doit clairement signifier au patient qu'elle ne s'engage pas dans une bataille à la recherche du contrôle et qu'elle n'a dans les soins aucune intention punitive quand elle utilise des interventions que le patient peut vivre de manière aversive (16). Des renforcements positifs (ex. : privilèges) et des conséquences aversives (ex. : repos au lit, limitation de l'activité, diminution des privilèges acquis) doivent être conçus pour le programme de soins. Les conséquences aversives peuvent être réduites ou arrêtées quand le poids cible ou les objectifs sont atteints (16) au fur et à mesure que les patients avancent.

Le fait de rétablir une alimentation régulière avec des repas structurés pour les patients anorexiques qui ont des crises de boulimie et des conduites de purge peut aussi leur permettre d'aller mieux. Néanmoins, pour quelques patients, abandonner des restrictions alimentaires très importantes semble augmenter les épisodes de gavage souvent suivis de purges compensatrices.

Pour les enfants et les adolescents, le pédiatre doit être préparé à proposer la nutrition par voie entérale, et rarement, par voie parentérale (137). La pratique chez les enfants et adolescents volontaires qui consiste à leur fournir une alimentation entérale nocturne en complément d'une alimentation normale le jour (300) n'est pas validée par les recommandations américaines. En se basant sur l'expérience du service de pédiatrie pour adolescents de Bicêtre (134), de Tournemire *et al.* conseillent une alimentation spontanée, c'est-à-dire que les patientes reçoivent les mêmes repas que les autres patients hospitalisés sans ajouter de prise en charge diététique.

La nutrition assistée par sonde gastrique doit être très bien expliquée au patient.

► Besoins énergétiques

Selon le *Royal College of Psychiatrists* (154), 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 syndrome de renutrition inappropriée (voir plus bas) 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 ; il n'y a pas de consensus sur le rythme de prise de poids hebdomadaire en hospitalisation, mais elle doit absolument se faire de manière progressive pour éviter le syndrome de renutrition inappropriée (286). Un rythme de 1 kg à 1,5 kg par semaine (ou gain pondéral journalier de 0,2 kg) est proposé aux États-Unis (16,301) contre 0,5 kg à 1 kg pour d'autres (22,135,154,286).

L'apport calorique débute, selon les sources, entre 30-40 kcal/kg/j (autour de 1 000–1 600 kcal/j) (16). Selon les recommandations américaines, lors de reprise de poids, l'apport calorique peut être augmenté jusqu'à 70-100 kcal/kg/j (surtout chez les garçons). Les patients nécessitant des apports caloriques plus élevés sont probablement vomisseurs, hyperactifs ou jetant les aliments ; d'autres peuvent réellement avoir un métabolisme plus élevé. Il faut être vigilant car certains patients augmentent leur poids de façon artificielle (excès de boissons, ajout de poids, etc.). Dans certains cas, les patients ne peuvent pas tolérer plus que 1 000 kcal/j du fait d'un ralentissement de la vidange gastrique ; il faut donc commencer doucement, par 200-300 kcal/j en plus de ce que le patient mangeait. En plus des apports caloriques, les patients peuvent bénéficier d'une supplémentation en vitamines et minéraux. Le potassium sanguin doit être contrôlé surtout chez les patients qui vomissent. Une supplémentation peut alors être prescrite (16).

Pour les recommandations américaines, il est nécessaire que les patients aient une consultation avec un nutritionniste/diététicien dans les 24 heures qui suivent l'admission et qu'ils le revoient quotidiennement. En fonction de la sévérité de la dénutrition et de la prise alimentaire du patient, ces recommandations proposent de débiter un régime entre 1 250 et 1 750 kcal, et d'augmenter de 250 kcal/j. Pour les patients ayant atteint un poids très bas (< 70 % de leur poids moyen), le régime alimentaire est allégé afin d'éviter le syndrome de renutrition. Les patients présentant une reprise pondérale considérable (plus de 2 kg/sem) doivent être suivis afin d'éviter une rétention d'eau et le syndrome de renutrition (16).

Pour les enfants et les adolescents aussi, la renutrition doit se faire progressivement, tout en contrôlant la phosphorémie, afin d'éviter le syndrome de renutrition inappropriée et toutes les complications métaboliques, surtout en début de traitement. La renutrition doit commencer à 900-1 000 kcal/j dans les cas sévères pour certains (135) et 800 kcal/j pour d'autres (132). Les patients peuvent se sentir rassasiés rapidement du fait de mouvements gastriques lents. L'apport calorique doit être augmenté graduellement jusqu'à atteindre 2 200-2 500 kcal/j en fonction de la taille et de l'âge. Un gain de poids de 0,5 à 1 kg par semaine est attendu.

Une fois que l'état du patient s'améliore, les besoins énergétiques peuvent être calculés selon l'équation de Harris-Benedict (cf. Annexe 2). Il est recommandé de donner 130 % de ce qui a été estimé (132). Une équipe aux États-Unis propose un mélange de repas et de collations, commençant à 1 000-1 600 kcal/j pour progresser jusqu'à 3 000 kcal/j (293). Pour les pédiatres non spécialistes, ils conseillent de suivre cette méthode ; si la reprise de poids n'est pas atteinte, il est conseillé de transférer le patient vers un service spécialisé (293).

► Alimentation par des repas

La modalité de renutrition à privilégier pour la reprise de poids, quels que soient les référentiels ou les articles récents, est la nutrition par voie orale (286). Les mesures alimentaires préconisées comportent une renutrition par paliers avec fractionnement et accompagnement des repas puis

diversification progressive des aliments. L'abord cognitivo-comportemental associe un travail sur les croyances alimentaires irrationnelles (222). Les repas thérapeutiques peuvent être considérés comme une approche psychocomportementale qui renforce le lien entre la pensée et la réalité somatique (286).

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 (lactovégétariens contenant du lait et des œufs) ; un diététicien peut surveiller le repas du patient et lui faire des commentaires en retour. Une complémentation doit être envisagée si nécessaire, avec des vitamines et des minéraux ; le fer et le zinc doivent être surveillés chez les végétariens (16).

Différentes techniques thérapeutiques comportementales, reposant sur les modèles de l'apprentissage (conditionnements opérant et répondant, apprentissage vicariant), peuvent être utilisées (302) :

- Auto-enregistrement ;
- planification des repas ;
- des exercices d'évaluation visuelle des quantités alimentaires ;
- des réalisations de goûters et de repas ;
- contrôle de stimulus ;
- résolution de problèmes.

L'ensemble de ces techniques est regroupé dans un contrat thérapeutique qui précise les objectifs du traitement, les moyens mis en œuvre pour les atteindre, les conditions de base et la durée. Les objectifs du traitement sont évalués de façon hebdomadaire.

► Nutrition entérale

La place de l'alimentation entérale dans la prise en charge globale de l'anorexie mentale se résume en trois situations cliniques bien définies (286) (avis d'experts) :

- 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 (77).

Les schémas proposés pour les adolescents ou les adultes sont variés. Les recommandations américaines précisent que lorsque la nutrition entérale est nécessaire, il est préférable, afin d'éviter des complications métaboliques ou autres, de prescrire une alimentation continue sur 24 heures plutôt que des « bolus » (16). Dans les cas où le patient résiste à la nutrition entérale, le recours à une gastrostomie ou une jéjunostomie peut être fait. Ces méthodes doivent être réservées aux cas extrêmes où le pronostic vital est mis en jeu. L'avis de membres de la famille doit être pris en compte. Une surveillance biologique journalière doit être mise en place afin d'éviter le syndrome de renutrition inappropriée.

En France, une équipe prenant en charge des adultes (77) considère que lorsque la réalimentation orale s'avère irréalisable ou inefficace, la réalimentation par sonde nasogastrique 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. La correction des désordres métaboliques se fait habituellement par voie veineuse périphérique. Il est nécessaire d'avoir un apport calorique contrôlé, en augmentation très progressive, et en surveillant le bilan biologique hépatique. Cette renutrition commence généralement à 500 kcal/j et elle augmente progressivement de 250 kcal tous les 3 à 4 jours.

Lorsque le bilan hépatique est satisfaisant, une alimentation légère en aliments est possible, conjointement à l'alimentation par sonde.

Concernant les adolescents et les enfants, la revue de la littérature proposée par Sylvester et Forman (301) concluait que le recours à la nutrition entérale, parfois vécu comme traumatisant par le patient et sa famille, devrait se faire uniquement dans des situations de refus total de la nutrition par voie orale, et selon une procédure claire. Gowers (190) a la même position.

En France, elle est utile pour certains en cas d'urgence liée à un arrêt alimentaire total, en cas d'amaigrissement rapide ou important ou en cas de stagnation pondérale lors d'une renutrition orale ; elle est alors mise en place dans le service ou en réanimation, suivant l'état du patient. Dans le service, elle est discontinuée (14 heures par jour), afin de permettre aux patients de participer aux autres soins sans l'apport entéral (224,303).

De manière pratique, si l'indication de la nutrition entérale est posée, il est préférable d'utiliser les sondes nasogastriques en silicone ou polyuréthane de petit calibre (n°6 ou 8 French), non lestées et sans mandrin (risque de perforation œsophagienne sur ce terrain dénutri), mieux tolérées que les sondes plus grosses. Les sondes jéjunales n'ont qu'une indication limitée (reflux gastro-œsophagien chez les patients boulimiques vomisseurs avec risque accru d'infections pulmonaires à répétition) (304).

La pose de la sonde est un acte infirmier effectué sur prescription médicale. Il est important de s'assurer de la position gastrique de la sonde par la réalisation d'une radiographie de contrôle qui vérifiera que l'extrémité de la sonde est en position antépylorique. Une fois en place, la sonde est fixée avec un Opsite® transparent sur la joue et au niveau du cou après passage derrière l'oreille (pas de fixation au nez afin d'éviter les érosions nasales ou pharyngées (douleurs, ulcérations). Il sera ainsi possible et facile d'associer alimentation entérale et orale accompagnée et guidée.

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. 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.

La surveillance de l'alimentation entérale comprend la surveillance de l'efficacité de la renutrition (voir plus bas) et celle des possibles effets secondaires (tableau 20) dont l'apparition d'un syndrome de renutrition inappropriée.

Tableau 20. Principales complications de la nutrition entérale (286)

Complications	Circonstances	Moyens de prévention
Inhalation bronchique	Patient fatigué, trouble de la conscience, débit trop élevé	Vérification de la position et de la fixation de la sonde, surveillance des fonctions supérieures
Perforation de l'œsophage	Pose de la sonde	Pas de mandrin
Nausées/vomissements	15 à 20 % au début	Débit faible et régulier
Diarrhée	Dénutrition sévère, hypoalbuminémie, sepsis, débit trop élevé	Sonde stérile, <i>Saccharomyces boulardii</i>
Hypophosphorémie	Dénutrition sévère	
Hypernatrémie		Apports hydriques
Otite, sinusite	Sonde vieille, rigide	Soins locaux, petite sonde
Obstruction de la sonde	Injection de médicaments à éviter	Rincer la sonde ou la changer ; éviter l'injection de médicaments

► Nutrition parentérale

Comme le suggèrent Silber (305), la nutrition parentérale ne devrait pas être incluse dans les recommandations sur les soins à prodiguer aux anorexiques. En effet, le tube digestif étant fonctionnel, la dénutrition n'est pas secondaire à des troubles de l'absorption du tube digestif (306). En outre, les risques infectieux d'une voie veineuse centrale nécessaire à son administration sont majeurs chez ces patients sévèrement dénutris (16).

► Place des compléments oraux et des micronutriments

Micronutriments

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 (154) (avis d'experts).

Compléments oraux

Les compléments oraux occupent une place très limitée dans la prise en charge hospitalière somatique des patients dénutris, ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (286) (avis d'experts). 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.

► Suivi de la renutrition

Il comprend la surveillance de l'efficacité de la renutrition et celle des possibles effets secondaires (223).

Surveillance

La renutrition requiert une surveillance clinique régulière à la recherche des signes évocateurs de complications liées à celle-ci, et afin d'évaluer son efficacité. Il faut au minimum un suivi régulier de

la fréquence cardiaque et un contrôle des électrolytes sanguins (phosphore, glucose, magnésium et potassium). Néanmoins, il faut faire attention au fait que les réserves en électrolytes peuvent être effondrées même si leurs valeurs sanguines sont normales (190), faisant de leur surveillance un point très important dans le contrôle de la renutrition, à réaliser deux fois par semaine (79).

Concernant les enfants et les adolescents, certains préconisent de les peser quotidiennement (135) à cause de l'œdème ou de la déshydratation, alors que d'autres conseillent d'éviter cette pratique (132). Par contre, tous s'accordent sur la nécessité d'une surveillance quotidienne de la fréquence cardiaque (135).

Echec de la renutrition

Cette question est rarement abordée. Concernant les enfants et les adolescents, si la reprise de poids n'est pas atteinte en service de pédiatrie, il est conseillé de transférer le patient dans un service spécialisé (293).

En cas d'échec de la renutrition en réanimation, Tric *et al.* proposent une attitude thérapeutique validée seulement par l'expérience clinique (223). Avec une alimentation orale associée à une nutrition entérale, une prise de poids régulière doit être observée. On peut certes constater une stagnation pondérale vers un IMC de 15 liée à la correction de la rétention hydrosodée qui compense l'augmentation de la masse sèche. En dessous de cet IMC, toute perte de poids signe l'existence de manipulations. Il est essentiel à ce stade de ne pas se laisser entraîner dans « une bataille de contrôle » en cherchant à prouver le trucage ou à raisonner la patiente.

Herman *et al.* proposent alors (307) :

- d'accentuer l'isolement en vidant la pièce de tout autre objet que ceux nécessaires aux soins (lit, pompe, chaise). En pratique, cela revient en particulier à supprimer les distractions (lecture, écriture, télévision). Cette accentuation de l'isolement est levée après deux jours consécutifs de prise de poids ;
- d'augmenter les apports entéraux jusqu'à obtenir le gain pondéral journalier fixé.

Il ne s'agit pas d'un isolement humain. Au contraire, une présence renforcée de l'équipe soignante est nécessaire (particulièrement infirmières et aides-soignantes pour les gestes de nursing), équipe qui doit pouvoir trouver un soutien (explication, formation) auprès des psychiatres. Cette mesure doit être expliquée à la patiente lors de son admission et son caractère non punitif réaffirmé. L'augmentation des apports entéraux fait courir le risque d'un syndrome de renutrition inappropriée à l'arrêt des manipulations par augmentation brutale des apports énergétiques totaux. C'est dans ce contexte que l'apparition d'une tachycardie est probablement un signe d'alerte, comme *a fortiori* une prise pondérale trop importante sur plusieurs jours.

Syndrome de renutrition inappropriée

Le syndrome de renutrition inappropriée se définit par un ensemble de complications cardiaques, respiratoires et métaboliques, pouvant survenir au début de la renutrition, quelle qu'elle soit (orale, entérale, parentérale), si celle-ci n'est pas suffisamment progressive, surtout dans les cas de dénutrition sévère et chronique (16,137,286). Ce syndrome concernerait 6 % des adolescents hospitalisés.

Selon les recommandations américaines, le syndrome peut être mortel et survient généralement chez les patients ayant perdu plus de 70 % de leur poids moyen et étant rapidement renutris. Il consiste en une hypophosphorémie, une hypomagnésémie et une hypocalcémie avec rétention d'eau. Un déficit en thiamine a été impliqué dans des séries de cas (16).

Une attention particulière doit être portée aux apports en phosphore dont les stocks sont diminués chez le sujet dénutri. Avec la renutrition, les besoins métaboliques en phosphore augmentent avec le passage d'un état de catabolisme à un état d'anabolisme. Le phosphore diffuse ainsi à l'intérieur des cellules, avec le risque, en l'absence de complémentation efficace, d'une hypophosphorémie

plasmatique responsable de complications cardiaques, neurologiques, hématologiques et respiratoires parfois sévères.

Afin d'éviter cette complication grave de la renutrition, celle-ci doit être débutée d'autant plus progressivement que la dénutrition est sévère, accompagnée, voire précédée 48 h avant par une complémentation intraveineuse en vitamines, oligoéléments (surtout en phosphore même en absence d'hypophosphorémie initiale). En outre, on doit éviter les apports de glucose par voie veineuse.

Apparition ou aggravation des perturbations hépatiques

Après le début de la renutrition, une élévation anormale des transaminases survient chez 25 % des patients. Ces anomalies apparaissent parallèlement à la prise de poids après l'initiation d'une renutrition. Elles sont généralement modérées (moins de 10 fois la limite supérieure de la normale) et apparaissent après le début de la reprise pondérale et l'amélioration de l'état général (délai médian de 20 jours). Un retour à la normale est observé dans 100 % des cas avec la poursuite de la renutrition et de la prise de poids (308).

Le mécanisme physiopathologique de cette élévation secondaire des transaminases semble être d'origine hépatique pure. Il pourrait être induit par une renutrition trop rapide avec un apport calorique initial trop important, même si l'apport calorique est inférieur aux besoins normaux en kilocalories par kilo. Le mécanisme physiopathologique est probablement le même que celui des perturbations hépatiques connues, induites par la nutrition parentérale chez les patients en chirurgie ou porteurs de pathologies du tractus digestif (308).

Il ne faut toutefois pas occulter l'hépatotoxicité de certains médicaments pouvant expliquer l'hypertransaminasémie. Plusieurs classes médicamenteuses peuvent être responsables de ces perturbations. En effet, dans la série de Miller *et al.* portant sur 214 patients atteints d'anorexie mentale (309), 47 % disent consommer des antidépresseurs ; la toxicité du paracétamol est également majorée par la dénutrition protéique et le jeûne prolongé (diminution du contenu cellulaire en glutathion).

L'abus d'alcool, addiction la plus fréquemment retrouvée dans les anorexies mentales avec crises de boulimie/vomissements, peut être un autre facteur entraînant, voire aggravant l'hypertransaminasémie (308).

Une origine extra-hépatique doit également être recherchée, même si aucune étude ne semble à ce jour l'avoir démontrée en dehors de quelques cas marginaux évoquant l'origine musculaire dans un contexte de rhabdomyolyse, avec dans ces cas une prédominance d'élévation des ASAT (308).

5.6.2 Modalités des soins psychologiques

► Généralités

Les soins psychologiques incluent les soins psychothérapeutiques et les psychotropes. Ces derniers sont utilisés pour soutenir l'action des premiers en cas de comorbidité associée et ne sont en aucun cas des soins de première ligne (22).

Les psychothérapies ne sont pas une priorité pendant l'hospitalisation, elles s'avèrent peu efficaces dans les grands états de dénutrition. La psychothérapie à elle seule est en général impuissante à traiter une anorexie sévère (16).

Selon les recommandations australiennes, la plupart des cliniciens incorporent dans une certaine mesure une thérapie comportementale dans la renutrition des patients très dénutris. Un programme comportemental basé sur un modèle de conditionnement opérant est recommandé, mais il doit être flexible, avec une contrainte minimale (79). Il a été établi que les approches

comportementales moins restrictives (310) dans la prise en charge de l'AM sont aussi efficaces pour obtenir une prise pondérale que celles qui tendent à être perçues comme punitives et isolantes par le patient. Une approche plus indulgente est aussi susceptible de majorer la participation effective du patient à d'autres aspects du traitement comme la psychothérapie.

Lorsqu'un programme est utilisé, il doit préférentiellement être dirigé vers un objectif spécifique comme l'initiation de la prise pondérale ou le dépassement d'une période de résistance. De tels programmes sont perçus par les patients comme ennuyeux, mais non punitifs. Diverses formes de psychothérapie sont conseillées, en particuliers les thérapies cognitives visant à corriger les fausses croyances au sujet du poids et de l'alimentation, mais aussi à changer le caractère système de valeurs ascétique, autopunitif, autodénigrant dont les comportements dérivent. Il existe une prise de conscience croissante de la nécessité d'incorporer des mesures de thérapie motivationnelle. À un stade aigu de l'anorexie mentale, le patient dénutri a surtout besoin d'un cadre strict et rassurant et en même temps qu'on lui permette de faire l'expérience d'une écoute empathique, de bénéficier d'explications sur ses troubles, d'encouragements, de soutien et de tous autres renforcements positifs. L'APA fait remarquer que « *les efforts pour comprendre les difficultés spécifiques de ce genre de patients peuvent parfois induire une alliance thérapeutique, permettant ainsi d'introduire le protocole nutritionnel* » ; un personnel infirmier et des diététiciens compétents et dévoués sont irremplaçables dans leur contact quotidien avec ces patients (22).

Le choix des approches psychothérapeutiques en hospitalisation est peu développé dans les recommandations internationales du fait du manque d'études sur leur validité et sur leur efficacité relative. Néanmoins, la plupart des programmes hospitaliers incluent des objectifs psychothérapeutiques qui évoluent avec la dénutrition, et en fonction des capacités des sujets. Les modalités psychothérapeutiques sont similaires à celles utilisées en ambulatoire. Bien qu'il n'y ait pas de données permettant de privilégier un abord thérapeutique ou un autre au cours des soins, l'abord psychothérapeutique apparaît crucial et son utilité est reconnue dans le traitement des comorbidités et des dysfonctionnements cognitifs.

Chez les enfants et les adolescents, l'abord familial est essentiel (22). De nombreuses études ont montré le rôle positif de la thérapie familiale dans la prise en charge des adolescents en ambulatoire à la suite d'une hospitalisation, mais nous ne disposons pas de données sur l'intérêt de l'approche familiale au cours d'une hospitalisation.

Il est nécessaire d'apporter aux parents un soutien à la fois compatissant et tout à fait déculpabilisant, visant aussi à favoriser leur adhésion sur les modalités de reprise de poids et de soins.

Il y a un consensus autour du fait qu'il faut combiner plusieurs abords thérapeutiques et qu'une thérapie unique est insuffisante. Par exemple, selon le NICE (22) traiter un trouble du comportement alimentaire exige la prise en compte des dimensions physique et psychologique, et de définir un cadre approprié. Pour les recommandations australiennes (79), le traitement optimal de ces troubles nécessite l'apport de plusieurs thérapies combinées, les besoins des patients atteints de TCA étant de différentes natures : parfois psychologique, médicale, nutritionnelle ou sociale.

Il n'y a pas d'abord psychologique spécifique de l'anorexie, mais on peut recourir à un ensemble de thérapies éclectiques, dont le choix prend en compte plusieurs paramètres comme l'âge, la personnalité et le type de fonctionnement psychique, l'état somatique, la chronicité du trouble et les disponibilités du service. De fait, les difficultés psychologiques qui se rencontrent dans l'anorexie ne sont pas univoques du fait d'une grande disparité des histoires, des personnalités et des modes de fonctionnement psychique.

Toutes les psychothérapies applicables aux troubles des conduites alimentaires visent à renforcer le Moi, à réaliser un soutien psychologique, à déculpabiliser, à faire renaître l'appétit à éprouver

des plaisirs, et dans certains cas seulement au mettre à jour et à chercher à élucider les conflits infantiles ou les schémas de pensée anciens, erronés et mal adaptés (77).

La personnalité et les comorbidités éventuelles vont orienter le choix des moyens psychothérapeutiques. Tout aussi important sera l'abord de certaines dimensions de personnalité comme la mauvaise estime de soi, l'anxiété sociale, la dépendance affective, l'instabilité émotionnelle. D'autres éléments seront à prendre en considération comme les éventuels états de stress post-traumatiques, les angoisses corporelles ou les difficultés familiales ou conjugales. L'histoire et les difficultés personnelles guident aussi l'orientation thérapeutique de façon non spécifique. Seront aussi pris en compte des facteurs comme les attentes des patients et des soignants, les motivations des patients et leurs désirs et leurs capacités de changement. Les comorbidités psychiatriques sont associées à un risque de mortalité plus élevé, tout comme un âge plus élevé (247).

L'état somatique, notamment l'état de dénutrition, guide aussi le choix des thérapeutiques. L'APA (16) souligne que les cliniciens s'accordent à dire que la psychothérapie est efficace une fois que les patients atteints d'anorexie sont renutris et qu'ils ont repris du poids. Lorsque les patients sont très dénutris, le travail psychologique est difficile, les troubles cognitifs sont fréquents, les capacités associatives sont réduites, la pensée est souvent opératoire et monothématique. L'expérience clinique montre que les patients renutris sont de meilleure humeur, voient leurs capacités cognitives s'accroître, leur pensée se clarifier dès que les prises alimentaires deviennent plus consistantes, et ce avant même que le poids ne soit repris en totalité.

Le consensus se fait chez les cliniciens pour dire que lorsque le patient est en phase de renutrition et qu'il reprend peu à peu du poids, il est utile de lui procurer un soutien psychothérapeutique qui s'appuie sur une approche psychodynamique et qui lui permette de faire l'expérience d'une écoute empathique, de bénéficier d'explications sur ses troubles, d'encouragements, de soutien et de tous autres renforcements positifs.

De même, en regard de l'anosognosie et de la défaillance des processus associatifs, un consensus français commence à se dégager pour ne pas proposer de psychothérapie psychanalytique à ce stade.

Un abord médiatisé comme les groupes, l'art-thérapie, les approches corporelles... s'avère souvent propice à aider à la restauration de la vie psychique et constitue les prémisses d'un abord psychothérapeutique plus classique.

La chronicité du trouble anorexique est un paramètre à prendre en considération. Les études disponibles sur des patients atteints d'anorexie mentale chronique, comme l'étude de Dare *et al.* (194), témoignent de l'absence de résultats concluants sur l'effet positif des psychothérapies classiques. Il est souvent nécessaire d'adapter les techniques et les niveaux d'ambition, d'éviter les positions contre-transférentielles et de se recentrer sur la qualité de vie. L'APA (16) reprend qu'avec « *les patients les plus résistants [...] un travail sur la motivation peut être entrepris. Si ce n'est pas possible on peut tout de même entourer le patient de son empathie* ». Cela dit, de nombreux thérapeutes rapportent l'expérience d'avoir vu des patients atteints d'anorexie mentale chronique s'améliorer enfin.

La réalité de **l'orientation thérapeutique du service** favorise aussi le choix de l'abord thérapeutique proposé. Longtemps, les pays latins (dont la France) ont privilégié les thérapies psychanalytiques pour traiter l'anorexie, délaissant les aspects nutritionnels et somatiques. À l'inverse, les pays anglo-saxons se sont davantage centrés, par des thérapies cognitivo-comportementales, sur les symptômes alimentaires, délaissant la problématique psychique sous-jacente. Actuellement, de nombreuses équipes proposent des abords thérapeutiques plus éclectiques, empruntant à plusieurs champs théoriques (311).

► Les différents abords psychothérapeutiques

Soins pour le patient

Les soignants doivent aider les patients à faire face à leurs préoccupations concernant la prise de poids et leur image corporelle. Les attitudes perturbées concernant le poids et la silhouette sont les moins susceptibles de se modifier, et l'hyperactivité physique est l'un des derniers comportements associés à l'anorexie mentale qui disparaissent au cours des soins. Son sevrage progressif est l'un des objectifs de l'hospitalisation. Les habitudes alimentaires anormales ne s'améliorent pas simplement en fonction du gain de poids (312). Par contre, les autres symptômes comme la restriction de la diversité de l'alimentation, les obsessions alimentaires, s'améliorent avec la prise de poids bien qu'ils ne disparaissent pas nécessairement. Pour cela ont été développées différentes techniques psychothérapeutiques.

- **Thérapies cognitives et comportementales**

Les recommandations australiennes font référence à toutes les études comparant les thérapies cognitivo-comportementales et les autres psychothérapies individuelles, sans pouvoir conclure à la supériorité de l'une ou de l'autre (79). Pour l'APA, les thérapies cognitives et comportementales ont semble-t-il fait leurs preuves chez les patients adultes atteints d'anorexie mentale (16). Elles permettent aux patients de conserver des habitudes alimentaires saines et chez les adultes de prévenir la rechute. Associées aux thérapies interpersonnelles, elles se sont montrées efficaces pour amener une restructuration cognitive et aider les patients à affronter leurs difficultés de manière plus adaptée (16).

Dans l'anorexie sont principalement utilisés le déconditionnement de l'anxiété par désensibilisation et le conditionnement opérant avec renforcements positifs et négatifs. Des techniques purement cognitives peuvent être utilisées lorsque les patientes anorexiques développent des croyances rigides et irrationnelles au sujet de leur nourriture.

- **Thérapies motivationnelles**

L'adaptation des « entretiens de motivation » de Miller et Rollnick (251) au traitement de l'anorexie et de la boulimie s'est beaucoup développée ces dernières années. Les « entretiens de motivation » visent donc à préparer la patiente à la thérapie, en l'aidant à stabiliser sa balance de motivations contradictoires du côté du changement.

- **Psychothérapies d'orientation analytique et thérapies interpersonnelles**

De nombreux cliniciens utilisent des psychothérapies d'orientation analytique ou des thérapies interpersonnelles pour traiter des patients adolescents ou adultes, ou comme le souligne l'APA (16) en cas de troubles de la personnalité, pour permettre la compréhension de traumatismes vécus dans l'enfance, la nature des conflits et des défenses à l'œuvre, la question des atteintes de l'estime de soi, du contrôle de soi, les notions identitaires, ou la complexité des relations familiales, autant d'éléments qui entravent la progression du traitement et prolongent la maladie. Ces thérapies qui favorisent l'*insight* des patients et leur maturation sont des traitements longs, et c'est souvent en ambulatoire, après la reprise du poids, qu'elles ont lieu même si elles ont pu être initiées en fin d'hospitalisation. Concernant les techniques elles-mêmes, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique sont beaucoup plus souvent indiquées que les psychanalyses freudiennes classiques, avec un aménagement du cadre tel qu'on a pu le préconiser par exemple pour les états limites.

- **Approches non verbales**

Avec les patients qui ont du mal à exprimer leurs difficultés, les psychothérapeutes utilisent des méthodes non verbales telles que l'art-thérapie ou la thérapie par le mouvement, indique l'APA (16).

Les **approches corporelles** sont de plus en plus souvent proposées pendant l'hospitalisation. Leur objectif est d'aider les patients à mieux vivre leur corps, à le ressentir, à ne plus le maltraiter et à accepter de l'habiter. Outre la relaxation qui a été utilisée de tout temps, les massages, la danse-thérapie, la balnéothérapie, la psychomotricité (313,314), ainsi que la kinésithérapie et les soins esthétiques sont les plus fréquemment utilisés mais n'ont actuellement fait l'objet d'aucune étude de validation.

Les **psychothérapies à médiation artistique** trouvent aussi leur place pendant l'hospitalisation. Peinture, collage, musique, écriture, théâtre, etc., (315) vont être de nouvelles voies d'expression proposées aux patients pour retrouver leur vie psychique. Mais l'efficacité de ces méthodes, là non plus, n'a pas été testée de manière rigoureuse.

Pour l'APA (16), à différentes étapes des soins, des programmes d'ergothérapie sont susceptibles d'améliorer la perception de soi et l'efficacité personnelle. Mais une fois de plus, aucune étude rigoureuse n'a été faite sur le sujet.

- **Abords de groupes**

Certains thérapeutes utilisent la thérapie de groupe pendant l'hospitalisation, en complément ou en parallèle de la thérapie individuelle. Les groupes à visée psychoéducative, par une meilleure connaissance de l'anorexie, favorisent un meilleur repérage du trouble alimentaire ainsi que des difficultés psychologiques associées.

Les groupes d'échange ou de parole sont des temps très interactifs qui aident les patients à mettre en mots ce qui est ressenti, à interpréter les émotions et à oser les exprimer. D'autres groupes sont thématiques et centrés sur le TCA : groupe de boulimiques, groupe motivationnel, groupe de diététique, de relaxation, de balnéothérapie, de soins corporels... Ils peuvent être centrés sur des difficultés associées, comme le groupe d'affirmation de soi, de gestion du stress, ou centrés sur un abord thérapeutique : groupe de théâtre, de danse, de musicothérapie, d'art plastique.

L'APA (16) note qu'il est important dans ce cas de rester vigilant afin que les patients n'entrent pas dans des modes de fonctionnement compétitifs, où chacun cherche à être plus maigre que l'autre, et qu'ils ne soient pas trop affectés par les difficultés d'autres patients du groupe. Peu d'études se sont focalisées sur le rôle des thérapies de groupe chez les patients anorexiques et boulimiques.

Des groupes 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 retrouver une vraie place de parent.

Accompagnement de la famille pendant l'hospitalisation

Un abord familial doit toujours être envisagé, mais sera plus ou moins intensif selon l'âge, la proximité avec la famille, l'intensité des conflits, les dysfonctionnements familiaux et la souffrance familiale. Il existe un consensus, comme le souligne l'APA, pour considérer que pendant toutes les phases du traitement, rencontrer la famille du patient est bénéfique, tout particulièrement dans le cas d'enfants et d'adolescents pour lesquels des études ont pu démontrer l'efficacité des thérapies familiales (16,203).

L'APA rappelle que des études montrent que les résultats sont meilleurs lorsque patients et familles sont traités simultanément, qu'il s'agisse de psychothérapies familiales ou de psychothérapies individuelles, plutôt que lorsque la famille n'est pas du tout impliquée dans le traitement (16).

Plusieurs équipes françaises utilisent des contrats de séparation et ont écrit des articles sur la pertinence d'un temps de séparation des enfants et d'adolescents d'avec leurs parents au début de l'hospitalisation : faut-il ou non garder un temps de séparation pour apaiser une relation trop chargée émotionnellement et permettre aux parents de prendre conscience de l'impact du trouble

alimentaire dans la vie familiale et dans les interactions familiales ? Aucune évaluation n'a été faite à ce sujet.

Pour Cook-Darzens *et al.* (191), l'accompagnement familial est une nécessité, que ce soit sous forme de thérapie familiale, de groupes multifamiliaux en milieu associatif ou hospitalier, de psychoéducation parentale ou de rencontres informelles entre professionnels et familles. Les objectifs du travail avec les familles, selon Corcos et Bochereau (316), sont schématiquement d'aider à se dégager de la polarisation sur les symptômes alimentaires, d'assouplir les modalités les plus rigides et les plus pathogènes de communication, de faciliter la restauration d'une identité propre et de limites plus satisfaisantes chez chaque membre de la famille.

Plusieurs niveaux d'aide sont possibles.

- **Pour les plus jeunes** peut s'amorcer une psychothérapie familiale dont le rôle positif a été montré en ambulatoire après l'hospitalisation. L'APA indique qu'en général, on associe les familles et les fratries à la prise en charge des adolescents et des enfants, qu'il s'agisse d'échanger l'information, de donner des conseils sur la marche à suivre ou de faciliter la communication entre les membres de la famille (16). Les équipes soignantes font un véritable travail d'accompagnement familial, se montrant compatissantes et tout à fait déculpabilisantes à l'égard de la famille. Par ailleurs, il est indispensable d'avoir l'alliance thérapeutique des familles.

L'APA souligne que dans le cas d'adolescents hospitalisés, la participation à des groupes familiaux psychoéducatifs peut se montrer aussi efficace que la participation à des formes plus intensives de thérapie familiale (16,231).

- **Dans le cas de patients adultes**, on prend en compte la gravité des troubles et le désir des uns et des autres. Quelques entretiens familiaux aident à réfléchir sur les interactions familiales, et parfois débloquent des relations douloureuses. Lorsque les conflits sont importants, une thérapie familiale peut aussi être envisagée.
- Pour les patients vivant **en couple**, le partenaire doit être lui aussi aidé. Une attention particulière sera portée à la relation aux enfants et à l'éducation des enfants notamment sur le plan alimentaire.
- Quels que soient l'âge et le niveau de gravité, **les groupes de parents et de familles** sont une aide appréciable pour les familles. Ils permettent aux parents de mieux repérer les symptômes alimentaires, de ne plus se sentir coupables de l'anorexie de leur enfant et de mieux comprendre les enjeux affectifs et d'y faire face autrement. Ils perçoivent plus facilement avec d'autres familles les difficultés de séparation-individuation, les relations de dépendance, le manque de confiance en soi de l'anorexique, la difficulté de conflictualisation de la famille et parfois le rôle spécifique d'un des deux parents dans le TCA.
Dans certains cas, une aide psychologique individuelle pour l'un des deux parents s'avère nécessaire.

En fin d'hospitalisation, l'individuation par rapport aux parents doit se poursuivre sans que le trouble alimentaire ne vienne troubler cette relation.

► **Modalités de soins des manifestations associées (vomissements, laxatifs, diurétiques, coupe-faim, hyperactivité physique, exposition au froid et autres)**

L'arrêt de la consommation par la patiente de laxatifs, diurétiques, coupe-faim doit être effectif dès le début de l'hospitalisation, et l'arrêt des vomissements est un objectif tout aussi précoce. Une surveillance du transit (entretien, examen clinique, ASP si nécessaire) et un bilan biologique (ionogramme) doivent être associés (302) (avis d'experts).

Pour les patientes anorexiques présentant une hyperactivité physique ou s'exposant au froid, il convient initialement de les aider à prendre conscience de ces symptômes (mouvements de gymnastique, station debout prolongée, déplacements incessants, patientes non couvertes, s'exposant au froid, douches glacées) et du caractère directement associé au trouble du comportement alimentaire, afin que la patiente et l'équipe de soins puissent avoir comme objectif commun la diminution progressive du niveau d'activité physique (avis d'experts).

L'activité physique doit être limitée au début. Plus tard une activité physique encadrée peut être utile en réduisant l'exercice physique excessif, en limitant les pensées irréalistes d'obésité et en augmentant l'adhésion à la prise en charge (132).

Selon les recommandations américaines (16), l'activité physique doit être adaptée aux apports alimentaires et aux dépenses énergétiques du patient, en prenant en compte l'état osseux (densité minérale osseuse) et la fonction cardiaque. Pour les patients très maigres, l'exercice physique doit être restreint et toujours soigneusement supervisé et contrôlé. Une fois qu'un poids raisonnable est atteint, l'objectif d'un programme d'activité physique devrait être d'améliorer la forme physique et non de perdre des calories. Au lieu de mettre l'accent sur la remise en forme, on visera la restauration d'une relation positive des patients avec leur corps en les aidant à reprendre le contrôle de leur activité physique et à prendre du plaisir au cours de sa pratique plutôt que d'être asservis par elle. Un programme d'activité physique devrait impliquer des exercices qui ne soient pas solitaires, qui soient agréables et qui ne soient pas prolongés en fonction de la dépense calorique escomptée, de la perte de poids espérée ou des modifications d'apparence souhaitées. Des sports comme le football, le basket-ball, volley-ball ou le tennis sont de bons exemples d'activités à proposer.

La potomanie chez les anorexiques correspond surtout à un besoin exprimé de « se purifier » et d'« éliminer les calories », mais aussi d'éprouver une satisfaction et un véritable bien-être du fait de faire couler de l'eau à l'intérieur de son corps. Lorsque la potomanie atteint 8 à 10 litres de liquide par jour, de graves déséquilibres métaboliques peuvent survenir avec hyponatrémie, risque de convulsions et coma.

► **Modalités des programmes de soins : le contrat thérapeutique**

Les programmes de soins hospitaliers diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, et même d'une équipe à l'autre au sein d'un même pays (289). Ces différences peuvent être liées au lieu de soin lui-même : un service de médecine hospitalisant un patient pour une décompensation somatique visera la normalisation de l'état somatique avant la sortie ou le transfert dans une unité de soins spécialisée. Les programmes de soins hospitaliers spécialisés multidisciplinaires intègrent généralement les objectifs de soins définis ci-dessus et les différentes modalités de soins.

En France, il est courant que les équipes utilisent dans leur programme de soins un contrat de soins (parfois appelé contrat de poids) (222,302,303,317-319). L'hospitalisation, généralement programmée, est libre mais contractuelle (290). Une préparation à la prise en charge hospitalière a été effectuée en amont, soit par les équipes ambulatoires, soit par l'équipe hospitalière. Le contrat de soins est élaboré avec le sujet (et ses parents quand il est enfant ou adolescent), avec différentes cibles thérapeutiques à atteindre qui sont définies généralement par des poids ou leur stabilisation ou d'autres éléments en fonction des équipes (cf. Annexe 5).

Le contrat de soins permet d'établir une relation de coopération entre le patient et l'équipe soignante concernant le programme de soins, il fixe la durée de ces derniers, les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre, et constitue à la fois une référence partagée tout au long de la prise en charge et un document de synthèse de l'ensemble des soins engagés (290).

Ce contrat intègre ou non une période de séparation ; il est soit écrit, soit oral. On ne dispose à ce jour d'aucune étude répertoriant la fréquence de cette pratique et ses variations au sein des équipes. La séparation est définie comme une séparation temporaire du milieu de vie habituel, période durant laquelle le sujet est immergé dans un groupe de patients et de soignants avec qui il a des échanges sociaux et relationnels (303). La pratique de la séparation est remise en question par certaines équipes, totalement (320,321), ou partiellement (322).

Elle est pratiquée encore largement, et a été décrite comme une pratique fréquente des équipes de soins spécialisées dans la prise en charge des TCA (323). Si la pratique de la séparation

suscite des débats, tous les praticiens, quelle que soit leur orientation, bannissent l'isolement thérapeutique et le condamnent.

► **Durée de l'hospitalisation**

Les durées d'hospitalisation pour anorexie mentale sont assez longues dans la littérature internationale quand des arguments économiques (responsables de sorties prématurées ou d'une durée des soins limitée arbitrairement) n'interfèrent pas. Elle est d'environ 3 mois en Grande-Bretagne (324), aux États-Unis (325), en Suisse (326), entre 2 et 7 mois au Japon (327) et de l'ordre de 4,5 mois en France (328).

Aux États-Unis, la durée d'hospitalisation a été réduite de manière dramatique dans les années 1980 en faveur d'un recours à des soins moins intensifs, car on les pensait moins coûteux et avec un rapport bénéfice-coût supérieur (329,330). Cela est une source de tensions entre soignants et assureurs (137). Il n'y a aucun élément issu de recherches évaluatives qui soutienne l'idée que les séjours d'hospitalisation brefs soient associés à des bons résultats à long terme.

De plus, il s'avère qu'une durée d'hospitalisation trop brève contribue à une chronicisation, des réhospitalisations plus fréquentes, et à terme génère un surcoût (330). Il semblerait, à partir d'une étude naturalistique portant sur 6 009 femmes hospitalisées pour anorexie mentale en Suède, étudiant les taux de mortalité chez ces sujets, qu'une durée plus longue de la première hospitalisation (> 1 mois) soit associée à une moindre mortalité. Par contre, la répétition des hospitalisations est associée à une surmortalité (plus de 6 épisodes) (247).

La durée d'hospitalisation est liée à des facteurs dépendant à la fois du sujet, de ses troubles et du système de soins (328). Peu de facteurs ont été identifiés comme prédictifs de la durée d'hospitalisation. À l'adolescence, ce sont la durée de l'anorexie mentale à l'admission – plus l'évolution de l'anorexie est prolongée avant l'admission, plus la durée d'hospitalisation est importante –, l'existence d'une comorbidité (anxiété, trouble de la personnalité), la nécessité d'une renutrition entérale et d'un passage en réanimation qui sont liées à une durée d'hospitalisation plus longue. Ce ne sont pas les mêmes facteurs qu'à l'âge adulte, où la valeur de l'IMC minimal, un IMC d'admission bas, un âge de début et d'admission plus tardif, et le nombre d'hospitalisations plus important sont liés à une durée d'hospitalisation supérieure (327).

► **Sortie d'hospitalisation**

L'hospitalisation, par ses critères d'admission, sélectionne les sujets les plus sévères, sur le plan somatique et/ou psychiatrique. Le devenir de ces sujets reste très préoccupant. La morbi-mortalité de ce groupe de patients est considérable, surtout pour les adultes : la mortalité est 6,2 fois plus élevée que celle de la population générale de même âge et de même sexe (247) parmi les adultes et de 1,2 % chez les adolescents (331). Il semblerait que cette mortalité soit en régression depuis les 20 dernières années pour les adultes hospitalisés (247) et pour les adolescents (331).

Les sujets hospitalisés présentent, lors du suivi, des comorbidités psychiatriques nombreuses, mais aussi des complications somatiques qui assombrissent le pronostic (247), en particulier la dépendance à l'alcool.

Le pronostic des adolescents, étudié lui aussi en Suède sur 748 patients hospitalisés pour anorexie mentale entre 1968 et 1977, montre des comorbidités psychiatriques fréquentes et que 21,4 % des sujets sont dépendants matériellement de la société (331).

Lindblad *et al.* (41) ont montré, grâce à une étude réalisée sur les registres nationaux suédois concernant tous les sujets hospitalisés pour anorexie mentale entre 1977 et 1981 (nés entre 1958 et 1967, soit 554 sujets), et suivis respectivement jusqu'en 1992 et 2002, que le taux de mortalité de ces sujets a baissé de 4,4 % à 1,2 %, ce qu'ils attribuent à l'amélioration des soins en 10 ans, en particulier l'amélioration des traitements de la dénutrition aiguë et l'amélioration des soins au long cours grâce à la création d'unités de soins spécialisées (en nombre insuffisant en France). Enfin, ils insistent sur un dernier facteur favorisant l'amélioration du pronostic, concernant

l'amélioration de la détection précoce des cas d'anorexie mentale, résultant d'une information plus importante sur ce trouble et ayant permis d'hospitaliser plus précocement les sujets.

Steinhausen *et al.* (130) ont réalisé une étude multicentrique européenne concernant le devenir et les facteurs prédictifs de réhospitalisation d'adolescents hospitalisés en moyenne à 14,8 ans et revus à 22,3 ans. 44,8 % des sujets ont été réhospitalisés après l'épisode initial. Ces sujets ont fait preuve d'une moins bonne évaluation au cours du suivi, d'un poids plus bas à la sortie de l'hôpital qu'initialement, d'une plus grande hyperactivité et de l'utilisation de plus de laxatifs ou de plus de vomissements. Les antécédents personnels et familiaux des adolescents hospitalisés sont plus lourds (troubles prémorbides du comportement alimentaire dans l'enfance, alcoolisme paternel, anorexie mentale dans la famille) (332).

Les réhospitalisations sont associées à un moins bon devenir, y compris psychosocial, et à plus de séquelles psychopathologiques nécessitant un traitement. Les soins hospitaliers doivent être relayés par des soins ambulatoires (16,22). Cela est fondamental car les sujets ne sortent pas guéris (126).

5.6.3 Cas particuliers

► Sorties prématurées

Les sorties prématurées d'hospitalisation sont très fréquentes, elles concernent de 20 % à 49,6 % des sujets selon les études (328). Ce taux est supérieur à ceux relatés habituellement en psychiatrie (135). Les facteurs prédictifs de l'échappement aux soins hospitaliers sont pour les adultes un nombre élevé d'hospitalisations antérieures, un IMC bas à l'admission, une forme boulimique d'anorexie mentale, une symptomatologie psychiatrique associée, des symptômes alimentaires plus importants, une absence de syndrome dépressif à l'admission ; et plus spécifiquement à l'adolescence, un âge de début plus tardif et un poids plus élevé (328).

Dans une étude réalisée sur un échantillon de sujets hospitalisés en France, parmi les 601 patients adultes anorexiques hospitalisés de manière consécutive entre 1988 et 2004, un taux de sorties prématurées de 50 % pour les formes restrictives et de 56,2 % pour les formes boulimiques a été retrouvé (332). Sept facteurs prédictifs ont été identifiés dans l'analyse multivariée : avoir un ou plusieurs enfants, un IMC souhaité bas à l'admission, un faible IMC minimal, un score élevé sur l'idéation paranoïaque SCL-90 et à la sous-échelle de comportement alimentaire de Morgan et Russell et un niveau éducatif faible. Les sorties prématurées précoces (première partie d'hospitalisation) avaient un profil particulier : IMC souhaité bas à l'admission, score plus élevé sur SCL-90 sous-échelle paranoïaque et les comportements plus impulsifs (consommation d'alcool, tentatives de suicide). Ces sorties prématurées sont donc des événements à déterminants multifactoriels. Les auteurs concluent que dans la pratique clinique, certains facteurs reflétant la gravité de la maladie pourraient servir de messages d'avertissement (score élevé à l'EDI, faible IMC minimum), tandis que d'autres pourraient être pris en compte dans la préparation de l'hospitalisation (ayant avoir un enfant, faible IMC souhaité). L'IMC souhaité pourrait être travaillé en thérapie motivationnelle (332), qui par ailleurs a un intérêt pour aider le sujet à prendre conscience de ses troubles (333).

La fréquence de cet échappement aux soins hospitaliers est préoccupante car elle concerne des sujets dans des situations aiguës et en grande difficulté. Ainsi il semblerait que les patients hospitalisés, qui sont ceux souffrant des formes les plus sévères d'anorexie mentale, aient non seulement un pronostic plus sombre (125,334) mais aussi un taux de mortalité plus élevé. Cela est d'autant plus marqué pour les sujets quittant l'hospitalisation à un poids très bas (c'est-à-dire prématurément) (237,295). Un des challenges thérapeutiques des années à venir est de diminuer la fréquence de ces sorties prématurées afin que les sujets soient mieux soignés. Certains auteurs développent actuellement pour les adolescents des interventions à partir d'entretiens motivationnels, comme cela est pratiqué dans le traitement des addictions, afin d'engager les patients dans le traitement et de réduire leur ambivalence et leur résistance aux changements

(135). Des études récentes montrent que les entretiens motivationnels peuvent être utiles à court terme dans le traitement de l'anorexie mentale à l'adolescence (125). Il serait intéressant d'inclure, au moins pour les groupes à risque de sortie prématurée d'hospitalisation, voire chez tous les patients, 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 ces sorties prématurées d'hospitalisation (77,135,332).

► Hospitalisation sous contrainte

La plupart des hospitalisations pour anorexie mentale sont des hospitalisations libres, mais lorsque le danger vital s'associe à un refus de soins, il est des cas où une hospitalisation sous contrainte s'impose (77).

Dans tous les pays, le recours à des hospitalisations sous contrainte est envisageable. Dans les recommandations de l'APA, il est stipulé que dans des situations où un sujet met sa vie en danger, par son état clinique général et son refus des soins, des mesures légales, y compris l'hospitalisation sous contrainte, peuvent être nécessaires pour garantir sa sécurité (16).

Pour l'APA, l'emploi de telles mesures peut être vécu comme coercitif par ces patients ; le clinicien doit en mesurer l'impact sur la relation thérapeutique, dans la mesure où garder le contrôle est un élément dynamique clé chez ces patients. La mise en place de limites dans le traitement des enfants et des adolescents est parfaitement adaptée à cette période développementale et peut aider le patient à orienter ses comportements vers une attitude saine. Pour cela il faut que les soignants soient conscients de leurs propres intentions et de leurs capacités d'empathie avec un patient ayant l'impression d'être forcé. Les soignants ne doivent pas être perçus comme utilisant des mesures intentionnellement coercitives. Leurs interventions doivent plutôt être clairement perçues comme des éléments d'un traitement médical général indispensable à la santé et à la survie du patient. Ils signalent par ailleurs qu'il y a eu des débats importants ces dernières années à propos des questions éthiques soulevées par la nutrition imposée des patients souffrant d'anorexie mentale (335,336).

Selon l'APA, il est généralement admis que les enfants et les adolescents qui sont sévèrement dénutris et en grand danger médical devraient être renutris contre leur volonté si nécessaire mais que tous les efforts doivent aussi être faits pour obtenir leur coopération quand les fonctions cognitives s'améliorent. Les cliniciens prenant en charge des adultes souffrant d'anorexie mentale chronique et leur famille se retrouvent souvent confrontés à des dilemmes tant éthiques que cliniques.

Les principes à suivre sont alors ceux guidant vers des soins humains de bonne qualité : respecter les souhaits des patients « compétents » et intervenir respectueusement auprès des patients dont le jugement est sévèrement affecté par leur trouble psychiatrique, en sachant que de telles interventions peuvent donner des résultats bénéfiques (337,338).

Dans les recommandations australiennes il est précisé qu'il existe un écart considérable entre l'opinion de la population générale, des sujets et de leurs aidants et celle des professionnels de santé à propos des indications des traitements sous contrainte.

Les recommandations britanniques préconisent que si une personne jeune souffrant d'anorexie mentale refuse les traitements vitaux, on envisage un recours à la loi ou l'autorité parentale pour outrepasser le refus de la jeune personne (22).

Récemment un article (339) rapporte deux études rétrospectives à propos des hospitalisations sous contrainte pour anorexie mentale. La première étude a été réalisée en Australie (340) et compare 27 hospitalisations sous contrainte à 96 hospitalisations libres. Les auteurs rapportent que l'hospitalisation sous contrainte est plus souvent mise en place pour des patients ayant des histoires plus chroniques avant l'admission, qui sont déjà connus des services, où ils se présentent avec d'autres troubles psychiatriques et un IMC bas. Comparés aux patients ayant eu une

hospitalisation libre, les sujets sous contrainte étaient significativement plus fréquemment atteints du syndrome de renutrition inappropriée, renutris par sonde, et hospitalisés dans une unité fermée. Cependant, la prise de poids finale ne diffère pas entre les deux groupes. L'étude suggère que lorsqu'elle est possible l'hospitalisation sous contrainte peut être utilisée par les cliniciens pour aider à traiter une situation de crise médicale sévère ou gérer des situations comportementales comme les vomissements, l'exercice excessif ou, dans le cas de patients très jeunes pour les protéger de leur conditions de vie.

Thiel et Paul rapportent de même une étude réalisée en Allemagne sur 25 femmes souffrant d'anorexie mentale âgées de 16 à 39 ans, dont 20 ont été traitées sous contrainte, et 22 ont été renutries par sonde (341). Ils concluent que dans la mesure où la guérison est possible en cas d'anorexie engageant le pronostic vital, l'hospitalisation sous contrainte est parfois justifiable et peut de ce fait être nécessaire. Cette admission sous contrainte n'implique pas nécessairement une renutrition forcée par sonde. Cela nécessite des soins prodigués par des infirmiers très compétents dans ce domaine, et il semble préférable d'admettre les sujets avant un IMC de 13.

Ils concluent que la vie d'une personne pouvant guérir complètement a plus de valeur que son autonomie qui a déjà été compromise par l'anorexie mentale. Ainsi, l'hospitalisation sous contrainte de patients souffrant de formes graves d'anorexie mentale est éthiquement justifiée. Elle peut être nécessaire et devrait être réglementée par la loi. Une fois que le patient a été admis dans une unité de troubles du comportement alimentaire, il est souhaitable et sera généralement possible d'obtenir une amélioration par des soins infirmiers qualifiés sans forcément avoir recours à la nutrition forcée ou par sonde. Un registre multicentrique de cas particulièrement graves devrait permettre un suivi prospectif de ces situations. Ils discutent les positions des différents pays et émettent des recommandations (341) :

- 1) La contrainte ne doit pas être utilisée au lieu de la psychothérapie et ne doit pas plus l'empêcher.
- 2) Les demandes de soins sous contrainte doivent être faites pour une durée de 3 à 6 mois.
- 3) Comme le taux de mortalité augmente lorsque le poids est inférieur à un IMC de 13 kg/m², c'est le seuil proposé pour envisager un traitement sous contrainte. Le risque suicidaire, les déséquilibres électrolytiques, l'arythmie cardiaque et les autres problèmes physiques ou mentaux aigus peuvent également nécessiter un traitement sous contrainte.
- 4) Mettre en place les soins sous contrainte soigneusement et juste pour le délai nécessaire. Les relations interpersonnelles et le milieu institutionnel sont plus pertinents pour l'évolution du traitement que ne l'est la force.
- 5) La contrainte minimale possible doit être utilisée pour assurer l'alimentation. Dès le début des soins, les patients doivent être motivés à manger avec une indépendance croissante.
- 6) L'alimentation et le poids ne doivent pas être excessivement soulignés.
- 7) Il faut traiter avec respect les patients anorexiques, protéger leur dignité et la fragile estime de soi du patient.
- 8) Il faut envisager d'impliquer la famille.
- 9) L'objectif n'est pas un poids particulier, mais la poursuite du traitement sans contrainte.

Dans leur revue de la littérature Herpertz-Dahlmann et Salbach-Andrae (135) soulignent que le traitement sous contrainte dans l'anorexie mentale est un sujet controversé. Il est rarement utilisé pour les adolescents et uniquement en cas de risque vital. Des recherches anciennes avaient émis l'idée que les patients admis sous contrainte avaient un très mauvais souvenir de leur hospitalisation et ne pouvaient tirer aucun bénéfice de leurs soins. Cependant, des études récentes aux États-Unis et en Grande-Bretagne rapportent qu'à court terme les sujets hospitalisés sous contrainte ont une aussi bonne réponse thérapeutique que ceux hospitalisés volontairement (342,343) ; ces sujets hospitalisés sous contrainte prennent autant de poids que les autres, mais mettent plus de temps à atteindre leur poids cible. La plupart reconnaissent ensuite la nécessité de ce traitement et suivent le traitement. Dans l'étude anglaise (343), ces sujets avaient eu une enfance plus perturbée, plus de comportements auto-agressifs, plus d'antécédents d'hospitalisation, et un taux de mortalité plus élevé à long terme. Russell (335) soutient que ces

patients traités involontairement réalisent souvent, parfois tardivement, que l'équipe soignante, les membres de leur famille et les autorités ont pris leur maladie au sérieux. De plus, les patients et leur famille peuvent se sentir soulagés d'avoir passé la main à une équipe professionnelle en ce qui concerne la responsabilité de la santé.

En fait, même les sujets hospitalisés librement perçoivent des pressions directes ou subtiles de la part de leurs parents, de leurs amis, de leurs professeurs. Ainsi une étude (344) a évalué sur 139/229 admissions la perception par les patients de leur besoin d'hospitalisation et le degré de coercition éprouvé. Les sujets de moins de 18 ans percevaient plus de coercition et avaient plus tendance à ne pas être d'accord avec l'hospitalisation. Après 2 semaines de traitement, la moitié des personnes qui déniaient avoir besoin d'une hospitalisation avaient changé d'avis et pensaient alors avoir besoin d'hospitalisation. Mais la majorité des sujets ayant changé d'avis étaient des adultes, alors que les adolescents maintenaient l'idée de ne pas avoir besoin d'hospitalisation. Il semble donc plus difficile de convaincre des adolescents de la gravité de leur maladie, ce qui souligne la nécessité d'impliquer les aidants (c'est-à-dire les parents) des adolescents souffrant de troubles alimentaires dans les soins.

Thiels et Curtice. ont fait en 2009 une revue de la littérature concernant les hospitalisations sous contrainte dans l'anorexie mentale (345) dans des situations particulières (adolescents, grossesse, pathologie associée). Ils rapportent une étude comparant à l'entrée à l'hôpital, à la sortie et un an plus tard 16 patients adolescents hospitalisés sous contrainte (âge : $16,2 \pm 1$ ans) dans un service spécialisé en Grande-Bretagne à 34 autres adolescents traités en hospitalisation libre à la demande de leurs parents (âge : $16,2 \pm 1,3$ ans) (346). Les auteurs ont réalisé ce travail en Angleterre et au pays de Galles, où le traitement sous contrainte légale des jeunes qui ont de graves troubles du comportement alimentaire est controversé dans les milieux de soin. L'âge de début est en moyenne plus précoce chez les sujets hospitalisés sous contrainte (12,25 contre 14 ans) et ils ont plus souvent été hospitalisés antérieurement. À l'admission, leur fonctionnement psychosocial est globalement moins bon, ils sont plus déprimés et ont plus d'antécédents suicidaires que les sujets hospitalisés librement. Toutes les mesures physiques et psychosociales se sont améliorées considérablement et l'amélioration cliniquement était aussi significative à la sortie sans différence entre les deux groupes, alors que la durée d'hospitalisation a été plus longue pour les sujets sous contrainte. Par ailleurs, la compliance aux soins a été meilleure dans le groupe sous contrainte (poursuivie en ambulatoire) puisque seuls 28,6 % des patients ont arrêté précocement leur thérapie familiale ambulatoire contre 45,2 % dans l'autre groupe. Dans l'année suivant la sortie, 2 patients hospitalisés librement sont décédés, tous deux sortis contre avis médical de l'hôpital, mais il n'y a eu aucun décès parmi les patients hospitalisés sous contrainte. Contrairement aux résultats observés chez les adultes il semblerait que l'évolution des patients hospitalisés sous contrainte soit comparable à celle des patients en hospitalisation libre à l'adolescence, et même que la mortalité soit moindre.

Fedyszyn et Sullivan suggèrent une réévaluation éthique des traitements proposés pour anorexie mentale et plaident pour des interventions qui soient à la fois efficaces et commençant par l'attitude la moins contraignante. Ils recommandent un changement des objectifs de soins pour les sujets souffrant de troubles chroniques pour leur proposer non de les guérir mais les soigner par des thérapies de soutien leur garantissant une bonne qualité de vie (347). Cela pose des problèmes éthiques qui commencent par la définition de la chronicité...

En France, en cas de risque vital, l'hospitalisation sous contrainte est possible pour les majeurs : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) (cf. Annexe 5). En cas de refus de soins des parents pour un mineur, une ordonnance de placement provisoire (OPP) est envisageable.

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.

Annexe 1. Charte mondiale pour agir sur les troubles des conduites alimentaires 2006 – AED

Droits et attentes des personnes atteintes de TCA et de leurs familles

- I- Droit à une prise en compte de la sévérité des troubles, à une bonne connaissance des signes, conséquences et traitements proposés, et à un réel partenariat avec les professionnels de santé.
- II- Droit à une évaluation clinique approfondie assortie d'un programme thérapeutique.
- III- Droit à des soins spécialisés, accessibles pour tous, et de grande qualité.
- IV- Droit à des niveaux de soins garantissant la transparence sur les modalités de traitement, le respect et la sécurité des patients, et ce, quel que soit leur âge.
- V- Droit pour l'entourage d'être informé largement sur la maladie, d'être respecté et considéré comme une personne ressource.
- VI- Droit pour l'entourage à un soutien thérapeutique approprié et à un programme d'éducation aux ressources.

Annexe 2. Calcul de l'apport nutritionnel conseillé (ANC) chez les adolescents

Équation de Harris-Benedict : **ANC = (MB x NAP) + Ec**

MB = métabolisme de base en kilojoules

NAP = niveau d'activité physique

Ec = énergie stockée

1) Calcul du métabolisme de base

Pour les garçons → $MB = 69,4 \times P + 322 \times T + 2\,392$

Pour les filles → $MB = 30,9 \times P + 2\,016,6 \times T + 907$

MB (métabolisme de base) en kilojoules par jour ; P (poids) en kilogrammes et T (taille) en mètre

2) Niveau d'activité physique

Les niveaux d'activité physique (NAP) vont de 1,45 (sédentaire) à 2,2.

3) Énergie stockée

Il est important de tenir compte de l'énergie stockée (Ec) dans les tissus au cours de la croissance : de 10 à 30 kcal/J et de 30 à 80 kcal/j chez les garçons et les filles respectivement.

4) Exemples

Pour un garçon de 50 kg mesurant 1,63 m et ayant une activité sédentaire, l'ANC est de 2 390 kcal/j.

Pour une fille de 45 kg mesurant 1,56 m et ayant une activité sédentaire, l'ANC est de 2 213 kcal/j.

(rapport 1 kJ = 4,189 kcal)

Annexe 3. Annuaire des associations intervenant auprès des personnes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie

01- ÎLE-DE-FRANCE

◆ **Association d'aide aux anorexiques et aux boulimiques (AAAB)**

151 rue d'Alesia – 75014 Paris – 01 45 41 38 49

www.boulimie.com

◆ **Association ENDAT**

Maison des associations du 5^e 7 square Adanson - 75005 Paris

E-mail : endat@laposte.net

◆ **Enfine**

312 rue des Pyrénées – 75020 Paris - 06 99 45 26 36

www.enfine.com

◆ **Vaincre Anorexie et Boulimie**

4 rue des Immeubles Industriels - 75011 Paris - Tél : 01 43 48 02 61

E-mail : info@vaincre-anorexie-boulimie.fr

◆ **Fondation Sandrine CASTELLOTTI**

28 rue Beaunier – 75014 Paris - 06 87 41 86 66

www.FondationSandrineCastellotti.org www.fsc-anorexie-boulimie.org

◆ **Groupe d'étude français sur l'anorexie et la boulimie (GEFAB)**

7 rue Antoine-Chauvin – 75014 Paris - 01 45 43 44 75

gefab1@free.fr ; www.asso.gefab.free.fr

◆ **Institut d'études systémiques**

1 le Hameau BP 11 – 77590 Chartrettes - 01 64 87 10 13

contact@ides-asso.fr

◆ **Partage et Écoute-TCA**

30 avenue du Commerce – 92700 Colombes – 05 46 66 36 53

partageecoute@enfine.com ; www.partage-et-ecoute.com

◆ **FNA-TCA**

15 rue Eugène-Gibez - 75015 Paris

<http://fna-tca.objectis.net/>

◆ Réseau TCA francilien, président : Jean-Claude Melchior

Département de médecine aiguë spécialisée, hôpital Raymond-Poincaré

104 Bd Raymond-Poincaré - 92380 Garches

Tel : 01 47 10 77 47 e-mail : reseau-tca.francilien@rpc.aphp.fr

02- NORD-OUEST

◆ Allô Anorexie Boulimie 44

8 quai Henri Barbusse - 44000 Nantes – 06 43 78 05 44

◆ Anorexiques Boulimiques Anonymes (ABA)

BP 70520 – 22005 St Brieuc Cedex 1 - 02 96 33 38 64 - anorexiques-boulimiques-anonymes.org

Groupe de Saint-Brieuc: centre social du Plateau - 1 rue Mathurin Meheut – 22000 Saint-Brieuc – 06 78 22 13 52

Groupe de Rennes : point accueil de la maison associative de la santé – Hôtel Dieu – 1 rue de la Cochardière - 35000 Rennes - 06 32 63 98 50

Groupe de Nantes : mairie annexe de Doulon – Salle C - 37 bd Louis Millet – 44300 Nantes - 06 16 39 28 69

◆ Nutri-relax

39 rue Pierre Sémard – 76300 Sotteville-lès-Rouen - 02 35 81 73 68

◆ Solidarité Anorexie Finistère (SAF)

Maison des associations - 53 impasse de l'Odét – 29000 Quimper - 06 68 63 31 40
www.s-a-f.asso.fr association.solidarite-anorexie-finistere@laposte.net
Rencontres à Quimper et Brest

◆ Solidarité Anorexie Morbihan (SAM)

Maison des associations - 6 rue de la Tannerie – 56000 Vannes – 06 68 63 31 40
www.s-a-f.asso.fr association.solidarite-anorexie-morbihan@laposte.net
Rencontres à Lorient, Vannes et Theix

◆ Solidarité Anorexie Loire-Atlantique

Espace Camille Flammarion – 7 bd de la République – 44000 Pornichet - 06 68 63 31 40
www.s-a-f.asso.fr association.solidarite-anorexie-l-a@laposte.net

03- NORD-EST

◆ Association Autrement

9 rue de Metz – 21000 Dijon - 03 80 66 83 47
anorexie-boulimie@autrement.asso.fr www.autrement.asso.fr

◆ Association réseau des thérapies des troubles alimentaires

Service de psychiatrie 2-Hôpital universitaire
1 place de l'Hôpital 67091 Strasbourg

◆ Partage et Écoute TCA

CRIJ 6 rue Lamartine – 80000 Amiens
Tél : 06 87 97 17 07 E-mail : partageecoute@enfine.com

◆ Association Céline

8 rue des Fabriques – 54000 Nancy
www.associationceline.org

04- SUD-EST

◆ **Association de familles d'anorexiques et boulimiques (AFAB)**

Maison des Associations, 4 rue André Malraux – 42000 Saint-Étienne - 06 84 78 13 84
afab42@msn.com

◆ **Association les Amis des Malades pour l'Enseignement (AAME)**

105 rue de Crequi – 69006 Lyon - 04 78 24 18 18
a.a.m.e@wanadoo.fr www.aame-asso.fr

◆ **Anorexie, Boulimie Aide et Soutien (ABAS)**

19 rue de la Tour du Guet - 66100 Perpignan
06.34.29.04.57
abasperpignan@live.fr site Internet : <http://abas-perpignan.midiblog.com>

◆ **L'association l'ACT, redonnons du sens au comportement alimentaire**

1570, boulevard du Président Salvador Allende – 30000 Nîmes
www.sudtca.fr

◆ **Association Cœur au ventre**

Maison de la vie associative BP 64 – 13718 Allauch tel : 06 11 60 25 31
www.coeur-au-ventre.com

05- SUD-OUEST

◆ **Partage et Ecoute TCA**

Salle des 3 Cagneaux 1 place Jacques-Deliniers - 79000 Niort - Tel : 05 46 66 36 53
partageecoute@enfine.com

◆ **Institut des conduites alimentaires (ICA)**

44 avenue Montesquieu – 33700 Mérignac - 06 68 00 43 14
ical33@gmail.com www.ical33.com

◆ **Anorexie Boulimie Midi-Pyrénées**

Communauté municipale de santé - 2 rue Malbec – 31000 Toulouse – 05 61 57 91 02
abmp31@yahoo.fr

◆ **Réseau d'entraide dans un centre d'initiatives pour femmes (RECIFS)**

6 passage de Vérone – 31500 Toulouse - 05 34 25 85 62
recifs@free.fr www.recifs.free.fr

Annexe 4. Exemple de réseau de santé

Le réseau Dabanta est un réseau de santé financé par le FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). Il permet depuis 2005 à tous les patients anorexiques du territoire de santé de Bayonne de bénéficier rapidement de soins ambulatoires, pluridisciplinaires et concertés (psychothérapie, thérapie familiale, groupe de parole, approches corporelles, TCC, repas thérapeutiques...). Les patients présentant une boulimie ou une hyperphagie incontrôlée peuvent bénéficier également de ce type de prise en charge, y compris à l'âge adulte, ce qui permet un suivi sur plusieurs années quand cela est nécessaire. Des réunions ainsi qu'une évaluation clinique viennent ponctuer régulièrement le suivi avec tous les soignants, et en particulier le médecin généraliste, et permettent d'adapter la prise en charge.

Annexe 5. Aspects juridiques concernant l'information sur le soin, le refus de soin opposé par le patient, et la situation d'urgence

Me Véronique RACHET-DARFEUILLE

Docteur en droit

Avocat au Barreau de Nantes

À l'issue de la réunion du 15 septembre 2009, les attentes exprimées par les différents groupes de travail se sont principalement centrées sur l'information sur le soin, sur le refus de soin opposé par le patient ainsi que sur le régime juridique de la situation d'urgence.

I/ Information sur les soins

Le texte juridique applicable est issu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité des soins, intégré au Code de la santé publique à l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique (CSP) :

*« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, **traitements** ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »*

Autre texte de référence : art. R. 4127-35 du CSP (code de déontologie médicale) :

*« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, **une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.** Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »*

L'une des questions propres à la prise en charge de l'anorexie mentale est l'information sur les « contrats thérapeutiques » impliquant la séparation du patient d'avec sa famille ou ses proches. Au-delà des questionnements éthique et déontologique sur le recours à la séparation du patient d'avec sa famille, quelle qualification juridique cette pratique peut-elle entraîner et quelle information doit-elle susciter ?

1) Le « contrat thérapeutique » peut-il être juridiquement qualifié ?

Le droit n'est pas compétent pour juger de la pertinence scientifique du recours au « contrat thérapeutique ». Tout au plus, le juge, si l'utilisation de ce « contrat » devait être contestée par un patient ou sa famille, pourra-t-il constater s'il fait partie ou non des « données acquises de la science ». À ce sujet, il m'a été indiqué qu'il n'existerait pas de consensus sur la pratique du « contrat » thérapeutique bien qu'elle soit assez largement appliquée et qu'il s'agirait d'une pratique essentiellement française.

Le droit est en revanche compétent pour examiner les conditions dans lesquelles le consentement du patient à ce « contrat thérapeutique » a été donné c'est-à-dire d'une part si l'information a bien été donnée et d'autre part si le consentement est bien exempt de tout vice.

Le « contrat thérapeutique » entre à l'évidence dans la catégorie juridique d'un soin ou d'un traitement.

Il faut donc se poser la question du caractère excessif ou non de l'obligation qui est faite au patient de se séparer de sa famille jusqu'à qu'il atteigne tel ou tel poids.

Formellement, ce « contrat » (on peut discuter de l'emploi de ce terme qui en droit désigne une situation d'engagements le plus souvent réciproques, lesquels ont toujours force de loi entre les parties et qui de ce fait peut provoquer une exécution forcée en cas de violation, ce qui n'est certainement pas comparable au « contrat thérapeutique ») évoque un risque d'atteinte aux

libertés individuelles (NOTA : en droit français, seul le juge dispose de l'autorité et de la compétence juridique nécessaire pour prononcer une atteinte aux libertés individuelles).

D'ailleurs, l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme a consacré l'existence d'un « droit à la vie de famille ». A ma connaissance, il n'existerait pas d'application jurisprudentielle de cet article à des pratiques thérapeutiques mais le libellé du texte de la CEDH n'exclut pas que cette application soit possible.

Ce risque d'atteinte à une liberté individuelle indique que le caractère proportionné de la mesure d'éloignement à l'état de santé du patient sera évalué en cas de difficultés survenant à l'occasion de l'application du « contrat de soins ».

L'application de cette contrainte particulière requiert qu'une attention accrue soit accordée au consentement donné par le patient, lequel doit, préalablement au soin, recevoir toute l'information qui lui permettra de donner un consentement libre et éclairé, condition indispensable à la validité juridique du soin.

2) *L'information relative au « contrat thérapeutique »*

2.1 *L'obligation d'information*

La qualification de soins appliquée au « contrat thérapeutique » impose au praticien la transmission d'une information loyale (non mensongère et exempte de pressions), claire (délivrée en des termes courants et facilement compréhensibles par le patient) et appropriée (adaptée au niveau de compréhension du patient) sauf en situation d'urgence.

De prime abord, il semble que ce soit la loyauté de l'information sur le contrat thérapeutique qui soit la plus problématique à respecter compte tenu de l'attitude de déni de la plupart des patients souffrant d'anorexie mentale et de la nécessité de leur hospitalisation lorsque leur maladie a atteint un certain stade. Si le code de déontologie médicale commenté dans sa version éditée en 2001 exclut formellement le mensonge et la tromperie, l'effort de persuasion du médecin ne lui est pas reproché du moment qu'il ne mobilise pas des pressions excessives.

L'objectif de cette information est de s'assurer que le patient, une fois informé, peut donner un consentement aux soins en toute connaissance de cause. La prise en charge d'un patient dans le cadre d'un contrat thérapeutique impliquant certaines contraintes susceptibles d'être interprétées comme une atteinte aux libertés individuelles, la traçabilité de cette information paraît indispensable.

L'obligation d'information ne souffre aucune exception sauf si le patient est dans une situation d'urgence.

2.2 *L'exception de l'urgence*

En effet, seule la situation d'urgence, lorsque le patient est « **hors d'état d'exprimer sa volonté** », (les conditions sont cumulatives) peut dispenser le professionnel de santé de l'obligation d'information (art. L. 1111-2 al. 2 du CSP) voire même de recueil du consentement du patient.

La situation d'urgence est considérée comme une exception au droit commun du droit médical lequel requiert l'existence du consentement du patient pour que l'acte médical soit valable. Dans la situation d'urgence, on considère que le devoir d'assistance du médecin l'emporte sur l'intérêt individuel du patient à voir sa volonté respectée. Reste que la situation d'urgence, du fait de son statut dérogatoire, est entendue de manière particulièrement restrictive par la jurisprudence et que la loi ne prévoit que l'on puisse se passer du consentement que dans l'hypothèse où **non seulement la personne court un péril imminent mais aussi qu'elle est hors d'état d'exprimer sa volonté**.

On comprend que la situation d'urgence désigne un état de crise par définition transitoire, état au cours duquel le patient risque sa vie ou une altération grave de son état de santé. Dès cette courte période de crise passée, il n'est plus possible d'intervenir sans recueillir le consentement du patient (à moins qu'un régime de HO ou de HDT ait été mis en place).

La notion de « personne hors d'état d'exprimer sa volonté » est plus malaisée à saisir. La loi a volontairement utilisé une expression large destinée à s'appliquer aussi bien à la personne inconsciente (victime d'un malaise, dans le coma, etc.) qu'à celle dont l'état mental l'empêche d'exprimer une volonté. La doctrine s'accorde à penser qu'une personne victime d'un trouble mental peut entrer dans cette catégorie de personnes, à condition que le trouble mental empêche l'expression de la volonté.

II/ Information et refus de soins

A l'évidence, « le contrat thérapeutique » ne peut être appliqué si le patient le refuse, même et y compris si ce contrat offre au patient de fortes chances d'améliorer son état de santé. L'information donnée en cas de refus a pour but de donner au patient tous les éléments dont il a besoin pour connaître les risques auxquels il s'expose en refusant. La délivrance de cette information spécifique permet aussi de montrer que l'abstention thérapeutique résulte du patient et non d'une négligence des soignants, susceptible, elle, de recevoir une qualification pénale de non-assistance à personne en péril.

1) L'information sur le refus

Le refus de soins a été explicité par la loi du 4 mars 2002 et inséré à l'article L. 1111-4 du CSP :

*« le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. **Si la volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical (...)** Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »*

Ce texte a durci l'état du droit sur le refus de soins qui désormais semble revêtir un caractère impératif (on peut y voir une manifestation du concept d'autonomie du patient qui place le consentement et donc son corollaire, le refus, au centre du dispositif légal).

Le rôle juridique du médecin confronté à un refus de soins est de tenter de convaincre le patient de renoncer à son refus (obligation de moyen et non de résultat). Cet effort de persuasion se concrétise par une information réitérée donnée au patient sur les risques qu'il court à refuser les soins proposés. Si malgré cette information renforcée, le patient maintient son refus, la rédaction de la loi ne semble laisser aucune possibilité au médecin pour intervenir sans consentement.

Cependant, la jurisprudence antérieure à la loi acceptait, en cas de péril imminent couru par le patient, que le médecin puisse passer outre son refus. Or, un arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 16 août 2002, donc après la promulgation de la loi, semble maintenir cette possibilité. Rendu néanmoins à propos d'une patiente témoin de Jehovah, il convient de ne pas le considérer comme un arrêt de principe mais comme une décision d'espèce dont la solution n'a pas nécessairement vocation à s'appliquer de manière générale.

Les faits sont les suivants : victime d'une fracture de la jambe, une patiente, témoin de Jehovah, est hospitalisée le 28 juillet 2002 à l'hôpital de Saint-Étienne. Elle exprime alors oralement et par écrit, son refus exprès de transfusion sanguine, quelles que soient les circonstances. Néanmoins, les médecins, estimant que le recours à la transfusion s'impose pour sauvegarder sa vie, pratiquent une transfusion le 5 août, et la sauvent. Le 7 août, la patiente et sa sœur, désignée par elle comme personne de confiance, demandent au juge des référés (juge de l'urgence) du tribunal administratif de Lyon d'ordonner à l'hôpital de ne plus procéder et ce en aucun cas à une transfusion sanguine.

Par une décision du 9 août suivant, le juge rappelle que le droit d'accepter ou de refuser tout acte médical ou traitement constitue une liberté fondamentale, au même titre que la liberté de conscience et de religion.

Par ailleurs, le Tribunal rappelle qu'il incombe au médecin d'apprécier au cas par cas comment concilier son devoir de sauvegarder la vie du malade et celle de respecter la volonté de ce dernier.

Le Tribunal fait ainsi référence à la situation de péril imminent pour le patient : le médecin peut être amené, sans commettre de faute, à choisir, dans le seul but de tenter de le sauver, d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état.

Or, au moment où le juge administratif est saisi l'état de la patiente ne relève pas d'une situation d'urgence. De ce fait, le juge enjoint aux médecins de ne pas pratiquer de transfusion.

Cependant, il prend la précaution de préciser que cette injonction cessera de s'appliquer si la patiente se trouvait *dans une situation extrême mettant en jeu un pronostic vital*, qu'il appartiendra au médecin d'apprécier.

Compte tenu de cette réserve posée par le Tribunal, la patiente fait appel de cette ordonnance devant le Conseil d'Etat qui rendit la décision du 16 août 2002 pré-citée en ces termes (Conseil d'État, 16 août 2002, Mme Z... c/Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne) :

« Le droit du patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale. Toutefois, il n'y a pas d'atteinte grave et manifestement illégale à cette liberté quand les médecins, **après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état.** »

En d'autres termes trois conditions sont posées par le Conseil d'État pour permettre à un médecin d'intervenir même en cas de refus du patient : une situation d'urgence vitale, une réaction médicale proportionnée au risque couru par le patient, l'immédiateté du risque couru. On ne saurait cependant que trop rappeler que cette décision reste isolée et qu'elle est rendue à propos d'un cas d'espèce dont ne peut tirer un principe général.

2) Refus de soins et non-assistance à personne en péril

De façon à ne pas encourir le risque de poursuites pénales sur le fondement de la non-assistance à personne en péril, il convient de se ménager la preuve que l'information sur les risques courus du fait du refus de soins a bien été délivrée et réitérée (d'où l'importance de la mention au dossier médical du refus, des conditions dans lesquelles il a été donné, des médecins qui ont délivré l'information sur les risques, etc.).

En effet la délivrance de l'information permet de montrer que le patient, s'il devait subir un dommage du fait d'un refus de soins, n'a pas été victime d'une indifférence coupable des soignants à son égard mais que ce dommage résulte d'une décision qui lui est propre.

La non-assistance à personne en péril est définie à l'article 223-6 du Code pénal :

« *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.*

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Ce délit sanctionne l'**indifférence au sort d'autrui** puisque le défaut d'assistance résulte d'une **abstention voulue** face au péril auquel a été exposé autrui. Quel est le péril visé par le texte pénal et quelle réaction de la part de celui qui peut porter assistance est exigée par le texte ?

La notion de péril n'étant pas définie par la loi, elle a été progressivement dégagée par la doctrine et la jurisprudence. Ainsi le péril doit être grave en ce sens qu'il doit représenter un danger pour la vie, la santé ou l'intégrité physique d'une personne. La nature et l'origine du danger sont sans incidence : peu importe que le péril provienne d'un délit, d'une cause naturelle ou accidentelle voire même que la victime du péril en soit responsable.

La jurisprudence précise que le péril doit être imminent, constant et de nature à nécessiter une intervention immédiate. Enfin, le danger doit être soudain et imprévisible.

La non-assistance à personne en péril étant un délit intentionnel, le refus d'agir suppose la connaissance du péril. La connaissance du danger par le professionnel de santé peut être directe ou indirecte ou simplement revêtir l'apparence du danger.

Le délit de non-assistance à personne en péril **ne peut exister que lorsque l'assistance est possible**. L'assistance peut prendre deux formes : elle peut être personnelle, mais elle peut aussi consister à provoquer des secours lorsque l'intéressé n'est pas en mesure d'agir personnellement. Néanmoins, le médecin ne peut se décharger de son devoir de porter secours sur un tiers que s'il n'a pas les aptitudes nécessaires ou s'il ne dispose pas sur place des moyens appropriés. Ainsi, le fait d'organiser l'évacuation d'un patient en danger par les services de secours (SAMU, pompiers) suffit pour éviter le reproche de non-assistance à personne en danger.

Bien que l'obligation d'assistance ne soit qu'une obligation de moyens, l'intervention doit être adaptée à la situation. La loi, sans exiger un résultat, impose une obligation d'assistance appropriée, à savoir utile et suffisante, de sorte que l'impossibilité matérielle d'agir peut justifier la non-intervention.

Références bibliographiques

1. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry* 2002;159(3):394-400.
2. Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2007;45(8):1705-15.
3. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2009;42(7):581-9.
4. Russell GF, Treasure J. The modern history of anorexia nervosa. An interpretation of why the illness has changed. *Ann N Y Acad Sci* 1989;575:13-27; discussion -30.
5. Birmingham CL, Touyz S, Harbottle J. Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the 'transdiagnostic' theory of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17(1):2-13.
6. Walsh BT, Sysko R. Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): an alternative system for classification. *Int J Eat Disord* 2009;42(8):754-64.
7. Wade TD, Bergin JL, Martin NG, Gillespie NA, Fairburn CG. A transdiagnostic approach to understanding eating disorders. *J Nerv Ment Dis* 2006;194(7):510-7.
8. Waller G. A 'trans-transdiagnostic' model of the eating disorders: a new way to open the egg? *Eur Eat Disord Rev* 2008;16(3):165-72.
9. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry* 2009;166(3):311-9.
10. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-58.
11. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344(26):2021-5.
12. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158(9):1461-6.
13. Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One* 2009;4(2):e4402.
14. Strober M, Freeman R, Morrell W. Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *Int J Eat Disord* 1999;25(2):135-42.
15. Wolk SL, Loeb KL, Walsh BT. Assessment of patients with anorexia nervosa: interview versus self-report. *Int J Eat Disord* 2005;37(2):92-9.
16. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of patients with eating disorders - third edition. *Am J Psychiatry* 2006;163(7 Suppl):4-54.
17. Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(2):121-8.
18. King MB. Eating disorders in general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;293(6559):1412-4.
19. King MB. Eating disorders in general practice. *J R Soc Med* 1990;83(4):229-32.
20. Meadows GN, Palmer RL, Newball EU, Kenrick JM. Eating attitudes and disorder in young women: a general practice based survey. *Psychol Med* 1986;16(2):351-7.
21. Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med* 1996;11(1):9-15.
22. National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: NICE; January 2004.
23. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997;22(1):89-93.
24. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Étude nationale nutrition santé - Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé: Institut de

veille sanitaire; 2007. Disponible sur www.invs.sante.fr

25. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335(7612):194.

26. Ledoux S, Choquet M, Flament M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *International Journal of Eating Disorders* 1991;10(1):81-9.

27. Scoffier S, Maiano C, d'Arripe-Longueville F. The effects of social relationships and acceptance on disturbed eating attitudes in elite adolescent female athletes: The mediating role of physical self-perceptions. *Int J Eat Disord* 2009;43(1):65-71.

28. Greenleaf C, Petrie TA, Carter J, Reel JJ. Female collegiate athletes: prevalence of eating disorders and disordered eating behaviors. *J Am Coll Health* 2009;57(5):489-95.

29. Resch M, Haasz P. The first epidemiologic survey among Hungarian elite athletes: eating disorders, depression and risk factors. *Orv Hetil* 2009;150(1):35-40.

30. Pernick Y, Nichols JF, Rauh MJ, Kern M, Ji M, Lawson MJ, et al. Disordered eating among a multi-racial/ethnic sample of female high-school athletes. *J Adolesc Health* 2006;38(6):689-95.

31. Torstveit MK, Rosenvinge JH, Sundgot-Borgen J. Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scand J Med Sci Sports* 2008;18(1):108-18.

32. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):389-94.

33. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007;164(8):1259-65.

34. Lucas AR, Crowson CS, O'Fallon WM, Melton LJ 3rd. The ups and downs of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1999;26(4):397-405.

35. van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2006;189:562-3.

36. van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006;39(7):565-9.

37. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *Br J Psychiatry* 1996;169(6):705-12.

38. Rousseau A, Knotter A, Barbe P, Raich R, Chabrol H. Etude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *Encephale* 2005;31(2):162-73.

39. Rodin J, Silberstein L, Striegel-Moore R. Women and weight: a normative discontent. *Nebr Symp Motiv* 1984;32:267-307.

40. Steinhausen HC, Rauss-Mason C, Seidel R. Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychol Med* 1991;21(2):447-54.

41. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1433-5.

42. van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *International Journal of Eating Disorders* 2010;43:130-8.

43. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis: HAS; septembre 2005. Disponible sur www.has-sante.fr

44. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):438-43.

45. Golden NH. Variability in admission practices for teens hospitalized with anorexia nervosa: a call for evidence-based outcome studies. *J Adolesc Health* 2008;43(5):417-8.

46. Norre J, Vandereycken W, Gordts S. The management of eating disorders in a fertility clinic: clinical guidelines. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;22(2):77-81.

47. Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril* 2010;93(1):72-8.
48. Lamas C. Troubles des conduites alimentaires et maternité-infertilité. *Rev Prat* 2008;58(2):147-8.
49. Wiksten-Almstromer M, Hirschberg AL, Hagenfeldt K. Reduced bone mineral density in adult women diagnosed with menstrual disorders during adolescence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(5):543-9.
50. Keski-Rahkonen A, Sihvola E, Raevuori A, Kaukoranta J, Bulik CM, Hoek HW, et al. Reliability of self-reported eating disorders: Optimizing population screening. *Int J Eat Disord* 2006;39(8):754-62.
51. Doyen C, Asch M. Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et du préadolescent. *Rev Prat* 2008;58(2):173-6.
52. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319(7223):1467-8.
53. Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ* 2002;325(7367):755-6.
54. Perry L, Morgan J, Reid F, Brunton J, O'Brien A, Luck A, et al. Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *Int J Eat Disord* 2002;32(4):466-72.
55. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World Journal of Biological Psychiatry* 2010;11(7):888-93.
56. Cotton MA, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen Intern Med* 2003;18(1):53-6.
57. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord* 2010;43(4):344-51.
58. Johnston O, Fornai G, Cabrini S, Kendrick T. Feasibility and acceptability of screening for eating disorders in primary care. *Fam Pract* 2007;24(5):511-7.
59. Inserm. Troubles des conduites alimentaires. Dans: *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective.* Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2002.
60. Apfeldorfer G, Zermati J. Traitement de la restriction cognitive : est-ce si simple ? *Obésité* 2009;4:91-6.
61. Diasio N, Hubert A, Pardo V. Alimentations adolescentes en France : principaux résultats d'AlimAdos. *Les cahiers de l'OCHA*; 2009.
62. Langmesser L, Verscheure S. Are eating disorder prevention programs effective. *J Athl Train* 2009;44(3):304-5.
63. Gadalla T, Piran N. Psychiatric comorbidity in women with disordered eating behavior: a national study. *Women Health* 2008;48(4):467-84.
64. Gravener JA, Haedt AA, Heatherton TF, Keel PK. Gender and age differences in associations between peer dieting and drive for thinness. *Int J Eat Disord* 2008;41(1):57-63.
65. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Males with anorexia nervosa: a controlled study of eating disorders in first-degree relatives. *Int J Eat Disord* 2001;29(3):263-9.
66. Chambry J, Agman G. L'anorexie mentale masculine à l'adolescence. Paris: PUF; 2006.
67. Chambry J, Corcos M, Guilbaud O, Jeammet P. L'anorexie mentale masculine: réalités et perspectives. *Ann Med Interne (Paris)* 2002;153(3 Suppl):1S61-7.
68. Grall-Bronnec M, Guillou-Landréat M, Venisse JL. Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale. *Nutrition clinique et métabolisme* 2007;21(4):151-4.
69. Steiger H. Anorexia nervosa and bulimia in males: lesson from a low-risk population. *Can J Psychiatry* 1989;34:267-307.
70. Beals KA, Manore MM. The prevalence and consequences of subclinical eating disorders in female athletes. *Int J Sport Nutr* 1994;4(2):175-95.
71. Pope HG Jr, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Compr Psychiatry*. 1993;34(6):406-9.

72. Charoy C. L'anorexie mentale masculine : une anorexie comme les autres ? Th Méd: Nantes; 2008.
73. Cole JC, Smith R, Halford JC, Wagstaff GF. A preliminary investigation into the relationship between anabolic-androgenic steroid use and the symptoms of reverse anorexia in both current and ex-users. *Psychopharmacology (Berl)* 2003;166(4):424-9.
74. Arthuis M, Duché DJ. Diagnostic et traitement des troubles des conduites alimentaires des adolescents : anorexie mentale et boulimie nerveuse. Paris: Académie nationale de médecine; 2002.
75. Trabacchi G. Les troubles du comportement alimentaire. *Soins* 2005(694 Pt 1):31.
76. Treasure J, Schmidt U. Anorexia nervosa. *BMJ Clin Evid* 2008;01:1011.
77. Léonard T, Foulon C, Guelfi JD. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *Psychiatrie* 2005;37:105-10.
78. Vandereycken W, Van Humbeeck I. Denial and concealment of eating disorders: a retrospective survey. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16(2):109-14.
79. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38:659-70.
80. Vandereycken W. Denial of Illness in Anorexia Nervosa- A Conceptual Review: Part 1: Diagnostic, Significance and Assessment. And Part 2: Different Forms and Meanings. *European R of Eat Disorders* 2006 14:341- 68.
81. Kreitler S, Bachar E, Canetti L, Berry E, Bonne O. The cognitive-orientation theory of anorexia nervosa. *J Clin Psychol* 2003;59(6):651-71.
82. Vandereycken W. Denail of illness. A concept in search of refinement. *Advances in psychological Research* 2005;37:63-95.
83. Vitousek K, Daly J, Heiser C. Reconstructing the internal world of the eating disordered individual: Overcoming denial and distortion in self-report. *Int J Eat Disorders* 1991;10:647-66.
84. Viglione V, Muratori F, Maestro S, Brunori E, Picchi L. Denial of symptoms and psychopathology in adolescent anorexia nervosa. *Psychopathology* 2006;39(5):255-60.
85. Guarda AS. Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. *Physiol Behav* 2008;94(1):113-20.
86. Halmi KA, Agras WS, Crow S, Mitchell J, Wilson GT, Bryson SW, et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(7):776-81.
87. Becker AE, Eddy KT, Perloe A. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *Int J Eat Disord* 2009;42(7):611-9.
88. Higbed L, Fox JR. Illness perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation. *Br J Clin Psychol* 2010;49(3):307-25.
89. Brusset B. Psychopathologie de l'anorexie mentale. Paris: Dunod; 1998.
90. Bruch H. Les yeux et le ventre : l'obèses, l'anorexique et moi dedans. Paris: Payot; 1975.
91. Kestemberg E, Kestemberg J, Decobert S. La faim et le corps : une étude psychanalytique de l'anorexie mentale. Paris: PUF; 2005.
92. Corcos M, Atger F, Jeammet P. Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. *Annales Méd Psychol* 2003 161: 621-9.
93. Corcos M, Agman G, Bochereau D, Chambry J, Jeammet P. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Encycl Med Chir, Psychiatrie* 2002;37.
94. Corcos M, Jeammet P. Eating disorders: psychodynamic approach and therapeutic attitudes. In: Devito JT, editor. *Focus on Depression Research*. New-York: Nova Sciences Publisher; 2005. p. 97-123.
95. Jeammet P. Anorexie boulimie : les paradoxes de l'adolescence. Paris: Hachette; 2004.
96. Vénisse J, Grall-Bronnec M. Repères pour la prise en charge des conduites de dépendance du sujet jeune. In: Reynaud M, editor. *Traité d'addictologie. Les addictions : approches thérapeutiques*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2006. p. 219-22.

97. Corcos M. Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale, une passivité créatrice : ceci n'est pas une femme. *Évol Psychiatr* 2003;68(2):233-47.
98. Marinov V. L'anorexie, une étrange violence. Paris: PUF; 2008.
99. Vénisse JL, Chupin M, Sarantoglou Y. L'anorexie mentale. Paris: PUF; 1983.
100. Jeammet P, Corcos M. Évolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements. 2001.
101. Askenasy F. Expérience de vie séparée sans rupture pour l'anorexique. *Neuro Enf et Ado* 2009;57(3):240-4.
102. Drieu D, Genvresse P. Anorexie mentale et problématique familiale *Évol Psychiatr* 2003;68:249-59.
103. Dodin V, Testard L. Comprendre l'anorexie. 2004.
104. Tacconi S, Pompei MG. L'anorexie comme défense contre un traumatisme familial. *Groupal 7 : Anorexie et boulimie* 2000:152-60.
105. Combe C. Soigner l'anorexie. 1^{re} éd. Paris: Dunod; 2002.
106. Combe C. Soigner l'anorexie. 2^e éd. Paris: Dunod; 2009.
107. Ward A, Brown N, Treasure J. Persistent osteopenia after recovery from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997;22(1):71-5.
108. Bell L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eat Weight Disord* 2003;8(3):181-7.
109. Marmar CR, Weiss DS, Gaston L. Toward the validation of the Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;1:46-52.
110. Lask B, Frampton I. Anorexia nervosa-irony, misnomer and paradox. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17(3):165-8.
111. Zaitsoff SL, Taylor A. Factors related to motivation for change in adolescents with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17(3):227-33.
112. Vénisse JL. Les traitements de l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1993;41(5-6):351-5.
113. Prochaska JO, DiClemente CC, Carlo C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-87.
114. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47(9):1102-14.
115. Treasure J, Ward A. Cognitive analytical therapy (CAT) in eating disorder. *Clinical psychology and psychotherapy* 1997;4:71-5.
116. Rieger E, Touyz S, Schotte D, Beumont P, Russell J, Clarke S, et al. Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000;28(4):387-96.
117. Rieger E, Touyz SW, Beumont PJ. The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): information regarding its psychometric properties. *Int J Eat Disord* 2002;32(1):24-38.
118. Geller J, Cockell SJ, Drab DL. Assessing readiness for change in the eating disorders: the psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychol Assess* 2001;13(2):189-98.
119. Jordan PJ, Redding CA, Troop NA, Treasure J, Serpell L. Developing a stage of change measure for assessing recovery from anorexia nervosa. *Eat Behav* 2003;3(4):365-85.
120. Geller J. Estimating readiness for change in anorexia nervosa: comparing clients, clinicians, and research assessors. *Int J Eat Disord* 2002;31(3):251-60.
121. Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, Ben-Tovim D, Yong PY. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(4):CD003909.
122. Godart N, Lyon I, Perdureau F, Corcos M. Prise en charge des troubles des conduites alimentaires chez les adolescentes. *Rev Prat* 2008;58(2):177-82.
123. Lock J, Fitzpatrick KK. Anorexia nervosa. *Clin Evid (Online)* 2009;pii: 1011.

124. Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D, et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991;159:325-33.
125. Gowers SG, Weetman J, Shore A, Hossain F, Elvins R. Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 2000;176:138-41.
126. Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007;191:427-35.
127. Byford S, Barrett B, Roberts C, Clark A, Edwards V, Smethurst N, et al. Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents. *Br J Psychiatry* 2007;191:436-40.
128. Kong S. Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2005;51(1):5-14.
129. Meguerditchian C, Samuelian-Massat C, Valéro R, Begu-Le Corroller A, Fromont I, Mancini J, et al. Inpatient treatment and anorexia nervosa outcomes. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism* 2010;5(1):e40-e44.
130. Steinhausen HC, Grigoriu-Serbanescu M, Boyadjieva S, Neumarker KJ, Winkler Metzke C. Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study. *Int J Eat Disord* 2008;41(1):29-36.
131. Gowers S, Bryant-Waugh R. Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45(1):63-83.
132. Ebeling H, Tapanainen P, Joutsenoja A, Koskinen M, Morin-Papunen L, Jarvi L, et al. A practice guideline for treatment of eating disorders in children and adolescents. *Ann Med* 2003;35(7):488-501.
133. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Schebendach J, et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adolesc Health* 1995;16(6):420-37.
134. de Tournemire R, Ennil A, Autret D, Harat O. Nutrition assistée chez l'adolescente anorexique. *Soins* 2005(694 Pt 1):45-7.
135. Herpertz-Dahlmann B, Salbach-Andrae H. Overview of Treatment Modalities in Adolescent Anorexia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18(1):131-45.
136. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc* 2006;106(12):2073-82.
137. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics* 2003;111(1):204-11.
138. Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, Lohr KN, Sedway JA, Rooks A, et al. Management of eating disorders. Evidence Report/Technology Assessment No.135 (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No.06-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2006.
139. Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J, et al. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2003;33(6):496-503.
140. Gicquel L, Pham-Scottez A, Corcos M. Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte. *Rev Prat* 2008;58(12):1373-83.
141. Rome ES, Ammerman S, Rosen DS, Keller RJ, Lock J, Mammel KA, et al. Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics* 2003;111(1):e98-108.
142. Doyen C, Cook-Darzens S. Anorexie, boulimie : vous pouvez aider votre enfant. Des moyens d'agir dès l'âge de 8 ans. Paris: InterEditions; 2004.
143. Yon L, Doyen C, Asch M, Cook-Darzens S, Mouren MC. Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeune en unité d'hospitalisation spécialisée : recommandations et modalités pratiques. *Arch Péd* 2009;16(11):1491-8.
144. Yager J, Andersen AE. Clinical practice. Anorexia nervosa. *N Engl J Med* 2005;353(14):1481-8.
145. Attia E, Walsh BT. Anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2007;164(12):1805-10.
146. Schaffner AD, Buchanan LP. Integrating evidence-based treatments with individual needs

- in an outpatient facility for eating disorders. *Eat Disord* 2008;16(5):378-92.
147. Halmi KA. Treatment of anorexia nervosa. In: Wonderlich S, Mitchell JR, de Zwaan M, Steiger H, editors. *Annual review of eating disorders*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2006. p. 157-67.
148. Godart N, Atger F, Perdereau F, Agman G, Rein Z, Corcos M, et al. Treatment of adolescent patients with eating disorders: description of a psychodynamic approach in clinical practice. *Eat Weight Disord* 2004;9(3):224-7.
149. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2008;77(2):187-95.
150. Royal College of Psychiatrists. *Eating disorders in the UK: policies for service development and training*. 2000.
151. Lask B, Bryant-Waugh R. *Eating disorders in Childhood and Adolescence*. 3rd ed. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group; 2007.
152. Arcelus J, Bouman WP, Morgan JF. Treating young people with eating disorders: transition from child mental health to specialist adult eating disorder services. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16(1):30-6.
153. Alvin P. *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. Paris: Doin; 2001.
154. Royal College of Psychiatrists. *Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa*. London: Royal College of Psychiatrists; 2004.
155. Vénisse JL. Pertinence du concept d'addiction dans les troubles du comportement alimentaire. In: Reynaud M, editor. *Traité d'addictologie*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2006. p. 650-4.
156. Godart N, Perdereau F, Jeammet P. Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte. *Rev Prat* 2005;55(5):533-40.
157. Comerci GD. Eating disorders in adolescents. *Pediatr Rev* 1988;10(2):37-47.
158. Société canadienne de pédiatrie. *Les troubles de l'alimentation chez les adolescents : les principes de diagnostic et de traitement*. *Paediatr Child Health* 1998;3(3):193-6.
159. Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27(5):541-3.
160. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12(4):871-8.
161. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983;2(2):15-34.
162. Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *Br J Psychiatry* 1988;152:367-71.
163. Martin A, Azaïs-Braesco V, Bresson JL, Couet C, Cynober L, Guéguen L, et al. *Apports nutritionnels conseillés pour la population française*. AFSSA (CNERNA-CNRS) ed. Paris: éditions Tec & Doc; 2001.
164. Black AE, Coward WA, Cole TJ, Prentice AM. Human energy expenditure in affluent societies: an analysis of 574 doubly-labelled water measurements. *Eur J Clin Nutr* 1996;50(2):72-92.
165. *Besoins énergétiques et besoins en protéines. Rapport d'une consultation conjointe d'experts, FAO/OMS/UNU; série de rapports techniques, N°724*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1986.
166. Henry CJ, Dyer S, Ghossein-Choueiri A. New equations to estimate basal metabolic rate in children aged 10-15 years. *Eur J Clin Nutr* 1999;53(2):134-42.
167. Attia E, Walsh BT. Behavioral management for anorexia nervosa. *N Engl J Med* 2009;360(5):500-6.
168. Nicolas I. Évolution et complications à long terme des troubles des conduites alimentaires. *Rev Prat* 2008;58(2):151-5.
169. Roze C, Doyen C, Le Heuzey MF, Armoogum P, Mouren MC, Leger J. Predictors of late menarche and adult height in children with anorexia nervosa. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2007;67(3):462-7.
170. Sterling WM, Golden NH, Jacobson MS, Ornstein RM, Hertz SM. Metabolic assessment of menstruating and nonmenstruating normal weight adolescents. *Int J Eat Disord* 2009;42(7):658-63.

171. Wiksten-Almstromer M, Hirschberg AL, Hagenfeldt K. Prospective follow-up of menstrual disorders in adolescence and prognostic factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(11):1162-8.
172. Usdan LS, Khaodhiar L, Apovian CM. The endocrinopathies of anorexia nervosa. *Endocr Pract* 2008;14(8):1055-63.
173. Wiksten-Almstromer M, Hirschberg AL, Hagenfeldt K. Menstrual disorders and associated factors among adolescent girls visiting a youth clinic. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(1):65-72.
174. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 1999;60(2):130-5.
175. Kohmura H, Miyake A, Aono T, Tanizawa O. Recovery of reproductive function in patients with anorexia nervosa: a 10-year follow-up study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1986;22(5-6):293-6.
176. Resch M, Nagy G, Pinter J, Szendei G, Haasz P. Eating disorders and depression in Hungarian women with menstrual disorders and infertility. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1999;20(3):152-7.
177. Stewart DE, Robinson E, Goldbloom DS, Wright C. Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163(4 Pt 1):1196-9.
178. Golden NH. Osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa. *Adolesc Med* 2003;14(1):97-108.
179. Haute Autorité de Santé. Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. Note de synthèse. Saint-Denis: HAS; juillet 2006. Disponible sur www.has-sante.fr
180. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. Recommandations. Saint-Denis: Afssaps; janvier 2006. Disponible sur www.afssaps.fr
181. Legroux-Gerot I, Vignau J, Collier F, Cortet B. Bone loss associated with anorexia nervosa. *Joint Bone Spine* 2005;72(6):489-95.
182. Schmidt U. Cognitive behavioral approaches in adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18(1):147-58.
183. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing; preparing people for change. New York: Guilford Press; 1991.
184. Perdereau F, Godart N, Kaganski I. Approche familiale et implication thérapeutique. *Annales Médico Psychologiques* 2006;161:630-3.
185. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44(12):1047-56.
186. Lock J, le Grange D, Forsberg S, Hewell K. Is family therapy useful for treating children with anorexia nervosa? Results of a case series. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(11):1323-8.
187. Le Grange D, Eisler I, Dare C, Russel G. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *Int J Eat Disorders* 1992;12(4):347-57.
188. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41(6):727-36.
189. Paulson-Karlsson G, Engstrom I, Nevenon L. A pilot study of a family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: 18- and 36-month follow-ups. *Eat Disord* 2009;17(1):72-88.
190. Gowers SG. Management of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child* 2008;93:331-4.
191. Cook-Darzens S, Doyen C, Mouren MC. Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current research evidence and its therapeutic implications. *Eat Weight Disord* 2008;13(4):157-70.
192. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005;162(4):741-7.
193. Prestano C, Lo Coco G, Gullo S, Lo Verso G. Group analytic therapy for eating disorders: preliminary results in a single-group study. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16(4):302-10.
194. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of

- out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.
195. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003;160(11):2046-9.
196. Matsumoto R, Tsuchida H, Wada Y, Yoshida T, Okamoto A, Yamashita T, et al. Video-assisted cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60(6):780.
197. Touyz SW, Williams H, Marden K, Kopec-Schrader E, Beaumont PJV. Videotape feedback of eating behaviour in patients with anorexia nervosa: Does it normalise eating behaviour? *Austr J Nurtr Dietetics* 1994;51:79-82.
198. Fichter M, Cebulla M, Quadflieg N, Naab S. Guided self-help for binge eating/purging anorexia nervosa before inpatient treatment. *Psychother Res* 2008;18(5):594-603.
199. Bloomgarden A, Calogero RM. A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eat Disord* 2008;16(5):418-27.
200. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmulker G, Le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(11):1025-30.
201. Ball J, Mitchell P. A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eat Disord* 2004;12(4):303-14.
202. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moyer AW, Tice S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15(2):111-6.
203. Robin AL, Siegel PT, Moyer AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(12):1482-9.
204. Cook-Darzens S, Doyen C. Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique : une expérience ambulatoire. In: Cook-Darzens S, editor. *Thérapies multifamiliales : des groupes comme agents thérapeutiques*. Ramonville Sainte-Agne: Erès; 2007.
205. Le Grange D, Eisler I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18(1):159-73.
206. Le Grange D, Lock J. The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005;37(2):79-91.
207. Scholz M, Rix M, Scholz K. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *J Fam Ther* 2005;27:132-41.
208. Sepulveda AR, Lopez C, Todd G, Whitaker W, Treasure J. An examination of the impact of "the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops" on the well being of carers: a pilot study. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2008;43(7):584-91.
209. Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(7):632-9.
210. Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(6):666-72.
211. Eisler I, Simic M, Russell GF, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48(6):552-60.
212. Zucker NL, Marcus M, Bulik C. A group parent-training program: a novel approach for eating disorder management. *Eat Weight Disord* 2006;11(2):78-82.
213. Wilson GT, Schlam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clin Psychol Rev* 2004;24(3):361-78.
214. Feld R, Woodside DB, Kaplan AS, Olmsted MP, Carter JC. Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: a pilot study. *Int J Eat Disord* 2001;29(4):393-400.
215. Dean HY, Touyz SW, Rieger E, Thornton CE. Group motivational enhancement therapy as an adjunct to inpatient treatment for eating disorders: a preliminary study. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16(4):256-67.
216. Crow SJ, Nyman JA. The cost-effectiveness of anorexia nervosa treatment. *Int J Eat Disord* 2004;35(2):155-60.
217. Lock J, Couturier J, Agras WS. Costs of remission and recovery using family therapy for

adolescent anorexia nervosa: a descriptive report. *Eat Disord* 2008;16(4):322-30.

218. Reinblatt SP, Redgrave GW, Guarda AS. Medication management of pediatric eating disorders. *Int Rev Psychiatry* 2008;20(2):183-8.

219. Fairburn CG. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005;37 Suppl:S26-30; discussion S41-2.

220. Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradwejn J. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2008;165(10):1281-8.

221. Court A, Mulder C, Hetrick SE, Purcell R, McGorry PD. What is the scientific evidence for the use of antipsychotic medication in anorexia nervosa? *Eat Disord* 2008;16(3):217-23.

222. Dupuis G, Venisse JL. Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence. Diagnostic, principes du traitement. *Rev Prat* 1999;49(14):1591-7.

223. Tric L, Agman G, Tran D, Godart N, Benmansour EL, Lamer C. Prise en charge de l'anorexie mentale en réanimation. *Réanimation* 2004;13:407-16.

224. Godart N, Blanchet C, Lyon I, Wallier J, Corcos M. Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence. *EMC Endocrinologie-Nutrition* 2009;[10-308-D-10].

225. Botbol M, Mammari N, Barrère Y. Institutions soins études en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. *Pédopsychiatrie* 2006;[37-218-A-15].

226. Douady D, Jeanguyot MT, Neel D, Danon-Boileau H, Brousselle A, Levy E. L'organisation des cliniques médico-psychologiques de la Fondation Santé des Étudiants de France. *Rev Neuropsychiatr Infant* 1967;15(7):505-35.

227. Tan JOA, Jones DPH. Children's consent. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:303-7.

228. Cook-Darzens S. La fratrie dans l'ombre de l'anorexie mentale. *Thérapie familiale* 2009;30(3):327-52.

229. Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B, Vloet T, Hagenah U. Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen program. *Eat Disord* 2005;13(4):381-90.

230. Uehara T, Kawashima Y, Goto M, Tasaki SI, Someya T. Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Compr Psychiatry* 2001;42(2):132-8.

231. Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 2000;45(2):173-8.

232. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, et al. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry* 2005;162(4):732-40.

233. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159(8):1284-93.

234. Peebles R, Hardy KK, Wilson JL, Lock JD. Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics* 2010;125(5):e1193-201.

235. Couturier J, Lock J. What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis. *Int J Eat Disord* 2006;39(3):175-83.

236. Clausen L. Time course of symptom remission in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2004;36(3):296-306.

237. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997;22(4):339-60.

238. Pike KM. Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery. *Clin Psychol Rev* 1998;18(4):447-75.

239. Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorder Examination (EDE, 12th ed.). In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. *Binge-eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 1993. p. 333-60.

240. Kordy H, Kramer B, Palmer RL, Papezova H, Pellet J, Richard M, et al. Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: conceptualization and illustration of a validation strategy. *J Clin Psychol* 2002;58(7):833-46.

241. Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, Selwyn SE, Ekeblad ER, Flores AT, et al. Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(7):829-37.
242. Garner DM. *Eating Disorder Inventory-2: Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources; 1991.
243. Viricel J, Bossu C, Galusca B, Kadem M, Germain N, Nicolau A, et al. Diminution de la mortalité et stabilité du taux de guérison dans le suivi de l'anorexie mentale. *Presse Méd* 2005;34(20 Pt 1):1505-10.
244. Ratnasuriya RH, Eisler I, Szmukler GI, Russell GF. Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *Br J Psychiatry* 1991;158:495-502.
245. Jeammet P, Brechon G, Payan C, Gorge A, Fermanian J. Le devenir de l'anorexie mentale : une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. *Psychiatr Infant* 1991;34(2):381-442.
246. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53.
247. Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 2009;194(1):10-7.
248. Abraham S. Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J Psychosom Res* 1998;44(3-4):491-502.
249. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, Flores AT, Nussbaum KM, Greenwood DN, et al. Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *Int J Eat Disord* 2000;27(2):140-9.
250. Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res* 1998;44(3-4):465-77.
251. Stewart DE, Raskin J, Garfinkel PE, MacDonald OL, Robinson GE. Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157(5):1194-8.
252. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77(5):611-7.
253. Rand CWS, Willis DC, Koldau JM. Pregnancy after anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1987;6:671-4.
254. Treasure JL, Russell GF. Intrauterine growth and neonatal weight gain in babies of women with anorexia nervosa. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988;296(6628):1038.
255. Powers PS. Management of patients with comorbid medical conditions. In: Garner D, Garfinkel P, editors. *Handbook of treatment for Eating Disorders*. New-York: Guilford Press; 1997. p. 424-36.
256. Bansil P, Kuklina EV, Whiteman MK, Kourtis AP, Posner SF, Johnson CH, et al. Eating disorders among delivery hospitalizations: prevalence and outcomes. *J Womens Health (Larchmt)* 2008;17(9):1523-8.
257. Mazer-Poline C, Fornari V. Anorexia nervosa and pregnancy: having a baby when you are dying to be thin-case report and proposed treatment guidelines. *Int J Eat Disord* 2009;42(4):382-4.
258. Zerbe KJ. Eating disorders in the 21st century: identification, management, and prevention in obstetrics and gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):331-43.
259. Chevalier N, Delotte J, Trastour C, Bongain A. Grossesse et anorexie mentale évolutive : une observation inhabituelle. *Gynecol Obstét Fertil* 2008;36(11):1105-8.
260. Little L, Lowkes E. Critical issues in the care of pregnant women with eating disorders and the impact on their children. *J Midwifery Womens Health* 2000;45(4):301-7.
261. Koubaa S, Hallstrom T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol* 2005;105(2):255-60.
262. Ekeus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG* 2006;113(8):925-9.
263. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(1):206-10.
264. Carmichael SL, Shaw GM, Schaffer DM, Laurent C, Selvin S. Dieting behaviors and risk of

- neural tube defects. *Am J Epidemiol* 2003;158(12):1127-31.
265. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry* 2007;190:255-9.
266. Lai BP, Tang CS, Tse WK. A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *Int J Eat Disord* 2006;39(4):303-11.
267. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MC, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord* 2006;39(3):202-11.
268. Russell GF, Treasure J, Eisler I. Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: their recognition and management. *Psychol Med* 1998;28(1):93-108.
269. Van Wezel-Meijler G, Wit JM. The offspring of mothers with anorexia nervosa: a high-risk group for undernutrition and stunting? *Eur J Pediatr* 1989;149(2):130-5.
270. Hodes M, Timimi S, Robinson P. Children of mothers with eating disorders. A preliminary study. *European Eating Disorders Review* 1997;5:1-24.
271. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord* 1999;25(3):253-62.
272. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35(4):733-48.
273. Meads C, Gold L, Burls A. How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa? A systematic review. *European Eating Disorders Review* 2001;9(4):229-41.
274. Zeeck A, Hartmann A, Wetzler-Burmeister E, Wirsching M. [Comparison of inpatient and day clinic treatment of anorexia nervosa.]. *Z Psychosom Med Psychother* 2006;52(2):190-203.
275. Zeeck A, Hartmann A, Buchholz C, Herzog T. Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111(1):29-37.
276. Lammers MW, Exterkate CC, De Jong CA. A Dutch day treatment program for anorexia and bulimia nervosa in comparison with internationally described programs. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15(2):98-111.
277. Olmsted MP, Kaplan AS, Rockert W. Relative efficacy of a 4-day versus a 5-day hospital program. *Int J Eat Disord* 2003;34(4):441-9.
278. Godart N, Perdereau F, Agman G, Jeammet P. Prise en charge thérapeutique, ambulatoire et hospitalière des TCA. *Soins* 2005(694 Pt 1):42-4.
279. Castro-Fornieles J, Casula V, Saura B, Martinez E, Lazaro L, Vila M, et al. Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2007;40(2):129-35.
280. Schwartz BI, Mansbach JM, Marion JG, Katzman DK, Forman SF. Variations in admission practices for adolescents with anorexia nervosa: a North American sample. *J Adolesc Health* 2008;43(5):425-31.
281. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005;25(7):895-916.
282. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2006;26(6):769-82.
283. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 2008;70(3):378-83.
284. Fedorowicz VJ, Falissard B, Foulon C, Dardennes R, Divac SM, Guelfi JD, et al. Factors associated with suicidal behaviors in a large French sample of inpatients with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007;40(7):589-95.
285. Foulon C, Guelfi JD, Kipman A, Ades J, Romo L, Houdeyer K, et al. Switching to the bingeing/purging subtype of anorexia nervosa is frequently associated with suicidal attempts. *Eur Psychiatry* 2007;22(8):513-9.
286. Melchior JC, Hannachi M, Crenn P. Quand et comment conduire une nutrition entérale au cours de l'anorexie mentale ? *Nutrition clinique et métabolisme* 2008;21(4):201-8.
287. Crisp AH, Callender JS, Halek C, Hsu LK. Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20-

year follow-up of the St George's and Aberdeen cohorts. *Br J Psychiatry* 1992;161:104-7.

288. McDermott B, Gullick K, Forbes D. The financial and service provision implications of a new eating disorders service in a paediatric hospital. *Aust Psychiatry* 2001;9(2):151-5.

289. Vandereycken W. The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. *Int J Eat Disord* 2003;34(4):409-22.

290. Gicquel L. Prise en charge des troubles des conduites alimentaires de l'adulte. *Rev Prat* 2008;58(2):167-71.

291. Hutter G, Ganepola S, Hofmann WK. The hematology of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009;42(4):293-300.

292. Mannucci E, Rotella F, Ricca V, Moretti S, Placidi GF, Rotella CM. Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a meta-analysis. *J Endocrinol Invest* 2005;28(5):417-9.

293. Fisher M. Treatment of eating disorders in children, adolescents, and young adults. *Pediatr Rev* 2006;27(1):5-16.

294. Roots P, Hawker J, Gowers S. The use of target weights in the inpatient treatment of adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 2006;14(5):323-8.

295. Baran SA, Weltzin TE, Kaye WH. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;152(7):1070-2.

296. Howard WT, Evans KK, Quintero-Howard CV, Bowers WA, Andersen AE. Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1999;156(11):1697-702.

297. Rigaud D. Pour ou contre l'isolement thérapeutique ? *Soins* 2005(694 Pt 1):41.

298. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P, et al. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *J Affect Disord* 2007;97(1-3):37-49.

299. Cook-Darzens S, Doyen C, Falissard B, Mouren MC. Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review* 2005;13(4):223-36.

300. Robb AS, Silber TJ, Orrell-Valente JK, Valadez-Meltzer A, Ellis N, Dadson MJ, et al. Supplemental nocturnal nasogastric refeeding for better short-term outcome in hospitalized adolescent girls with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2002;159(8):1347-53.

301. Sylvester CJ, Forman SF. Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization. *Curr Opin Pediatr* 2008;20(4):390-7.

302. Foulon C. Prise en charge nutritionnelle intégrée de l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2007;21(4):185-9.

303. Godart N, Perdereau F, Gales O, Agman G, Deborde AS, Jeammet P. Le contrat de poids lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale. *Arch Pédiatr* 2005;12(10):1544-50.

304. Melchior JC. From malnutrition to refeeding during anorexia nervosa. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 1998;1(6):481-5.

305. Silber TJ, Robb AS, Orrell-Valente JK, Ellis N, Valadez-Meltzer A, Dadson MJ. Nocturnal nasogastric refeeding for hospitalized adolescent boys with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25(6):415-8.

306. Melchior JC, Corcos M. Parenteral nutrition and anorexia nervosa: is it useful, is it ethical? *Journal of Adolescent Health* 2009;44(4):410-1.

307. Herman CP, Polivy J, Lank CN, Heatherton TF. Anxiety, hunger, and eating behavior. *J Abnorm Psychol* 1987;96(3):264-9.

308. Rautou PE, Cazals-Hatem D, Moreau R, Francoz C, Feldmann G, Lebrech D, et al. Acute liver cell damage in patients with anorexia nervosa: a possible role of starvation-induced hepatocyte autophagy. *Gastroenterology* 2008;135(3):840-8, 8 e1-3.

309. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med* 2005;165(5):561-6.

310. Touyz SW, Beumont PJ, Glaun D, Phillips T, Cowie I. A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1984;144:517-20.

311. Thompson-Brenner H, Westen D. A naturalistic study of psychotherapy for bulimia

nervosa, part 2: therapeutic interventions in the community. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(9):585-95.

312. Hsu LKG. *Eating Disorders*. 1st ed. New York: The Guilford Press; 1990.

313. Lescale A. Troubles du comportement alimentaire chez les adolescents, la place de la psychomotricité dans le traitement psychiatrique, l'accompagnement de l'évolution de l'image du corps par la relaxation. *Evolutions psychomotrices* 2000;50:192-6.

314. Gaucher-Hamoudi O. Relaxation par le massage de patientes anorexiques. *Thérapie psychomotrice et recherches* 2008;156:102-9.

315. Flaig E. L'expression scénique, un moyen thérapeutique qui fait ses preuves. *Soins* 2005(694 Pt 1):48-50.

316. Corcos M, Bochereau. Anorexie mentale et boulimie de l'adolescente : comportement alimentaire et ses désordres. *Rev Prat* 2000;50(5):489-94.

317. Grall-Bronnec M, Guillou-Landreat M, Venisse JL. Situations d'urgence en matière de troubles des conduites alimentaires. *Rev Prat* 2008;58(2):161-5.

318. Foulon C. Le contrat chez l'anorexique au cours du traitement hospitalier. *Therapsy* 1996;4(2).

319. Sibertin-Blanc D. Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence. Diagnostic, traitement. *Rev Prat* 1996;46(18):2255-64.

320. Le Heuzey MF. Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2002;160(4):327-31.

321. Doyen C, Le Heuzey MF, Cook-Darzens S, Flého F, Mouren-Siméoni MC. Anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescente : nouvelles approches thérapeutiques. *Arch pédiatr* 1999;6:1217-23.

322. Askenazy F. Prise en charge de l'anorexie mentale de l'adolescent quand le pronostic vital est engagé. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2007;55:144-8.

323. Gaillard N. La question de la séparation du milieu familial dans la prise en charge hospitalière des adolescents présentant une anorexie mentale restrictive. *Th Méd: Tours*; 1998.

324. Robinson P. Treatment for eating disorders in the United Kingdom. Part I. A survey on specialist services. *European Eating Disorders Review* 1993;1:4-9.

325. Kahn C, Pike KM. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;30(3):237-44.

326. Steinhausen HC, Seidel R. Outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord* 1993;14(4):487-96.

327. Nozoe S, Soejima Y, Yoshioka M, Naruo T, Masuda A, Nagai N, et al. Clinical features of patients with anorexia nervosa: assessment of factors influencing the duration of in-patient treatment. *J Psychosom Res* 1995;39(3):271-81.

328. Strik Lievers L, Curt F, Wallier J, Perdereau F, Rein Z, Jeammet P. Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. *European child & adolescent psychiatry* 2009;18(2):75-84.

329. Garner DM, Needleman LD. Sequencing and integration of treatments. In: Garner D, Garfinkel P, editors. *Handbook of treatment of eating disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1997. p. 50-63.

330. Wiseman CV, Sunday SR, Klapper F, Harris WA, Halmi KA. Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *Int J Eat Disord* 2001;30(1):69-74.

331. Hjern A, Lindberg L, Lindblad F. Outcome and prognostic factors for adolescent female inpatients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2006;189:428-32.

332. Huas C, Godart N, Foulon C, Pham-Scottet A, Peyracque E, Dardennes R, et al. Predictors of dropout for inpatient treatment for eating disorders. Data from a large French sample. *Psy Res* 2010.

333. Divac SM. La conscience des troubles dans l'anorexie mentale : vers une meilleure psychoéducation. *Neuropsychiatr* 2008;7(3):123-7.

334. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007;40(4):293-309.

335. Russell GF. Involuntary treatment in anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24(2):337-49.

336. Beumont P, Carney T. Can psychiatric terminology be translated into legal regulation? The anorexia nervosa example. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(10):819-29.
337. Strober M. Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004;36(3):245-55.
338. Goldner E. Treatment refusal in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1989;8(3):297-306.
339. Thiels C. Forced treatment of patients with anorexia. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21(5):495-8.
340. Carney T, Crim D, Wakefield A, Tait D, Touyz S. Reflections on coercion in the treatment of severe anorexia nervosa. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006;43(3):159-65.
341. Thiel A, Paul T. [Compulsory treatment in anorexia nervosa]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2007;57(3-4):128-35.
342. Watson TL, Bowers WA, Andersen AE. Involuntary treatment of eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157(11):1806-10.
343. Ramsay R, Ward A, Treasure J, Russell GF. Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality. *Br J Psychiatry* 1999;175:147-53.
344. Guarda AS, Pinto AM, Coughlin JW, Hussain S, Haug NA, Heinberg LJ. Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164(1):108-14.
345. Thiels C, Curtice M Jr. Forced treatment of anorexic patients: part 2. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22(5):497-500.
346. Ayton A, Keen C, Lask B. Pros and cons of using the Mental Health Act for severe eating disorders in adolescents. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17(1):14-23.
347. Fedyszyn IE, Sullivan GB. Ethical re-evaluation of contemporary treatments for anorexia nervosa: is an aspirational stance possible in practice? *Australian Psychologist* 2007;42(3):198-211.

Participants

Les déclarations d'intérêts de l'ensemble des participants sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Sociétés savantes, associations professionnelles et institutions

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA)*
- Fédération française de psychiatrie (FFP)*
- Société française de pédiatrie (SFP)*
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)*
- Collège national des généralistes enseignants (CNGE)*
- Société française de médecine générale (SFMG)*
- Société française d'endocrinologie (SFE)*
- Fédération nationale des associations liées aux troubles du comportement alimentaire (FNA-TCA)*
- Groupe européen pour les anorexiques, les boulimiques et les familles (GEFAB)*
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)*
- Société française de nutrition (SFN)
- Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR)
- Association d'aide aux anorexiques et boulimiques (AAAB)

* Au moins un représentant de cet organisme a participé à l'un des groupes suivants : comité d'organisation, groupe de travail, groupe de lecture.

Comité d'organisation

Dr Abramovici Francis, médecin généraliste, Lagny-sur-Marne

Mme Chiquet Christine, représentant d'association d'usagers, Paris

Dr Chouraqui Jean-Pierre, pédiatre, nutritionniste, Grenoble

Dr Costa David, médecin généraliste, Nîmes

Pr Estour Bruno, endocrinologue, Saint-Étienne

Dr Garret-Gloanec Nicole, pédopsychiatre, Nantes

Pr Jeammet Philippe, pédopsychiatre, Paris

Dr Santana Pascale, médecin généraliste, Paris

Dr Stheneur Chantal, pédiatre, Boulogne-Billancourt

Pr Vénisse Jean-Luc, psychiatre, addictologue Nantes

Groupe de travail

Pr Jeammet Philippe, pédopsychiatre, Paris - coprésident du groupe de travail

Pr Vénisse Jean-Luc, psychiatre, addictologue, Nantes - coprésident du groupe de travail

Dr Samuelian-Massat Catherine, psychiatre, Marseille - chargée de projet

Mme Rousselet Morgane, ingénieur d'études cliniques, Nantes - chargée de projet

Mme Mattar Lama, diététicienne, Paris - chargée de projet

M. Nouyrigat Emmanuel, Saint-Denis - chef de projet HAS

Dr Archambeaud Marie-Pierre, médecin généraliste, Paris

Dr Bibette Gilles, psychiatre, Bayonne

Dr Bronnec Marie, psychiatre, Nantes

Mme Brun Annick, psychologue, Paris

Dr Cayol Véronique, gynécologue-obstétricien, Paris

Mme Chiquet Christine, représentant d'association d'usagers, Paris

Dr Costa David, médecin généraliste, Nîmes

Dr De Tournemire Renaud, pédiatre, Poissy

Dr Doyen Catherine, pédopsychiatre, Paris

Pr Estour Bruno, endocrinologue, Saint-Étienne

Dr Feuér Elisabeth, médecin de santé publique, Créteil

Dr Godart Nathalie, pédopsychiatre, Paris

Dr Hanachi Mouna, nutritionniste, Garches

Dr Huas Caroline, médecin généraliste, Paris

Dr Lemoine Jean-Louis, médecin généraliste, Saint-Maur-des-Fossés

Dr Mammar Nadia, pédopsychiatre, Paris

Dr Pham-Scottez Alexandra, psychiatre, Paris

Dr Rémy Brigitte, psychiatre, Paris

M. Sahuc Nicolas, représentant d'association d'usagers, diététicien, Nîmes

Dr Stheneur Chantal, pédiatre, Boulogne-Billancourt

Groupe de lecture

Dr Afflelou Sabine, psychiatre, Bordeaux
Dr Barbier Delphine, psychiatre, Paris
Dr Barrier Marie-France, médecin généraliste, Royan
Dr Bégu Le-Coroller Audrey, endocrinologue, Marseille
Dr Bioulac Stéphanie, pédopsychiatre, Bordeaux
Dr Bligny Dominique, interniste, nutritionniste, Saint-Grégoire
M. Boutron Bertrand, kinésithérapeute, Paris
Dr Boyer-Philibert Sylvie, médecin généraliste, Bayonne
Dr Brosset Nicolas, médecin du travail, Mulhouse
Dr Caron Carine, médecin généraliste, Saintes
Dr Carrot Benjamin, psychiatre, Paris
Mme Castellotti Danielle représentant d'association d'usagers, Saint-Maur-des-Fossés
M. Cochy Bernard, représentant d'association d'usagers, Nantes
Pr Colon Pierre, chirurgien dentiste, Paris
Pr Corcos Maurice, pédopsychiatre, Paris
Pr Cortet Bernard, rhumatologue, Lille
Dr Criquillion Sophie, psychiatre, Paris
M. Darcel Christian, directeur de réseau de santé, Bayonne
Dr Deguines Catherine, Afssaps, Saint-Denis
Dr Delorme Marc, pédopsychiatre, Bordeaux
Mme Detournay-Hentgen Marie-Carmel, infirmière, Paris
Dr Dodin Vincent, psychiatre, Lomme
Dr Dumarcet Nathalie, Afssaps, Saint-Denis
Dr Fillatre Marc, psychiatre, Tours
Dr Foulon Christine, psychiatre, Paris
Mme Gaucher-Hamoudi Odile, psychomotricienne, Saint-Étienne
Dr Gérard Marie-France, médecin scolaire, Colmar
Dr Gicquel Ludovic, psychiatre, Paris
Dr Girault-Sacré Antje, médecin scolaire, Saint-Piat
Dr Guillaume Daniel, interniste, endocrinologue, Bayonne
Dr Hakimi Patrick, psychiatre, Nantes
Dr Hazane Frank, psychiatre, Toulouse
Dr Honthaas-Maugars Christine, nutritionniste, Nantes

Dr Imler-Weber Françoise, médecin scolaire, Saint-Étienne
Dr Jacquin Paul, pédiatre, Paris
Dr Kervern Nelly, médecin scolaire, Brest
Pr Lang François, psychiatre, Saint-Étienne
Dr Le Heuzey Marie-France, pédopsychiatre, Paris
M. Leboeuf Claude, représentant d'association d'usagers, Quimper
Dr Lefebvre Patrick, endocrinologue, Montpellier
Dr Léonard Thierry, psychiatre, Paris
Dr Lepercq Catherine, médecin scolaire, Paris
Mme Macary Céline, psychologue, Nîmes
Pr Massoubre Catherine, psychiatre, Saint-Étienne
Mme Megglé Virginie, psychanalyste, Montrouge
Pr Melchior Jean-Claude, interniste, réanimateur médical, nutritionniste, Garches
Dr N'Guyen Minh, rhumatologue, Paris
Dr Nicolas Isabelle, psychiatre, Paris
Mme Noël Geneviève, sociologue, Paris
Dr Outin Hervé, réanimateur médical, Poissy
Dr Peyrebrune Cécile, médecin généraliste, Paris,
Dr Picherot Georges, pédiatre, Nantes
Dr Pino Elisabeth, médecin scolaire, Dijon
Dr Ringuenet Damien, psychiatre, Villejuif
Dr Rocher Bruno, psychiatre, Nantes
Mme Ruault Chantal, diététicienne, Paris
Dr Sacheau Véronique, médecin généraliste, Nantes
M. Saffer Florian, diététicien comportementaliste, Bourgoin-Jallieu
Pr Schneider Stéphane, gastro-entérologue, nutritionniste, Nice
Mme Scoffier Stéphanie, professeur de sport, Nice
Dr Sebban Claude-Laurence, médecin scolaire, Marseille
Pr Series Claire, interniste, Bordeaux
Mme Shankland Rebecca, psychologue, Grenoble
Dr Sultan Jocelyne, psychiatre, Montpellier
Mme Tamalet Isabelle, psychologue, Nantes
Pr Vialettes Bernard, interniste, nutritionniste, endocrinologue, Marseille
Dr Vignau Jean, psychiatre, Lille
Dr Vindreau Christine, psychiatre, Villejuif

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont le noms suivent, pour leur implication particulière dans la rédaction de certains paragraphes ou annexe de l'argumentaire ou leur relecture en interne au sein de la HAS :

Dr Bronnec Marie, psychiatre, Nantes

Dr Godart Nathalie, pédopsychiatre, Paris

Mme Mathé Anne-Laure, coordinatrice administrative, AFDAS-TCA, Nantes

Me Rachet-Darfeuille Véronique, avocat, Nantes

Mme Fanelli Gaëlle, documentaliste, unité documentation, HAS