



Traitement hospitalier de l'anorexie mentale : une revue de la littérature

Mina Ait El Mahjoub

► To cite this version:

Mina Ait El Mahjoub. Traitement hospitalier de l'anorexie mentale : une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01217387

HAL Id: dumas-01217387

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01217387>

Submitted on 19 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2 Victor Segalen
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse n° 3080

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 17 septembre 2015

Par **Mina AIT EL MAHJOUB**

Née le 21 Janvier 1986 à Cormeilles-en-Parisis (95)

Traitement hospitalier de l'anorexie mentale
Une revue de la littérature

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur David IRIBARNEGARAY

Jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Monsieur le Docteur Marc DELORME

Monsieur le Docteur David IRIBARNEGARAY

Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME

Présidente

Juge

Juge

Juge

Juge

Rapporteur

REMERCIEMENTS

A notre rapporteur

Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME,

Vous nous faites l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail

Recevez ici l'expression de notre reconnaissance.

A nos juges

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD,

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse

Nous vous remercions de votre enseignement et de votre encadrement tout au long de cet internat de psychiatrie.

Recevez ici l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail

Nous vous remercions de votre enseignement

Recevez ici l'expression de nos sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Marc DELORME,

Nous vous remercions de votre enthousiasme à juger cette thèse

Vous nous avez permis de découvrir le travail effectué auprès des adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires, d'approfondir nos connaissances et d'apprécier tant vos compétences cliniques que vos qualités humaines

Recevez ici l'expression de ma reconnaissance.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le docteur David IRIBARNEGARAY,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordé en acceptant de diriger cette thèse

Votre soutien, votre patience et vos conseils m'ont été d'une aide précieuse tout au long de mon travail.

A notre président du jury,

Madame le Professeur Hélène VERDOUX,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse, nous tenons à vous témoigner notre reconnaissance.

Au cours de notre internat nous avons pu apprécier la qualité de votre enseignement et vos conseils méthodologiques concernant la réalisation de ce travail de thèse

Recevez ici l'expression de nos remerciements.

A mes parents et à ma sœur,

A notre famille nucléaire, merci pour votre amour et votre soutien inconditionnels sans lesquels rien ne serait possible.

A mon grand-père, Jdi Mohamed,

Nous devons tout à ta force, à ton courage et à ta sagesse
Puissent tes prières nous accompagner toujours.

A ma famille du Maroc,

A mes racines, à ces autres qui font en partie ce que je suis. Le premier médecin de la famille espère avoir un jour des confrères.

A ma cousine Khadija,

A nos souvenirs d'enfance, à nos ambitions et à nos réussites, merci pour ces longues journées de travail passées ensemble.

A Baptiste,

A toi qui partage ma vie, merci pour ton amour solaire.

A mes amis d'ici et d'ailleurs,

Merci à mes co-internes devenus des amis, sans vous l'internat n'aurait pas eu le même goût, merci pour ce sucré-acide réconfortant et décapant !

Merci à Eva et Maxime, Clémence et Romain, Léa et Léon, Vano, Nadège, Marion, Olivia, Andy et ceux que j'ai pu oublier.

Merci à Jessica et à Marion que notre amitié soit longue.

Je remercie également les aînées qui m'ont aidées et conseillées dans ce travail, Olivia, Geneviève, Anne Joly et Christelle Donon.

A l'ensemble des médecins qui m'ont accueilli dans leur service et qui ont participé à mon apprentissage tout au long de mon internat

Merci aux médecins du centre hospitalier des Pyrénées à Pau avec qui j'ai fait mes premiers pas en psychiatrie. Je remercie particulièrement le Dr Patrick Alary et le Dr Emmanuel Augeraud pour leur bienveillance et leurs enseignements précieux qui m'accompagnent toujours.

Au Dr Laurent Glenisson pour son soutien et sa présence

A l'équipe des Gravières : Dr Daniel Oudot, Dr Raphaëlle Queinec, Dr Cécile Blanchard, Dr Alexandre Régis et Dr Geneviève D' Haucourt pour leur accueil, leur disponibilité et leur confiance.

A l'équipe du service universitaire d'addictologie : au Pr Marc Auriacombe et à toute son équipe.

Aux médecins et psychologues du service UTCA pour leur enseignement de qualité grâce auquel j'ai pu donner un sens à ce travail de thèse.

Aux médecins militaires de l'Hôpital Robert Picqué pour leur encadrement et leur finesse clinique.

A tous les soignants avec qui j'ai travaillé et auprès de qui j'ai beaucoup appris

Aux patients et à leurs familles qui m'ont accordé leur confiance

« Celui qui t'enseigne vaut mieux que celui qui te donne »

Proverbe berbère

« Je veux être sûre de tout aujourd'hui et que cela soit aussi beau que quand j'étais petite ou mourir »

Antigone, Jean Anouilh

SOMMAIRE

Introduction _____ **1**

I Épidémiologie et modèles théoriques _____ **4**

1- Épidémiologie(5-7)

1-1 Incidence

1-2 Prévalence

1-3 Evolution et mortalité

2- Histoire et nosographie(8-13)

2-1 L'anorexie mentale du moyen âge au XIXème siècle

2-2 L'anorexie mentale au XIXème siècle

2-3 L'anorexie mentale au XXème siècle

2-4 L'anorexie mentale selon la nosographie actuelle

2-5 L'évolution du traitement hospitalier du XIXème au XXème siècle

3- Etiopathogénie et modèles théoriques(14-22)

3-1 Etiopathogénie.....(14-19)

3-1 -1 Le modèle bio-psycho-social

3-1-1-1 Les facteurs biologiques

3-1-1-2 Les facteurs psychologiques

3-1-2-3 Les facteurs sociaux et culturels

3-2 Les modèles théoriques.....(19-22)

3-2-1 Le modèle psychanalytique

3-2-2 Le modèle cognitif et comportemental

1- L'hospitalisation en urgence.....(24-33)

1-1 Indications

1-2 Les urgences somatiques

1-3 Les urgences psychiatriques

1-4 La place de l'hospitalisation sans consentement.....(28-33)

1-4-1 La législation française

1-4-1-1 Le consentement du patient

1-4-1-2 Les soins sans consentement

1-4-1-3 Les soins aux personnes mineures

1-4-2 Le droit du patient à refuser les soins prévaut-il sur les risques encourus ?

1-4-3 Le patient souffrant d'anorexie mentale est-il en capacité de donner son consentement ?

1-4-4 Quelle position adopter entre attitude attentiste et soins sous contrainte ?

2- L'hospitalisation programmée.....(34-61)

2-1 Principes généraux : recommandations internationales.....(34-37)

2-1-1 Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

2010

2-1-2 Recommandations de l' American Psychiatric Association (APA)

2006

2-1-3 Recommandations du National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) 2004

2-2 Modalités : le contrat de soins une spécificité française.....(38-46)

2-2-1 Bases théoriques et fonctions du contrat de soins

2-2-1-1 Rappels psychopathologiques

2-2-1-2 Fonctions du contrat de soins

2-2-1-3	<i>Caractéristiques du contrat de soins</i>	
2-2-2	<i>La séparation et l'isolement dans le contrat de soins</i>	
2-2-3	<i>Modalités pratiques</i>	
2-2-3-1	<i>La mise en place du contrat</i>	
2-2-3-2	<i>Le poids de sortie définitive</i>	
2-2-3-3	<i>Le poids de levée de séparation</i>	
2-2-3-4	<i>Les modifications du contrat</i>	
2-2-4	<i>Le contrat de soins dans le contexte actuel</i>	
2-3	<i>La durée de l'hospitalisation à temps plein.....</i>	<i>(46-54)</i>
2-3-1	<i>Facteurs prédictifs de la durée d'hospitalisation</i>	
2-3-2	<i>Quelles prise de poids durant l'hospitalisation ?</i>	
2-3-3	<i>Réduire les temps d'hospitalisation par une renutrition intensive</i>	
2-3-4	<i>Évolutions et tendances actuelles des durées d'hospitalisation</i>	

3- L'hospitalisation de jour.....(55-61)

3-1	Indications	
3-2	Efficacité clinique et économies de santé	
3-3	Des programmes de soins d'hôpital de jour variables	
3-4	L'hospitalisation de jour en relais d'hospitalisations à temps plein plus courtes	
3-5	Facteurs prédictifs de l'évolution clinique en hôpital de jour	

III Les moyens thérapeutiques en hospitalisation_____62

1- La renutrition.....(63-76)

1-1	Indications et recommandations internationales.....	<i>(63-67)</i>
1-1-1	<i>Définition de la dénutrition</i>	
1-1-2	<i>Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2010</i>	

1-1-3 Recommandations de l'American Psychiatric Association (APA)

2006

1-1-4 Recommandations du National Institute for health and Clinical

Excellence (NICE) 2004

1-2 Le syndrome de renutrition inappropriée.....(67-69)

1-3 Perturbations endocriniennes et suppléments.....(69-76)

1-3-1 Perturbations endocriniennes

1-3-2 Les suppléments

1-3-2-1 Effets de la renutrition sur l'atteinte osseuse

1-3-2-2 Suppléments en vitamine D et en calcium

1-3-2-3 Le traitement hormonal substitutif

1-3-2-4 Les bisphosphonates

1-3-2-5 Les traitements expérimentaux

2- Les soins psycho-thérapeutiques.....(77-106)

2-1 Recommandations internationales.....(77-82)

2-1-1 Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2010

*2-1-2 Recommandations de l'American Psychiatric Association (APA)
2006*

*2-1-3 Recommandations du National Institute for health and Clinical
Excellence (NICE) 2004*

2-2 L'approche cognitive et comportementale.....(83-88)

2-2-1 Principes généraux de l'approche cognitive et comportementale

*2-2-1 Efficacité des thérapies cognitives et comportementales dans le
traitement de l'anorexie mentale*

*2-2-3 Exemple de prise en charge cognitive et comportementale de
l'anorexie mentale en hospitalisation*

2-3 L'approche psychodynamique.....(89-95)

2-3-1 Principes généraux de l'approche psychodynamique

*2-3-2 Efficacité de la psychothérapie psychodynamique dans le
traitement de l'anorexie mentale*

*2-3-3 Exemple de prise en charge psychodynamique de l'anorexie
mentale en hospitalisation*

2-4 Les thérapies familiales et la place des parents dans les soins.....(96-104)

2-4-1 Principes généraux

2-4-2 Efficacité des thérapies familiales dans le traitement de l'anorexie mentale

2-4-3 Exemples de prises en charge familiales dans le traitement de l'anorexie mentale

2-4-3-1 Les thérapies familiales psychanalytiques et systémiques structurales

2-4-3-2 Les groupes de parents

2-4-3-3 Le modèle anglais du Maudsley Hospital

2-5 Limites des études sur la psychothérapie dans les troubles du comportement alimentaire : l'écart entre recherche et pratiques cliniques...(104-106)

3- Les traitements psychotropes.....(107-113)

3-1 Les recommandations internationales

3-1-1 *Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2010*

3-1-2 *Recommandations de l'American Psychiatric Association (APA) 2006*

3-1-3 *Recommandations du National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) 2004*

3-2 Principes généraux

3-3 Efficacité des antidépresseurs

3-4 Efficacité des antipsychotiques atypiques

3-5 Limites des traitements psychotropes

Conclusion	114
Bibliographie	118
Serment médical	131

INTRODUCTION

L'anorexie mentale attise depuis le moyen âge les curiosités, tour à tour elle fascine, elle effraie, elle interroge sur sa nature et ses causes.

Depuis son entrée dans la nosographie psychiatrique au XIX^{ème} siècle, l'anorexie fait partie des troubles mentaux et à ce titre constitue un défi thérapeutique pour tout médecin confronté à cette maladie.

Un défi contre le temps puisqu'il s'agit de la maladie mentale dont on meurt le plus et dont une prise en charge précoce a montré une augmentation des chances de guérison.

Il s'agit également d'un défi contre un rapport de force qui voudrait s'engager entre « celles qui ne mangent rien » et la volonté de normalisation du corps médical ; rapport de force qui a été le fondement du traitement pendant près d'un siècle avec l'isolement quasi carcéral jusqu'à la reprise de poids prescrit par Charcot.

Le défi central de la prise en charge va être mis en évidence par les apports de la psychanalyse ; il est de permettre l'expression de la souffrance psychologique « agie sur le corps » et la plupart du temps niée par la patiente pour qui « tout va bien » tout en ne négligeant pas ce corps qu'elle malmène.

Cette prise en charge à la fois somatique et psychologique préconisée par Bernard Brusset entre autres a posé les bases du traitement hospitalier actuel de l'anorexie mentale.

Dès 1969 Bernard Brusset et Phillippe Jeammet militent pour des hospitalisations à temps plein réservées aux cas les plus graves et pour des soins pluridisciplinaires consenties par la patiente, médiés par un contrat de soins. Cette contractualisation des soins qui repose sur des concepts théoriques psychodynamiques constitue une spécificité française encore utilisée.

La fin des années 90 voit naître des centres spécialisés dans les troubles des conduites alimentaires qui proposent des soins pluridisciplinaires ainsi qu'une prise en charge groupale pour adolescents et jeunes adultes.

Dans les pays anglophones, la prise en charge hospitalière de l'anorexie mentale a également connu des évolutions majeures. Le traitement purement somatique et/ou comportemental en hospitalisation complète a été dénoncé comme coercitif et générateur de résistances dans les années 1980 (1) et plus tard comme moins bien toléré que le traitement ambulatoire et n'empêchant pas la survenue de rechutes (2).

Entre les années 80 et la fin des années 90, une augmentation des taux d'admission en hospitalisation et une diminution des durées d'hospitalisation avec parallèlement une hausse des taux de réadmission ont été mis en évidence par des études rétrospectives américaines. Cette réduction des durées d'hospitalisation justifiée par des besoins d'économies de santé a conduit au développement des soins ambulatoires et notamment des programmes d'hôpital de jour.

Concernant la nature des soins en hospitalisation, le type de prise en charge reste débattu. Une avancée majeure a été celle de l'essor des thérapies familiales telle que celle développée par le Maudsley Hospital à Londres ou encore les groupes de parents proposés Par Bernard Brusset et

Philippe Jeammet dès 1969 en France.

L'implication des parents dans les soins a marqué une avancée majeure dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire. Dès 1969 en France Bernard Brusset et Philippe Jeammet créaient les groupes de parents, puis dans les années 80 les thérapies familiales ont connu un essor important avec en autres la création du Maudsley Model par Christopher Dare et al en 1985.

Les premières recommandations de bonnes pratiques ont été celles du National Institute for health and Clinical Excellence, publiées en 2004, puis celles de l' American Psychiatric Association publiées en 2006. Il faudra attendre 2010 pour que la Haute Autorité de Santé émettent ses propres recommandations en France.

Le but de ce travail était de définir qu'elles sont les pratiques recommandées en termes de prise en charge hospitalière et qu'elle est l'efficacité des pratiques actuelles. Nous avons aussi souhaité aborder la spécificité thérapeutique française en étudiant la question du contrat de soins avec séparation qui a été sujet à controverses.

Dans un premier temps nous proposons de revenir sur l'épidémiologie de l'anorexie mentale, sa nosographie et son évolution du moyen âge au XXème siècle ainsi que son étiopathogénie et ses modèles de compréhension.

Dans un second temps nous étudierons les objectifs et les modalités de l'hospitalisation qu'elle soit réalisée en urgence avec la question des soins sans consentement où qu'elle soit programmée avec notamment la question des contrats de soins. Nous aborderons également les soins en hôpital de jour qui constituent une alternative à l'hospitalisation à temps plein.

Dans un troisième temps nous exposerons les moyens thérapeutiques recommandés en hospitalisation : la renutrition, les soins psycho-thérapeutiques et les traitements psychotropes.

EPIDEMIOLOGIE ET MODELES THEORIQUES

I EPIDEMIOLOGIE ET MODELES THEORIQUES

1- Épidémiologie de l'anorexie mentale

1-1 Incidence

La revue de la littérature de Smink et al (3) publiée en 2012 fait état d'incidences variables selon le type de population, la période étudiée et les méthodes d'évaluation.

L'incidence la plus faible était de 0,10/100 000 sujets /an dans une population hospitalière suédoise des années trente. La plus élevée était de 12,0 dans une population de consultants nord-américains dans les années quatre-vingt.

L'incidence moyenne en population générale était évaluée à 8/100 000 sujets /an avec un sexe ratio d' 1 homme pour 10 femmes.

Une revue critique de la littérature plus récente (études parues de 2000 à 2011) par Roux et al (4) publiée en avril 2013 note les mêmes disparités concernant l'incidence de l'anorexie mentale liées à la nature des échantillons étudiés, ainsi l'incidence était plus élevée chez les femmes en population générale, de 109 à 270 nouveaux cas par an pour 100 000 femmes, que chez les femmes consultant en médecine de ville (générale ou spécialisée) : 4,2 à 8,3/100 000 femmes /an.

Une autre étude néerlandaise concernant des patients de médecine générale ajustés sur l'âge et le sexe obtenait une incidence de 4,7 (IC à 95%: 3.6 à 5.8) en 2000, d'après Currin et al (5)

L'incidence la plus élevée concernait la population féminine âgée de 15 à 19 ans.

La revue de Norris et al en 2011 (6) relevait des incidences pour cette classe d'âge variant de 9,92 à 270 en passant par 64,2 selon les études.

L'étude de van Son et al en 2006 (7) rapportait dans cette même population une incidence de 109,2 représentant jusqu'à 40% des nouveaux cas d'anorexie mentale.

Par ailleurs chez les femmes entre 15 et 19 ans, l'anorexie mentale représentait la 3ème cause de maladie chronique d'après la revue de Smink et al (3).

Concernant la population masculine les incidences étaient estimées à moins de 1/100 000/an en médecine générale dans l'étude néerlandaise de Van Son en 2006 (7) et dans l'étude britannique de Currin et al en 2006 (8).

Si l'on s'intéresse à l'évolution de l'incidence de l'anorexie mentale au cours du XXème siècle, on constate que l'idée répandue qu'elle aurait augmentée au cours du temps est à nuancer.

En effet selon la revue de Smink et al (3) elle aurait augmentée dans la tranche féminine des 15-24 ans jusque dans les années 70 et serait stable depuis.

Cependant cette augmentation peut être corrélée au développement d'un diagnostic plus large par médiatisation du trouble, recrutant ainsi plus de cas d'anorexie mentale.

De même Roux et al en 2013 (4) avec leur revue de la littérature contenant toutes les études parues entre 2000 et 2011 réfutaient la notion «d'épidémie» d'anorexie mentale ces dix dernières années.

1-2 Prévalence

La prévalence de l'anorexie mentale en population générale sur la vie entière varie selon les études entre 2,2% d'après l'étude finlandaise de Keski-Rahkonen et al en 2007 (9) et 0,48% pour l'étude européenne de Preti et al 2009 (10) cette dernière excluait les sujets de moins de 18 ans ce qui explique son faible taux.

En effet, comme pour l'incidence, les taux de prévalence les plus élevés concernent la tranche d'âge des adolescents et jeunes adultes, ainsi la revue de Smink et al (3) rapportait des taux de 0,28 à 0,9% chez les 11-35 ans, le taux le plus haut à 0,9% concernant les 15-18 ans.

Confirmant le sexe ratio de 1 homme pour 10 femmes, Smink et al considéraient que les femmes ont un risque 10 à 12 fois plus important d'être atteintes par la maladie.

Smink et al estimaient dans une autre étude de 2013 (11) la prévalence masculine vie entière à 0,3%.

Concernant l'évolution de la prévalence des troubles du comportement alimentaire lorsque les critères diagnostiques appliqués sont ceux du DSM 5, l'étude de Smink et al de 2013 (11) rapporte que la prévalence vie entière de l'anorexie mentale pourrait s'élever à 4%.

1-3 Evolution et mortalité

S'intéressant à l'évolution de l'anorexie mentale Roux et al en 2013 (4) font état d'un taux de guérison de 47%, de 34% d'amélioration sans rémission symptomatique complète, de 21% de passage à la chronicité et de 5% de décès.

Dans une méta analyse plus ancienne Harris et al 1998 (12) considèrent que le taux de décès d'anorexie mentale est le taux le plus élevé de l'ensemble des troubles mentaux. Arcelus et al (13) précisent qu' 1 décès sur 5 à lieu par suicide.

Une méta-analyse de 35 études parue en 2011 fait état d'un taux de décès des patients anorexiques de 5,6% tous les dix ans soit 0,56% par an.

Ce taux tend à diminuer avec l'ancienneté du suivi d'après Nielsen (14).

Ces observations sont reprises par Roux et al (4) avec des taux de décès de 6,2 à 10,6 fois supérieurs à ceux de la population générale pour des suivis respectivement de 13 à 10 ans, taux

qui diminuent à 3,7 fois supérieur à la population générale pour les suivis de plus de 20 ans. De plus les taux de mortalité sont abaissés chez les patients pris en charge avant l'âge de 20 ans.

Une autre étude montre l'effet du développement de prises en charge spécialisées sur la mortalité : Lindblad et al (15) ont retrouvé des taux de mortalité de 4,4% par an chez des patientes hospitalisées pour anorexie mentale en suède entre 1977 et 1981, significativement abaissés à 1,2% chez les patientes hospitalisées entre 1987 et 1991.

Il existe peu de données épidémiologiques exploitables concernant les troubles du comportement alimentaire en général et l'anorexie mentale en particulier.

En effet cette pathologie a prévalence relativement faible en population générale nécessiterait des études épidémiologiques longues et portant sur un grand nombre de sujets, en somme des études difficilement réalisables du fait de leur coût élevé. Les études épidémiologiques existantes portent donc majoritairement sur des populations cliniques issues de la consultation et de l'hospitalisation. Les données ainsi recueillies sont biaisées et peu généralisables à la population générale.

A cette faible prévalence s'ajoute le déni des troubles présent chez un nombre important de patients et empêchant leur accès au système de soins et donc par ce biais leur recrutement dans les études sur l'incidence et la prévalence de l'anorexie. Ainsi Keski-Rahkonen et al (9) dans leur étude de 2007 estiment que 50 à 75% des patients anorexiques n'ont pas recours aux soins.

Par ailleurs Norris et al en 2011 (6) notent que les disparités méthodologiques entre études ne permettent pas une comparaison des données entre elles, en effet les populations et époques étudiées ainsi que les modalités d'évaluation et de diagnostique différent d'une étude à l'autre.

2- Histoire et nosographie de l'anorexie mentale

2-1 L'anorexie du moyen âge au XIX^{ème} siècle : De l'anorexie sainte à l'anorexie mentale

Longtemps ignoré des psychiatres, le lien entre l'Inédit ou anorexie sainte du moyen âge et l'anorexie mentale telle que décrite à partir du XIX^e siècle a fait l'objet de travaux historiques et sociologiques ces dernières décennies.

Ainsi des auteurs comme le sociologue Jacques Maître ou l'historien américain Rudolph M. Bell ont fait de ces anorexies mystiques les ancêtres du trouble actuel, du moyen âge à la renaissance. L'une des figures les plus connues de ce phénomène, reprise dans l'ouvrage de Jacques Maître (16) réside en la personne de Sainte Catherine de Sienne (1347-1380) qui dès l'âge de 16 ans s'astreint à une restriction alimentaire drastique à laquelle elle donne une signification religieuse ascétique. Restriction qui sera associée à une hyperactivité physique et émaillée de phases boulimiques ; elle mourra d'inanition à l'âge de 33 ans déclarant son inappétence comme malade, indépendante de sa volonté. Elle constitue donc un tableau typique de l'anorexie mentale telle qu'elle est connue aujourd'hui.

Rudolph M. Bell (17) a analysé la vie de 250 femmes italiennes du XVIII^e siècle à nos jours, à la recherche d'un lien entre les saintes du moyen âge pratiquant le jeûne dans une quête de pureté spirituelle et les femmes anorexiques contemporaines en quête de minceur. Il a ainsi retrouvé chez un grand nombre de ces femmes des comportements anorexiques similaires.

Il faudra attendre le XVII^e siècle pour que l'anorexie ne fasse plus l'intérêt uniquement de la sphère religieuse mais également de la sphère médicale. En effet il revient généralement au Dr Morton médecin de Guillaume II la première description clinique détaillée d'un cas d'anorexie mentale. Il publia en 1689 le cas de Miss Duke regroupant les symptômes suivants : refus de s'alimenter, aménorrhée, hyperactivité physique et intellectuelle, cachexie menant à la mort. Il qualifia ce tableau de <<consomption nerveuse>> à la différence de la consommation due à la tuberculose, maladie fréquente à l'époque.

Nadeau décrira en 1789 une « maladie nerveuse avec dégoût des aliments » chez une jeune femme, qu'il rapportera alors à un désordre psychique de type hystérique. Dès lors l'hypothèse d'une origine psychogène sera émise et l'anorexie fera son entrée dans la nosographie psychiatrique à partir du XIX^{ème} siècle.

2-2 L'anorexie mentale au XIX^{ème} siècle : L'entrée dans la nosographie psychiatrique

L'anorexie en tant qu'entité clinique sera constituée par les travaux de Lasègue en France, qu'il qualifiera en 1873 d'« inanition hystérique » et par ceux de Gull en Angleterre, qu'il nommera en 1874 « anorexia nervosa », terme toujours utilisé à l'heure actuelle. Ils s'accordent tous deux sur l'origine centrale d'un trouble qu'ils estiment être héréditaire et qu'ils relient à l'hystérie et à un trouble dépressif . En 1883 Huchard propose le terme d'« anorexie mentale » pour qualifier la maladie en France.

Freud rattachera initialement l'anorexie à l'hystérie, mais dès 1895 l'en dissociera la qualifiant de « névrose narcissique ».

Gilles de la Tourette en 1908 puis Pierre Janet compléteront la description sémiologique du trouble en y ajoutant respectivement la notion de « refus d'appétit » remplaçant la perte d'appétit et la notion de trouble de la perception du corps avec une véritable « honte du corps » décrite par Janet dans le cas Nadia.

Ainsi la cause psychogène sera partagée par la majorité des cliniciens de l'époque et ne sera remise en cause qu'au début du XX^{ème} siècle.

2-3 L'anorexie mentale au XX^{ème} siècle : De l'organogénèse à la psychogénèse

En 1914 les travaux de Simmonds vont bouleverser les conceptions débutantes de l'anorexie. En effet, en partant des découvertes sur l'insuffisance hypophysaire à l'origine de cas de cachexie, l'anorexie mentale va être comprise comme étant la conséquence d'une insuffisance endocrinienne plus que d'un comportement restrictif volontaire psychogène. Ce n'est qu'en 1937 que l'approfondissement des travaux endocrinologiques par Sheehan permettent la distinction entre l'amaigrissement secondaire à la nécrose de l'ante-hypophyse et l'amaigrissement dans l'anorexie mentale qui entraîne secondairement des anomalies hormonales. La pathogénie organique ne sera alors plus considérée comme unique et principale. Jean Delay expliquera ainsi l'anorexie comme un phénomène ayant à la fois un substrat hypophysaire et cérébral ainsi qu'un substrat émotionnel.

La seconde moitié du XX^{ème} siècle est marquée par le retour massif des conceptions psychologiques de la maladie. La théorisation de l'anorexie mentale va ainsi se constituer à partir des apports des différents courants : la psychanalyse, la phénoménologie, l'approche systémique

et l'approche comportementale. Les années soixante enrichiront cette psychopathologie de critères diagnostiques et de critères d'évaluation prenant en compte les facteurs relationnels et de personnalité au delà des critères d'évolution du symptôme.

L'année 1965 marque un tournant dans la conception psychopathologique de l'anorexie mentale. A Göttingen se tient un symposium sous la direction de J. E. Meyer et H. Feldmann avec les importantes contributions de H. Bliss, C. Branch, H. Thoma, S. Palazzoli, H. Bruch. Indépendamment de la diversité de leurs conceptions de la maladie, les participants vont aboutir à des conclusions fondamentales communes concernant l'anorexie mentale.

Loin de ces considérations psychopathologiques, l'avènement du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux en 1980 (DSM III) donne lieu à une catégorisation de l'anorexie mentale selon des critères cliniques descriptifs et quantitatifs. La nosographie actuelle des troubles du comportement alimentaire repose toujours sur cette classification.

2-4 L'anorexie mentale selon la nosographie actuelle :

Il existe 2 grands modèles nosographiques de l'anorexie mentale. L'un est établi par l'OMS : la CIM (Classification Internationale des Maladies) dont la version actuelle est la 10ème version datant de 1994. L'autre est établi par l'APA (American Psychiatric Association) : le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders). Ces 2 classifications incluent les troubles des conduites alimentaires à la fois dans la section consacrée aux troubles de l'enfant et dans celle traitant des troubles de l'adulte.

2-4-1 Du DSM IV au DSM 5

Le DSM IV (1994)

L'anorexie mentale est définie dans le DSM IV (18) par 4 critères échelonnés de A à D.

-Le premier critère A concerne « le refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille ». Il est spécifié que la perte de poids conduit « au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu ».

- Le deuxième critère B est plus spécifique, précisant « la peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale ».

-Sous les termes du critère C, en référence à la psychopathologie, sont qualifiées les trois caractéristiques principales de l'affection : tout d'abord, « l'altération de la perception du poids ou de la forme du corps » ; ensuite, « l'influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi » ; enfin, « le déni de la gravité de la maigreur actuelle ».

-Le dernier paramètre D est centré sur l'aménorrhée secondaire définie par « l'absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs chez une femme post pubère ».

« Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale », sont spécifiées les deux formes de l'anorexie mentale : la première, restrictive, issue de l'anglais « restricting type » : « le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crise de boulimie, ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements) ». La seconde, avec crises de boulimie, vomissements ou prise de purgatifs, qui est traduite de l'anglais « binge eating / purging type » : « le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués, ou à la prise de purgatifs ».

Le DSM 5 (2013)

Dans le DSM 5 (19) l'anorexie mentale est classée dans l'un des 20 chapitres qui constituent le manuel. Elle partage avec la boulimie et les troubles des conduites alimentaires non spécifiés le chapitre << Feeding and eating disorders>>.

Les différences avec le DSM IV sont d'une part l'apparition des EDNOS (Non Other Specified Eating disorders) ou troubles des conduites alimentaires non spécifiés qui permettent d'intégrer dans la nosographie les troubles infra-cliniques. D'autre part les critères de l'anorexie mentale sont élargis :

- Le critère A n'est plus quantitatif, il s'agit du «<refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille ». Sont désormais inclus les sujets dont le poids est supérieur à 85% du poids minimum normal pour l'âge et la taille (poids seuil dans le DSM IV) .
- Le critère D, l'aménorrhée secondaire n'est plus présent dans le DSM 5. Ainsi sont inclus les femmes dont l'aménorrhée pourrait être masquée par des moyens contraceptifs ou des traitements hormonaux débutés avant la maladie et les femmes ménopausées.

2-4-2 Différences entre DSM IV et CIM-10

La CIM-10 (1994) (20) ne compte pas dans ses critères diagnostiques l'estime de soi en lien avec le poids et l'image corporelle, ni le déni de la gravité de la maigreur. Sont par contre précisés par rapport au DSM que la perte de poids est due à l'évitement de certains aliments <<qui font grossir>> et que la perte de la libido et les troubles de l'érection sont des équivalents chez l'homme de l'aménorrhée secondaire chez la femme.

2-5 Evolution du traitement de l'anorexie mentale du XIXème au XXème siècle

La reconnaissance de l'anorexie mentale en tant que maladie et son entrée dans la nosographie à la fin du XIXème siècle a donné lieu aux débuts de son traitement hospitalier.

Louis-Victor Marcé, aliéniste à l'hôpital Bicêtre, est un des premiers en 1860 à proposer un traitement hospitalier de l'anorexie mentale, fondé sur la séparation avec la famille.

Il décrit l'anorexie mentale comme un délire hypocondriaque caractérisé par une résistance farouche du patient à s'alimenter que celui-ci explique par des douleurs d'estomac. Marcé constate que les lamentations perpétuelles du patient autour de ces douleurs ont un impact émotionnel trop fort sur ses proches qui ne parviennent pas à lui faire reprendre une alimentation régulière. C'est dans ce contexte que Marcé a introduite la notion de séparation thérapeutique par laquelle la famille confie les soins du patient à un tiers extérieur. En 1874 Sir William Gull préconise également la séparation et une forme atténuée d'isolement en recommandant que le patient soit entouré et alimenté de façon régulière par des personnes extérieures au milieu familial et amical.

Marcé et Gull font office de précurseurs oubliés car les premiers traitements hospitaliers de l'anorexie dans les années 1880 reviennent généralement à Charcot alors professeur à la faculté de médecine de Paris et médecin à la Salpêtrière. Considéré comme un trouble proche de l'hystérie Charcot puis Dejerine mettent en place un traitement fondé sur la séparation avec la famille et un isolement en chambre individuelle jusqu'à la reprise de poids qui en entraîne une levée progressive . Il déclare, dans un rapport de cas, que les résultats de cette méthode forte sont « rapides et merveilleux » avec une guérison complète de la patiente présentée en deux mois (21). A partir des années 50, plusieurs psychiatres français s'élèvent contre ces méthodes dont Queritet en 1957 puis Jeammet et Brusset en 1969 qui s'opposent aux pratiques d'hospitalisation systématiques avec reprise de poids forcée dont ils dénoncent les résultats à court terme et les possibles aggravations du trouble par la suite.

Brusset note alors que le traitement de l'anorexie mentale oppose toujours ceux qui estiment que la reprise de poids est le premier objectif pour aboutir à une amélioration psychologique et que celle ci doit être obtenue par la contrainte directe ou indirecte ; et ceux qui privilégient l'approche psychologique sans pour autant sous estimer les effets et les risques de l'amaigrissement.

En 1969 Brusset et Jeammet vont être les précurseurs d'un nouveau type de prise en charge de l'anorexie mentale.

Bernard Brusset (22) introduit déjà la notion d'hospitalisation réservée aux cas les plus graves, elle ne doit plus être systématique mais réservée aux cas où une psychothérapie n'est pas possible d'emblée, aux cas où la cachexie et/ou le risque physique sont trop importants, à ceux dont la

situation familiale est trop conflictuelle, à ceux présentant une dépression avec risque de suicide et enfin en cas de demande de la patiente elle-même. Cette notion pose les bases d'un traitement avant tout ambulatoire du trouble.

Il pose également les bases de soins consentis, contractualisés et récuse l'isolement.

L'accent est mis sur la relation thérapeutique qui ne doit pas s'engager dans un rapport de force mais qui doit gagner la confiance de la patiente en lui donnant l'expérience d'une écoute attentive et nettement démarquée de l'attitude moralisatrice, menaçante, autoritaire ou rejetante de l'entourage familial. Toute attitude exclusivement centrée sur le comportement alimentaire doit également être proscrite sans qu'il soit ignoré ni que ses risques soient négligés.

Le médecin doit travailler avec l'accord de la patiente dans un cadre précis défini par un contrat.

Les soins comportent alors en plus d'une reprise de poids modérée convenue à l'avance, une prise en charge psychologique et une participation à la vie institutionnelle. Philippe Jeammet (23) rapporte dans un article publié en 1991 l'efficacité de ce type de prise en charge qui ne comporte ni isolement dans le service ni repas surveillés mais une participation à la vie institutionnelle d'un service spécialisé. La question des familles est également posée et la prise en compte des parents est ajoutée aux soins par la création des groupes de parents dès 1969.

3- Etiopathogénie de l'anorexie mentale et modèles de compréhension

3-1 Etiopathogénie

3-1-1 Le modèle bio-psycho-social

L'anorexie mentale est une maladie complexe dont les causes possibles ont depuis toujours été l'objet de multiples interrogations et hypothèses. Nous l'avons vu dans le chapitre précédent, son statut est passé de celui d'ascétisme à celui de pathologie endocrinienne puis à celui de trouble mental. A l'origine de ce tableau clinique particulièrement stable dans le temps et stéréotypé d'un patient à l'autre, que l'on pourrait qualifier de syndrome anorexique, il existe une étiopathogénie complexe.

Il est admis pour l'anorexie mentale, comme pour la plupart des troubles psychiatriques, que le modèle le plus adapté pour en décrire la genèse est le modèle bio-psycho-social. Ce modèle a été mis au point par G.L Engel (24), père fondateur de la médecine psychosomatique moderne, en 1977. Il a été développé dans un contexte de conflits entre « réductionnisme biologique » et « orthodoxie psychanalytique », sa conception de la survenue des maladies mentales est la plus proche de la réalité clinique. En réfutant le modèle de la causalité unique et directe, il ouvre le champ à une approche plus contextuelle et transdisciplinaire des maladies. Il critique notamment la nature dualiste des paradigmes de l'époque qui opèrent un clivage entre le corps du patient et son esprit, clivage au combien caractéristique des patients souffrant d'anorexie mentale et dont l'écueil de certains traitements est de l'accentuer.

D'après ce modèle intégratif, l'anorexie mentale est un trouble d'origine multifactorielle. Il s'agit d'une maladie qui survient chez des sujets prédisposés par des facteurs individuels et environnementaux, à la faveur de facteurs déclenchants et qui se maintient par des facteurs pérennisants. Les différents facteurs prédisposants, déclenchants et pérennisants peuvent être individuels ou environnementaux et de nature biologique, psychologique et/ou sociale sans que l'on sache de façon précise quel est le poids de chacun de ces facteurs.

3-1-1-1 Les facteurs biologiques

Les facteurs génétiques et neuro-biologiques de l'anorexie mentale ont suscité de nombreuses recherches qui ont permis la découverte de neuromédiateurs et hormones impliqués dans le comportement alimentaire et qui pose donc la question d'une prédisposition génétique. Le modèle génétique actuel est un modèle dynamique qui, loin d'associer un gène à une maladie, considère

qu'il existe un polygénisme et une interaction entre gènes et environnement. Un individu prédisposé génétiquement à une maladie peut l'exprimer ou non en fonction de son environnement. La conjonction entre vulnérabilité génétique et facteurs environnementaux conduit à un risque accru de développer la maladie.

Les études épidémiologiques (25) retrouvent une agrégation familiale des troubles du comportement alimentaire : l'anorexie et la boulimie sont plus fréquentes chez les apparentés de patients anorexiques et boulimiques qu'en population générale. Le risque d'anorexie mentale pour un individu de la population générale est de 0,3% et il est de 3% pour un individu ayant un apparenté féminin souffrant d'anorexie mentale, soit un risque multiplié par 10. Chez les apparentés au premier degré d'un individu souffrant d'anorexie mentale le risque serait 11 fois plus important.

Les études d'adoption et portant sur les jumeaux apportent également des arguments pour une prédisposition génétique. Le risque pour des jumeaux monozygotes de développer une anorexie mentale quand l'un des deux est atteint est de 30 à 50% tandis que ce risque chez les jumeaux dizygotes n'est que de 10%. Ces résultats concernent particulièrement la forme restrictive de l'anorexie mentale pour laquelle les taux de concordance sont plus élevés. Concernant la boulimie les taux de concordance sont aussi plus élevés qu'en population générale mais sans différence significative entre jumeaux monozygotes et dizygotes ce qui plaide en faveur d'un poids plus important de l'environnement dans les conduites boulimiques.

Concernant les gènes impliqués, on peut citer l'étude de Kaye et al publiée en 2008 (26). Il a été retrouvé une corrélation significative entre anorexie mentale et un polymorphisme du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT_{2A} ainsi qu'un polymorphisme de celui codant pour le récepteur de l'agouti-related melanocortin 4 impliqué dans la régulation du comportement alimentaire. Les altérations du système sérotoninergique contribueraient aux troubles de la régulation de l'humeur et de l'impulsivité ainsi qu'à la régulation de l'appétit.

D'autres hypothèses impliquant les relations précoces avec les figures d'attachement et les stress précoces ont été évoquées. Comme démontré chez le rat, ces événements environnementaux précoces modifient durablement le fonctionnement de l'axe corticotrope hypothalamo-hypophysaire responsable d'une réponse majorée au stress d'après les travaux de Connan et al (27). Bulik et al dans un article publié en 2007 (28) font l'hypothèse que ce terrain génético-biologique serait à l'origine de caractéristiques psychologiques impliquées dans le développement de l'anorexie mentale telles qu'une faible estime de soi, un niveau de perfectionnisme élevé, des difficultés d'autonomisation et de gestion de la colère.

3-1-1-2 Les facteurs psychologiques

- Les troubles de l'attachement

Élaborée initialement par Bowlby en 1969, la théorie de l'attachement met en évidence l'importance de l'histoire et de la qualité des premières interactions avec les figures d'attachement dans le développement socio-affectif de l'individu. D'après Bowlby, les expériences affectives insécurisantes pourraient limiter les capacités adaptatives à l'âge adulte et constituer un facteur de vulnérabilité au développement de troubles psychopathologiques.

Plusieurs études ont tenté de vérifier comment les troubles de l'attachement peuvent constituer un facteur déterminant de la survenue de troubles du comportement alimentaire. En 1998, Evans et Wertheim (29) ont fait le lien entre attachement insécore et survenue de préoccupations concernant le poids et l'alimentation associées à une faible estime de soi chez des adolescentes de la population générale. Concernant les études en population clinique, Ward et al en 2000 (30), Barone et Guiducci en 2009 (31) et Illing et al en 2010 (32) ont décrit des modes d'attachement insécores associés aux troubles du comportement alimentaire. Tasca et al en 2006 (33) ont mis en évidence un lien direct entre attachement insécore et insatisfaction de l'image corporelle chez des adolescentes souffrant d'anorexie et de boulimie. D'autres études ont différencié les modes d'attachement en fonction du type de trouble. Ainsi les patientes anorexiques auraient un mode d'attachement de type insécore-évitant et les patientes boulimiques de type insécore-préoccupé. Dans l'anorexie l'attachement insécore-évitant serait caractérisé par un sentiment de distance dans les relations familiales et sociales, par des angoisses de rejet, une recherche de proximité familiale, un besoin d'approbation affective ainsi qu'une sensibilité élevée à la séparation et à la perte.

Des travaux récents ont identifié les processus émotionnels qui font le lien entre trouble de l'attachement précoce et survenue d'une anorexie mentale. Il s'agit entre autres d'une grande détresse émotionnelle et d'une inhibition de la colère ainsi que des difficultés dans la différenciation émotionnelle dans les relations familiales. Les patientes anorexiques qui présentent un attachement insécore de type évitant vont avoir tendance à mettre une distance émotionnelle dans les relations interpersonnelles avec leurs proches.

- Les changements liés à la puberté

La période pubertaire riche en bouleversements hormonaux, corporels et psychologiques est la période à laquelle émergent principalement les troubles du comportement alimentaire. L'impact de l'adolescence d'un point de vue psychodynamique sur la survenue des troubles a été largement étudié par les psychanalystes français (Brusset, Jeammet et Corcos entre autres). (22) (34) (35)

Les changements corporels sont plus précoces, plus rapides et plus visibles chez la fille que chez

le garçon. Ils suscitent des regards masculins qui peuvent être vécus comme une intrusion persécutoire plutôt qu'une gratification narcissique. L'accès à la sexualité génitale est également source d'angoisse tout comme l'achèvement des processus d'identification qui permettent la séparation avec les parents et l'autonomisation dans le monde des adultes. Ces changements qui requestionnent le rapport à soi et le lien aux autres viennent dévoiler les assises narcissiques fragiles qui se sont constituées dans l'enfance et se révèlent après coup. Dans ce contexte, l'anorexie mentale apparaît selon la formule de Laufer comme « une rupture dans le développement ». Le sentiment de contrôle provoqué par la restriction alimentaire offre un sentiment de reprise de maîtrise face aux bouleversements physiques et psychiques jusque là subis par l'adolescente.

Corcos et al (36), dans un premier temps, la dénutrition apaise les tensions psychologiques puis dans un deuxième temps elle contribue à développer des symptômes anxieux et dépressifs que le sujet va tenter de colmater par un renforcement et une aggravation de sa restriction alimentaire, créant un véritable cercle vicieux.

- Les facteurs familiaux

De nombreuses études ont étudié les caractéristiques des familles de patient souffrant d'anorexie mentale. Des résultats de ces études observationnelles, ont été créés des modèles familiaux systémiques de l'anorexie mentale. On peut citer principalement les modèles développés par Minuchin et al (37) et Selvini-Palazzoli (38).

Minuchin et Fishman ont décrit en 1981 quatre schémas transactionnels familiaux susceptibles de favoriser l'apparition et le maintien de l'anorexie mentale :

- L'enchevêtrement que les psychanalystes contemporains traduisent par la confusion des générations : il s'agit d'une proximité extrême relationnelle et émotionnelle entre les différents membres de la famille. La frontière parent/enfant est perméable avec une intrusion permanente des espaces physiques et psycho-affectifs.

- La surprotection : elle correspond à une attention excessive aux besoins de l'autre et à une hypersensibilité aux signaux de détresse et de tension interpersonnelle, elle conduit à des attitudes sacrificielles pour assouvir les besoins d'autrui.

- L'absence de résolutions des conflits : l'enchevêtrement et la surprotection entraînent un seuil de tolérance aux conflits extrêmement faible. Cette faible tolérance des conflits donne lieu à leur évitement répété avec un déni des conflits familiaux ou au contraire à des conflits permanents avec la constitution d'alliances familiales. Le consensus et l'harmonie sont généralement surinvestis.

- La rigidité : Il s'agit des faibles capacités d'adaptation du système familial aux changements.

Ainsi, d'après ce modèle l'archétype familial du sujet anorexique est celui d'une famille nucléaire

fonctionnant en huit clos, sans conflits apparents mais rapidement menacée par tout changement pourvoyeur de différenciation et d'autonomie pour l'un de ses membres. Le processus « adolescence » constitue un exemple de ce type de changement.

En 1990, Selvini-Palazzoli et al ont décrit à partir d'observations cliniques un modèle familial stratégique de l'anorexie mentale caractérisé par plusieurs types de relations familiales redondantes. Il s'agit d'interactions familiales de type symétriques ou en miroir qui conduisent à un refus des différences entre les membres de la famille et font obstacle aux processus d'individuation. Il s'agit également de dysfonctionnements au sein du couple parental avec l'implication de l'adolescente dans un processus de triangulation. Le rôle parental du couple est surinvesti au détriment de sa vie amoureuse. Les enjeux de pouvoir entre les parents conduisent à des alliances intergénérationnelles. Ces dernières peuvent être de type mère-fille avec la mise en place d'une distance affective avec le père, ou de type père-fille s'accompagnant de relations conflictuelles et de rivalités entre mère et fille. Dans ce contexte de triangulation, l'anorexie mentale serait l'expression de ces conflits de pouvoir et aurait pour fonction de prendre le contrôle sur les parents au travers des restrictions alimentaires.

Les psychanalystes contemporains tout en réfutant l'idée d'une typologie familiale qui serait à l'origine de l'anorexie mentale, soutiennent l'idée d'une dynamique familiale pouvant favoriser son apparition. Pour Philippe Jeammet (34), il s'agit principalement d'un investissement de l'adolescent par ces parents, marqué par le narcissisme. L'adolescent a souvent pour rôle de soutenir le narcissisme défaillant de ses parents. « L'éclosion du trouble du comportement alimentaire vient menacer l'équilibre familial qui se trouve renforcé dans son caractère pathogène qui à son tour aggrave les conflits internes de l'anorexique et l'oblige à accroître ses défenses en renforçant son trouble. »

3-1-2-3 Les facteurs sociaux et culturels

Le rôle facilitateur des facteurs sociaux et culturels dans la survenue des troubles du comportement alimentaire a été mis en avant par certains auteurs. L'idéal du corps féminin est un élément socialement et culturellement déterminé. A l'heure actuelle, dans les sociétés occidentales et occidentalisées, l'idéal partagé est celui d'un corps féminin mince voir maigre, témoin d'une maîtrise de soi et d'une bonne hygiène de vie. Socialement, il représente le caractère fort et indépendant de la femme émancipée, loin des archétypes de la femme mère au foyer et dépendante de son mari. Esthétiquement, il représente les nouveaux canons de la beauté largement véhiculés par le monde de la mode, les médias et les réseaux sociaux.

L'idée que les valeurs actuelles de performance, de contrôle de soi et de son apparence

corporelle véhiculées par les sociétés occidentales seraient à l'origine d'une plus grande prévalence de l'anorexie mentale est soutenue par de nombreux auteurs. L'étude de Davis (39) concernant les populations transplantées a apporté des arguments en faveur de cette hypothèse, avec une incidence des troubles du comportement et de l'insatisfaction corporelle similaires à ceux des populations occidentales. Ce lien est à nuancer par les résultats de l'étude de Bhadrinath en 1990 (40) qui montrait que l'immigration et l'acculturation étaient eux-mêmes des facteurs favorisant la survenue de troubles du comportement alimentaire.

Selon Bernard Brusset (22), dans le débat sur le déterminisme culturel de l'anorexie mentale, un argument de taille est l'existence de cas d'anorexie à des époques où l'embonpoint féminin était socialement valorisé. La valorisation sociale de la minceur apporterait une rationalisation de la conduite anorexique, une banalisation jusqu'au déni collectif de la pathologie et un renforcement des restrictions alimentaires plus qu'elle ne serait à l'origine d'une augmentation de la prévalence du trouble. Cette hypothèse a été confirmée par les études épidémiologiques qui réfutent l'idée d'une « épidémie » d'anorexie mentale en occident, ces 30 dernières années (3) (4).

Concernant les populations dites à risque : mannequins, danseuses, cavalières, les questionnaires retrouvent environ 7% de cas d'anorexie mentale dans ces populations. Il s'agit de domaines où la minceur est également fortement valorisée mais de la même façon que pour les aspects culturels, Brusset pose la question de la propension des patientes souffrant d'anorexie à s'investir dans ce type de domaines qui nécessitent une maîtrise particulière de son corps. Cette hypothèse a été vérifiée en 2009 par Rebecca Shankland (41)

Ainsi la notion de risque n'est ici que statistique, descriptive mais ne peut rendre compte d'une causalité entre modèles sociaux ou domaines particuliers et majoration du risque de survenue de l'anorexie mentale.

3-2 Les modèles théoriques

3-2-1 Le modèle psychanalytique

Dans l'approche psychanalytique, l'anorexie mentale n'est pas réduite à une maladie ou à un comportement à normaliser mais est considérée comme une tentative de défense contre l'angoisse que suscitent la puberté et l'adolescence sur un psychisme qui n'y est pas préparé. Le symptôme anorexique efficace au départ va rapidement se rigidifier, devenir systématiquement le seul recours pour parer aux difficultés psychologiques et ainsi enfermer le patient dans un cercle vicieux pathologique.

Comme l'exposent Corcos et al dans un article publié en 2010 (42), les conceptions psychanalytiques de l'anorexie mentale ont connu plusieurs évolutions.

Dans la théorie Freudienne, elle sera tout d'abord apparentée à l'hystérie comme symptôme conversif puis rapidement décrite comme une « névrose alimentaire » comparable à « une forme de mélancolie chez les sujets à la sexualité inachevée ». En 1915, Freud notera le rôle des difficultés identificatoires, en lien avec les changements produits par la puberté, dans la survenue du trouble alimentaire.

Par la suite, les travaux psychanalytiques insisteront sur le fait que l'anorexie est un conflit exprimé au niveau de la fonction alimentaire sexuellement investie. La restriction alimentaire illustre un évitement de la sexualité génitale et les phantasmes inconscients de fécondation orale.

Cette théorie sera remise en cause en 1965 par le symposium de Göttingen. La principale conclusion de cette réunion internationale résumée par Décobert est la suivante << l'anorexie mentale essentielle exprime une incapacité d'assurer le rôle sexuel génital et d'intégrer les transformations de la puberté. Le conflit principal se situe au niveau du corps et non au niveau de la fonction alimentaire ; la structure de l'anorexie mentale est différente de celle d'une névrose classique.>> Ce déplacement du conflit exprimé par la fonction alimentaire à un conflit exprimé sur le corps représente alors un tournant dans la théorisation psychanalytique de l'anorexie mentale. En 1972, Kestemberg et Décobert publient le premier ouvrage psychanalytique sur l'anorexie mentale : <<La faim et le corps>> puis viendront les travaux des psychanalystes contemporains : Bernard Brusset, Philippe Jeammet et Maurice Corcos entre autres.

Ces derniers vont développer les concepts psychanalytiques actuels qui font de l'anorexie mentale une pathologie du narcissisme marquée par un trouble de l'identité et du lien à l'autre (conflit entre autonomie et dépendance). Selon Philippe Jeammet (23), l'anorexie mentale se développe chez des sujets aux assises narcissiques fragiles et manifestant un attachement excessif aux figures primaires d'attachement (les parents le plus souvent) dont ils restent dépendants pour assurer leur estime d'eux mêmes, au détriment de l'investissement de leurs capacités propre et de leurs ressources internes. L'enfant se perçoit comme un complément narcissique parental appelé à satisfaire les idéaux parentaux. Autrement dit par Maurice Corcos (43), les premières interactions seraient placées sous le signe de la carence par manque ou excès d'investissement du fait d'une problématique parentale ou d'un traumatisme venant faire effraction dans la constitution de ces premiers liens et compromettant les possibilités d'autonomisation du futur adolescent. Cette dépendance vient entraver le processus de séparation-individuation mis en jeu par l'adolescence. Cette période conflictualise les liens de dépendance aux objets primaires. La dépendance et les difficultés de séparation mettent à jour les fragilités narcissiques de l'adolescent pour qui la dépendance à l'autre menace son sentiment d'existence propre avec un vécu d'emprise insupportable. Dans ce contexte, la restriction alimentaire va avoir plusieurs fonctions : reprendre la maîtrise d'un corps modifié par la puberté et entraver l'accès à une sexualité génitale, mettre en place une distance relationnelle avec les parents, donner un sentiment initial d'autonomie et de toute puissance par la privation d'un besoin physiologique et

assurer une fonction auto-calmante par les processus physiologiques de la dénutrition. Par la maîtrise d'un objet externe (son corps), la patiente anorexique sauvegarde son identité. Le paradoxe fondamental de l'anorexie mentale peut s'illustrer par la formule de Philippe Jeammet« Ce dont j'ai besoin est ce qui me menace ».

3-2-2 Le modèle cognitif et comportemental

En 1997, Myra J. Cooper (44) détaille les principes théoriques de la thérapie cognitive et comportementale (TTC) appliqués à l'anorexie mentale et à la boulimie à partir de théorisations antérieures du modèle cognitivo-comportemental développées par Garber et Bemis en 1982, Guidano et Liotti en 1983, Fairburn et Cooper en 1986, et Vitousek et Hollon en 1990. Ces principes théoriques ont été actualisés en 2005 par Myra J. Cooper.

Le modèle comportemental reposant sur les travaux de Pavlov et Skinner autour du conditionnement opérant considérait l'anorexie mentale comme un trouble du comportement appris puis poursuivi en raison des renforcements extérieurs. Ainsi la restriction alimentaire et la perte de poids initiale souvent valorisées socialement seraient poursuivies du fait du renforcement positif induit par ces réactions sociales. L'entretien du trouble serait également conditionné par des facteurs renforçants qui incitent la patiente à poursuivre son comportement tels que les phénomènes associés à la dénutrition (sécrétion d'endorphines et diminution de la sensation de satiété, diminution initiale de l'anxiété). A ce modèle comportemental, le modèle actuel comporte également des éléments cognitifs plus complexes comme le rôle des biais cognitifs dans le traitement de l'information et des pensées dysfonctionnelles dans l'évolution du trouble.

La conduite anorexique se développerait à partir d'une faible estime de soi, de traits de perfectionnisme marqués et d'une grande importance accordée à l'apparence, l'image du corps et la minceur sous tendus par des stéréotypes sociaux et le besoin de contrôle de soi. Ces différents éléments seraient à l'origine de l'initiation de restrictions alimentaires.

Les restrictions alimentaires vont se poursuivre conduisant à la dénutrition par le biais de plusieurs facteurs d'auto-entretiens :

- La perte de poids initiale souvent valorisée par l'entourage, le sentiment de maîtrise de soi, l'amélioration des résultats scolaires du fait de l'hyper-investissement du travail intellectuel. Ces effets ont un pouvoir de renforcement positif important qui pousse le patient à poursuivre sa conduite.
- La dénutrition par les modifications physiologiques qu'elle induit (euphorie, hyperactivité, diminution de l'anxiété initialement, sensation de satiété rapide) entretient également la poursuite des restrictions alimentaires.

- Les perturbations de l'image du corps encouragent également le maintien des restrictions. Rapidement la conduite anorexique devient la solution à toute difficulté et situation diminuant l'estime de soi. Ainsi, les conséquences de la dénutrition tant par les conflits familiaux qu'elle engendre que par l'anxiété qu'elle tend à terme à majorer font entrer le patient dans un cercle vicieux où le symptôme initialement salvateur majore en fait les symptômes initiaux (faible estime de soi, anxiété, difficultés liées à l'adolescence).

LES OBJECTIFS ET LES MODALITES DE
L'HOSPITALISATION

II- LES OBJECTIFS ET LES MODALITES DE L' HOSPITALISATION

1- L'hospitalisation en urgence

1-1 Indications

La prise en charge en hospitalisation ne concerne pas la majorité des patients traités pour anorexie mentale. Elle signe la gravité du tableau clinique.

L'indication d'hospitalisation est généralement posée par le médecin qui coordonne les soins en ambulatoire. Cette hospitalisation est d'autant mieux acceptée et investie qu'elle a été préparée avec le patient et sa famille et que la nature des soins a été exposée avant l'admission. Cependant certaines complications aiguës de l'anorexie mentale nécessitent une prise en charge hospitalière en urgence ; il s'agit dans la plupart des cas de complications somatiques mais parfois aussi de complications psychiatriques.

1-2 Urgences somatiques

Les décompensations somatiques rencontrées dans l'anorexie mentale sont soit des conséquences directes de la dénutrition soit des conséquences des conduites associées à la restriction alimentaire (vomissements, prise de laxatifs et de diurétiques, exposition au froid, potomanie). Elle peuvent survenir dans les premiers mois suivant le début de l'anorexie avec un risque de complications d'autant plus important que l'amaigrissement est rapide. Elles peuvent également survenir chez des patients installés depuis plus longtemps dans la maladie à l'occasion d'affections intercurrentes ou sans circonstances particulières . Enfin elles peuvent aussi se manifester lors du passage d'une anorexie restrictive à une anorexie avec conduites de purges associées.

L'hospitalisation peut alors être décidée par le médecin traitant ou tout autre médecin ayant connaissance de l'aggravation physique du patient (médecin généraliste, médecin spécialiste, psychiatre, médecin urgentiste). Les structures de soins accueillant ces urgences ne sont pas spécialisées dans les troubles du comportement alimentaire. Il s'agit de services de médecine somatique classique, ils varient selon les habitudes pratiques des différents hôpitaux. Principalement il s'agit de services d'urgences puis de pédiatrie, d'endocrinologie ou de gastro-entérologie ayant des connaissances en renutrition clinique et éventuellement de services de réanimation dans les cas les plus graves.

Pour les services d'urgences adultes ou pédiatriques, la difficulté réside tout d'abord dans le diagnostic de trouble du comportement alimentaire qui n'est pas toujours identifiable notamment dans les cas où l'indice de masse corporelle n'est pas très effondré (conduites boulimiques, anorexie mentale avec surpoids initial). Par ailleurs, l'évaluation diagnostique peut se heurter au déni ou à la banalisation des troubles par le patient. Un entretien précis avec le patient puis son entourage est donc indispensable pour retracer l'anamnèse, la cinétique pondérale et le comportement alimentaire, afin de poser le diagnostic. L'examen clinique et les examens complémentaires permettent surtout d'éliminer les diagnostics différentiels et d'évaluer la gravité somatique du trouble.

Dans la mesure où dans certains cas ce passage aux urgences constitue un premier contact avec les soins, il est primordial que le diagnostic soit posé de façon claire et non banalisante quel que soit le poids du patient. De plus, afin d'assurer une inscription durable dans les soins, l'hospitalisation initiale si elle se justifie sur le plan somatique, ne doit jamais être énoncée de façon punitive ou comme une menace, mais comme une première étape de restauration physique, nécessaire avant un travail psychologique. Un entretien psychiatrique via la psychiatrie de liaison peut compléter l'examen somatique pour préciser le diagnostic et la nécessité de soins psychiatriques urgents associés.

La haute autorité de santé dans ses recommandations de juin 2010 (45) établit des critères somatiques de gravité indiquant une hospitalisation en médecine :

- IMC inférieur à 13 ou perte de poids supérieure à 30% du poids total
- Aphagie totale
- Signes d'épuisement physique pouvant s'associer à un ralentissement du débit verbal voire à des symptômes confusionnels
- Bradycardie inférieure à 40 battements par minute (bpm) ou tachycardie supérieure à 110 bpm.

Elle définit également les critères d'hospitalisation en service de réanimation : il s'agit des perturbations métaboliques graves et des défaillances d'un ou plusieurs organes :

- Hypokaliémie sévère avec troubles du rythme à l'électrocardiogramme (ECG)
- Cytolyse hépatique importante avec signes biologiques d'insuffisance hépato-cellulaire
- Insuffisance cardiaque décompensée
- Défaillance multi-viscérale dans un contexte de syndrome de renutrition inappropriée
- Atteintes neurologiques centrales ou périphériques
- Septicémies, infections pulmonaires hypoxémiantes.

Le traitement de ces anomalies est basé sur la renutrition orale et entérale suffisamment lente et

progressive avec supplémentation en phosphore, et sur le rééquilibrage hydroélectrolytique.

Une fois l'urgence somatique traitée la HAS recommande un relais des soins par une équipe pluri-disciplinaire spécialisée, en hospitalisation ou en ambulatoire selon l'état du patient.

1-3 Urgences psychiatriques

Les urgences psychiatriques sont souvent peu anticipées dans l'anorexie mentale comparativement aux urgences somatiques qui concentrent toutes les inquiétudes des cliniciens. Néanmoins, elles constituent un réel danger pour la vie des patientes notamment par le passage à l'acte suicidaire avec la crise suicidaire qui constitue l'urgence psychiatrique principale.

La tentative de suicide est fréquente d'après Corcos et al en 2002 (46) puisqu'elle concerne 20% des patients anorexiques et 35% des patients boulimiques tout au long de leur vie. D'après les études de suivi de Franko et al (47), le suicide constitue la deuxième cause de décès dans l'anorexie mentale après l'arrêt cardiaque et représente ainsi 1/3 des décès. Le taux de mortalité par suicide est évalué en moyenne à 2,5% des patients souffrant d'anorexie et varie entre 0 et 5,3% selon les études. Ce taux est estimé identique chez les patients souffrant de boulimie ou de troubles du comportement alimentaire non spécifié d'après l'étude de Crow et al en 2009 (48) avec un risque 50 fois plus élevé par rapport à la population générale selon l'étude de Keel et al en 2003 (49). Ces chiffres significatifs posent la question du repérage, de l'évaluation et de la prévention du risque suicidaire chez les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires.

Certains auteurs ont retrouvé des facteurs de risque suicidaire spécifiques aux troubles du comportement alimentaire :

- Les conduites de purge chez les patients anorexiques augmentent le risque de tentative de suicide avec des taux comparables à ceux des patientes boulimiques d'après l'étude de Franko et al en 2006 (47) et l'étude de Portsky et al en 2014 (50) aux alentours de 16% contre 7% dans les troubles restrictifs purs.
- Les comorbidités psychiatriques d'après l'étude de Milos et al en 2004 (51)
- Les antécédents d'abus sexuels d'après les études de Franko et al (47) et de wonderlich et al en 2001 (52)
- Les abus de substances d'après l'étude de Corcos et al en 2002 (46)

Dans une étude publiée en 2014, Mayes et al (53) tentent de définir des éléments prédictifs de passage à l'acte en présence d'idéation suicidaire chez 90 enfants et adolescents souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie. La présence d'idées suicidaires étaient présentes chez 43% des patients boulimiques et 20% des patients anorexiques. Chez les patients boulimiques la

présence d'idées suicidaires étaient suivies dans tous les cas d'un passage à l'acte suicidaire alors qu'il ne survenait que chez 3% des patients anorexiques ayant des idées suicidaires. Les autres facteurs associés à la tentative de suicide étaient l'existence de cauchemars et d'antécédents de maltraitance physique ou d'abus sexuels.

D'un point de vue psychodynamique, plusieurs périodes charnières dans l'évolution du trouble alimentaire ont été mises en évidence par les cliniciens comme étant plus propices à la survenue de passage à l'acte auto-agressif.

Il peut s'agir tout d'abord en début de prise en charge, du <<lâchage >> des symptômes alimentaires et de la reprise de poids dans le cas où le symptôme assure le rôle d'une lutte contre les émotions et l'effondrement dépressif. Le risque de passage à l'acte est également à surveiller lors du passage d'un trouble restrictif pur à la survenue d'épisodes de boulimie avec sentiment de <<perte de contrôle>> souvent source d'une grande détresse chez ces patients. Enfin la chronicité du trouble alimentaire (au delà de 5 ans d'évolution) majore le risque de décès, toutes causes confondues, passant de 5% à 5 ans à 15-20% au delà de 20 ans d'évolution. D'après Steinhausen et al en 2002 (54) les comportements suicidaires chez ces patients chroniques seraient favorisés par les complications médicales multiples et leur qualité de vie médiocre. Ainsi une vision dynamique du trouble est fondamentale afin de pouvoir repérer précocement les périodes à risque.

Par ailleurs l'urgence psychiatrique peut être la décompensation d'une comorbidité associée aux troubles alimentaires. En effet environ 2/3 des patients souffrent également d'une autre pathologie psychiatrique que ce soit un trouble de l'humeur, un trouble anxieux, un trouble obsessionnel compulsif, un trouble de la personnalité ou un abus de substance. Ces troubles bien que parfois intriqués aux symptômes alimentaires ne doivent pas être méconnus ni négligés car ils peuvent également conduire à un passage à l'acte suicidaire alors même que le trouble alimentaire semble stabilisé.

1-4 La place de l'hospitalisation sans consentement

Dans ce chapitre nous nous proposons d'étudier les recours possibles dans le cadre de la législation française en cas de refus de soins de la part du patient et/ou de sa famille. L'anorexie mentale dont le déni des troubles et de leurs conséquences est une des caractéristiques donne souvent lieu à une réticence du patient vis à vis des soins qui peut aller de l'ambivalence au refus catégorique. Cette pathologie pose donc souvent des questions d'éthique et de législation aux cliniciens.

Le droit du patient à refuser les soins prévaut-il sur les risques qu'il encoure ?

Le patient souffrant d'anorexie mentale est-il en capacité de donner son consentement ?

Quelle position adopter entre attitude attentiste et soins sous contrainte ?

1-4-1 La législation française

1-4-1-1 Le consentement du patient

-La loi du 4 mars 2002 (Article L.1111-4) (55)

Cette loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a renforcé le rôle du patient dans sa relation avec le médecin ; notamment en ce qui concerne son pouvoir de consentir aux soins proposés ou de les refuser. Le consentement ou le refus de soins doit ainsi être libre et éclairé. Il résulte de l'information claire, loyale et appropriée dispensée par le médecin sur les risques issus du traitement proposé ainsi que sur ceux qui résulteraient d'une non-intervention. Dès lors, sauf situation exceptionnelle (situation d'urgence dans laquelle le patient est hors d'état de donner son consentement), aucun traitement ne peut être entrepris sans l'aval du patient ou sans que la personne de confiance prévue par la loi, la famille ou un proche ait été consulté. Cette loi s'applique également aux patients souffrant de troubles mentaux.

1-4-1-2 Les soins sans consentement

La loi du 5 juillet 2011 (56) qui révisé celle du 27 juin 1990 autorise les médecins psychiatres à prodiguer des soins psychiatriques sans le consentement du patient. Cette loi rappelle que les soins non consentis doivent rester subsidiaires et que le mode de soins libres doit rester la règle, le consentement éclairé du patient devant toujours avoir été recherché avant la mise en place d'une mesure de soins sans consentement.

L'article 3212-1 (57) définit les conditions nécessaires à la procédure d'admission en soins sans consentement. L'admission d'un patient en soins sans consentement n'est possible que si et seulement si :

- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement,
- son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante (sous la forme d'une hospitalisation complète) ou régulière (sous la forme d'un programme de soins).

Il s'agit de soins psychiatriques dans des établissements cités par l'article L.3222-1 (58) de la loi, soit des établissements psychiatriques désignés pour chaque territoire par le directeur de l'agence régionale de santé.

1-4-1-3 Les soins aux personnes mineurs

De même que pour les patients adultes, la loi du 4 mars 2002 s'applique aux mineurs concernant le consentement aux soins et stipule dans l'article L 1111- 4 (55) <<Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.>>

Les titulaires de l'autorité parentale restent cependant décisionnaires concernant les soins reçus par le mineur. Ainsi le code de la santé publique dans l'article R4127-42 (59) précise que << Sous réserve des dispositions de l'article L 1111-5 un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.>>

Lorsque les parents du mineur refusent les soins, l'article L 1111- 4 (55) prévoit que le médecin délivre les soins indispensables si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur. L'article 375 du code civil (60) impose alors un signalement de la situation au procureur de la république. Il peut alors être prononcé une ordonnance de placement provisoire (OPP).

L'ordonnance de placement provisoire (OPP) est une mesure qui permet au juge des enfants de placer un mineur dans une structure susceptible d'assurer son accueil et son hébergement quel que soit le statut de cette structure (judiciaire, social, médico-social ou sanitaire) selon l'article 375-3 du code civil (61); elle peut donc s'étendre aux institutions de soins psychiatriques lorsque le juge l'estime nécessaire à des fins d'évaluation et/ou de traitement spécialisé. Elle constitue ainsi, chez les mineurs, une modalité spécifique d'hospitalisation sous contrainte en dehors du cadre des dispositions générales de l'hospitalisation sans consentement prévu par la loi du 5 juillet 2011. À

ce titre, elle représente dans notre pays une exception au contexte général de l'hospitalisation sans consentement .

L'article L 1111-5 (62) permet au mineur de garder le secret sur son état de santé et de s'opposer à la consultation du titulaire de l'autorité parentale par le médecin. Le médecin doit alors s'efforcer de recueillir son consentement à cette consultation, s'il maintient son opposition, il doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix afin que le médecin puisse mettre en œuvre les soins. Cette disposition a été prise notamment dans le cas de prescription d'une contraception et des interruptions volontaires de grossesse chez les jeunes filles mineures.

1-4-2 Le droit du patient à refuser les soins prévaut-il sur les risques encourus ?

Le risque encouru par le patient anorexique est principalement un risque somatique du fait de la dénutrition. Comme décrit dans le chapitre précédant une hospitalisation en urgence peut avoir lieu en cas de décompensation aiguë. Dans ce cadre où la vie du patient est immédiatement en danger et qu'il est hors d'état d'affirmer son consentement, le médecin doit agir. Dans les autres cas, les risques somatiques qu'il encoure ne peuvent justifier de soins sans son consentement comme le stipule la loi du 4 mars 2002 (55).

Concernant les risques psychiatriques, la loi du 5 juillet 2011 (56) autorise les soins psychiatriques sans consentement en cas de refus de soins malgré des troubles qui mettent en danger l'intégrité du patient. Dans le cas de l'anorexie mentale on peut se poser la question suivante :

1-4-3 Le patient souffrant d'anorexie mentale est-il en capacité de donner son consentement ?

Cette question revient à se demander si comme dans la schizophrénie la présence d'une anosognosie et/ou d'idées délirantes empêchent le consentement du patient et nécessitent une prise en charge sous contrainte.

J.Tan aborde cette question dans 2 articles parus en 2003 (63) et 2006 (64). Il définit les notions légales de *Competence* et de *Capacity* qui respectivement aux Etats unis et au Royaume uni régissent la possibilité de donner son consentement aux soins ou non par le patient. Un patient est jugé capable de donner son consentement par la loi britannique lorsqu'il est capable de comprendre les informations données par le médecin, de les retenir et de les utiliser pour prendre

sa décision, sans qu'un processus délirant ne vienne remettre en cause ces informations. Il doit également être en capacité de faire part de sa décision au médecin. Il s'agit donc d'une capacité de compréhension intellectuelle de l'avis donné par le médecin et de capacités décisionnelles. C'est l'altération de ces capacités qui légalement peut induire un traitement imposé. Bien que réalisée sur un petit échantillon (10 patientes de 13 à 21 ans) l'étude de Tan et al de 2006 (64) montre que pour 9 patientes sur 10 la compétence à prendre des décisions concernant leur état de santé n'est pas altérée par le trouble anorexique. Elles obtenaient au <<MacCAT-T test of competence>> des scores comparables à ceux d'une population témoin et ces scores étaient indépendants de leur indice de masse corporelle et de leurs scores aux échelles évaluant la psychopathologie individuelle. Cette étude met cependant en évidence d'autres paramètres qui peuvent rentrer en compte dans le refus de soins et qui ne sont pas mis en évidence par la seule notion de *competence*. Il s'agit notamment d'un changement du système de valeurs au fur et à mesure de l'installation du trouble. Ainsi les valeurs fondamentales qui animent les patients souffrant d'anorexie mentale sont par exemple l'importance primordiale d'être mince dont on peut supposer qu'elle surpasse l'importance d'être en bonne santé, une notion de la vie dévaluée avec peu d'impact des risques vitaux pointés par les médecins, ce qui peut expliquer le maintien d'un refus de soins. Des valeurs positives sont également attribuées à l'anorexie mentale comme une meilleure estime de soi.

Cette notion de changement de valeurs avait déjà été soulevée par Tan dans une publication en 2003 (63) intitulée <<Anorexia Talking>> que l'on peut traduire par « La voix de l'anorexie ». Dans cet article, le patient anorexique en apparence compétent pour affirmer son choix est décrit comme « sous l'influence » de la maladie dont le système de valeurs diffère du notre. Ce système de valeurs fondé sur une aspiration forcenée à la maigreur serait à l'origine de la non acceptation des soins. Dans ce contexte, on peut considérer que comme dans les troubles délirants, le patient ne peut du fait de ses troubles donner son consentement, ce qui justifie des soins psychiatriques sous contrainte lorsque ce système de valeurs est devenu inébranlable.

Dans une approche différente Sato et al ont publiés également en 2003 (65) un article intitulé <<Autonomy and anorexia>>. L'accent est mis sur le rôle de l'ambivalence du patient anorexique dans le refus de soins. Il est décrit comme tiraillé entre 2 sentiments : la peur très importante d'abandonner contrôle et maîtrise en acceptant les soins et une détresse extrême issue de l'enfermement dans le symptôme qui conduit à un épuisement physique et psychique.

Selon Sato le patient se trouve ainsi dans une impasse qui ne lui permet pas de choisir. Le médecin doit alors intervenir pour <<aider le patient à s'aider lui même>>. Le patient garde son autonomie et son libre arbitre mais le médecin par une attitude de guide travaille avec lui à l'acceptation des soins sans pour autant l'y contraindre.

Dans une étude publiée en 2007 Guarda et al (66) ont étudiés la perception de la contrainte aux

soins à l'admission en hospitalisation puis à 15 jours chez 139 patientes admises pour troubles du comportement alimentaire. La contrainte exercée ici était une contrainte morale et non légale issue de la pression exercée par les médecins et la famille des patientes pour accepter l'hospitalisation. Les résultats de cette étude montrent que l'impression de contrainte était stable entre l'admission et à 15 jours d'hospitalisation et d'autant plus ressenties par les patientes mineures et les patientes anorexiques. A l'inverse, la conscience de la nécessité d'une hospitalisation, elle, changeait significativement et rapidement après l'admission. Ainsi dans le tiers de patientes initialement opposantes à l'hospitalisation la moitié d'entre elles reconnaissaient le besoin de soins à 15 jours, notamment les adultes de ce groupe. Ce fort taux de conversion à court terme remet en question les attitudes fondées sur le respect à tout prix de la décision du patient et des méthodes de motivation au changement qui peuvent s'avérer insuffisantes et chronophages pour remporter l'adhésion aux soins.

Ainsi la pression coercitive exercée pour obtenir l'admission n'entraverait pas la prise de conscience de la nécessité de soins à court terme, et pourrait permettre une prise en charge plus précoce.

1-4-4 Quelle position adopter entre attitude attentiste et soins sous contrainte ?

Plusieurs médecins endocrinologues réunis autour du Professeur Bernard Vialettes , soumis au problème éthique que pose les patients souffrant d'anorexie mentale ont publiés en 2004 un article (67) proposant une position intermédiaire à partir de l'analyse des articles de Tan et Sato sus cités. Ils ont ainsi mis en place plusieurs principes permettant d'avoir une position claire et réaliste tout en favorisant le consentement de la patiente et en préservant son autonomie. Selon les auteurs, il n'y a pas d'antinomie entre le respect du choix de la patiente et la poursuite inlassable par le médecin d'un travail d'adhésion aux soins et d'une surveillance de son état de santé par des contacts réguliers.

Ainsi 5 principes sont énoncés, fondateurs de cette position :

- Le fondement du soin reste le respect de l'autonomie de la patiente et la nécessité d'obtenir son consentement.
- De façon concomitante le médecin doit avoir une position claire en affirmant le diagnostic et ses conséquences sans en atténuer la gravité.
- Différents intervenants peuvent venir soutenir la décision du médecin comme un psychologue et un nutritionniste. Les discours tenus par les différents intervenants doivent être cohérents.
- L'ambivalence de la patiente et sa détresse doit être reconnue et entendue, la connaissance de

son <<besoin vital de maîtrise>> peut être énoncée par le médecin afin de favoriser l'établissement d'un lien de confiance.

- La famille doit être associée à la nécessité des soins et au projet d'hospitalisation et non pas éloignée.

- Dans les cas les plus résistants à l'acceptation des soins une possibilité de contact doit être maintenue. Dans ces rares cas l'épuisement induit par la dénutrition peut permettre en définitive une acceptation de l'hospitalisation.

En conclusion, l'anorexie mentale est une maladie grave du sujet jeune qui peut donner lieu à des décompensations aiguës somatiques ou psychiatriques. Le déni des troubles avec refus de soins est une des caractéristiques de l'anorexie mentale, le passage dans un service d'urgence à l'occasion d'une décompensation aiguë représente alors un moment clé, en dehors de la gestion du risque vital, pour la prise en charge future en elle même. En effet cet épisode est l'occasion de parfois poser le diagnostic de façon claire et non banalisante ou de le réaffirmer au patient et à ses proches ainsi que de le conduire à débiter ou poursuivre des soins appropriés qui peuvent prendre la forme d'une hospitalisation. Ce travail suppose une bonne connaissance du trouble dans sa complexité par les urgentistes. Concernant la prise en charge de l'urgence qu'elle soit somatique ou psychiatrique, elle doit se faire avec le consentement du patient. Deux exceptions existent cependant : dans le cas de l'urgence somatique les soins doivent être prodigués sans attendre le consentement du patient lorsque celui ci est hors d'état de le donner. Dans le cas des urgences psychiatriques des soins peuvent avoir lieu sans consentement si le médecin estime que l'anorexie mentale en elle même et/ou une comorbidité psychiatrique rendent impossible le consentement du patient.

Il est à noter que le loi ne prévoit pas d'hospitalisation sans consentement dans les établissements non dédiés aux soins psychiatriques en dehors des sujets mineurs par le biais de l'ordonnance de placement provisoire.

Le recours aux soins psychiatriques sans consentement dans l'anorexie mentale figure dans les recommandations internationales mais reste difficile à mettre en place d'une part du fait du questionnement éthique qu'il induit et d'autre part par ses potentiels effets négatifs sur l'alliance thérapeutique à venir.

2- L'hospitalisation programmée

Lorsque les soins ambulatoires ne suffisent pas et qu'une hospitalisation s'avère nécessaire en dehors de tout contexte d'urgence somatique ou psychiatrique celle-ci est généralement programmée.

Le fait de programmer l'hospitalisation permet d'une part au patient et à sa famille de se préparer à cette prise en charge à temps complet et d'autre part au médecin référant de travailler avec le patient les objectifs de l'hospitalisation. Dans certains cas la perspective d'une hospitalisation peut aussi provoquer un inversement de la cinétique de la courbe de poids, le patient se saisissant d'avantage des soins ambulatoires afin d'éviter l'hospitalisation.

2-1 Principes généraux : Recommandations internationales

Dans ce chapitre nous ne détaillerons que les principes généraux qui régissent l'hospitalisation programmée selon les différentes recommandations internationales. Les recommandations concernant les moyens thérapeutiques en hospitalisation seront abordées dans le chapitre correspondant.

2-1-1 Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2010

La HAS (45) a détaillé différents critères qui fondent l'indication de l'hospitalisation programmée. Il s'agit de critères somatiques, psychiatriques, comportementaux et environnementaux dont l'association et l'évolutivité conditionnent la nécessité d'une hospitalisation à temps complet. Il est recommandé lors de la programmation de l'hospitalisation de prendre en compte les facteurs prédictifs d'une sortie prématurée (gravité du trouble avec valeur de l'IMC minimal, forme boulimique d'anorexie mentale, symptomatologie psychiatrique associée, facteurs familiaux et sociaux et alliance thérapeutique insuffisante). L'hospitalisation doit être préparée avec des interventions à visées motivationnelles afin de limiter l'ambivalence, la résistance et favoriser l'investissement des soins. L'hospitalisation programmée doit avoir lieu dans une unité de soins pluridisciplinaires la plus proche possible du domicile du patient afin de conserver les liens sociaux et familiaux et de favoriser la continuité des soins à sa sortie. Les soins doivent être basés sur la renutrition, une surveillance somatique et un accompagnement psycho-social. Ils mettent donc en jeu au moins un diététicien ou nutritionniste, un psychiatre, un assistant social.

Pour qu'un patient puisse être pris en charge par de tels services, qui sont dans la grande majorité en France des services de psychiatrie ou de rares centres spécialisés, l' HAS

recommande un IMC autour de 13kg/m², sans désordres métaboliques. Des patients plus dénutris peuvent aussi être pris en charge dans ces services sous condition d'une stabilité somatique.

Concernant les objectifs et modalités des soins, la HAS recommande qu'ils soient, si l'état du patient le permet, discutés lors de l'admission avec le patient et/ou ses représentants légaux s'il est mineur. Il s'agit de déterminer un poids cible à atteindre ou d'un intervalle de poids. Les auteurs ne précisent pas comment ce poids est déterminé. Les auteurs recommandent d'établir le programme de soins sous forme d'un contrat de soins écrit ou oral, incluant ou non une période de séparation. Cependant, l'isolement du patient n'est pas recommandé, la séparation d'avec le milieu extérieur suppose l'immersion dans un autre milieu avec des interactions sociales nombreuses et l'obtention de nouvelles de la famille par l'intermédiaire de l'équipe soignante.

Concernant la durée de l'hospitalisation l' HAS recommande une hospitalisation <<aussi longue que nécessaire>> sans plus de détails. La réhabilitation pondérale doit prendre le temps nécessaire selon les auteurs, afin de limiter le risque de passage du trouble à la chronicité.

Par ailleurs il est recommandé une prise en charge parallèle des parents par une attitude empathique et dé-culpabilisante sous forme d'entretiens familiaux et/ou de groupe de parents.

2-1-2 Recommandations de l'American Psychiatric Association (APA) 2006

Les recommandations américaines (68) insistent tout d'abord sur la nécessité d'établir une alliance thérapeutique avec le patient souffrant d'anorexie mentale pour qui les soins proposés sont anxiogènes et peuvent susciter une résistance. Les auteurs conseillent donc une attitude empathique, consciente des difficultés du patient à accepter les soins, car cela constitue un premier pas vers l'abandon du symptôme. La notion de fonction du symptôme anorexique qui permet de renforcer l'estime de soi, d'être regardé et/ou protégé, fonction précieuse à l'origine de la résistance aux soins, qui doit être abordée avec le patient afin de pouvoir ensuite travailler sa motivation au changement.

L'indication d'hospitalisation est posée en fonction de critères médicaux, comportementaux, psychiatriques et sociaux. Mais les auteurs retiennent que le passage à un poids inférieur à 85% du poids initial du patient rend difficile la reprise pondérale sans hospitalisation. L'indication d'une hospitalisation doit donc être évaluée le plus tôt possible chez ces patients.

Les soins doivent faire intervenir différents spécialistes. La pluridisciplinarité est justifiée par le modèle étio-pathogénique bio-psycho-social. Comme en France l'intervention de psychiatres, somaticiens, diététiciens de façon coordonnée est recommandée.

Concernant les modalités des soins, l' APA, comme la HAS, propose une gradation des types de soins en fonction de différents critères cliniques, environnementaux et géographiques.

Ainsi l'hospitalisation à temps plein constitue le dernier niveau de soins, le niveau le plus intensif. Les autres soins préconisés sont graduellement : les soins en ambulatoire, les soins en ambulatoire plus intensifs, les soins en hôpital de jour, les soins en « centre résidentiel » et enfin les soins en hospitalisation complète.

Les différents critères justifiant les soins en hospitalisation à temps plein sont :

-Sur le plan somatique : chez l'adulte une fréquence cardiaque inférieure à 40 battements par min, une tension artérielle inférieure à 90/40, une température inférieure à 36,1°C, une glycémie inférieure à 60mg/dl, une kaliémie inférieure à 3mmol/l, une défaillance cardiaque, hépatique ou rénale, un diabète déséquilibré.

-Sur le plan du risque suicidaire : la présence d'idées suicidaires ou d'une tentative de suicide à moduler par la présence ou non d'autres facteurs de risque suicidaire, l'existence d'un plan suicidaire à fort potentiel létal.

-Sur le plan pondéral : poids inférieur à 85% du poids recommandé pour l'âge, la taille et le sexe et/ou refus de se nourrir.

-Sur le plan motivationnel : une très faible motivation, un non investissement des soins ou un investissement des soins uniquement dans un cadre très structuré. Il s'agit la plupart du temps de patients envahis par les préoccupations corporelles et alimentaires.

-Sur le plan des symptômes alimentaires : la nécessité d'une supervision de chaque repas et des modalités de nutrition entérale.

-Sur le plan des symptômes associés : l'incapacité à contrôler seul l'exercice physique compulsif et la nécessité d'un étayage extérieur. Ce critère ne justifie pas à lui seul une intensification des soins. L'incapacité à contrôler de nombreux épisodes de purge (vomissements, prises de diurétiques ou de laxatifs) malgré des soins ambulatoires appropriés, ce qui justifie une supervision de chaque repas et après-repas et ce même en l'absence d'anomalies du bilan biologique.

-Sur le plan des comorbidités psychiatriques : la présence de tout autre trouble psychiatrique nécessitant une hospitalisation.

-Sur le plan environnemental : un contexte familial conflictuel ou l'absence de famille, un patient vivant seul.

-Sur le plan géographique : un trop grand éloignement du centre spécialisé qui permettrait de recevoir des soins ambulatoires réguliers.

Les soins proposés en hospitalisation doivent être multidisciplinaires et l'APA donnent 8 objectifs qu'ils doivent réaliser :

- La restauration pondérale avec pour objectif un poids de santé permettant la reprise d'une croissance et d'une puberté normale chez l'enfant et l'adolescent, un retour des règles chez la

femme et de la fonction sexuelle et hormonale normale chez l'homme.

- Le traitement des complications somatiques.
- Le développement de la motivation du patient et de son investissement dans les soins.
- L'éducation du patient à observer une alimentation saine avec de nouvelles habitudes alimentaires.
- Aider le patient à modifier ses cognitions concernant l'alimentation et conditionnant son comportement.
- Traiter les symptômes psychiatriques associés, notamment les troubles de l'humeur, de l'estime de soi et l'impulsivité.
- Obtenir le soutien de la famille et proposer un accompagnement spécifique sous forme de thérapie familiale ou autre.
- Prévenir les rechutes.

2-1-3 Recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2004)

Dans ses recommandations le NICE (69) place les soins en hospitalisation complète en seconde ligne, lorsque les soins ambulatoires qui sont à privilégier, deviennent insuffisants et que le risque somatique devient modéré à sévère.

Comme dans les recommandations de la HAS (45) et de l'APA (68), le NICE préconise des soins multidisciplinaires associant prise en charge somatique avec renutrition sous surveillance médicale et prise en charge psycho-sociale. Le lieu de l'hospitalisation programmée ne doit pas être trop éloigné du domicile du patient notamment s'il est mineur afin de permettre aux parents d'investir les soins, de ne pas créer de rupture sur le plan familial et social et de faciliter la poursuite des soins en ambulatoire.

Les soins en hospitalisation doivent avoir pour but la restauration pondérale avec un travail centré sur les symptômes (les attitudes vis à vis de l'alimentation, la crainte de prendre du poids).

Les auteurs précisent que ces objectifs de réduction des symptômes dans le but d'assurer la normalisation pondérale ne doivent pas mettre en jeu des soins rigides tels que des programmes fondés sur la modification du comportement seul. Ils mettent ainsi en garde contre des pratiques réductrices qui ne prendraient en compte que le trouble du comportement sans tenir compte des cognitions et symptômes qui sous tendent ce comportement.

Enfin, en cas d'opposition à des soins nécessaires, par le patient majeur ou les parents du patient mineur le NICE stipule le recours possible à l'hospitalisation sous contrainte en vertu du texte de loi Mental Health Act 1983 ou Children Act 1989.

2-2 Modalités : Le contrat de soins une spécificité française

Comme le souligne Thierry Vincent dans son ouvrage paru en 2002 (70) << Les anorexiques nous obligent à la rigueur et doivent nous garder de répondre en miroir à leur rigidité. Il est sans doute aussi mauvais de n'avoir à l'égard de ces patientes aucun projet précis et de 'naviguer à vue' que d'avoir longuement élaboré un protocole thérapeutique intangible pour lequel aucun aménagement circonstanciel n'est possible.>>

La question de la structuration des soins hospitaliers dans les troubles du comportement alimentaire et en particulier dans l'anorexie mentale constitue donc une question centrale et fondamentale. Elle se pose à toute équipe soignante, quelle que soit son approche théorique (psychodynamique, cognitivo-comportementale, systémique ou autre). Ne pas poser la question de la modalité des soins revient à réduire l'anorexie mentale à un problème somatique dont la prise en charge se résumerait à un gavage.

Le contrat de soins avec ou sans séparation avec le milieu extérieur constitue une des modalités de soins qui permet de structurer l'hospitalisation programmée. Depuis plusieurs décennies, il constitue en France un outil thérapeutique fréquemment utilisé dans les soins, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation et fait partie des recommandations actuelles de la HAS (45). Il repose sur un modèle théorique psychanalytique contemporain et a été développé par plusieurs grands cliniciens d'approche psychodynamique parmi lesquels Bernard Brusset puis Philippe Jeammet et Maurice Corcos à l'institut Mutualiste Monsouris. Ces psychiatres de tradition française ont ainsi ouvert le champ à une prise en charge originale et singulière de ces troubles de l'adolescent et du jeune adulte. Bien que constituant encore à l'heure actuelle une référence dans de nombreux services spécialisés, le modèle du contrat de soins a été le sujet de controverses notamment en ce qui concerne ses modalités d'isolement et de séparation du patient avec l'environnement extérieur.

Dans ce chapitre nous aborderons les bases théoriques qui sous tendent le contrat de soins, ses fonctions et modalités d'application et sa place dans le contexte actuel.

2-2-1 Bases théoriques et fonctions du contrat de soins

2-2-1-1 Rappels psychopathologiques

Afin d'en saisir le sens et les fonctions, il nous est apparu indispensable d'aborder même succinctement les grandes notions psycho-pathologiques auxquelles se rapporte le contrat de soins. Certaines de ces notions ont par ailleurs été développées dans le chapitre étiopathogénie.

Les psychanalystes contemporains définissent les troubles du comportement alimentaire comme étant des troubles des conduites agies à l'inverse des troubles des conduites intériorisées.

A l'adolescence, l'agir est un mode privilégié d'expression des conflits et des angoisses propres à cette période de la vie. Il sert à la fois de stratégie interactive en attirant l'attention de l'autre mais aussi de mécanisme de défense comme solution aux conflits. De même que les passages à l'acte (fugue, vol, tentative de suicide, auto-mutilation), l'anorexie et la boulimie constituent des troubles des conduites par des agirs corporels qui empêchent la mentalisation, la mise en pensée et le ressenti douloureux qui l'accompagne selon J-C David et D Marcelli (71).

Les troubles des conduites alimentaires sont des conduites symptomatiques d'une problématique de lien et de dépendance qui survient à l'adolescence, période durant laquelle le processus de séparation-individuation d'avec les images parentales se joue. Cette période conflictualise les liens de dépendance aux objets primaires. La dépendance et les difficultés de séparation mettent à jour les fragilités narcissiques de l'adolescent pour qui la dépendance à l'autre menace son sentiment d'existence propre avec un vécu d'emprise insupportable, selon Guisseau-Gohier et al (72). Le désir est alors vécu comme un risque d'aliénation à son objet ; ainsi se priver de ce dont on a besoin peut devenir le moyen paradoxal de se rassurer et d'affirmer son autonomie, voire son identité. La prolongation de la conduite anorexique apporte alors des bénéfices narcissiques et identitaires qui permettent au patient d'être vu, de susciter les préoccupations et de trouver une identité qui le conforte dans sa différence et dans son pouvoir à résister aux sollicitations des autres.

Ainsi comme l'exprime bien la citation de Philippe Jeammet (73) : << Abandonner les convictions qui nourrissent leur conduite anorexique, c'est du même ordre que lâcher la main de sa mère pour l'enfant qui a peur.>>

Les objectifs des soins apportés ne peuvent se réduire à la seule disparition du trouble du comportement alimentaire devenu conduite addictive. Les soins structurés par le contrat visent non seulement à faire le deuil de cette inscription comportementale et corporelle d'une souffrance non formulable, mais aussi à permettre une ouverture vers plus d'autonomie et de liberté personnelle.

2-2-1-2 Fonctions du contrat de soins

Si l'on reprend la définition du terme Contrat d'après le dictionnaire Petit Robert on obtient : « convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose. Convention. Pacte. Engagement ». La dimension de contrainte reste donc potentiellement inscrite dans celle de contrat mais cette contrainte est partagée par les protagonistes. <<Le terme de contrat dans son intitulé laisse entendre un accord

préalable clair ou à défaut, une contrainte mutuelle acceptée.>> selon Maurice Corcos (74)

Le contrat délimite un cadre spatial, temporel, relationnel, là où les limites sont devenues floues et tant angoissantes pour l'anorexique. Il offre au patient la possibilité de penser à autre chose qu'à manipuler sur un mode obsessionnel l'organisation de son temps, son espace, ses relations et son alimentation ; il a à ce titre valeur de prescription d'un « espace de liberté » selon la formule de Philippe Jeammet (73).

- Fonction contenante, protectrice du Moi :

<<L'instauration d'un contrat permet à la patiente de se laisser porter, au moins dans un premier temps, par le désir d'autrui et ainsi de protéger son narcissisme et de lui éviter des conflits de désirs.>> Ainsi Philippe Jeammet (73) souligne l'une des problématiques majeure de ces adolescents, à savoir une faible estime d'eux même, que toute demande d'aide rendrait dépendants, menaçant d'autant plus leur narcissisme fragile. Dans ce contexte prescrire, imposer aux patients anorexiques ce dont ils se privent pour se sentir plus forts et autonomes voir tout-puissants, s'est leur permettre de faire l'économie de leur désir propre symbole de dépendance intolérable.

Cette prescription médicale du contrat permet aussi le déplacement des conflits et des contraintes internes que vit le patient sur l'extérieur, ce qui constitue également un soulagement bien qu'il puisse être en apparence plus contraint par le contrat que par sa conduite.

Comme le souligne Maurice Corcos (74), ce qui entrave la liberté du patient est la contrainte symptomatique (avec sa fonction auto-thérapeutique, sa dimension de jouissance et ses différents verrouillages bio-psycho-sociaux), plus que la contrainte externe instituée par le contrat et dont on perçoit dès lors la fonction de contrepoids. Les contraintes exercées par le contrat ne visent pas à entraver la liberté du patient, mais à exercer une action contenante. Loin d'être une contrainte arbitraire, le contrat produit souvent un effet de soulagement pour l'adolescent qui se sentant investi et « tenu » (notion de holding de Winnicott) peut disposer de cette énergie dégagée et susceptible d'être réinvestie dans un travail psychique avec le psychothérapeute.

Pour le thérapeute et l'équipe soignante le contrat est également protecteur, puisqu'il permet d'ajuster la distance relationnelle indispensable dans la prise en charge des adolescents comme l'explique Maurice Corcos. Le contrat permet d'éviter les deux écueils massifs que sont d'une part le <<trop près>> avec un transfert massif et brutal de l'adolescent prit dans une rencontre identificatoire où le thérapeute joue un rôle de séduction, happé dans une relation duelle; d'autre part le contrat évite le <<trop loin>> avec des rationalisations techniques, éducatives voire morales, à distance des affects du patient augmentant son sentiment d'emprise et de désarroi.

-Fonction de tiers différenciateur :

Le contrat va également constituer un tiers différenciateur entre le patient, le thérapeute et l'équipe soignante, favorisant le travail thérapeutique dans un rapproché suffisamment sécurisant, évitant la confusion ou l'emprise de la relation duelle.

Il crée un espace de conflit sur lequel l'agressivité va pouvoir se déplacer. Ainsi les patientes contestent fréquemment certains de ses points, occasion privilégiée pour elles de vivre des conflits structurants qu'elles n'ont jamais ou rarement pu expérimenter dans leur environnement, notamment familial. Ces attaques, ces conflits ne sont pas source de rupture, ni de sanction (comme dans un contrat juridique) mais font l'objet d'une « mise en sens », d'une mise en mots (élaboration psychique) comme l'expliquent Guisseau-Gohier et al (72).

Pour les soignants, il s'agit d'un espace qui permet une représentation du soin pour un patient donné, dans un mouvement inverse du fonctionnement opératoire ou dans le « tout-tout de suite » des patients. Il est aussi pour eux vecteur de liberté dans la mesure où ils ne se trouvent pas enfermés dans d'inlassables questions sur la gestion du quotidien.

Ainsi cette fonction de tiers différenciateur donne au contrat le rôle de médiateur et de limite entre le patient et les soignants permettant au patient d'avoir un espace propre et d'affirmer son individualité en exprimant son désaccord sans que les attaques du cadre ne soient synonymes de rupture du lien thérapeutique.

2-2-1-3 Caractéristiques du contrat de soins

Afin d'assurer au mieux ces fonctions contenante et de tiers différenciateur, le contrat doit être pensé en équipe et répondre à certaines caractéristiques essentielles.

-Le contrat doit s'inscrire dans la durée et ainsi faire vivre le sentiment de continuité d'une présence soignante. En tant qu'engagement mutuel, le contrat constitue pour le patient une garantie de soins au long cours, quelle que soit l'évolution, au-delà des rechutes.

Cet engagement exprimé à l'anorexique lui permet de sortir de sa position de défi permanent et lui fournit la sécurité affective et relationnelle l'autorisant à lâcher sa conduite selon Corcos (75).

- Le contrat ne doit pas être trop lâche, sinon il est source d'angoisse ou de rupture, les patients étant confrontés à leur toute-puissance et à leur destructivité. *A contrario*, il ne doit pas être trop rigide, synonyme d'emprise et d'arbitraire.

- Le contrat de soins doit être cohérent, il ne doit pas être l'objet de changements répétitifs.

Son respect par le thérapeute constitue le premier témoignage de sa fiabilité selon Jeammet (73)

-Le contrat de soins n'est pas sous-tendu par une idéologie d'observance, et il est voué à être mis à l'épreuve, voire attaqué. Comme l'explique Maurice Corcos (74) ; ce qui est testé, c'est la détermination soignante, sa faiblesse à se laisser séduire ou pervertir ou sa propension à se rigidifier dans l'emprise et à répondre à toute transgression par une sanction. Ce qui doit être étudié dans ces attaques, c'est l'aptitude du patient à transformer l'objet thérapeute en être tout puissant auquel il va se soumettre ou à le vivre invariablement comme un persécuteur, dans les deux cas, dans un mode relationnel qui tend à reproduire le modèle familial. Ces attaques permettent de prendre acte de la violence interne et des formes d'expression de l'adolescent, et de poser une parole active en contrepoint de cet acte, qui puisse favoriser chez lui associativement une réappropriation subjective de son acte selon Corcos.

2-2-2 La séparation et l'isolement dans le contrat de soins

Dans leur article publié en 2005, Godart et al (76), reprennent les modalités actuelles des soins avec séparation et les fonctions de cette séparation. Ainsi il est rappelé dans cette article que la séparation n'est pas un isolement strict du patient qui s'apparenterait aux pratiques du XIXème siècle mais un isolement temporaire de son environnement extérieur. En effet les premiers soins aux patients anorexiques ont laissé des traces et des préjugés concernant les soins actuels qui persistent autant chez les patients, que leurs proches, que les professionnels de santé non sensibilisés à la pratique actuelle. Cette séparation et non cet isolement laisse donc le champ libre à de multiples contacts au sein du service de soins, avec l'équipe soignante et les autres patients, autour d'entretiens individuels et d'activités à médiation thérapeutique.

La fonction de cette période de séparation doit être expliquée au patient et à sa famille comme le précisent les auteurs.

Sur le plan thérapeutique, elle permet à l'équipe soignante de rencontrer séparément l'adolescent d'une part et ses parents d'autre part. <<Elle crée un espace physique et psychique différencié, permettant à chacun de se retrouver et de faire le point avec un tiers neutre : l'équipe. >> Les soignants peuvent ainsi entendre les difficultés et soutenir de façon indépendante l'adolescent et sa famille. <<La phase de séparation est destinée à créer avec l'adolescent et ses parents une alliance thérapeutique indispensable, passant par la dé-culpabilisation de chaque partie.>>

Pour le patient cette période de séparation permet de se reconstruire physiquement et psychologiquement en investissant pleinement les médiations proposées dans le service (ateliers). Elle permet aussi de lui apprendre à nouer des liens avec les autres, basés sur autre chose que l'alimentation.

Pour les parents elle leur permet de s'occuper à nouveau d'eux et de se retrouver après la période souvent très éprouvante avant l'hospitalisation. Elle leur permet aussi d'être soutenu par l'équipe soignante au cours d'entretiens qui leurs sont dédiés. Ils ne sont pas totalement coupés de leur enfant car ils peuvent toujours appeler le service pour obtenir des nouvelles. Et dans la mesure où le patient est mineur leur accord est demandé pour tout changement dans la prise en charge (modalités, traitement).

Sur le plan familial, elle permet tout d'abord à chacun d'être dégagé des conflits familiaux souvent devenus importants du fait de l'ampleur du symptôme alimentaire et de retrouver une parole qui lui est propre via l'expression libre de ses difficultés. La séparation suppose également des retrouvailles, celles-ci peuvent alors mettre en évidence les avancées de chacun.

2-2-3 Modalités pratiques

Dans l'article de 2005 par Godart et al (76), l'équipe de l'Institut Mutualiste Monsouris expose à partir d'une revue de la littérature d'articles du Pr Jeammet et de leur pratique clinique les modalités d'application du contrat de soins. Loin d'être une pratique standardisée, il s'agit de l'application réfléchie des théories sus citées avec des variantes pratiques selon les centres de soins. Variantes qui prennent souvent leur sens dans la conception du soin par l'équipe soignante.

2-2-3-1 La mise en place du contrat

Elle se fait dès l'admission du patient, en présence de ses parents s'il est mineur et de toute l'équipe soignante qui sera sa référence toute au long de l'hospitalisation (psychiatre référent, interne, infirmier). Ce contrat est négocié en fonction de l'avis de chacun. Il est présenté comme immuable par l'équipe soignante afin qu'il constitue comme nous l'avons expliqué ci-dessus un cadre sécurisant et contenant pour le patient et sa famille. << il lie le patient, les deux parents et l'équipe soignante autour d'un but commun qui est le rétablissement du patient, passant par une étape indispensable : la reprise de poids. Il leur est expliqué que celle-ci n'est pas synonyme de guérison, mais qu'elle constitue une étape indispensable dans la mesure où elle conditionne l'évolution physique et psychologique du patient.>> Ce contrat de soins est parfois appelé de façon réductrice contrat de poids, du fait qu'il s'appuie sur la définition d'un poids de sortie définitive et pour les équipes pratiquant la séparation d'avec l'environnement extérieur, d'un poids de levée de séparation.

L'équipe de l'Institut Mutualiste pratiquant la séparation insiste dans cet article sur le fait qu'il n'y a

pas « isolement » des patients puisque ceux ci sont plongés dans une vie institutionnelle riche de contacts avec les soignants et les autres patients et d'activités à but thérapeutique adapté à leur état physique et psychologique. Les contacts avec l'extérieur sont repris progressivement dès le poids de levée de séparation atteint.

2-2-3-2 Le poids de sortie définitive

Il représente le poids considéré comme suffisant pour que le patient sorte de l'hospitalisation et reprenne une vie normale. Les auteurs précisent au patient et à sa famille qu'il ne s'agit pas d'un poids maximal mais d'un poids minimal à atteindre à moyen terme. Il leur a également précisé que le fait d'atteindre ce poids n'est pas une finalité en soi et que si l'état psychique du patient nécessite un maintien en hospitalisation ce poids ne conditionne pas à lui seul sa sortie. Sa définition résulte d'un compromis entre différents éléments recueillis par le praticien avec le patient et sa famille : les avis de chacun des membres du contrat influencés par différents facteurs dont la crainte parfois d'une hospitalisation trop longue, les courbes de poids antérieures à la maladie, le poids maximal atteint par le patient, les seuils de normalité des courbes de croissance Inserm, le morphotype familial etc. Au terme d'une discussion le praticien définit le poids de sortie définitive et le soumet à l'acceptation des parents qui est indispensable. Concernant le patient, son accord n'est pas toujours franc, souvent tacite.

2-2-3-3 Le poids de levée de séparation

Il constitue le poids auquel le patient pourra reprendre progressivement des contacts avec son environnement extérieur. Il est également défini en équipe avec le patient et sa famille lors de l'admission. Les auteurs insistent sur le fait qu'afin de conserver du sens, la séparation doit être expliquée au patient et à ses proches afin de rester un des outils du soin et de ne pas devenir une pratique arbitraire, punitive et culpabilisante. Il est généralement défini comme à mi chemin entre le poids initial et le poids de sortie d'hospitalisation. Il tient compte également de l'âge du patient et de son degré de maturité. Sa négociation est l'occasion d'aborder les antécédents de séparation d'avec les parents et les éventuelles difficultés rencontrées.

Les parents peuvent avoir tendance à dévaluer le poids de levée de séparation ou à l'augmenter, par crainte des retrouvailles. Or, afin de conserver ses vertus thérapeutiques cette période de séparation ne doit ni être trop courte ni trop longue. Le praticien référent intervient donc pour définir une durée qui soit optimale.

2-2-3-4 Les modifications du contrat

Bien que le contrat de poids soit présenté comme immuable à l'admission, il ne doit pas constituer un cadre rigide et inadapté. Godart et al exposent donc la possibilité de modifications de ce contrat lorsque celui-ci est source de <<réactions thérapeutiques négatives>>, autrement dit lorsqu'il ne permet plus l'évolution du patient et de sa famille ou lorsqu'il s'avère même délétère. Cependant, il est à noter l'importance que ce contrat ne soit pas remis en cause lors des premiers temps d'une première admission.

Lorsqu'elles sont nécessaires, les modifications peuvent porter d'une part sur la séparation et d'autre part sur le poids de sortie d'hospitalisation dans les situations suivantes :

Lorsque la séparation devient insupportable pour le patient, source de stagnation clinique ou d'une décompensation psychiatrique franche, ou lorsqu'elle est intolérable pour sa famille. Lorsque malgré de longs mois d'hospitalisations multiples le poids de sortie d'hospitalisation ne peut être atteint par le patient. On peut préciser qu'en aucun cas les modifications de contrat ne doivent avoir lieu en réponse à des transgressions du cadre. De tels aménagements rendraient ce contrat caduque traduisant le peu de fiabilité du soin. Godart et al insistent sur le fait que de telles situations ne se traduisent pas forcément par une sortie prématurée d'hospitalisation. On peut ajouter qu'elles ne doivent de façon plus large absolument pas aboutir à un arrêt des soins.

Une renégociation du contrat est donc parfois nécessaire avec par exemple, selon les cas : L'introduction d'entretiens familiaux, alors même que le poids de levée de séparation n'est pas atteint ; L'intervention d'un tiers, comme le chef de service ; La réalisation d'une fenêtre thérapeutique de quelques jours ou quelques semaines ; Une poursuite des soins en consultation ou en hôpital de jour.

2-2-4 Le contrat de soins dans le contexte actuel

En 2005, l'équipe de Nathalie Godart (76) estimait à 14% seulement le taux de service en France n'utilisant jamais le contrat de soins avec séparation, plus de la moitié des services (52,5%) l'utilisant toujours ou le plus souvent et plus d'un tiers des services (33,5%) l'utilisant parfois.

Guisseau-Gohier et al en 2005 (72) rapportent différentes modalités de contrat selon les services et l'âge des patients qu'ils accueillent, ainsi sont cités différents exemples :

– les contrats de poids écrits, avec séparation, par exemple dans le service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte du Dr Corcos à l'Institut Mutualiste Montsouris auquel on peut

ajouter le service La maison de Solène dirigé par le Pr Rufo et le service du Dr Pommereau au Centre Jean Abadie à Bordeaux.

– les contrats de poids non écrits, sans séparation, par exemple dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du Pr Mouren-Simeoni au centre hospitalier Robert Debré à Paris auquel on peut ajouter le service du Pr Bouvard au centre Jean Abadie à Bordeaux.

– les contrats avec des objectifs comportementaux et pondéraux, avec séparation partielle, à durée déterminée, par exemple à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale du Pr Rouillon du centre hospitalier Sainte-Anne à Paris.

– les contrats d'engagement mutuel sur des objectifs de changement, en particulier alimentaires, sans séparation, par exemple dans le service d'addictologie du Pr Vénisse au centre hospitalier de Nantes.

2-3 La durée de l'hospitalisation à temps plein

La durée optimale de l'hospitalisation programmée est variable selon les services et les patients, elle a été questionnée par la littérature anglo-saxonne récente avec le développement des soins ambulatoires. Ainsi, dans son étude publiée en 2014 Madden et al (78) proposent un modèle d'hospitalisation à temps plein limité en durée à la seule stabilisation de l'état somatique puis une poursuite des soins en hôpital de jour. Les résultats seront détaillés dans le chapitre concernant l'hospitalisation de jour. Les auteurs partent du constat que l'efficacité des hospitalisations complètes ayant pour but la normalisation du poids est variable selon les études et qu'il existe peu d'essais contrôlés randomisés validant leur efficacité. De plus le déroulement de ces hospitalisations est variable selon les services et il n'existe pas à ce jour d'essai contrôlé randomisé étudiant les différents types d'intervention.

Dans ce chapitre, nous étudierons les facteurs prédictifs de la durée de l'hospitalisation à temps plein, le poids de sortie d'hospitalisation, les méthodes de réduction du temps d'hospitalisation et enfin l'évolution des durées d'hospitalisation et les tendances actuelles.

2-3-1 Facteurs prédictifs de la durée d'hospitalisation

Dans une étude publiée en 2009 à partir de 300 patients ayant été hospitalisés à l'Institut Mutualiste Monsouris à Paris, Strik Lievers et al (79) ont retrouvé certains facteurs significativement liés à des durées plus longues d'hospitalisation :

- La durée totale du trouble à l'admission augmentait la durée d'hospitalisation, les auteurs précisent qu'il s'agissait là du seul facteur prédictible présent avant l'admission .
- Le recours à une alimentation par sonde naso-gastrique, à l'inverse des résultats retrouvés dans la plupart des autres études, était un facteur d'augmentation de la durée du séjour. En effet les auteurs précisent que dans leur protocole de soins l'alimentation orale est privilégiée et que l'alimentation entérale est principalement réservée aux cas qui présentent une résistance à la renutrition et une incapacité à reprendre du poids de façon autonome.
- L'adhésion au contrat de poids diminuait la durée moyenne de séjour de façon significative
- La présence d'une comorbidité psychiatrique augmentait le temps d'hospitalisation (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles graves de la personnalité).

La variance pour l'ensemble de ces facteurs avec la durée de séjour était de 24%.

Dans les limites de l'étude les auteurs notent que les résultats sont issus de la pratique clinique d'un service spécialisé en France, basée sur une prise en charge psychodynamique multidisciplinaire. Ils ne sont donc pas généralisables à tout patient et d'autres études sont nécessaires pour les confirmer.

Deux études plus anciennes retrouvaient d'autres facteurs conditionnant la durée de l'hospitalisation. Ainsi Maguire et al (80) dans une étude australienne multicentrique sur 154 patients retrouvaient liés à la durée moyenne de séjour :

- L'IMC à l'admission
- Le fait d'avoir déjà eu 2 ou 3 admissions antérieures en hospitalisation complète.

Par ailleurs Nozoe et al en 1995 (81) retrouvaient comme facteurs prédictifs sur 55 patients au Japon:

- L'IMC minimum atteint avant l'admission
- Le faible IMC à l'admission
- Une comorbidité anxieuse ou un trouble de la personnalité pré-morbide
- Un âge du début du trouble plus avancé
- Un âge plus avancé lors de l'hospitalisation
- La durée du trouble et les antécédents d'hospitalisation y compris pour des troubles somatiques
- L'usage de toxiques

- Le bas niveau social

L'IMC minimum atteint depuis le début des troubles, avant l'admission et l'âge du patient à l'admission étaient les 2 facteurs expliquant 47% de la variance de la durée d'hospitalisation.

Dans l'étude de Strik Lievers et al (79), la durée d'hospitalisation n'était pas corrélée à la valeur de l'IMC à l'admission. Ce résultat s'explique car les soins étaient fondés sur une approche psychodynamique où le poids à atteindre est défini par un contrat que le patient s'engage à respecter sans que le temps pour atteindre ce poids ne soit contractualisé. Dans ce cas la durée de l'hospitalisation était plus corrélée à la psychopathologie du patient et à la qualité de l'alliance thérapeutique qu'à la valeur de son IMC initial. Au contraire, dans les études de Maguire et al (80) et de Nozoe et al (81), les soins étaient basés sur une approche comportementale avec des objectifs de gain de poids par semaine prédéfinis. Dans ce dernier cas, la durée d'hospitalisation était ainsi directement corrélée à l'IMC à l'admission. Concernant l'âge de début des troubles et l'âge à l'admission, ainsi que le nombre d'hospitalisations précédentes ils n'étaient pas retrouvés comme facteurs prédictifs par Strik Lievers et al (79) car l'âge moyen des patients était de 16 ans contre 20 dans l'étude de Nozoe et al (81).

De même que Strik Lievers et al (79), l'étude de Sly et al publiée en 2011 (82) ne retrouvait pas de corrélation entre l'IMC à l'admission et le gain de poids au cours de l'hospitalisation ni avec la durée de celle-ci. Cependant les auteurs signalaient que les patients admis à un IMC plus faible avait également un IMC plus faible que les autres lors de la sortie d'hospitalisation et avait un risque de réadmission plus élevé à 1 an. Si on considère la durée des hospitalisations cumulées, ces patients avaient donc une durée de séjour cumulée plus longue que les autres. De ce résultat les auteurs insistent sur le fait que les admissions en hospitalisation devraient être les plus précoces possible, avant d'atteindre des IMC trop bas, de moins bon pronostic à long terme.

On peut se poser alors la question de ce qui est prédictif d'une réadmission en hospitalisation : un IMC initial bas ou une sortie d'hospitalisation complète avec un IMC encore trop bas ? Ce qui nous amène au chapitre suivant.

2-3-2 Quelle prise de poids durant l'hospitalisation ?

La durée d'hospitalisation étant principalement liée au gain de poids, la question du poids à prendre et donc de l'IMC à atteindre conditionne directement la durée d'hospitalisation. La question à se poser est donc quelle évolution optimale du poids doit-on attendre en hospitalisation

complète ? Doit-on tendre à une normalisation du poids, ce qui revient à des temps d'hospitalisation relativement longs, notamment chez les patients admis à un IMC très bas. Quelle est l'importance de cette prise de poids sur le devenir du patient en termes de rechute et donc de potentielle réadmission ou de rémission ?

L'étude de Castro et al publiée en 2004 (83) concernait 101 adolescents suivis pendant 1 an après la sortie d'une hospitalisation ayant conduit à une restauration complète du poids. Les auteurs rapportaient comme facteur prédictif d'une ré-hospitalisation, une vitesse de gain de poids plus faible (inférieur à 150 gr par jour) durant l'hospitalisation, ainsi que l'âge plus jeune des patients (inférieur à 15 ans) et des scores plus élevés au Eating Attitudes Test (supérieurs à 55). Ces facteurs étaient associés à une réadmission chez 77,6% des patients. Dans cette étude les réadmissions concernaient un quart des patients. Cette étude montre que la restauration complète du poids avant la sortie d'hospitalisation n'est pas un facteur protecteur de la rechute notamment chez les sujets de moins de 15 ans. En revanche la vitesse avec laquelle le poids est repris constitue un facteur prédictif. En effet, on peut supposer qu'une prise de poids plus lente en hospitalisation est le signe d'une certaine résistance, sous tendue par des difficultés psychopathologiques plus grandes, prédictives d'une rechute.

Lund et al (84) publient des résultats similaires en 2009 concernant 79 patientes adolescentes et adultes hospitalisées à temps complet. Dans cette échantillon la vitesse de gain de poids était un facteur prédictif de l'évolution à court terme. Seul le gain de poids par semaine durant l'hospitalisation était prédictif de l'évolution à 1 an. Ainsi les patients ayant pris plus de 0,8kg par semaine, tout au long de l'hospitalisation, avaient une évolution clinique plus favorable que ceux ayant eu des prises de poids plus modestes. Ces résultats ne permettent pas de dire si c'est la vitesse de gain de poids plus importante qui permet une meilleure évolution ou si la vitesse du gain de poids traduit un meilleur investissement des soins dans une dynamique d'acceptation du changement vers un processus de guérison.

Cette dernière hypothèse est soutenue par les résultats de l'étude de McHugh publiée en 2007 (85) qui mesurait chez 65 patients hospitalisés « The readiness for change » que l'on peut traduire par le fait d'être prêt au changement, qui est une mesure indirecte de l'investissement des soins. Ainsi, les patients ayant un score plus élevé d'acceptation du changement à l'admission en hospitalisation, voyaient non seulement leur durée de séjour réduite à 34,1 jours contre 59,4 jours pour les autres, mais avaient également une probabilité de bonne évolution à court terme 5,3 fois plus élevée.

Concernant l'indice de masse corporelle et son évolution au cours du temps, l'étude de Steinhausen et al publiée en 2009 (86) et portant sur 212 adolescents suivis sur 8 ans, retrouvait une corrélation entre l'IMC avant le début de l'anorexie mentale, l'IMC à l'admission en

hospitalisation, à la sortie d'hospitalisation complète et à la fin du suivi . Ainsi les patients ayant un IMC inférieur à 17,5 à la fin de l'hospitalisation, avaient de moins bons scores d'évolution positive. Un IMC plus élevé avant le début du trouble, un âge plus jeune lors de la première hospitalisation, et un IMC plus élevé à la fin de l'hospitalisation étaient des éléments significativement corrélés à l'obtention d'un IMC considéré normal (supérieur à 17,5 kg/m²) tout au long du suivi.

Les résultats de l'étude de Kaplan et al (87) retrouvaient également l'importance de l'IMC en fin d'hospitalisation complète comme facteur prédictif de l'évolution clinique à 6 mois et 1 an, ainsi que le taux de perte de poids immédiatement après la sortie d'hospitalisation à temps plein.

2-3-3 Réduire les temps d'hospitalisation par une renutrition intensive

Certains auteurs américains partant du principe que la durée d'hospitalisation est principalement liée à la durée nécessaire à la prise de poids proposent des protocoles de renutrition intensive permettant une normalisation pondérale rapide et limitant ainsi les coûts relatifs aux hospitalisations longues.

La durée d'hospitalisation peut alors être mathématiquement contrôlée en décidant de la vitesse de renutrition du patient. En ne laissant pas le patient reprendre du poids de son propre chef et à son rythme, les durées d'hospitalisation peuvent être considérablement réduites. Ainsi plusieurs études récentes remettent en cause les recommandations internationales qui préconisent des apports progressifs, notamment pour limiter le risque de survenue d'un syndrome de renutrition inappropriée.

En 2013 Garber et al (88) ont publié les résultats d'une étude expérimentale portant sur 56 adolescents et étudiant les effets d'un apport calorique plus important à très court terme. Ainsi les adolescents recevant en moyenne 1700 kcal par jour au lieu de 1000 kcal par jour avaient pris 2 fois plus de poids sur les premiers jours d'hospitalisation et voyaient leur durée de séjour passer à 12 jours en moyenne contre 17 jours pour les autres. Par ailleurs les adolescents renutris plus rapidement étaient plus souvent supplémentés en phosphore et aucun n'avait présenté de syndrome de renutrition inappropriée. Des résultats similaires étaient retrouvés par Golden et al (89) dans une étude rétrospective à grande échelle incluant 310 adolescents dont plus des 2/3 recevaient initialement plus de 1400 kcal/jr contre environ 1100 kcal par jour pour les autres. Cependant, la différence de gain de poids retrouvée dans l'étude de Garber et al (88) n'était pas significative dans cette étude. Dans cette étude comme dans la précédente seules les 2 premières semaines d'hospitalisation étaient prises en compte, il s'agit donc de résultats à très court terme.

Le Montreal Children's Hospital propose afin de réduire les durées d'hospitalisation un protocole de renutrition intensive par sonde naso-gastrique en continu. Dans leur étude publiée en 2013, Agostino et al (89) en livrent les résultats comparant 31 patients sondés à 134 patients recevant des repas standards. La durée d'hospitalisation était d'environ 51 jours pour les patients à repas standards et réduite à une moyenne de 34 jours chez les patients sondés. Patients qui recevaient à 90% une supplémentation en phosphore. Les patients sondés n'avaient présenté aucun troubles hydro-electrolytique ni complication et prenaient plus de poids que les autres (1,22 kg/ semaine contre 1,06 kg/semaine). Forte de ces premiers résultats encourageants et rassurants l'équipe de Madden et al a publié en Mars 2015 (91) une étude multicentrique examinant les effets d'un protocole de renutrition initiale aux apports caloriques très importants sur 78 adolescents hospitalisés en service de pédiatrie pour anorexie mentale. Les apports se faisaient par sonde naso-gastrique associés à un supplémentation en phosphore. Ils étaient de 2400 à 3000 Kcal par jour. Le poids moyen pris était de 5,12 kg en 2,5 semaines sans qu'il n'y ait eu la survenue d'hypoglycémie, d'hypo-phosphorémie, ni de symptômes de syndrome de renutrition inappropriée. Les résultats à long terme de ces pratiques dites d' « Aggressive refeeding » n'ont pas été étudiés à ce jour .

2-3-4 Evolution et tendances actuelles des durées d'hospitalisation

Les durées d'hospitalisation à temps plein sont en moyenne plus importantes en Europe et notamment en France que dans les pays anglo-saxons. Les hospitalisations complètes les plus brèves sont actuellement retrouvées aux Etats-unis avec des durées de séjour ayant considérablement diminué.

En France, la revue de la littérature de Strik Lievers et al en 2009 (79) rapportait une durée moyenne de séjour de 4,5 mois. En Islande, une analyse rétrospective sur 25 ans rapportait une durée moyenne d'environ 2,7 mois chez les adultes et 4,1 mois chez les adolescents, d'après Sigurdardottir et al en 2010 (92). Au Royaume-Uni, d'après l'étude de Gowers et al en 2010 (93), cette durée moyenne de séjour était de 3,5 mois. Aux Etats unis, la durée moyenne de séjour retrouvée par la revue de Chu et al publiée en 2012 (94) était de 16 jours, soit une hospitalisation très courte de stabilisation de l'état somatique avant une poursuite de soins généralement dans des résidences non hospitalières, pour une durée moyenne de 3 mois d'après Frisch et al (95).

Concernant l'évolution des soins aux patients souffrant d'anorexie mentale et des durées d'hospitalisation à temps plein, 2 études américaines publiées en 2001 (96) et 2005 (97) dans

l'American Journal of Psychiatry rapportent des changements notables notamment en termes de durée des hospitalisations à temps plein mais également de taux de réadmission. Ces évolutions semblent découler principalement de l'évolution des politiques d'économie de santé auxquelles ont dû s'adapter les pratiques cliniques.

L'étude de Wiseman et al (96) recensait des données concernant l'hospitalisation de 1185 patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, hospitalisés entre 1984 et 1998 dans le service spécialisé du New York Presbyterian Hospital, afin d'analyser l'évolution de l'hospitalisation sur 25 ans. Les résultats de cette étude étaient les suivants :

- La durée moyenne de séjour avait été divisée par 6 en 15 ans, passant de 149,5 jours (environ 5 mois) en 1984 à 127,3 jours (environ 4 mois) en 1989 à 57,4 jours en 1994 puis 23,7 jours en 1998.

- Le taux de réadmission avait augmenté parallèlement à cette baisse du temps de séjour avec une corrélation significative et également une diminution de l'intervalle de temps entre l'hospitalisation initiale et la première réadmission. Le nombre de réadmission avait augmenté de façon constante entre 1992 et 1998 passant en moyenne de 1,17 à 1,83 réadmission par patient et par an.

- Concernant la valeur de l'IMC en fin d'hospitalisation, elle était en moyenne de 17,64 kg/m² en 1998 contre 19 à 20 kg/m² avant 1995.

- Le financement des soins avait considérablement évolué également avec une participation inexistante des assurances privées en 1984 à une participation quasi systématique en 1998, assurances privées qui acceptent de ne financer que des temps courts d'hospitalisation privilégiant une stabilisation de l'état somatique.

- Le coût des soins également était passé d'un équivalent de 651 dollars/jour à 1400 dollars/jour d'hospitalisation.

Les auteurs expliquent par cette augmentation de coût et l'implication des assurances privées dans le financement, la réduction des temps de séjours avec leur effet pervers d'augmenter les taux de rechute et donc de réadmission.

Dans une étude publiée en 2005 (97), analysant les données de 186 patients hospitalisés dans l'état du Minnesota, en comparant 2 cohortes correspondant aux périodes 1975-1980 et 1990-1995, Willer et al apportent quelques nuances aux résultats précédents.

- Comme dans l'étude de Wiseman et al (96) les auteurs retrouvaient des durées de séjour plus courtes et un taux de réadmission plus important pour la cohorte la plus récente (1990-1995).

- Cependant, l'IMC de fin d'hospitalisation n'était pas moins important dans la cohorte la plus récente mais au contraire plus élevé avec une vitesse de gain de poids plus grande et un taux de prise de poids plus important.

- De plus, dans la cohorte la plus récente, des temps plus longs de séjour étaient associés à un taux de réadmission plus élevé. Ce résultat est contraire aux résultats de Wiseman et al (96) pour lesquels l'augmentation du taux de réadmission était corrélé à une diminution du temps de séjour. Les auteurs expliquent ce résultat en apparence discordant, par l'évolution du financement des soins. En effet pour qu'une hospitalisation plus longue soit financée par les assurances privées le patient doit justifié d'une chronicité de ses troubles et donc d'admissions antérieures multiples. En conclusion, les auteurs de cette étude proposent des prises en charge courtes avec une vitesse de gain de poids importante pour les patients « prêts au changement » et des temps d'hospitalisation plus longs avec une prise de poids plus lente et une période de stabilisation du poids pour les sujets psychologiquement plus résistants à la prise de poids.

En conclusion, dans les recommandations internationales l'hospitalisation programmée correspond au niveau de soin le plus intensif et n'est à envisager qu'en cas d'échec du traitement ambulatoire et/ou de facteurs somatiques, psychologiques ou environnementaux nécessitant une prise en charge en hospitalisation à temps plein. Celle ci doit être, à l'inverse des hospitalisations en urgence, préparée avec le patient et sa famille afin de garantir la meilleure alliance thérapeutique possible et de définir des objectifs de soin.

Les soins doivent être pluridisciplinaires et dans la mesure du possible prodigués par le service spécialisé le plus proche du domicile du patient. Les techniques fondées sur la seule restauration pondérale par la renutrition et/ou des méthodes purement comportementales sont proscrites par toutes les recommandations.

En France, les soins sont parfois définis sous la forme de contrats de soins avec ou sans séparation. Ils ont pour fondement l'approche psychodynamique de l'anorexie mentale et sont validés par la HAS.

Concernant la durée de l'hospitalisation complète, les recommandations internationales ne se prononcent pas hormis la HAS qui recommande qu'elle soit « aussi longue que nécessaire ».

La durée d'hospitalisation est liée d'une part au poids que le patient doit prendre, donc à son IMC à l'admission mais également à la gravité du trouble alimentaire qui dépend de l'IMC minimum atteint, de l'âge du patient, de l'âge du début de prise en charge, de l'ancienneté du trouble, des antécédents d'hospitalisations et des comorbidités psychiatriques associées. Un autre facteur prédictif de la durée d'hospitalisation a été mis en évidence, il s'agit de la motivation au changement à l'admission en hospitalisation, elle est prédictive d'une durée moindre d'hospitalisation ainsi que d'une meilleure évolution à court terme.

Concernant le poids à prendre au cours de l'hospitalisation certaines études montrent qu'une restauration pondérale complète à temps plein n'est pas un gage de rémission et ne prévient pas

les rechutes à 1 an. L'élément le plus déterminant est la vitesse de gain de poids au cours de l'hospitalisation. Ainsi un poids significatif prit par semaine de façon régulière est plus important que le poids total pris durant l'hospitalisation. Cependant d'autres études affirment que l'évolution à moyen et long terme dépend également de l'IMC à la fin de l'hospitalisation complète (Il est recommandé par les auteurs un IMC supérieur à 17,5 kg/m²) et donc du poids pris au total. Le maintien de ce poids dans les premières semaines suivant la sortie d'hospitalisation est également un facteur prédictif d'une meilleure évolution à moyen terme.

Des équipes américaines ont récemment étudié la sécurité d'emploi de la renutrition intensive (apports caloriques importants par voie nasogastrique) sur la réduction des temps d'hospitalisation à temps plein. La supplémentation systématique en phosphore permet d'éviter la survenue de complications physiques et ce type de pratiques conduisent logiquement à des gains de poids rapides et à des temps d'hospitalisation réduits. Cependant leurs effets restent à étudier à long terme.

Des études rétrospectives américaines portant sur d'importantes cohortes de patients ont mis en évidence une diminution drastique des durées d'hospitalisation sans impact sur l'IMC en fin d'hospitalisation mais avec des taux de rechutes et de réadmissions en augmentation. Des hospitalisations courtes avec des gains de poids rapides sont désormais privilégiées principalement pour des motifs économiques, avec le risque de majorer les taux de troubles chroniques et à terme d'engendrer des coûts de soins plus élevés.

3- L'hospitalisation de jour

L'anorexie mentale est une des maladies mentales les plus graves en termes de mortalité et une des plus coûteuse en termes d'économie de santé. Ce trouble au long cours nécessite souvent plusieurs hospitalisations. En effet après une première admission, plus d'un quart des patients rechutent et ce taux augmente à 50 - 75% pour les patients ayant eu plusieurs hospitalisations à temps plein selon la méta-analyse de Lay et al (97).

Devant les limites de ces hospitalisations et dans le contexte économique actuel, le schéma de soins classique basé sur des hospitalisations complètes de plusieurs mois est en partie remis en question.

L'hospitalisation de jour représente une alternative d'avenir déjà étudiée par différents auteurs et protocolisée par certains centres comme de véritables programmes de soins comme le Toronto Day Hospital Programme et le Maudsley Model entre autres.

3-1 Indications

Dans ses recommandations, la Haute Autorité de Santé (45) considère l'hospitalisation à temps partiel ou hospitalisation de jour comme une des modalités de soins aux patients anorexiques. L'hospitalisation de jour doit se concevoir comme des soins différents de l'hospitalisation à temps plein appropriés à certaines étapes du traitement et avec des objectifs propres. En effet, la HAS précise qu'ils ne peuvent se substituer à l'hospitalisation complète quand celle-ci est nécessaire.

Ainsi les soins en hôpital de jour peuvent s'envisager :

- Avant une hospitalisation à temps plein : sous forme d'une évaluation initiale approfondie et d'une préparation à l'hospitalisation complète programmée.
- Afin d'éviter une hospitalisation à temps plein : sous forme d'une intensification des soins ambulatoires lorsqu'ils deviennent insuffisants, sans pour autant qu'une hospitalisation complète soit encore nécessaire.
- Au décours d'une hospitalisation à temps plein : sous forme d'une diminution progressive de l'intensité des soins au sortir d'une hospitalisation complète.

3-2 Efficacité clinique et économies de santé

En 2010, Gowers et al (93) ont publié un essai contrôlé randomisé portant sur 199 patientes souffrant d'anorexie mentale recrutées dans 35 centres de pédopsychiatrie au Royaume-Uni. Cette étude avait pour objectif de comparer les soins en service d'hospitalisation complète spécialisée, à ceux en hôpital de jour spécialisé, à ceux en service de pédopsychiatrie générale. Les résultats comparés portaient sur l'efficacité clinique, le coût des soins et la satisfaction des patients et de leurs parents. Les résultats étaient recueillis à 1 an de la prise en charge puis 2 et 5 ans. En termes d'efficacité clinique les auteurs ne trouvaient aucune différence entre traitement en centre spécialisé ou en psychiatrie générale ni de différences significatives entre hospitalisation complète et hospitalisation de jour. Cependant lors de la première année les patients suivis en service non spécialisé avaient 2,5 fois plus de risque d'être admis en hospitalisation à temps plein que les autres. De plus l'adhésion aux soins était meilleure en hôpital de jour qu'à temps plein. Quelles que soient les modalités de soins, le taux de patients présentant une évolution satisfaisante était de 19% la 1^{ère} année à 64% à 5 ans. Ces résultats sont en faveur de soins prolongés, quelles que soient leurs modalités, pour augmenter les chances de rémission. En termes d'économie, les soins en psychiatrie générale s'avéraient plus coûteux à plus de 2 ans de suivi que les soins spécialisés car généralement les soins non spécialisés étaient suivis d'une hospitalisation à temps plein. En termes de soins spécialisés, les soins en hôpital de jour étaient les moins coûteux. Concernant la satisfaction des patients et de leurs parents elle était plus élevée avec les soins spécialisés quelles que soient leurs modalités.

Ainsi, ces résultats promeuvent l'intérêt de soins spécialisés au long cours notamment sous la forme d'hospitalisation de jour, en termes d'efficacité, d'économie de santé et de satisfaction des patients et de leur parents. Ils revalorisent également les soins psychiatriques non spécialisés qui permettent une prise en charge précoce et qui notamment pour les cas ne nécessitant pas d'hospitalisation à temps plein peuvent être aussi efficaces que des soins spécialisés.

3-3 Des programmes de soins d'hôpital de jour variables

Dans leur revue de la littérature publiée en 2009, portant sur les différents type de programmes d'hôpital de jour, Abbate-Daga et al (99) rapportent les points communs et les grandes variabilités que comportent ces soins selon les services. De même que les soins à temps complet, ils ne peuvent être standardisés et dépendent des abords théoriques et des habitudes pratiques de

chaque équipe.

Les auteurs rapportent néanmoins des similitudes dans les différentes prises en charge à savoir :

- Un modèle de compréhension intégratif, biopsychosocial
- Des patients sélectionnés spécifiquement pour le programme d'hôpital de jour
- Des objectifs de gain/ normalisation du poids et du comportement alimentaire
- L'utilisation de techniques cognitives et comportementales
- Un travail sur l'image corporelle
- L'implication des parents dans les soins

Les différences entre ces programmes résident dans:

- Leur durée : de 3 semaines à plus de 9 mois selon les centres
- Les critères d'admission
- La gestion des repas et des attitudes compensatoires (entre contrôle et autonomie du patient selon les centres)
- L'usage ou non d'échelles d'évaluation des symptômes et de leur évolution

De cette étude se dégagent 2 grands types de programme de soins d'hôpital de jour :

- Les soins de courte durée centrés sur la diminution des symptômes et la prise/normalisation du poids
- Les soins plus longs centrés sur le sujet avec une compréhension psychodynamique des symptômes et l'acceptation d'une prise de poids plus lente.

Pour exemples il existe 2 célèbres programmes anglo-saxons de soins d'hôpital de jour protocolisés, l'un développé en 1990 par Piran et Kaplan : le Toronto day hospital program (100) et l'autre développé en 1985 par Christopher Dare et al (101) et réactualisé dans les années 2000 et dernièrement en 2015 avec The new Maudsley Model (102).

Le Maudsley Model est destiné à des patients souffrant d'anorexie mentale âgés de moins de 19 ans et dont les troubles ont moins de 3 ans d'évolution. Il est destiné à des patients suivis en ambulatoire, en consultation ou en hôpital de jour. Le programme se déroule en 3 phases sur 1 an de prise en charge à travers 20 séances. Il s'agit d'un programme basé sur la thérapie familiale, thérapie familiale non pas au sens systémique du terme mais au sens des soins collaboratifs et de l'inclusion de la famille dans la place de co-thérapeute. Le but est d'éduquer les parents au trouble de leur enfant afin qu'ils puissent tenir un rôle quasi soignant supervisé par le thérapeute. Les parents sont mobilisés afin de participer activement à la renutrition de leur enfant ou adolescent en utilisant des stratégies prédéterminées par le programme et appliquées à domicile lors de la phase 1 qui a pour objectifs le fait que le patient puisse atteindre 90 à 95% de son poids initial et se

passer au fur et à mesure de l'étayage parental durant les repas. L'anorexie est alors considérée comme un symptôme externalisé, indépendant du sujet afin de limiter les contre attitudes parentales ou les sentiments de culpabilité. Le thérapeute doit également jouer un rôle empathique auprès de l'adolescent pour l'aider à accepter le contrôle parental. Lors de la phase 2, le patient est assisté afin de gagner en autonomie pour la prise de ses repas, notamment à l'extérieur du domicile familial. La phase 3 est amorcée une fois que le patient est autonome dans la prise des repas et que son poids est entre 90 et 100% de son poids initial et/ou que des menstruations sont à nouveau régulières pour la jeune fille. Lors de cette phase des sujets propres à l'adolescent sont abordés afin qu'il puisse réintégrer un fonctionnement familial normal. Ce modèle a donc pour but la normalisation du comportement alimentaire, en rendant les parents directement acteurs de ce changement puis progressivement en autonomisant l'adolescent dans sa prise alimentaire.

Plusieurs essais contrôlés randomisés font état de l'efficacité de ce modèle, ils seront rapportés dans le chapitre Psychothérapies.

Le Toronto day hospital program est un programme de soins intensifs en hôpital de jour qui repose sur un modèle bio-psycho-social de causalité de l'anorexie mentale, qui agit donc de façon pluridisciplinaire à différents niveaux et en utilisant des techniques de thérapies cognitives et comportementales dans des soins essentiellement en groupe mais également individuels et familiaux. Ce programme fait intervenir une équipe multidisciplinaire composée d'1 psychiatre, 2 psychologues, 2 infirmières, 1 assistante sociale et 1 diététicienne. Les soins ont lieu 5 jours par semaine, 8h par jour et ont une durée variable de 8 à 14 semaines selon l'évolution clinique et en moyenne de 10 semaines. Les soins comportent des repas supervisés afin de limiter l'anxiété face à l'alimentation et les éventuels vomissements, d'ateliers en groupe (travail sur l'image du corps, l'estime de soi, les relations interpersonnelles, l'assertivité, la sexualité, l'exercice physique, l'éducation alimentaire, des ateliers cuisine et des week ends organisés en groupe), des séances de thérapie familiale et un traitement médicamenteux continu par Fluoxétine (40 à 80mg/jr) ou Sertraline (50 à 100 mg/jr) associé à une benzodiazépine. Ce modèle propose donc une prise en charge globale du patient, immergé dans un groupe de pairs et une vie institutionnelle riche, qui peut être rapproché des prises en charge groupales proposées par certains centres spécialisés dans les troubles des conduites alimentaires en France.

3-4 L'hospitalisation de jour en relais d'hospitalisations à temps plein plus courtes

L'hospitalisation à temps plein classique, souvent longue et visant la restauration pondérale compte plusieurs écueils : elle ne garantit pas l'absence de réadmissions ultérieures, elle tend parfois à desinsérer le sujet de sa vie familiale, sociale et étudiante, notamment lorsque le trouble se chronicise et que les hospitalisations se succèdent, enfin elle s'avère coûteuse. Ce modèle est donc remis en cause et plusieurs centres de soins ont expérimenté ces dernières années des hospitalisations à temps plein réduites en termes de temps mais suivies de soins en hôpital de jour.

Ainsi l'étude multicentrique ANDI de Herpertz-Dahlmann et al publiée dans le Lancet en 2014 (103) compare un modèle de soins associant hospitalisation complète courte de stabilisation de l'état somatique (3 semaines) suivie de séances d'hôpital de jour et un modèle traditionnel d'hospitalisation complète longue. 172 patientes adolescentes, admises pour la première fois pour anorexie mentale dans différents centres en Allemagne ont participé à cet essai. Le critère de jugement principal était l'indice de masse corporelle à 1 an, le gain de poids et le maintien à long terme de ce poids étant l'un des facteurs principaux prévenant la rechute selon les études de Kaplan et al (87) et Steinhausen et al. (86) Concernant le poids et le maintien du poids les résultats étaient similaires dans les deux groupes avec en moyenne un gain de 3 unités d'indice de masse corporelle et à un an de prise en charge une perte en moyenne d'1 unité d'indice de masse corporelle. Les auteurs s'appuient sur ce résultat pour considérer le programme avec hôpital de jour aussi efficace que celui de l'hospitalisation à temps plein. Par ailleurs, ils précisent que le taux de complications étaient le même dans les deux groupes, affirmant ainsi la sécurité d'emploi de ce nouveau programme. Concernant le coût des soins, il était estimé à 20% moins coûteux avec le programme incluant l'hôpital de jour que l'hospitalisation complète longue. Les auteurs nuancent cette économie en signalant que seuls les coûts directs étaient pris en compte, auxquels il faut ajouter les coûts des transports qui pour les patients résidant à distance du centre peuvent devenir considérables.

Ainsi, cette étude démontre l'intérêt de développer de nouvelles modalités de soins notamment chez les adolescents souffrant d'anorexie récente (première admission) et résidant proche d'un centre spécialisé.

Une autre étude de Treat et al datant de 2008 (104) a étudié l'efficacité d'un traitement court en hôpital de jour d'environ 3 semaines dans les suites d'une hospitalisation complète d'environ 5 semaines chez un échantillon de 71 patients incluant des adultes, à 6 mois de prise en charge.

A la fin de ce traitement d'environ 8 semaines les auteurs estimaient que 35,2% des patients présentaient d'excellents résultats (IMC > 90% de l'IMC idéal, pas de perte de plus de 150gr par semaine, ni d'attitudes compensatoires régulières la dernière semaine du programme) alors que 23,9% présentaient de faibles résultats (IMC < 80% de l'IMC idéal, ou < 85% avec perte de poids de plus de 150gr par semaine et/ou nécessité d'une réadmission et/ou attitudes compensatoires et/ou conduites de purge), plus de 40% des patients présentaient des résultats entre ces 2 extrêmes. A 6 mois, soit 4 mois après le programme 47,9% des patients maintenaient leurs résultats contre 52,1% qui ont du être réintégrés aux soins. Ces résultats mitigés mettent à jour certains facteurs prédictifs d'une faible efficacité de ce type de programme, à savoir : un âge plus avancé, une anorexie mentale plus ancienne, des antécédents d'hospitalisation, un faible poids à l'admission et à la sortie d'hospitalisation à temps plein ainsi qu'une perte de poids dès les premiers jours de la prise en charge en hôpital de jour.

D'après cette étude le nombre d'hospitalisations antérieures et la variation du poids immédiatement après la sortie d'hospitalisation à temps plein sont prédictifs de l'efficacité attendue de l'hôpital de jour chez près de 90% des patients.

Madden et al ont publié en 2014 (105) un essai contrôlé randomisé comparant les résultats chez des adolescents soumis aux mêmes soins d'hôpital de jour (20 séances de thérapie familiale) après une hospitalisation courte de stabilisation de l'état médical ou après une hospitalisation longue de restauration pondérale. La différence avec les études antérieures est ici l'inclusion de patients instables sur le plan hémodynamique chez qui l'hospitalisation à temps plein est indispensable. Au total, les patients ayant bénéficié de l'hospitalisation longue cumulaient en moyenne sur l'année 65 jours d'hospitalisation complète contre 45 pour ceux ayant eu une hospitalisation initiale plus courte. Il n'y avait pas de différence de taux de réadmission entre les 2 groupes, ni de différences de taux des différents motifs de réadmission durant les 12 mois de suivi. Les taux de rémission complète et partielle n'étaient pas significativement différents dans les 2 groupes : 30% des patients du groupe hospitalisation de stabilisation somatique contre 35% de l'autre groupe étaient en rémission complète à 1 an.

Les auteurs notent le fait que contrairement à ce qui aurait pu être attendu, le groupe de l'hospitalisation initiale longue a nécessité plus de séances supplémentaires de thérapie familiale pour obtenir une rémission que le groupe ayant passé moins de temps en hospitalisation complète. Ce résultat serait d'après les auteurs imputable à l'investissement parental dans la psychothérapie, qui serait moindre lorsque l'adolescent retrouve un poids quasi normal que lorsqu'il est dénutri et suscite donc plus d'inquiétudes.

Ainsi, cette étude montre l'utilité pour les adolescents même très dénutris, d'hospitalisations complètes courtes de stabilisation de l'état somatique suivie de psychothérapie intensive de type familiale (30% de rémission complète à 1 an) avec un taux de réadmission en hospitalisation qui

n'est pas plus élevé que chez les patients ayant eu une hospitalisation initiale longue et avec des économies de santé significatives en termes de journée d'hospitalisation à temps plein.

3-5 Facteurs prédictifs de l'évolution de l'état clinique en hôpital de jour

Concernant le succès ou l'échec du passage de soins à temps complet, à un programme d'hôpital de jour, l'étude de Howards et al publiée en 1999 (106) portant sur 59 patientes retrouvait déjà des facteurs prédictifs similaires à ceux de l'étude de Treat et al (104)

Ainsi les patients ayant plus de six ans de maladie avaient un risque 2,7 fois plus élevé d'être réadmis en hospitalisation complète ; les patients ayant un IMC inférieur ou égal à 16,5 kg/m² à l'admission en hospitalisation complète avaient un risque près de 10 fois plus élevé d'échec de l'hôpital de jour. Selon Treat et al (104) comme cités précédemment le nombre d'hospitalisations antérieures et la variation du poids immédiatement après la sortie d'hospitalisation à temps plein sont prédictifs de l'efficacité attendue de l'hôpital de jour chez près de 90% des patients.

Ces résultats démontrent que le traitement en hôpital de jour n'est pas efficace chez tous les patients, il l'est surtout chez les patients les plus jeunes en âge et dans la maladie et ayant un poids suffisant lors de la fin de l'hospitalisation complète. Ainsi, ces soins doivent être prodigués au cas par cas et respecter le rythme de chaque patient afin d'éviter qu'ils ne soient à l'origine de rechutes multiples avec réadmission en hospitalisation complète, ce qui entraînerait un risque de pérennisation des troubles pour le patient et des surcoûts en termes d'économie de santé.

En conclusion, la revue de la littérature récente nous invite à repenser les soins aux patients souffrant d'anorexie en ne faisant plus de l'hospitalisation à temps plein de plusieurs mois le seul mode opératoire efficace. En effet plusieurs études montrent que concernant les adolescents dont il s'agit de la première admission une hospitalisation à temps plein plus courte puis un relais en hôpital de jour avec des soins spécifiques est tout aussi efficace, moins coûteux et mieux accepté par le patient et ses parents. Ce modèle est valable même pour les patients fortement dénutris initialement. En revanche, chez les patients plus âgés ayant eu déjà plusieurs hospitalisations, l'efficacité du relais des soins en hôpital de jour est moindre. Ces résultats sont à nuancer car ils concernent de petits échantillons et restent donc à confirmer par d'autres études portant sur un plus grand nombre de patients. Par ailleurs, en termes de coût de santé le recours à l'hospitalisation de jour s'il est adapté pourrait réduire de 20% le coût habituel pour les patients vivant à proximité d'un centre spécialisé, centres qui restent en France limités aux grandes villes.

LES MOYENS THERAPEUTIQUES EN HOSPITALISATION

III LES MOYENS THERAPEUTIQUES EN HOSPITALISATION

1- La renutrition

La renutrition constitue une phase indispensable du traitement de l'anorexie mentale. Elle permet tout d'abord un arrêt de la perte de poids, et constitue parfois un véritable sauvetage somatique lorsque des complications s'installent suite à une dénutrition rapide et/ou importante. En plus d'une restauration des fonctions physiologiques de l'organisme, de l'état nutritionnel et du poids, la renutrition a pour objectifs un retour des sensations de faim et de satiété et une reprise de l'acte social que constitue le fait de se nourrir. Par ailleurs, elle est l'étape nécessaire et indispensable à l'initiation de tout travail psycho-thérapeutique.

Dans ce chapitre nous verrons quelles sont les indications et les recommandations internationales concernant la renutrition, quelles en sont les complications et quelle est la place des différentes suppléments face aux perturbations endocriniennes

1-1 Indications et recommandations internationales

1-1-1 Définition de la dénutrition

La dénutrition constitue un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants en regard des dépenses énergétiques de l'organisme. Lorsque les apports sont inadaptés en plus d'être insuffisants, on parle de malnutrition.

Dans les recommandations concernant l'anorexie mentale la HAS (45) a défini la dénutrition par une valeur de l'indice de masse corporelle (IMC) inférieure à 18,5 kg/m². Selon cette valeur, différents grades de dénutrition ont été établis :

- Grade I : IMC entre 17 et 18,5 kg/m²
- Grade II : IMC entre 15 et 16,9 kg/m²
- Grade III : IMC entre 13 et 14,9 kg/m²
- Grade IV : IMC entre 10 et 12,9 kg/m²
- Grade V : IMC inférieur à 10 kg/m²

En termes de poids, le DSM (19) retient un amaigrissement conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu pour l'âge et la taille pour poser le diagnostic d'anorexie mentale.

Selon la CIM 10 (20), la perte de poids doit conduire à un poids inférieur à au moins 15% du poids attendu pour l'âge et la taille.

Selon l'APA en 2006 (68), chez l'adulte cela correspond en termes d'indice de masse corporelle à un IMC inférieur à 17,5 kg/m², si on considère un IMC médian de 20 kg/m².

1-1-2 Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Concernant la renutrition, la HAS (45) propose une stratégie nutritionnelle fondée sur le principe d'une renutrition lente et progressive.

La voie orale doit être privilégiée et la voie entérale ne doit être envisagée que comme une aide ponctuelle en cas de :

- Dénutrition extrême (IMC<11kg/m²) engageant le pronostic vital ou complications somatiques de la dénutrition.

- Dénutrition sévère avec stagnation pondérale.

La mise en place de cette nutrition artificielle doit toujours être le résultat d'une concertation multidisciplinaire par une équipe expérimentée. La voie parentérale elle n'a pas d'indication. La nutrition entérale doit être progressive et assortie d'une supplémentation en phosphore pour prévenir un éventuel syndrome de renutrition avec hypophosphorémie. Un suivi biologique bi-hebdomadaire notamment de la phosphorémie et du bilan hépatique doit être mis en place. En cas d'hypo-phosphorémie ou de majoration d'une cytolysé hépatique, la nutrition entérale doit être suspendue pendant 24 à 48h.

L'objectif de reprise pondérale donné par l' HAS est de 500gr à 1kg par semaine chez un patient hospitalisé.

1-1-3 Recommandations de l'American Psychiatric Association (APA) 2006

A partir d'une revue de la littérature scientifique de langue anglaise, d'articles publiés jusqu'en 2005, l'APA a publié en 2006 (68) une série de recommandations concernant la renutrition au chapitre <<Nutritional Rehabilitation>>.

L'APA recommande d'envisager un traitement en hospitalisation lorsque la dénutrition implique un sous poids important, avec pour exemple le cas où les enfants et les adolescents atteignent un poids en dessous du poids minimum des courbes de croissance.

Ces recommandations mettent l'accent sur le fait que la renutrition doit s'intégrer dans un programme de soins plus larges, prenant en compte le contexte émotionnel du patient. Les auteurs soulignent quelques points importants de la relation de soins afin que la renutrition soit la plus acceptable possible pour le patient. Ils expliquent ainsi l'importance pour l'équipe soignante d'affirmer que les soins sont faits dans l'intérêt du patient, pour ne pas le laisser mourir, notamment lorsque les soins sont vécus de manière coercitive. L'importance pour les membres de l'équipe d'affirmer également qu'ils ne sont pas engagés dans un rapport de force avec le patient mais plutôt dans un sauvetage lorsque les troubles empêchent le patient de prendre soin de lui est rappelée. Sont aussi abordés les symptômes désagréables du point de vue du patient liés à la renutrition et à la reprise pondérale comme la recrudescence de symptômes anxieux, dépressifs, obsessionnels, d'une irritabilité et d'idées suicidaires. Sur le plan somatique, il s'agit de l'apparition d'acné, d'une tension mammaire, de douleurs abdominales en lien avec une diminution de la vidange gastrique ainsi qu'une constipation. Les auteurs recommandent de prévenir le patient de ces effets qui généralement s'estompent avec la poursuite de la prise du poids et de traiter de façon symptomatique ce qui peut l'être.

Un poids cible de fin d'hospitalisation doit être défini avec établissement d'un plan de soins pour atteindre ce poids cible. L'écart entre ce poids et un poids de forme doit prendre en compte la capacité du patient à s'alimenter, sa motivation et le suivi proposé après l'hospitalisation, notamment la possibilité d'une poursuite de l'hospitalisation à temps partiel.

Le rôle des diététiciens est abordé comme étant une aide apportée aux patients dans le choix d'aliments diversifiés pour constituer un repas équilibré sans éviction de classes d'aliments. Les apports nutritionnels doivent pouvoir selon un consensus clinique permettre la prise de poids réaliste de 2-3 livres par semaine soit 900 gr à 1,3 kg chez les patients hospitalisés et 0,5-1 livre par semaine soit entre 230 à 450gr chez les patients suivis en ambulatoire.

Les apports caloriques sont à débiter entre 30 et 40 kcal/kg par jour puis à augmenter pendant la

phase de prise de poids jusqu'à 70 à 100 kcal/kg/j chez les patients ayant besoin de plus d'apports pour prendre du poids, notamment les hommes.

Pour les patients coopérants une nutrition de nuit par sonde naso-gastrique a été utilisée dans certains programmes pour favoriser la prise de poids.

La prévention de la survenue d'un syndrome de renutrition inappropriée ainsi que des troubles hydro-electrolytiques est évoquée. Chez les patients souffrant de dénutrition sévère, notamment ceux à 70% ou moins du poids attendu, en cas de renutrition trop importante et rapide que ce soit par voie orale, entérale ou parentérale, un syndrome de renutrition grave peut se produire.

La kaliémie doit être surveillée chez les patients qui vomissent et être corrigée par la réhydratation ainsi qu'une supplémentation orale ou parentérale.

Les auteurs n'oublient pas les situations particulières de prise de poids factice due à une consommation d'eau avant les pesées ou à une authentique rétention d'eau. Les patients prenant du poids avec des apports caloriques plus faibles ou pouvant augmenter artificiellement leur poids par des apports hydriques doivent être pesés le matin après vidange de la vessie et leur consommation d'eau doit être surveillée. Une rétention hydro-sodée modérée et transitoire a lieu au début de la renutrition, de même l'arrêt de laxatifs ou diurétiques peut entraîner une rétention hydro-sodée pendant plusieurs semaines. La pratique d'analyses urinaires peut être utilisée pour évaluer dans quelle mesure le poids pris est lié à une consommation excessive d'eau.

La question des soins sans consentement et de la renutrition du patient contre son gré est également abordée. Ainsi lorsque le patient refuse la renutrition nécessaire à sa survie, la voie entérale par sonde naso-gastrique est préférable à la voie parentérale. Dans les cas très difficiles où les patients résistent physiquement à la renutrition et arrachent constamment leur sonde naso-gastrique, une réalimentation par gastrostomie ou jéjunostomie chirurgicale peut être envisagée. Avant d'entreprendre un traitement sous contrainte le médecin se doit d'analyser la situation clinique, recueillir l'avis de la famille et considérer les dimensions éthiques et juridiques pertinentes.

1-1-4 Recommandations du National Institute for health and Clinical Excellent (NICE)

Comme dans les recommandations de la HAS et de l'APA, le NICE (69) donne un objectif de reprise pondérale de 0,5 à 1 kg par semaine pour les patients hospitalisés et de 500 gr par semaine pour les patients suivis en ambulatoire. Les auteurs précisent que cela correspond environ à un apport calorique supplémentaire de 3500 à 7000 kcal par semaine par rapport à l'apport nutritionnel initial. L'alimentation entérale n'est pas explicitement abordée, ni le syndrome

de renutrition, mais un chapitre intitulé renutrition contre la volonté du patient précise qu'en ultime recours une nutrition contrainte peut être mise en place par une équipe spécialisée et sous le régime britannique des soins sans consentement (Mental Health Act 1983 ou Children Act 1989).

Le NICE a publié en 2006 (107) des recommandations spécifiques pratiques concernant la mise en place d'une nutrition parentérale ou entérale chez l'adulte.

En résumé, nous pouvons retenir de ces recommandations à défaut de protocoles précis des grands principes pour une renutrition efficace et sûre. La voie orale doit toujours être privilégiée et maintenue si la voie entérale doit être utilisée. L'alimentation par voie parentérale du fait de ses complications septiques et métaboliques n'est pas recommandée. Elle est en pratique réservée aux contextes de réanimation médicale ou chez certains patients opposant à la sonde nasogastrique. La réalimentation lentement progressive est la règle et une supplémentation systématique en phosphore est la plupart du temps recommandée afin d'éviter la survenue gravissime d'un syndrome de renutrition inappropriée.

1-2 Le syndrome de renutrition inappropriée

Quelle soit orale, entérale ou parentérale, la principale complication de la renutrition est le syndrome de renutrition inappropriée (SRI). Sa connaissance par toute personne soignante auprès de patients dénutris et en l'occurrence de patients souffrants d'anorexie mentale est indispensable car comme le rappellent les différents auteurs de la littérature récente sur le sujet, le traitement le plus efficace de ce syndrome reste la prévention.

Le SRI est défini par l'ensemble des manifestations biologiques et cliniques néfastes qui surviennent lors de la renutrition de patients dénutris ou ayant subi un jeûne prolongé. Une renutrition trop rapide peut amener brutalement à une hypo-phosphorémie, une hypomagnésémie, une hypokaliémie, une hyperglycémie, une hypovitaminose B1 et/ou à différentes défaillances d'organes en particulier cardiaque, neurologique et respiratoire. Le décès peut alors survenir dans un contexte de syndrome de défaillance multi-viscérale. Typiquement ce syndrome se produit dans la semaine au cours de laquelle est introduite la réalimentation.

Dans une étude observationnelle menée de 2006 à 2008 par Vignaud et al (108), l'analyse rétrospective du devenir de patients anorexiques admis dans 11 services de réanimation en France faisait état d'un taux de décès par SRI de 10%. Il a été démontré que l'apport calorique

initial chez ces patientes décédées de SRI était plus important que celui des patientes survivantes (23.2 ± 5 Kcal/kg/j vs 14.1 ± 3 Kcal/kg/j).

Le NICE a établi en 2006 (107) des recommandations concernant la prévention du SRI. La première des mesures de prévention est le repérage des patients à haut risque de SRI qui peuvent être repérés à partir des critères suivants :

Sont à haut risque de SRI les patients ayant au moins 1 des critères suivants :

- Indice de masse corporelle inférieur à 16kg/m^2
- Perte de poids non intentionnelle de plus de 15% en 3 à 6 mois
- Peu ou pas d'apports nutritionnels depuis plus de 10 jours
- Faibles taux de potassium, magnésium ou phosphore antérieurs à la renutrition

Sont à haut risque de SRI les patients ayant au moins 2 des critères suivants :

- Indice de masse corporelle inférieur à $18,5\text{kg/m}^2$
- Perte de poids non intentionnelle de plus de 15% en 3 à 6 mois
- Peu ou pas d'apports nutritionnels depuis plus de 5 jours
- Antécédents d'abus d'alcool ou de médicaments incluant l'insuline, chimiothérapie, traitement anti-acide ou diurétiques.

Sont à très haut risque de SRI les patients ayant un IMC inférieur à 14kg/m^2 et/ou des apports quasi nuls depuis plus de 15 jours.

La seconde mesure de prévention du SRI par le NICE (107) est une renutrition privilégiée par voie orale et entérale, avec des apports progressifs : les apports initiaux recommandés sont de 10 kcal/kg/j pour les sujets à haut risque de SRI et de 5 kcal/kg/j pour les patients à très haut risque. Ces apports sont à augmenter sur 4 à 7 jours.

Une troisième mesure de prévention est la supplémentation systématique en phosphore préconisée par le NICE à 0,3 à 0,6 mmol/kg/j (1mmol=3mg), ainsi qu'une supplémentation en vitamine B1 200 à 300 mg/j pendant 10 jours, ainsi qu'en potassium et en magnésium par voie orale, respectivement 2 à 4 mmol/kg/j et 0,4 mmol/kg/j.

Enfin la surveillance des paramètres annonciateurs d'un risque de SRI doivent-être surveillés :

- La fréquence cardiaque : une tachycardie soutenue (supérieure à 100 battements/min) serait un signe clinique de renutrition trop rapide.
- Le bilan biologique : ionogramme et phosphorémie tous les jours ou tous les 2 jours pendant 1 semaine, NFS et bilan hépatique 2 fois par semaine.

Dans une étude publiée en 2014, Gaudiani et al (109) ont proposé l'utilisation d'un nouveau marqueur pour évaluer le risque de survenue de complications graves lors de la renutrition. A partir des résultats obtenus chez 132 patients hospitalisés pour anorexie mentale sévère, les auteurs ont retrouvé une corrélation entre un taux faible de pré-albumine à l'admission (inférieur à 20

mg/dl) et la survenue d'un SRI ou d'une hypoglycémie lors de la renutrition. Le risque de survenue d'un SRI serait multiplié par 3 et celui d'une hypoglycémie par 2. Ce nouveau marqueur qu'est la pré-albumine plasmatique pourrait être dosée systématiquement chez tout patient devant bénéficier d'une renutrition.

Dans une revue de la littérature d'études de 1980 à 2012, O'Connor et al (110) ont répertorié le taux de SRI chez plus de 1000 adolescents souffrant d'anorexie mentale et tenté de déterminer l'impact de la ration calorique sur la survenue du SRI et par ailleurs celle de la dénutrition initiale.

Cette étude retrouve une survenue de SRI non négligeable, soit 14% des adolescents renutris. Contrairement aux recommandations sus citées concernant la prévention du SRI via une alimentation progressivement croissante, cette étude considère que le facteur prédictif de la survenue d'un SRI serait la sévérité de la dénutrition soit la perte en pourcentage d'indice de masse corporelle par rapport au poids initial. Ce paramètre serait majoritairement corrélé à la survenue d'un SRI comparé à l'impact des apports caloriques.

Ces conclusions sont tirées du fait qu'il n'existe pas de renutrition internationalement protocolisée en termes d'apports caloriques. Cette revue retrouve ainsi de façon disparate des SRI qui surviennent pour différents apports caloriques initiaux. L'apport le plus répandu étant en moyenne de 1186 kcal/j, les apports allant de 125 à 1900 kcal/j selon les équipes.

Ces résultats globaux doivent être accueillis avec prudence et ne peuvent influencer la prise en charge individuelle sans prendre en compte les recommandations actuelles. Les auteurs soulignent en effet que d'autres études analysant précisément la survenue de SRI pour chaque fourchette d'apport calorique initial sont nécessaires à une uniformisation des pratiques.

En Mars 2015, l'équipe de Madden et al (91) a publié une étude examinant les effets d'un protocole de renutrition très rapide sur 78 adolescents en service de pédiatrie avec des apports de 2400 à 3000 kcal/j par sonde naso-gastrique associés à une supplémentation en phosphore. Ce protocole a permis une prise de poids moyenne de 5,12 kg en 2,5 semaines sans survenue d'hypoglycémie, d'hypo-phosphorémie ni de symptômes de SRI. Cette étude remet en question les recommandations actuelles et pose la question de l'intérêt de ce genre de protocole intensif comme « sauvetage nutritionnel ». Leurs impacts à plus long terme méritent d'être étudiés en termes d'influence sur les durées de séjour et d'acceptation par les patients sur le plan psychologique et corporel.

1-3 Perturbations endocriniennes et suppléments

1-3-1 Perturbations endocriniennes

L'anorexie mentale conduit à des conséquences endocriniennes qui résultent de phénomènes adaptatifs de l'organisme à l'état de dénutrition. Michel Pugeat, professeur d'endocrinologie à Lyon, rappelle l'importance de la connaissance de ces perturbations par les soignants en psychiatrie en les reprenant dans un article publié en 2004 (111).

Le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire se trouve modifié avec une action sur les fonctions hormonales suivantes :

-La fonction gonadotrope : Elle se trouve de façon étrange parfois perturbée avant même que l'amaigrissement ne soit important. La diminution de la production pulsatile de GnRH sous l'influence de la leptine, dépendante du taux de tissu adipeux conduit à une baisse de la FSH et de la LH. Il en résulte une hypo-oestrogénie donnant lieu cliniquement à une aménorrhée secondaire. La fonction ovarienne reste par ailleurs intacte et la fertilité conservée si l'ovaire est stimulée. Chez l'homme, cette atteinte se traduit par de faibles taux de testostérone. La fonction gonadotrope est souvent le dernier élément à se normaliser nécessitant le retour à un poids stable minimum, ainsi la reprise de cycles menstruels réguliers chez la femme constitue un bon marqueur de guérison.

- La fonction thyroïdienne est également perturbée avec une TSH et une T4 qui restent à des taux normaux mais une T3 qui se trouve abaissée. Il s'agit du syndrome de basse T3 qui traduit un hypo-métabolisme adaptatif . Ce taux de T3 est un élément pronostic de la gravité de la dénutrition puisqu'il est responsable de la bradycardie qui expose au risque d'arrêt cardiaque. Le taux de T3 est sensible à l'apport calorique et sa normalisation permet de s'éloigner de la zone à risque vital.

- La fonction somatotrope : l'hormone de croissance ou GH se trouve augmentée suite au jeûne glucidique, elle aurait pour fonction de maintenir la production hépatique de glucose. Contrairement au phénomène qui existe dans la croissance normale, l'augmentation de la GH ne s'accompagne pas d'une élévation de l'insulin-like growth factor 1 (IGF-1) mais plutôt d'une diminution. A l'adolescence, cette diminution provoque un arrêt de la croissance et un déficit de formation du capital osseux. A l'âge adulte, la baisse du taux d'IGF-1 expose à une perte osseuse plus rapide et au développement d'une ostéoporose sévère.

- La fonction corticotrope : La cortisolémie est systématiquement augmentée mais le rythme circadien est maintenu. Cette élévation a pour principal objectif d'éviter l'hypoglycémie en stimulant les enzymes hépatiques qui maintiennent une glycémie normale. L'absence de signes d'hypercorticisme chez les patients anorexiques est due à une dégradation par le rein du cortisol en cortisone moins active.

Sur le plan clinique la principale expression de ces désordres endocriniens est l'atteinte osseuse par ostéopénie et ostéoporose. L'ostéoporose concernerait entre 20 et 50% des patients souffrant d'anorexie mentale selon les études. L'étude de Trombetti et al menée en 2005 (112) sur 107 patientes retrouvait 20% de cas d'ostéoporose et 54% de cas d'ostéopénie. En 2008 sur 59 patients Winston et al (113) retrouvaient 31% de cas d'ostéoporose et 51% de cas d'ostéopénie. Le risque de fracture non vertébrale serait multiplié par 4 à 7 d'après Lucas et al en 1999 (114). La perte osseuse serait supérieure à 1% par an et maximale au début de la maladie, d'après les résultats de Grinspoon et al en 2002 (115), ce qui coïncide avec les résultats de l'étude de Winston et al (113) dans laquelle plus d'un dixième des cas d'ostéoporose concernait des patients atteints d'anorexie depuis moins d'un an.

Les endocrinologues Misra et al en 2011 (116) ont publié une revue de la littérature concernant l'atteinte osseuse dans l'anorexie mentale. Ils reprennent les mécanismes endocriniens à l'origine de l'ostéopénie et de l'ostéoporose retrouvées. La faible densité de masse osseuse qui résulte d'un déséquilibre entre résorption osseuse et formation osseuse est due à plusieurs facteurs :

-La diminution de la masse maigre, avec un impact direct de l' IMC sur la densité minérale osseuse (DMO)

-L' hypogonadisme (hypo-oestrogénie chez la femme et hypo-testostéronémie chez l'homme)

-L' hypercortisolisme

-La diminution du taux d'IGF-1

-La carence en vitamine D et en calcium

En 2012 Misra et al (117) précisent dans une autre étude qu'à la différence des ostéoporoses post-ménopausiques, l' hypo-gonadisme n'est pas le seul facteur impliqué dans la perte osseuse lors de l'anorexie mentale et donc par conséquent que la supplémentation en stéroïdes sexuels serait ici insuffisante à garantir la protection du capital osseux.

La revue de la littérature plus récente de Howgate et al publiée en 2013 ajoute d'autres facteurs :

- Le faible taux de dehydroépiandrosterone (DHEA) et de leptine

- Les taux élevés de Ghrelina et peptide YY

Sur le plan clinique, la revue de la littérature de Melher et al publiée en 2009 (118) rapporte différents facteurs corrélés à la perte de densité minérale osseuse :

- Le faible poids corporel est le facteur le plus prédictif de la densité minérale osseuse, l'indice de masse corporelle étant inversement proportionnel à la densité minérale osseuse.
- La durée de l'aménorrhée ainsi que l'âge précoce de survenue de cette aménorrhée secondaire sont également cités comme des facteurs importants
- Un indice de masse corporelle inférieur à 15kg/m² et une aménorrhée de plus de 6 mois sont des éléments admis comme fortement corrélés à une perte de densité minérale osseuse.

D'autres facteurs intéressants ont été étudiés par d'autres auteurs, ainsi :

- Le taux de 25-hydroxy-vitamine D n'est pas corrélé à la densité minérale osseuse d'après l'étude de Modan-Moses et al publiée en 2014 (120) portant sur 87 patients hospitalisées.

1-3-2 Les suppléments

Des suppléments en œstrogènes, progestérone, calcium et vitamine D sont souvent utilisés en routine pour pallier aux risques notamment d'ostéopénie et d'ostéoporose. En revanche, les recommandations internationales sus citées ne valident pas ces suppléments comme suffisamment efficaces pour en faire une mesure à associer systématiquement à la renutrition. Renutrition qui en revanche reste le seul moyen thérapeutique ayant fait la preuve d'une action efficace sur la réversibilité de la diminution de la densité osseuse et des autres perturbations hormonales et biologiques.

La HAS (45) recommande cependant le dépistage de la perte de densité minérale osseuse par ostéodensitométrie à partir de plus de 6 mois d'aménorrhée puis tous les 2 ans.

1-3-2-1 Effets de la renutrition sur l'atteinte osseuse

La renutrition avec la reprise pondérale ainsi que des cycles menstruels est d'après tous les auteurs le traitement de choix le plus efficace de l'atteinte hormonale et osseuse.

La revue de la littérature de Misra et al publiée en décembre 2011 (116) en fait état à travers plusieurs études ayant étudié les impacts de la reprise de poids sur la densité minérale osseuse. Ainsi ils rappellent les chiffres suivants : chez les adolescents de poids normaux le gain de densité minérale osseuse est de 3% par an. Les adolescents souffrant d'anorexie et ne prenant pas de poids perdent en revanche 0,3% de leur densité osseuse par an. La reprise de poids leur permettrait de reprendre 1,8% de densité osseuse par an. Chez les adultes souffrant d'anorexie mentale la perte de densité minérale osseuse est beaucoup plus importante, d'environ 2,5% par

an. La reprise de poids et le retour des menstruations permettent par contre une reprise également plus importante de 2% par an au niveau du fémur et 3% par an au niveau du rachis. La prise de poids influence principalement la densité minérale osseuse fémorale alors que le retour des règles impacte principalement celle du rachis.

1-3-2-2 Supplémentations en vitamine D et en calcium

Modan-Moses et al dans une étude de 2014 (120), retrouvent une prévalence de 31% du taux de 25 hydroxyvitamine D insuffisant chez 87 adolescents hospitalisés pour troubles du comportement alimentaire. Parmi ces adolescents, 84% ont un taux de 25 hydroxy vitamine D inférieur au taux optimal (supérieur à 32 ng/ml).

Dans une méta-analyse publiée en 2014, Veronese et al (121) rapportent un déficit des taux de 25 hydroxy vitamine D et de 1,25-dihydroxyvitamine D chez les sujets anorexiques par rapport aux sujets témoins et ce malgré des apports alimentaires en vitamine D similaires. Une prise de cholécalciférol normalise les taux 25 hydroxyvitamine D et de 1,25-dihydroxyvitamine D. Veronese et al précisent qu'il faudrait des études complémentaires pour connaître le rôle de la supplémentation en vitamine D dans la perte osseuse et donc l'indication ou non d'une supplémentation systématique.

Haagensen et al en 2008 (122) ont évalué l'observance d'une supplémentation en vitamine D et calcium chez une population de 250 adolescents. La compliance des patients souffrant d'anorexie mentale était de 85% contre 14% des adolescents témoins. Les taux de vitamine D et de parathormone des patients anorexiques devenaient similaires à ceux des adolescents sains. Ainsi, Haagensen et al renforcent l'idée que la mise en place d'une supplémentation systématique pourrait impacter sur la santé osseuse dans l'anorexie mentale, du fait de l'observance exceptionnelle attendue et de la normalisation des taux de parathormone.

La supplémentation en vitamine D et en calcium n'a montré aucun impact sur la récupération de densité minérale osseuse chez les patients souffrant d'anorexie mentale dans les différentes études à ce jour . Cette inefficacité à l'inverse de l'efficacité chez les patients souffrant d'affections rhumatologiques serait d'après certains auteurs liée à l'hyper-corticisme qui existe dans l'anorexie mentale. Néanmoins, une supplémentation en calcium et en vitamine D fait actuellement partie de la prise en charge de la perte osseuse chez les patientes anorexiques pour de nombreux cliniciens comme le notent Melher et al dans leur revue de la littérature publiée en 2003 (123). Elle est d'autant plus justifiée quand une carence en vitamine D est mise en évidence par un dosage de la 25(OH)D3, ou s'il existe une réaction hyper-para-thyroïdienne secondaire.

1-3-2-3 Le traitement hormonal substitutif

La substitution hormonale oestro-progestative à des doses contraceptives est souvent utilisée devant l'aménorrhée des patientes souffrant d'anorexie dans le but de diminuer la perte de densité minérale osseuse ou de la normaliser. Or, aucune étude n'a à ce jour démontré l'efficacité de cette pratique. Ainsi dans une revue de la littérature publiée en 2009 Mehler et al retrouvaient 5 essais contrôlés randomisés qui ne montraient aucun impact de cette substitution sur la densité minérale osseuse des patientes.

En 2011 Misra et al (116) publient la seule étude démontrant l'efficacité d'une substitution oestrogénique sous certaines conditions. Cet essai contrôlé randomisé devait démontrer l'impact sur la densité minérale osseuse de 110 adolescentes anorexiques d'une supplémentation en oestrogènes sur 18 mois. A l'inverse des études menées jusque là avec de fortes doses d'oestro-progestatifs oraux, cet essai a été mené d'une part avec de faibles doses progressivement croissantes d'ethynil-oestradiol chez les moins de 15 ans afin de reproduire le statut hormonal physiologique et avec du 17 bêta-estradiol par voie transdermique chez les plus de 15 ans.

Les patientes supplémentées voyaient leur densité minérale osseuse augmenter de façon significative indépendamment des autres variables comme le poids, l'âge, l'ancienneté de l'aménorrhée. La densité minérale osseuse des patientes supplémentées était de 2,3% contre 1,1% chez les patientes sous placebo. Elle restait cependant inférieure à celle des sujets contrôles de poids normal. Ce qui s'explique par le fait que le déficit en œstrogènes n'est pas le seul facteur hormonal impliqué dans la perte de densité minérale osseuse. L'hypothèse pouvant expliquer l'efficacité de ces supplémentations serait le fait que les œstrogènes oraux à faibles doses ou administrés par voie trans-dermique n'annuleraient pas l'effet de l' IGF-1, à l'inverse des supplémentations à doses contraceptives utilisées jusqu'à présent.

1-3-2-4 Les bisphosphonates

Dans le contexte d'une augmentation de la résorption osseuse, les bisphosphonates pourraient constituer un traitement potentiel de la perte osseuse dans l'anorexie mentale. L'effet des bisphosphonates dans ce cadre a été peu étudié et reste une piste à développer.

Une étude randomisée de 2005 par Golden et al (124), utilisant l'alendronate, n'a pas révélé de différence de gain osseux par rapport au placebo.

Le risédronate, bisphosphonate de troisième génération, a été utilisé avec succès dans une étude préliminaire non contrôlée en 2004. Miller et al (125), avaient montré sur un petit groupe de patientes souffrant d'anorexie qu'il induisait un gain osseux de faible amplitude au niveau du rachis

lombaire.

En 2011 dans un essai cette fois contrôlé randomisé contre placebo portant sur 77 patientes, Miller et al ont démontré un gain de densité minérale osseuse de 3% au niveau du rachis avec l'utilisation du risédronate sur 12 mois, sans effets indésirables significatifs. A l'issue de cette étude, les auteurs suggèrent le fait que le risédronate puisse être utilisé en pratique de routine chez les patients souffrant d'anorexie, sous surveillance d'un spécialiste, bien qu'à l'heure actuelle leur utilisation n'ait pas d'indication avant la ménopause.

L'utilisation des bisphosphonates reste controversée chez les adolescentes, leur demie-vie très longue faisant craindre des effets à long terme sur le métabolisme osseux ainsi que des effets sur la croissance fœtale lors d'une grossesse ultérieure. D'autres études sont donc nécessaires pour évaluer leur sécurité d'emploi.

1-3-2-5 Les traitements expérimentaux

D'autres stratégies thérapeutiques sont en voie d'exploration et des traitements non utilisés en pratique courante ont été testés par quelques études.

Au niveau du métabolisme osseux, Grinspoon et al (126) avaient démontré en 1996 que l'administration d'IGF-I induisait à court terme une augmentation de la formation osseuse à faible dose et une accélération globale du remodelage à plus forte dose. Dans une étude publiée en 2002, portant sur 60 patientes souffrant d'anorexie, Grinspoon et al (115) ont retrouvés des résultats densitométriques limités (+1,8%) mais significatifs en termes de gain de densité minérale osseuse après administration d'IGF-I associée à une contraception oestro-progestative orale. Il n'y a pas eu d'autres études depuis étudiant le bénéfice attendu à long terme, cette possibilité thérapeutique reste donc expérimentale à l'heure actuelle.

La tériparatide, fragment recombinant de la parathormone humaine utilisée dans l'ostéoporose ménopausique, pourrait être une approche thérapeutique intéressante par son effet anabolique sur la formation osseuse. Ses effets viennent d'être étudiés dans une étude de Fazeli et al (127) publiée en 2014 concernant 21 patientes de plus de 40 ans souffrant d'anorexie mentale, sur une durée de 6 mois. Cet essai contrôlé randomisé contre placebo a montré des gains de densité minérale osseuse importants de +6% +/- 1,4% à +10,5% +/- 2,5% selon les différents sites du rachis chez les patientes traitées, avec une bonne tolérance. Ces résultats prometteurs nécessitent des études plus longues et concernant une population plus conséquente et élargie.

En conclusion, la renutrition reste à ce jour l'élément indispensable et le plus efficace pour normaliser les perturbations endocriniennes secondaires à l'anorexie mentale et notamment la perte de densité minérale osseuse. Les supplémentations en calcium, vitamine D et oestroprogestatifs pratiquées depuis de nombreuses années en routine n'ont pas montré d'efficacité significative sur la réversibilité de l'atteinte osseuse. D'autres thérapeutiques sont prometteuses, la plus applicable à court terme semble être l'administration d'œstrogènes à dose physiologique et non contraceptive, par voie transdermique. Le risédronate a montré aussi une efficacité mais il est nécessaire que l'usage des bisphosphonates au long cours en pré-ménopause soit plus étudié. Le tériparatide apporterait des résultats importants qui sont à confirmer sur un plus grand échantillon de patients et enfin l'IGF-1 aurait un intérêt mais reste cependant un traitement expérimental non utilisé en routine.

2- Les soins psycho-thérapeutiques

Quels que soient les fondements théoriques et les approches thérapeutiques, les soins hospitaliers apportés aux patients souffrant d'anorexie mentale doivent comporter en plus de la renutrition, des soins psycho-thérapeutiques pour une prise en charge globale du trouble. Ces soins se déclinent en hospitalisation sous la forme d'entretiens individuels ou de séances groupales. La place des parents dans les soins est également une nécessité admise maintenant depuis plusieurs années avec l'essor des thérapies familiales quelle que soit leur forme (entretiens familiaux, groupe de parents) et quelle que soit l'approche théorique du service.

Concernant la nature des soins psycho-thérapeutiques la revue de la littérature d'Agras et al (128) analysant les résultats d'études publiées sur 40 ans (entre 1968 et 2008) ne retrouvait aucune efficacité prépondérante de tel ou tel traitement psycho-thérapeutique. Cependant des résultats prometteurs en faveur de la thérapie familiale développée par le Maudsley Hospital à Londres étaient retrouvés dans la prise en charge des adolescents.

Dans ce chapitre, nous exposerons les interventions psychologiques recommandées puis nous détaillerons les différents soins psycho-thérapeutiques en rappelant les spécificités propres à chaque approche théorique.

2-1 Recommandations internationales

2-1-1 Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2010

La psycho-thérapie fait partie intégrante du traitement de l'anorexie mentale et doit être intégrée à la prise en charge multidisciplinaire. Cependant la HAS (45) met en garde contre le fait qu'elle ne peut à elle seule permettre un rétablissement. Les recommandations précisent également qu'elle n'est pas toujours envisageable au début du traitement notamment hospitalier lorsque la dénutrition est importante. C'est alors la prise en charge somatique qui s'avère prioritaire avec la renutrition. Ce temps de la prise en charge ne proscrit pas l'initiation de soins psycho-thérapeutiques puisque les auteurs préconisent alors un soutien psychologique ainsi qu'un travail sur l'adhésion aux soins, soit la construction d'une alliance thérapeutique et ce, même à un stade précoce et critique de la prise en charge sur le plan somatique. Ainsi le cadre posé est celui de soins psycho-thérapeutiques indispensables, mais insuffisants s'ils sont pratiqués de façon isolée. Concernant l'organisation de ces soins en hospitalisation, comme nous l'avons exposé dans la

partie Hospitalisation programmée les recommandations de la HAS s'appuient majoritairement sur le modèle d'hospitalisation français en recommandant une contractualisation des soins avec ou sans séparation, ainsi qu'une approche groupale associée à l'approche individuelle.

La nature des approches psycho-thérapeutiques recommandées est variée et les différentes thérapies sont jugées complémentaires. Elles peuvent prendre la forme de prises en charge individuelles, groupales et/ou familiales. Les approches recommandées sont : les thérapies de soutien, les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique, les thérapies cognitives et comportementales et les thérapies familiales systémiques. Le choix entre ces différentes approches n'est pas lié comme on peut le voir en pratique à l'abord théorique du service ou du thérapeute mais devrait selon les auteurs tenir compte du patient, de son âge, de son entourage, de sa motivation et du stade d'évolution de la maladie. Ainsi pour les enfants et adolescents, il s'agit des thérapies familiales qui sont recommandées avec un grade B de niveau de preuve scientifique d'efficacité. Les approches motivationnelles ont un intérêt en début de prise en charge. Par ailleurs, les approches corporelles et ateliers de médiation (musico-thérapie, art-thérapie) peuvent être associés à la psychothérapie.

L'association des familles (parents, fratrie, conjoint de patients adultes) aux soins psycho-thérapeutiques est également recommandée en fonction de l'âge du patient et des dysfonctionnements familiaux, sous forme d'entretiens familiaux, d'une thérapie familiale ou de groupes de parents.

Concernant la durée de la psychothérapie, elle est généralement de plusieurs années et est recommandée durant au moins 1 an après une amélioration clinique significative.

Les soins psycho-thérapeutiques doivent permettre de remplir une série d'objectifs individuels et familiaux qui sont identiques à ceux formulés par l'APA dans ces recommandations de 2006 (68) et cités ci-dessous.

2-1-2 Recommandations de l'American Psychiatric Association (APA)

2006

Les soins psycho-thérapeutiques sont abordés dans les recommandations de l'APA (68) au chapitre « Interventions psychosociales ». De façon générale ces interventions ont les objectifs suivants :

- Aider le patient à prendre conscience de son trouble et à coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle pour réduire le risque physique.
- Aider le patient à comprendre et modifier les attitudes dysfonctionnelles liées au trouble du comportement alimentaire pour encourager le gain de poids et tendre à une alimentation équilibrée.

- Améliorer ses relations sociales et interpersonnelles.
- Traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques, le mode de fonctionnement des personnalités pathologiques et les conflits psychiques qui contribuent à renforcer ou à maintenir les troubles du comportement alimentaire.

Comme les recommandations du NICE (69), l'APA différencie les soins appropriés en fonction du stade et de l'évolution de la maladie (la phase aiguë qui correspond à l'hospitalisation, les soins après la restauration pondérale et l'anorexie dite chronique évoluant depuis plusieurs années).

A la phase aiguë de la maladie, lors de l'initiation de la renutrition, les recommandations consistent en une approche psycho-thérapeutique individuelle favorisant l'alliance thérapeutique et utilisant des techniques de soutien, d'encouragement et de renforcement positif des efforts faits pour reprendre du poids. Pour les patients réticents au traitement, des techniques motivationnelles sont utilisables sans qu'il existe de preuves solides concernant leur efficacité. Les auteurs rappellent que lorsque la dénutrition est trop sévère, la psychothérapie seule n'est pas recommandée bien qu'établir et maintenir une relation psycho-thérapeutique soit important et que des séances pour favoriser la motivation au changement puissent être bénéfiques. Lors de la phase aiguë la psychothérapie formelle reste d'efficacité incertaine et n'est pas recommandée. Cette inefficacité peut en partie être expliquée par les traits psychopathologiques présentés par les patients très dénutris, à savoir un négativisme, une certaine rigidité et une obsessionnalité marquée ainsi que par l'atteinte cognitive. Cette dernière est parfois présente en rapport avec une atrophie corticale. Les auteurs notent que l'expérience clinique montre souvent une amélioration de l'humeur et des processus de pensée du simple fait de la renutrition. La seule psychothérapie ayant démontrée une efficacité même lors de la phase aiguë, notamment chez les enfants et adolescents, est la psychothérapie familiale qui d'après plusieurs essais contrôlés randomisés est le traitement le plus efficace pour cette population.

L'implication des parents que ce soit par une thérapie familiale ou un traitement parental différencié de celui de l'enfant a montré de meilleurs résultats que lorsque les parents ne sont pas impliqués du tout. Le rôle des parents dans la prise en charge doit être encouragée par une attitude empathique, soutenante et déculpabilisante. Pour les patients hospitalisés une prise en charge courte des parents à type de groupe de psycho-éducation a montré la même efficacité qu'une prise en charge en psychothérapie familiale plus intensive. Pour les patients suivis en ambulatoire, cette prise en charge familiale courte peut s'avérer insuffisante à long terme notamment lorsqu'il existe des dysfonctionnement familiaux et que le patient souffre de troubles obsessionnels compulsifs.

Une fois la malnutrition corrigée et le poids restauré, la mise en place d'une psychothérapie s'avère nécessaire afin de prévenir les rechutes. L'APA relève alors des objectifs précis à cette

phase du traitement :

- Aider le patient à comprendre sa maladie.
- Aider le patient à reconnaître les distorsions cognitives qui ont conduit au trouble du comportement alimentaire.
- Analyser le développement du patient, son environnement familial et social avant la maladie.
- Aider le patient à repérer le fait que le trouble ait été une tentative inadaptée de réguler et faire face à ses émotions.
- Aider le patient à limiter ou éviter le risque de rechute.
- Aider le patient à trouver d'autres moyens de faire face aux problèmes de la vie et à son avenir.

Pour prévenir les rechutes, les psychothérapies recommandées sont les thérapies cognitives et comportementales mais également la thérapie interpersonnelle et la psychothérapie psychodynamique individuelle ou groupale. Les données de la littérature font état selon l'APA de preuves modérées d'efficacité pour ces 3 types d'approches. Pour les enfants et adolescents, c'est la psychothérapie familiale qui est recommandée avec des preuves plus significatives d'efficacité. Par ailleurs, il est recommandé que le thérapeute prenne en compte les aspects développementaux et culturels du patient ainsi que la présence d'éventuels traumatismes psychiques.

Les auteurs précisent que bien que dans les études les psychothérapies soient étudiées de façon isolée, en pratique il existe souvent un chevauchement de différentes méthodes psychothérapeutiques. Les auteurs déplorent le peu d'articles contrôlés randomisés évaluant l'efficacité des différentes interventions psycho-thérapeutiques.

Les thérapies non recommandées sont celles qui se focalisent sur une abstention des conduites de purge, de l'hyperactivité physique et des crises de boulimie éventuelles sans prise en charge globale. De plus la participation à des associations de patients et à leurs activités ne peuvent à elles seules être considérées comme un traitement de l'anorexie mentale et ces associations ne doivent pas se substituer aux professionnels de santé.

Pour les patients souffrant d'anorexie chronique, un dispositif de soins psycho-thérapeutiques plus intensif peut être mis en place sans que son efficacité n'ait été démontré avec un niveau de preuve suffisant. Les auteurs insistent sur le fait que la chronicité du trouble doit amener les professionnels à prendre en compte la temporalité des soins qui peut être de plusieurs années avant une amélioration. Ils doivent aussi être attentifs à leurs contre-attitudes vis à vis du patient qui peuvent être de l'ordre d'un sentiment d'impuissance, un certain découragement ou un besoin excessif de voir changer le patient. Les auteurs précisent qu'il est tout aussi important de conserver un certain degré d'espoir pour ces

patients et leur famille, dans la mesure où l'expérience clinique rapporte des cas de guérison après plusieurs années de troubles sévères.

Concernant les soins qui passent par des moyens de médiation tels que les ateliers thérapeutiques, les soins d'ergothérapie et de psychomotricité, les auteurs en reconnaissent l'utilité chez les patients ayant des difficultés à exprimer leurs affects. Mais l'efficacité de ces soins reste à démontrer par des études formelles.

Pour finir les recommandations de l'APA attirent l'attention sur le fait que comme toute intervention thérapeutique les psychothérapies peuvent avoir des effets indésirables auxquels les professionnels doivent être attentifs. Il s'agit principalement d'une augmentation des <<attitudes négatives>> du patient et/ou de sa famille vis à vis du thérapeute et des professionnels de santé en général, qui peut amener à un arrêt des soins et à la réticence à reprendre un suivi. Il s'agit également du risque de perte de temps par une approche inadaptée au patient et enfin du risque d'un coût des soins importants pour des résultats peu significatifs. Afin d'éviter ces effets les auteurs recommandent d'étudier minutieusement le cas du patient et son niveau de motivation au changement avant de lui proposer l'approche thérapeutique qui lui sera la plus adaptée. Il est conseillé également d'avoir une attitude soutenante vis à vis du patient et d'être attentif à ses attitudes face au traitement proposé, de surveiller la qualité de la relation thérapeutique et de repérer les patients pour qui d'autres interventions associées ou non à la psychothérapie sont nécessaires.

2-1-3 Recommandations du National Institut for health and Clinical Excellence (NICE) 2004

Selon les recommandations du NICE (69), les soins psycho-thérapeutiques qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires doivent être assortis d'une surveillance de l'état somatique.

Les thérapies recommandées sont : les thérapies cognitives et comportementales, les thérapies psychodynamiques, ainsi que les thérapies brèves comme les thérapies interpersonnelles et les thérapies analytiques cognitives. Ces 2 types de thérapie cognitiviste et psychodynamique bénéficient d'un grade C de preuve scientifique d'efficacité. Pour les enfants et adolescents, les interventions auprès de la famille sont recommandées sous forme de thérapie familiale en plus de la thérapie individuelle et bénéficie d'un grade B de niveau de preuve scientifique d'efficacité.

Le choix de la thérapie doit tenir compte du choix du patient, si celui-ci est adapté.

Les objectifs sont identiques à ceux cités par la HAS, à savoir une réduction du risque, encourager la prise de poids et une alimentation équilibrée, traiter les symptômes associés et faciliter de façon générale une réhabilitation psychologique.

Au delà de ces principes généraux, le NICE décompose les soins en différentes phases : les soins psychologiques en ambulatoire, en hospitalisation et après l'hospitalisation. Les soins en ambulatoires doivent être d'une durée minimum de 6 mois et ne peuvent se limiter à de simples conseils diététiques. En cas d'échec ou d'aggravation clinique ils peuvent être intensifiés en associant à la prise en charge individuelle une prise en charge groupale et/ou familiale. Les soins hospitaliers doivent être centrés sur les symptômes alimentaires afin de faciliter la prise de poids mais également avoir un abord psychologique plus large du patient.

Ces recommandations proscrivent le recours à des programmes rigides de rééducation comportementale.

Après l'hospitalisation les auteurs recommandent une poursuite des soins psycho-thérapeutiques d'au moins 1 an.

2-2 L'approche cognitive et comportementale

2-2-1 Principes généraux de la prise en charge cognitive et comportementale

Comme nous l'avons décrit dans le chapitre étiopathogénie, dans le modèle cognitivo-comportemental, la conduite anorexique se développerait à partir d'une faible estime de soi, de traits de perfectionnisme marqués et d'une grande importance accordée à l'apparence, l'image du corps et la minceur sous tendus par des stéréotypes sociaux et le besoin de contrôle de soi. Ces différents éléments seraient à l'origine de l'initiation de restrictions alimentaires.

Les restrictions alimentaires vont se poursuivre conduisant à la dénutrition par le biais de plusieurs facteurs d'auto-entretiens :

- La perte de poids initiale souvent valorisée par l'entourage, le sentiment de maîtrise de soi, l'amélioration des résultats scolaires du fait de l'hyper-investissement du travail intellectuel. Ces effets ont un pouvoir de renforcement positif important qui pousse le patient à poursuivre sa conduite.

- La dénutrition par les modifications physiologiques qu'elle induit (euphorie, hyperactivité, diminution initiale de l'anxiété, sensation de satiété rapide) entretient également la poursuite des restrictions alimentaires .

- Les perturbations de l'image du corps encouragent également le maintien des restrictions.

Rapidement la conduite anorexique devient la solution à toute difficulté et situation diminuant l'estime de soi. Ainsi, les conséquences de la dénutrition tant par les conflits familiaux qu'elle engendre que par l'anxiété qu'elle tend à terme à majorer, font entrer le patient dans un cercle vicieux où le symptôme initialement salvateur majore en fait les symptômes initiaux (faible estime de soi, anxiété, difficultés liées à l'adolescence).

L'approche cognitive et comportementale propose d'agir principalement, non pas sur les facteurs de prédisposition et de déclenchement du trouble, mais sur les facteurs qui l'entretiennent dans l'instant présent.

2-2-2 Efficacité des thérapies cognitives et comportementales (TCC) dans le traitement de l'anorexie mentale

Dans la littérature scientifique des dix dernières années, plusieurs articles font état de l'efficacité des psychothérapies cognitives et comportementales adaptées aux troubles du comportement alimentaire.

La revue de la littérature la plus récente à ce jour est celle de Glasworthy-Francis et Allan publiée en 2014 (129). Cette revue est également la seule à étudier spécifiquement l'efficacité des TCC. 16 essais publiés entre 1999 et 2013 (5 essais contrôlés randomisés, 2 essais non contrôlés randomisés et 9 rapports de séries de cas) portant sur différentes formes de TCC ont été retrouvés. Après analyse des résultats de ces différentes études, les auteurs ont tirés plusieurs conclusions.

Tout d'abord les différents résultats sont bien en faveur d'une efficacité des TCC dans le traitement de l'anorexie mentale, elles en constituent un traitement adapté. Cependant les résultats obtenus restent limités et de ce fait les TCC ne peuvent être considérées comme le traitement de choix de l'anorexie mentale. A l'inverse leurs résultats sont probants dans le traitement de la boulimie.

Les auteurs de cette revue ont détaillé l'efficacité retrouvée à différents niveaux : l'efficacité sur l'adhésion aux soins, l'efficacité sur les symptômes spécifiques de l'anorexie mentale et l'efficacité sur les symptômes plus larges, moins spécifiques.

- Sur le plan de l'adhésion aux soins, les TCC montraient une supériorité (soit des taux d'arrêt de suivi moindre) par rapport à une prise en charge diététique seule, à un traitement hospitalier en psychiatrie, à un traitement ambulatoire non spécifique et au maintien d'un traitement habituel au long cours. Néanmoins, les TCC n'étaient pas plus efficaces ni moins efficaces au niveau de l'adhésion aux soins lorsqu'elles étaient comparées aux thérapies interpersonnelles, aux thérapies familiales comportementales et aux psychothérapies de soutien non spécifiques.

- Sur le plan des symptômes spécifiques de l'anorexie mentale, toutes les études ont montré une efficacité des TCC avec une diminution des symptômes alimentaires mesurés par l'indice de masse corporelle et la prise de poids, que ce soit en traitement hospitalier ou ambulatoire et en thérapie individuelle ou groupale. Seule l'étude de Leung et al publiée en 1999 (130) n'a pas montré d'amélioration des symptômes chez un groupe traité par TCC en ambulatoire. Mais il est à noter qu'elle se déroulait sur un temps insuffisamment long pour espérer obtenir des résultats probants. En comparaison avec les autres psycho-thérapies, il n'existait pas de supériorité

d'efficacité des TCC sur les symptômes alimentaires. De plus dans l'étude de McIntosh et al publiée en 2005 (131), les résultats immédiats après un traitement en ambulatoire ont montré une supériorité de la psychothérapie de soutien sur les TCC et la thérapie interpersonnelle. Les auteurs retenaient de ce résultat qu'à court terme les facteurs d'efficacité les plus importants étaient, avant la psychoéducation et la rééducation alimentaire, une attitude empathique et la mise en place d'une alliance thérapeutique. Ces critères depuis longtemps considérés comme nécessaires à obtenir un changement via la psychothérapie peuvent expliquer l'efficacité des TCC comme des autres thérapies utilisant cette base de travail.

- Concernant l'efficacité à long terme sur les symptômes anorexiques, l'étude de Carter et al parue en 2011 (132) a montré qu'à long terme les approches spécifiques sont plus efficaces (ici il s'agissait des TCC et de la thérapie interpersonnelle). Les auteurs ont donc proposé une gradation des soins avec au départ une psychothérapie de soutien puis une approche plus spécifique une fois l'alliance établie et les premiers résultats obtenus. D'autres études concernant des patients ayant retrouvé un poids normal suggèrent une utilité des TCC pour prévenir les rechutes.

- Sur le plan de la symptomatologie psychiatrique non spécifique, l'efficacité des TCC était admise dans les différentes études sur les symptômes dépressifs, l'estime de soi et les pensées négatives avec une amélioration au niveau des relations interpersonnelles et du niveau global de l'humeur. Les résultats étaient plus nuancés concernant l'impact sur l'anxiété avec seulement 3 études retrouvant une efficacité sur les symptômes anxieux et 1 étude ne retrouvant pas d'efficacité concernant des patients souffrant d'anorexie ancienne.

Les auteurs ont exposé différentes limites à leurs résultats, à savoir le fait que selon les études les programmes de TCC n'étaient pas les mêmes et n'intervenaient pas au même stade de la maladie, les populations étudiées n'étaient également pas comparables et les critères de jugements principaux étaient différents selon les auteurs.

En conclusion, cette revue de la littérature montre un intérêt spécifique des TCC pour favoriser l'adhésion aux soins et leur maintien. Ce qui est non négligeable compte tenu du caractère chronique de l'anorexie mentale. De plus bien qu'elles n'ont pas montré de supériorité par rapport aux autres psychothérapies, les TCC permettent une diminution des symptômes anorexiques, du risque somatique et une amélioration globale des autres symptômes non spécifiques. Elles permettraient également de prévenir les rechutes. Des études analysant leurs effets à long terme sont encore nécessaires ainsi que des études étudiant les différents programmes de TCC afin de déterminer lequel est le plus approprié au traitement de l'anorexie mentale.

2-2-3 Exemple de prise en charge cognitive et comportementale de l'anorexie mentale en hospitalisation

Dans le livre de Thierry Vincent qui traite de la prise en charge des anorexies sévères en hospitalisation, Alain Perroud, psychiatre et psychothérapeute spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire revient sur les principes qui régissent les soins hospitaliers selon un abord cognitif et comportemental de l'anorexie mentale (133).

L'auteur insiste tout d'abord sur l'instauration d'une alliance thérapeutique par une attitude empathique et chaleureuse. La relation de soins doit être collaborative et non contraignante. La réticence aux soins masque souvent également une demande d'aide que les soignants doivent savoir reconnaître et encourager. Il s'agit ici de l'information et des techniques motivationnelles qui sont utilisées et s'appuient largement sur « les étapes du changement », selon le modèle de Prochaska et Di Clemente (1982). En faisant l'inventaire des avantages et des inconvénients au maintien de son comportement, le patient ambivalent parvient au fur et à mesure à se décentrer et à critiquer ce comportement, ce qui lui permet de mieux accepter les soins.

Les techniques purement comportementales fondées sur un système de récompense de la prise de poids sont d'un intérêt limité d'après l'auteur.

Les soins comportent ensuite des objectifs de changements comportementaux (reprise d'une alimentation rationnelle, réduction des comportements compensatoires, affirmation de soi, modification des attitudes envers son corps), des objectifs de changements cognitifs (travail sur la notion du poids idéal, l'image de son corps et l'image de soi) et un travail sur les relations familiales.

Sur le plan comportemental, la gestion des repas prend une part importante dans les soins. Les repas se doivent d'être à heure précise et d'une durée pré-déterminée et n'être l'objet d'aucun commentaire au moment même du repas afin que les soignants ne reproduisent pas les attitudes parentales. Le modèle cognitivo-comportementale considère dans l'anorexie mentale l'aliment comme un objet devenu phobogène et qui doit être quantitativement et qualitativement réintroduit de façon progressive par des expositions croissantes du patient à différents aliments préalablement hiérarchisés en fonction de leur potentiel aversif. Les quantités sont ensuite augmentées en débutant par les aliments les moins aversifs. Ces réexpositions doivent être accompagnées de techniques de relaxation et de renforcement positif de la part des soignants.

La gestion des comportements compensatoires (conduites de purge et hyperactivité) font également l'objet tout d'abord d'une information sur leurs dangers afin d'augmenter la motivation des patients à les réduire puis d'un inventaire précis par une phase d'observation et enfin d'objectifs de réduction par des stratégies de relaxation ou d'étayage soignant. Des mesures plus

contraignantes sont toutefois parfois nécessaires pour limiter ces conduites.

L'anorexie mentale s'accompagnant généralement d'un repli social et d'une alexithymie, des techniques destinées à traiter la phobie sociale développées par Cungi en 1996 sont reprises pour favoriser l'affirmation de soi. Il s'agit en particulier de travailler l'expression adaptée et précise des émotions et sentiments en petits groupes puis dans la vie quotidienne.

Les attitudes envers le corps sont également travaillées pour que le patient puisse évoluer d'un corps à contraindre et maîtriser à une cohabitation plus pacifique avec un corps à apprécier, à qui on peut faire confiance voir obtenir du plaisir. Les techniques utilisées sont les massages, la balnéothérapie, la gymnastique, les soins esthétiques.

Les changements cognitifs visent à modifier les pensées irrationnelles liées à la maladie et qui entretiennent le comportement restrictif. L'anorexie est alors considérée comme un mauvais traitement des informations venant de l'environnement et de l'organisme qui conduisent à un mode de pensée erroné qui conduit à un comportement pathologique. Les erreurs cognitives sont repérées par le thérapeute et travaillées par restructuration cognitive tout au long de la prise en charge. La notion de poids idéal est une de ces erreurs cognitives à travailler pour permettre une restauration pondérale et le maintien de cette restauration. Des informations physiologiques objectives doivent être systématiquement confrontées aux pensées irrationnelles du patient qui maintiennent sa conviction d'être à un poids suffisant. L'image sévèrement perturbée du corps fait également partie des facteurs d'entretien de la conduite anorexique et de la détresse morale, d'après l'auteur elle découle plus de biais cognitif avec des distorsions émotionnelles et cognitives que d'un trouble de la perception du corps. Afin de réparer ce biais cognitif en décalage avec la réalité, l'outil vidéo est souvent utilisé. En effet, contrairement à l'image reflétée par un miroir qui entraîne chez le patient une abstraction sélective, c'est à dire une vision segmentaire du corps avec des parties toujours jugées trop grosses, l'image vidéo donne une vision plus globale et dynamique du patient (il se voit de dos, de profil, en mouvement), ce qui lui permet de se voir comme les autres le voit. Cependant, cet outil n'est pas anodin et peut avoir un effet de sidération par la prise de conscience brutale de l'image de son corps et cet effet de surprise peut s'émousser au fil des séances. L'auteur le recommande donc au début des soins pour favoriser la conscience de la gravité du trouble puis dans un second temps lors de la prise de poids souvent associée à des craintes de dysharmonie de la silhouette ou d'une prise de poids trop rapide et importante.

L'image de soi qui correspond à la conscience et à l'estime de soi est souvent perturbée bien avant le début du trouble, Vitousek et Ewald ont décrits en 1993 différents troubles de la perception de soi chez les patients souffrant d'anorexie mentale. Il s'agit d'une dépréciation du soi (faible estime de soi, sentiment d'être sans recours, faible sentiment d'identité, tendance à se comparer aux autres, sensibilité extrême à la critique, conflit entre autonomie et dépendance) ; d'un soi imparfait (perfectionnisme, idéalisme, ascétisme et une tendance à prendre toujours de grandes résolutions) et d'un soi surcontrôlé (préférence pour la rigueur et les certitudes et

tendances à fuir les environnements sociaux complexes ou animés). Une restructuration cognitive peut assouplir ces cognitions à l'origine d'une faible estime de soi, selon le modèle développé par Burns en 1993. La conscience de soi permet le repérage et l'expression des émotions. Le travail porte alors sur le repérage des cognitions qui inhibent l'expression des émotions (crainte du jugement, du rejet, de faire du mal ...).

Par ailleurs, un travail avec les familles est indispensable, dans ce modèle l'anorexie est considérée comme une tentative d'adaptation à un fonctionnement familial dysfonctionnel. L'auteur se base sur les types d'interactions familiales décrites par Minuchin (surprotection, évitement des conflits, intrication, rigidité). Le but du thérapeute cognitiviste comme le systémicien est d'assouplir ce mode de fonctionnement.

2-3 L'approche psychodynamique

2-3-1 Principes généraux de la prise en charge psychodynamique

En 2010 Jonathan Shedler (134) publie une revue de la littérature anglophone sur l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques. Il en consacre une partie au rappel des grands principes qui les différencient des autres psychothérapies. Ces principes ont été tirés d'études ultérieures comparant les techniques utilisées par les différentes psychothérapies, l'auteur précise qu'il ne s'agit que de principes généraux présentés de façon simple.

Tout d'abord les psychothérapies psychodynamiques sont centrées sur l'expression des affects et des émotions. Il s'agit d'encourager le patient à mettre en mots toutes sortes d'émotions et affects (affects qui peuvent être contradictoires, troublants, menaçants, non conscients initialement). Ce travail sur les affects est à la différence, dans les thérapies cognitives et comportementales, un travail sur les pensées et les croyances. De plus l'approche psychodynamique considère qu'il y a une différence entre conscience intellectuelle et conscience émotionnelle, ce qui explique, d'après l'auteur, que des personnes très intelligentes ayant la compréhension de leur difficultés ne parviennent pas par cette seule compréhension à les surmonter.

Dans cette expression des émotions, le thérapeute se focalise également sur les tentatives d'évitement des sentiments et pensées désagréables qui peuvent se traduire de façon caricaturale par des actes manqués ou par des évitements plus subtils. Le thérapeute met également en évidence des thèmes et schémas récurrents chez les patients qui conduisent à des répétitions dans leur vie personnelle (répétition d'émotions, de décisions, d'expériences de vie). Répétitions dont ils n'ont pas toujours conscience. La théorie psychanalytique considère que cette répétition est en lien avec la façon dont s'est développé l'individu au travers d'expériences passées notamment dans l'enfance avec les figures d'attachements primaires. En travaillant sur le passé, non pas pour ce qu'il est, mais parce qu'il est considéré comme étant toujours actif et conditionnant le présent, le thérapeute aide le patient à se libérer de cette contrainte et à surmonter ses difficultés actuelles.

Le travail concerne également les relations interpersonnelles en lien avec le mode d'attachement initial du patient. La relation thérapeutique qui constitue un exemple de relation interpersonnelle très significative émotionnellement est centrale dans l'abord psychodynamique, elle reproduit de façon subtile la façon d'interagir du patient. L'analyse des interactions entre le thérapeute et le patient (transfert et contre transfert) a pour objectif d'obtenir à terme une plus grande flexibilité du mode de relation du patient.

Enfin, à l'inverse des autres psychothérapies, le thérapeute prend en compte la vie fantasmatique

(les peurs, les fantasmes, les rêveries) et l'imaginaire du patient et en encourage l'expression par l'association libre de ses pensées. Ce matériel est considéré comme riche de sens, donnant des informations sur la façon dont le patient se perçoit et dont il interagit avec son environnement.

L'auteur définit l'originalité de la psychothérapie psychodynamique dans le sens où ses objectifs ne relèvent pas de la seule disparition du symptôme mais s'étendent au fait de favoriser les ressources psychologiques du patient, à savoir des relations interpersonnelles de meilleure qualité, le maintien d'une estime de soi basée sur la réalité, l'acceptation d'une plus large palette d'affects, l'accès à une compréhension plus nuancée et complexe de soi et des autres et une plus grande flexibilité face aux défis de sa vie personnelle.

Dans une revue de la littérature concernant la psychothérapie psychodynamique au sens large, Dancyger et al (135) incluaient différentes formes de psychothérapies telles que : la thérapie interpersonnelle, la thérapie psychanalytique, la « cognitiv analytic therapy », l'« ego-oriented individual therapy », la « self psychological therapy », l'« adolescent focused-therapy » et les thérapies familiales dont la « family based therapy ».

Ces modalités variables de psychothérapie ont néanmoins en commun d'être fondées sur les éléments principaux de l'approche psychodynamique à savoir :

- L'intérêt particulier pour les expériences subjectives du patient.
- L'attention portée aux mécanismes de défense permettant au patient d'éviter les pensées et émotions douloureuses.
- L'appréciation des relations de transfert et contre-transfert entre le patient et le thérapeute comme source d'information clinique et comme relation thérapeutique.
- La prise en compte de la signification inconsciente du symptôme de façon dynamique : en lien avec le développement du patient.
- La prise en compte des modes de relation passés et actuels du patient et des conflits existants.

2-3-2 Efficacité de la psychothérapie psychodynamique dans le traitement de l'anorexie mentale

Du fait que les thérapies psychodynamiques ne se fondent pas sur des méthodes protocolisées et standardisées, mais sur la relation thérapeutique qu'elles mettent en place avec le patient dans son individualité, il existe peu d'études évaluant leur efficacité. En effet les thérapies protocolisées avec des objectifs mesurables sont plus évaluables à court terme que les thérapies plus globales dont la mesure de l'efficacité ne peut être réduite à la diminution de tel ou tel symptôme.

La dernière revue de la littérature faisant état de l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques sur différents troubles mentaux dont les troubles du comportement alimentaire est celle publiée en 2013 par Leischsering et al (136). Cette revue se base sur l'ensemble des essais contrôlés randomisés ayant étudié l'efficacité de l'approche psychodynamique dans la prise en charge de différents troubles mentaux dont les troubles du comportement alimentaire. Les auteurs insistent sur le fait que bien que moins étudiée que les autres psychothérapies, cette revue démontre qu'il existe des preuves de l'efficacité de l'approche psychodynamique.

Concernant leur efficacité dans le traitement des troubles chez l'enfant et l'adolescent, la seule revue de la littérature existante à ce sujet est celle d'Abbass et al publiée en 2013 (137). Dans cette étude les résultats de 11 essais concernant 655 patients ont été analysés. Les patients étaient traités par une psychothérapie psychodynamique courte de moins de 40 séances et souffraient de dépression, troubles anxieux, anorexie mentale et trouble de la personnalité de type état limite. Les auteurs concluaient à une efficacité de l'approche psychodynamique sur ces différents troubles, avec une augmentation de ses effets à moyen terme (l'efficacité était plus importante lors du suivi après traitement qu'à la fin du traitement). Ces conclusions restent à nuancer du fait de l'hétérogénéité des différents résultats. Cependant Palmer et al retrouvaient des résultats similaires dans leur étude parue la même année et analysant les résultats de 33 études. L'efficacité de l'approche psychodynamique individuelle était démontrée dans la plupart des études mais n'était pas supérieure à celle de la thérapie familiale (<<Family based treatment>>). De plus les résultats de l'approche psychodynamique étaient significatifs après un certain délai.

Concernant l'efficacité de l'approche psychodynamique au sens large dans le traitement des troubles du comportement alimentaire, elle a été évaluée chez les adolescents dans la revue de la littérature publiée en 2013 par Dancyger et al (135). Les psychothérapies considérées étaient celles basées sur les grands principes de l'approche psychodynamique : la thérapie interpersonnelle, la thérapie psychanalytique, la « cognitive analytic therapy », l'« ego-oriented individual therapy », la « self psychological therapy », l'« adolescent focused-therapy » et les thérapies familiales dont la « family based therapy ».

2-3-2-1 Efficacité de la thérapie interpersonnelle

Les résultats pour la thérapie interpersonnelle tirés des études de Fairburn et al (138,139) ont montré qu'elle était d'efficacité supérieure à la thérapie comportementale en ce qui concernait le traitement de la boulimie chez des sujets adolescents et adultes. La thérapie interpersonnelle était d'efficacité inférieure en termes d'amendement des crises de boulimie à la thérapie cognitive et

comportementale à court terme dans l'étude d'Agras et al (140) publiée en 2000 ,portant sur 220 adultes souffrant de boulimie. Cependant à 1 an de suivi il n'y avait pas de différence significative entre les adultes ayant reçu l'une ou l'autre des deux thérapies. De plus la thérapie interpersonnelle, d'après l'étude de Fairburn et al (139), était évaluée de façon plus positive par les patients. Elle était considérée comme plus adaptée à leur situation et ayant de meilleures chances de réussite. Les auteurs précisent qu'il existe très peu d'études évaluant l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans l'anorexie mentale.

On peut cependant citer l'étude de McIntosh et al (131) publiée en 2005 qui retrouvait une efficacité inférieure de la thérapie interpersonnelle à une psychothérapie de soutien spécialisée sur un échantillon de 53 femmes adultes. Mais il est à noter qu'il s'agissait d'une thérapie interpersonnelle modifiée, axée sur le poids et l'alimentation. Cependant, l'étude de Carter et al (132) publiée en 2011 et concernant le même échantillon ne retrouvait pas de différence d'efficacité entre les trois traitements à 6,7+/- 1,2 années de suivi.

Ainsi, la thérapie interpersonnelle est la seule psychothérapie ayant égalé l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales dans le traitement de la boulimie bien qu'elle ai un effet moins immédiat. Son efficacité dans le traitement de l'anorexie mentale reste à évaluer par d'autres études.

2-3-2-2 Efficacité de la « cognitive analytic therapy » (CAT)

Son efficacité a été étudiée par l'étude de Treasure et al en 1995 (141) portant sur un échantillon de 30 patients jeunes souffrant d'anorexie mentale, elle était supérieure à celle de la thérapie comportementale. L'efficacité était évaluée par le poids et l'auto-questionnaire de Morgan Russell. Dans l'étude de Dare et al (142) publiée en 2001 concernant 84 patients adultes, la CAT a montré une efficacité mais qui était jugée faiblement supérieure à un traitement de routine.

2-3-2-3 Efficacité de la « Self-psychological therapy »

L'étude de Bachar et al (143) publiée en 1999 portant sur 33 patients anorexiques et boulimiques retrouvait des résultats positifs à l'inverse de la thérapie cognitive et du conseil diététique qui ne rapportaient pas de résultats significatifs.

2-3-2-4 Efficacité de la « Focal psychoanalytic therapy » (FPT)

L'étude de Dare et al (142) en 2001 a retrouvé une efficacité significativement supérieure de la FPT en termes de gain de poids par rapport à un traitement de routine ou à un traitement par la

CAT. Cette efficacité était semblable à celle de la thérapie familiale.

Dans la littérature récente on peut citer la plus grande étude à ce jour ayant comparé les résultats d'une psychothérapie psychodynamique à la psychothérapie cognitive et comportementale et à un traitement ambulatoire optimisé (psychothérapie spécialisée et visites chez le médecin traitant). Il s'agit de l'étude allemande multicentrique ANTOP study de Zipfel et al (144) menée chez 242 patients adultes traités pendant 10 mois par environ 40 séances en ambulatoire. L'âge moyen des patients était de 28 ans et l'IMC de départ était en moyenne de 16,4 kg/m². Au terme du traitement les 3 groupes de patients affichaient des résultats similaires en termes de gain de poids (gain de 0,73kg/m² avec la psychothérapie psychodynamique). Cette amélioration significative se prolongeait à l'arrêt des séances avec des IMC encore meilleurs à 1 an de suivi après traitement, là encore sans différence significative entre les différents groupes (gain de 1,64 kg/m² au total pour la psychothérapie psychodynamique).

Du point de vue de la psychopathologie du trouble alimentaire étudiée par 2 questionnaires validés il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes à 1 an de suivi.

En termes de taux de rémission à 1 an de suivi, le groupe traité par la psychothérapie psychodynamique avait un taux significativement supérieur à celui traité par le traitement habituel optimisé (35% de rémission complète contre 13% avec $p = 0,036$).

Concernant la nécessité du recours à une hospitalisation à temps plein au cours du traitement, elle était plus fréquente dans le groupe recevant le traitement usuel optimisé (41%) que dans le groupe recevant la thérapie cognitive et comportementale (35%) que dans le groupe recevant la thérapie psychodynamique (23%).

Concernant le taux d'abandon de traitement il était moins important que dans d'autres études internationales, à 23% à la fin du traitement et à 30% à 1 an. Les abandons étaient majoritaires dans le groupe suivant le traitement usuel optimisé.

Ainsi, cette étude montre une supériorité de la psychothérapie psychodynamique en termes de taux de rémission complète à 1 an de suivi comparativement à un traitement ambulatoire habituel incluant un suivi par le médecin traitant et une psychothérapie spécialisée dans l'anorexie mentale. Ce traitement ambulatoire habituel constitue cependant un dispositif efficace.

2-3-2-5 Efficacité chez les patients adultes

L'efficacité de l'approche psychodynamique dans cette sous population souvent complexe à traiter du fait d'un trouble plus ancien et mixte (associant anorexie et boulimie), a été évaluée dans 4 essais contrôlés randomisés. Il s'agit d'études sus-citées : McIntosh et al en 2005 (131), Bachar et al en 1999 (143), Dare et al en 2001 (142) et Treasure et al en 1995 (141).

Les résultats de ces essais ne montrent pas de différence entre l'efficacité des psychothérapies

psychodynamiques et celle des thérapies cognitives et comportementales.

Dans l'étude de McIntosh et al (131) publiée en 2005 portant sur une cinquantaine de femmes souffrant d'anorexie ancienne sévère, le traitement ambulatoire par 20 sessions de psychothérapie cognitive et comportementale, interpersonnelle ou par une psychothérapie de soutien spécialisée montrait une supériorité de cette dernière sur les 2 autres approches. 10% de l'échantillon avait obtenu de très bons résultats, 20% avait obtenu une amélioration des symptômes et les 70% restant n'avaient que peu ou pas obtenu de résultats.

Dans l'étude de Dare et al (142) publiée en 2001 étudiant les effets à 1 an de 4 prises en charge différentes chez 84 patients adultes ne retrouvait pas de différence au score du questionnaire de Morgan Russell. Mais il y a avait une différence significative entre les patients ayant reçu l'une des 3 psychothérapies spécialisées et ceux n'ayant reçu qu'un traitement de routine. Il est à noter que 2/3 des patients à l'issue de l'étude restaient à un poids anormalement bas.

L'étude la plus récente incluant des patients adultes souffrant d'anorexie mentale est l'ANTOP study (144) publiée en 2013, dont l'âge moyen des patients était de 28 ans et dont 39% étaient atteints depuis plus de 6 ans. Les résultats de cette étude concernant les patients traités par la psychothérapie psychodynamique étaient très encourageants avec un gain d'IMC moyen de 1,60 kg/m² à 1 an de suivi après traitement et un taux de rémission complète de 35%.

En conclusion, la revue de la littérature de Dancyger et al (135) à laquelle nous avons ajouté des études récentes apporte des résultats rassurants et encourageants concernant les approches psychodynamiques largement utilisées en pratique clinique. En termes d'efficacité elles obtiennent des résultats globalement similaires aux thérapies cognitives et comportementales bien que moins immédiats. Ces résultats sont limités par un nombre d'études moins conséquent et des échantillons de patients plus réduits et nécessitent d'être confortés par d'autres études analysant également l'efficacité des différentes interventions psychodynamiques.

L'étude récente de Zipfel et al (ANTOP study) (144) apporte de nouvelles preuves de l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique, notamment chez les adultes avec des résultats significatifs en fin de traitement. Résultats qui persistent et augmentent après le traitement, comme ce qui a déjà été décrit en général dans les études sur ce type d'approche, avec une efficacité qui peut être différée mais qui à terme peut s'avérer supérieure en termes de taux de rémission.

2-3-3 Exemple de prise en charge psychodynamique de l'anorexie mentale en hospitalisation

Plusieurs centres spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire en France utilisent l'approche psychodynamique pour prendre en charge les patients souffrant d'anorexie ainsi que leur famille.

On peut citer en autres l'Institut Mutualiste Montsouris, pionnier dans la prise en charge spécialisée de l'anorexie mentale, la maison de Solène également et le service UTCA dirigé par le Dr Pommereau à Bordeaux.

Dans la partie concernant l'hospitalisation programmée, nous avons détaillé la question du contrat de soins avec séparation qui est un outil central de la prise en charge hospitalière selon une approche psychodynamique auxquels s'ajoutent des prises en charge individuelle, groupale, familiale et des ateliers thérapeutiques. Dans un article publié en 2001 (145), Maurice Corcos et Philippe Jeammet (fondateurs des pratiques à l'Institut Mutualiste) décrivent leur prise en charge selon un modèle psychodynamique. Ils y exposent tout d'abord le concept de dépendance qui selon eux est au centre de la psychopathologie de l'anorexie mentale (nous avons détaillé ce concept dans le chapitre Etiopathogénie), également la mise en place d'un cadre thérapeutique sécurisant sans être rigide par le contrat de soins. Les différents dispositifs ont pour but de protéger le narcissisme du patient, d'une demande d'aide qui lui est insupportable, en lui « imposant » cette aide, sans toutefois rentrer dans un rapport de force stérile qui répondrait en miroir à son sentiment de toute puissance.

Le travail psycho-thérapeutique quant à lui se fait à travers une thérapie bifocale. Ce concept de bifocalité fait intervenir en collaboration deux professionnels, un médecin psychiatre et un thérapeute psychologue dans des lieux et à des temps différents. Cette différenciation des acteurs, des temps et des lieux permet de prendre en compte « la réalité externe » du sujet et sa « réalité interne ». L'écoute du psychiatre est dédiée à la réalité externe qui concerne les sujets médicaux, scolaires, sociaux et les aménagements du cadre thérapeutique. L'écoute du psychologue, elle est tournée vers la vie psychique du patient ou réalité interne. Ce travail ne peut s'effectuer sans un étayage préalable de la réalité externe du sujet. Ainsi, ce dispositif a pour objectif le maintien d'une bonne distance relationnelle et d'une continuité des soins afin de permettre au patient suffisamment sécurisé l'accès à une élaboration psychique de ses difficultés et à terme à un renoncement de leur mise en actes à travers la conduite anorexique.

2-4 Les thérapies familiales et la place des parents dans les soins

2-4-1 Principes généraux

Le lien entre une défaillance parentale et l'émergence d'un trouble anorexique chez l'adolescent a été envisagé dès les premières conceptualisations étiopathogéniques par Lasègue en 1873. Depuis le rôle des parents a été fortement nuancé par les apports des concepts psychanalytiques et des théories systémiques, avec la notion d'interaction du patient avec son environnement. Le premier modèle de thérapie familiale de l'anorexie mentale a été développé par Minuchin en 1978 (146).

Actuellement les approches familiales quelle que soit leur base théorique ne s'appuient pas sur une explication causale directe désignant les parents comme responsables mais au contraire visent à une déculpabilisation des familles afin de permettre leur implication dans les soins. Cette implication est devenue d'autant plus incontournable que, alors qu'aucune intervention psychothérapeutique n'a démontré une supériorité par rapport à une autre, il existe un consensus d'après quelques études pour recommander la psychothérapie familiale comme étant la plus adaptée au traitement de l'anorexie mentale des adolescents .

Il existe différentes formes d'intervention familiale : les entretiens familiaux qui réunissent les parents, le patient et le thérapeute ; les entretiens familiaux séparés qui réunissent d'une part les parents et le thérapeute et d'autre part le patient et le thérapeute ; les groupes de parents ou groupes « multifamiliaux » qui sont dédiés à plusieurs familles confrontées au même trouble.

Les interventions thérapeutiques sont également variées et dépendent de différentes théories telles que l'approche structurale, l'approche stratégique de Milan et l'approche du Maudsley Hospital entres autres.

2-4-2 Efficacité des thérapies familiales dans le traitement de l'anorexie mentale

Les thérapies familiales représentent l'approche psycho-thérapeutique de choix concernant le traitement des enfants et des adolescents souffrant d'anorexie mentale. Comme vu précédemment dans les recommandations, elles bénéficient d'un niveau de preuve scientifique d'efficacité élevé. Plusieurs études ont démontré l'efficacité des thérapies familiales comme des thérapies

individuelles sur la symptomatologie de l'anorexie mentale. Cependant, les taux de rechute sont moins importants et les taux de rémission meilleurs chez les patients traités par la psychothérapie familiale par rapport à ceux traités par psychothérapie individuelle comme le montrent les études de Loeb et al en 2007 (147) et Couturier et al en 2013 (148).

A long terme les effets de la thérapie familiale se maintiennent et sont supérieurs à ceux de la psychothérapie individuelle comme le montre l'étude d'Eisler et al (149) publiée en 1997 portant sur 36 patients. L'évaluation réalisée à 5 ans du début de la prise en charge montrait que 90% des patients suivis en thérapie familiale avaient une évolution qualifiée de bonne selon les critères de Morgan-Russell (retour des règles et IMC supérieur à 17kg/m²) contre 36% de ceux ayant été suivis en psychothérapie individuelle. Plus récemment, l'étude de Lock et al (150) en 2006 a confirmé ce maintien de l'efficacité de l'intervention familiale à 4 ans du traitement et ce sans différence significative quelle qu'ait été la durée de la thérapie familiale.

L'efficacité varie en fonction du type de patient. Ainsi l'étude d'Eisler et al (149) portant sur 80 patients retrouvait une efficacité de la thérapie familiale supérieure à la psychothérapie individuelle dans les cas d'anorexie ayant débuté avant l'âge de 18 ans et évoluant depuis moins de 3 ans. Chez les patients à début précoce (avant 18 ans) et d'évolution longue (trouble depuis plus de 3 ans) il n'y avait pas de différence significative entre thérapie familiale et psychothérapie individuelle. A l'inverse chez les patients ayant déclaré le trouble après 18 ans, depuis plus de 3 ans, la psychothérapie individuelle était la plus efficace.

L'efficacité varie également en fonction du type de thérapie familiale et du type de famille. D'après l'étude de Eisler et al (151) en 2007 les familles dites à forte tonalité émotionnelle tiraient plus de bénéfices de la thérapie familiale séparée (traitement des parents séparé de celui des enfants) que les autres qui tiraient des bénéfices similaires des thérapies conjointes et des thérapies séparées. De plus d'après Lock et al en 2005 (152), les thérapies familiales longues (supérieures à 6 mois) sont plus efficaces que les thérapies courtes chez les patients ayant des symptômes obsessionnels sévères ainsi que chez les familles « non intactes » (séparées, perte d'un parent), alors qu'elles montrent des efficacités similaires chez les autres familles.

Concernant l'observance du traitement psycho-thérapeutique, l'étude de Russell et al (153) retrouvait un taux d'abandon de traitement largement moindre dans le groupe traité par la thérapie familiale (10%) contre 63% dans le groupe traité par psychothérapie individuelle. Cependant les patientes les plus âgées avec un trouble évoluant depuis plusieurs années étaient plus observantes en psychothérapie individuelle qu'en thérapie familiale.

Les résultats sus-cités ont été méta-analysés de façon critique dans la littérature récente par la revue de la littérature Cochrane par Fisher et al (154) publiée en 2010 qui a analysé les résultats de 13 études publiées avant Janvier 2008 comparant l'efficacité des thérapies familiales à d'autres types d'intervention dans le traitement de l'anorexie mentale. Les auteurs avaient pour objectifs : d'évaluer l'efficacité des thérapies familiales par rapport aux autres interventions, d'évaluer l'efficacité des différentes formes de thérapies familiales et d'évaluer l'efficacité des thérapies familiales selon le type de patient : adolescent ou adulte, souffrant d'anorexie de façon chronique ou non.

Pour ce qui est de l'efficacité des thérapies familiales par rapport à celle des autres interventions psychosociales, elle était évaluée principalement par le taux de rémission et de mortalité de chaque étude comparative. 8 essais comparatifs ont été recensés parmi lesquels 2 essais concernant 81 patients ont retrouvé une efficacité supérieure des thérapies familiales à court terme. Dans l'étude de Russell et al de 1987 (153), une efficacité supérieure à la psychothérapie individuelle était retrouvée dans un sous-groupe de 21 patients, (les plus jeunes). Cependant, aucun résultat n'était retrouvé en faveur d'une efficacité des thérapies familiales en termes de rémission par rapport à des interventions éducatives (1 étude de 30 participants) ou comparativement à d'autres interventions psycho-thérapeutiques (4 études de 149 participants).

Concernant le taux de rechute, il était étudié dans 3 études dont les résultats ne retrouvaient pas de différences significatives entre thérapies familiales et autres psychothérapies, mais on peut préciser que ces essais se limitaient à un suivi d'un an.

Le taux de mortalité en fonction du traitement psycho-thérapeutique n'était pas analysable car soit le type d'intervention reçu par le patient n'était pas stipulé soit les patients n'étaient pas suivis au long cours. Les auteurs notaient cependant 1 décès lors d'une psychothérapie individuelle dans l'étude de Dare et al en 2001 (142) et 3 décès lors de la période de suivi sur 5 ans de Russell et al (153). Le taux global de mortalité était moins élevé que celui relevé dans la littérature générale. Il peut s'agir d'un biais de sélection, avec non participation aux essais des patients les plus graves ou bien d'un réel impact des soins, quels qu'ils soient, sur la mortalité.

Lors des interventions familiales, le fonctionnement général était étudié dans une seule étude et les dysfonctionnements familiaux dans 2 études. Cela ne permettait pas une évaluation objective de chaque thérapie familiale sur ces points.

Concernant le poids, les distorsions cognitives et les taux d'abandon de suivi, il n'existait pas de différences significatives rapportées dans les études comparatives, hormis celle de Russell et al (153), dans laquelle un sous-groupe de 21 jeunes patients montrait une amélioration significative du poids, des distorsions cognitives. A propos des distorsions cognitives en particulier, il y avait une différence significative d'efficacité, mesurée en fin de traitement, en faveur des thérapies familiales au long court comparées aux thérapies familiales plus courtes. Mais cette différence ne

se maintenait pas lors de la période de suivi et portaient sur 86 patients de l'étude de Lock et al en 2005 (152).

Les différentes formes d'interventions familiales n'étaient pas évaluables car dans les essais retrouvés il s'agissait de comparer uniquement des différences de pratique d'une même approche et non différentes approches entre elles. Ainsi Lock et al en 2005 (152) comparait les effets d'une même thérapie familiale à court et long terme, Legrange et al en 1992 (155) puis Eisler en 2000 (156) comparaient une même thérapie incluant parents et enfant ou traitant parents et enfant séparément. Rausch et al en 2006 (157) comparait la thérapie familiale seule et la thérapie familiale plus le repas thérapeutique.

Concernant l'efficacité en fonction du type de patients, seul l'étude de Russell et al publiée en 1987 (153) prenait en compte l'âge des participants et la durée de la maladie. L'étude montrait de meilleurs résultats en termes de taux de rémission, de prise de poids et d'impact sur les distorsions cognitives chez les patients les plus jeunes et les moins chroniques. Cependant ce résultat est à nuancer car il était tiré d'un sous-groupe de 21 patients seulement.

Conclusion de cette revue, Fisher et al (154) déploraient le peu d'études évaluant les thérapies familiales dans le traitement de l'anorexie mentale et signalaient le fait que les études existantes reposaient sur des petits échantillons, comportaient des biais importants et explicitaient rarement les caractéristiques de l'intervention familiale. D'après leur analyse, il n'existe pas suffisamment de preuves pour déterminer si les thérapies familiales ont une efficacité supérieure aux autres psychothérapies individuelles à court terme (12 mois de suivi). Mais au regard des résultats, il pourrait y avoir un intérêt privilégié de ces thérapies par rapport aux psychothérapies individuelles chez les patients jeunes (adolescents) souffrant d'anorexie mentale depuis peu de temps ; cette hypothèse tirée de l'analyse d'un sous-groupe de 21 patients reste à évaluer par d'autres études. Concernant le type de thérapie familiale, les études analysées utilisaient principalement des psychothérapies de type <<family based therapy>> et il n'existait pas d'arguments suffisants pour affirmer que telle ou telle intervention familiale était d'efficacité supérieure.

Une revue plus récente de Couturier et al publiée en 2013 (148) a étudié plus spécifiquement l'efficacité des <<Family based treatment>>, soit des thérapies familiales suivant les principes du Maudsley Model chez les adolescents souffrant de trouble du comportement alimentaire en général. 6 essais contrôlés randomisés publiés entre 1987 et 2010, regroupant plus de 350 patients âgés de 12 à 19 ans, suivis sur 2 à 5 ans ont été analysés.

Il n'y avait pas de différence significative d'efficacité à la fin du traitement entre les patients recevant une <<Family based therapy>> et ceux recevant une psychothérapie individuelle. Cependant il existait une efficacité supérieure (OR 2.35, 5% intervalle de confiance entre 1.33 et 4.14) de l'intervention familiale à 6 mois et 1 an après le traitement avec 60 à 90% des patients,

selon les études, ayant des résultats moyens à très bons en termes d'efficacité (d'après les scores au questionnaire de Morgan Russell). Ces résultats étaient valables quelle que soit la nature du trouble alimentaire sans différence entre les sous-groupes de trouble. De plus, ces effets positifs se maintenaient à 5 ans du traitement d'après l'étude d'Eisler et al publiée en 1997 (149).

Concernant la comparaison entre différentes interventions familiales, la plus grande étude publiée à ce jour est celle d'Agras et al publiée en 2014 (158) comparant les effets de 2 grands types de psychothérapies familiales sur des adolescents souffrant d'anorexie mentale, à savoir une thérapie familiale systémique et une thérapie familiale utilisant le Maudsley Model. L'étude a porté sur 164 adolescents traités en ambulatoire dans 6 centres différents entre 2005 à 2012. Les patients recevaient chacun 16 séances d'1 heure de thérapie échelonnées sur 9 mois. Les uns recevaient une « family based therapy » centrée sur le rôle de co-thérapeute des parents du patient dans la normalisation de son comportement alimentaire puis un gain d'autonomie alimentaire progressive; les autres recevaient une thérapie familiale systémique centrée sur le fonctionnement familial dans sa globalité et les interactions entre les différents membres. Dans cette dernière thérapie, le thérapeute adoptait une attitude neutre et n'abordait pas, en dehors des demandes de la famille, la question du poids et de l'alimentation. Les effets de ces 2 psychothérapies étaient évalués en fin de traitement, à 6 mois puis à 1 an du traitement.

Il n'existait pas de différences significatives en termes d'efficacité entre les 2 thérapies en fin de traitement et à distance. Les 2 interventions ont obtenu des taux de rémission d'environ 40% à 1 an du traitement et une moyenne des poids de 95% de l'IMC idéal. La seule différence était en faveur de la thérapie familiale systémique qui avait un impact positif significatif sur l'estime de soi du patient contrairement à la « family based therapy » qui n'avait pas d'impact à ce niveau. Il existait également une différence d'efficacité dans le sous-groupe de patients ayant des scores élevés à la Child Yale Brown Obsessive compulsive scale avec une efficacité plus grande chez ces patients de la thérapie familiale systémique.

Cependant les patients traités par la « Family based therapy » prenaient du poids plus rapidement que les autres et l'échantillon auquel ils appartenaient a cumulé moins de journée d'hospitalisation que ceux traités par la thérapie systémique. Ce qui explique en partie le moindre coût global de la « Family based therapy » dans cette étude.

La principale limite de cette étude était de n'inclure que des adolescents pouvant être suivis en ambulatoire et donc ayant un IMC d'au moins 75% de l'IMC idéal pour l'âge.

En conclusion cette étude apporte une preuve supplémentaire de l'efficacité des interventions familiales chez les adolescents souffrant d'anorexie mentale. De plus, cette étude apporte des éléments supplémentaires concernant le choix du type de thérapie familiale. En effet elle démontre que la thérapie familiale systémique est aussi efficace en termes de gain de poids et de

taux de rémission que la thérapie familiale utilisant le modèle Maudsley. A la différence que cette dernière permet un gain de poids plus rapide pouvant chez certains patients fragilisés par la dénutrition éviter une hospitalisation. La supériorité de la thérapie familiale systémique elle, réside dans le fait qu'elle donne de meilleurs résultats que la « Family based therapy » chez les patients ayant une comorbidité obsessionnelle compulsive.

On peut également citer l'étude française de Godart et al publiée en 2012 (159) concernant les interventions familiales pratiquées à l'Institut Mutualiste Montsouris qui dans une approche psychodynamique s'apparentent à des interventions familiales systémiques fondées sur l'histoire familiale des patients et les interactions entre les différents membres, interventions décentrées des symptômes alimentaires. Dans cette étude, c'est l'efficacité de 12 séances de thérapies familiales ajoutées à un traitement ambulatoire habituel qui était étudiée chez 60 adolescentes après hospitalisation pour anorexie sévère. A 18 mois de suivi les résultats de l'IMC et du questionnaire Morgan Russell étaient en faveur du groupe traité par la thérapie familiale adjuvante. Ce groupe avait 3 à 4,9 fois plus de chance d'appartenir à la catégorie des résultats intermédiaires à bons (22,8 à 31,3% des patients de ce groupe) et ils avaient 3 fois plus de chance d'avoir retrouvé un poids de santé (25,8% des patients de ce groupe) et un statut menstruel (28,9% des patients de ce groupe) avec des résultats qui augmentaient entre le 6ème et 18ème mois du protocole.

2-4-3 Exemples de prises en charge familiales dans le traitement de l'anorexie mentale

2-4-3-1 Les thérapies familiales psychanalytiques et systémiques structurales

Elles se déroulent généralement sous forme d'entretiens familiaux réunissant le patient, ses parents et le thérapeute. Largement basées sur le modèle de Minuchin (146), elles ont pour but de favoriser la différenciation entre les membres de la famille (lutter contre l'enchevêtrement), aider à une meilleure discrimination des émotions et des affects de chacun, et faire en sorte que les relations intra et extra-familiales soient moins définies par la question de l'emprise ou du rejet. Selon Kaganski et al en 1989 (160), il s'agit d'aider la famille à fonctionner de telle façon que le recours au symptôme alimentaire ne soit plus nécessaire.

Le symptôme anorexique est donc défini ici comme une adaptation à la dynamique familiale, il est d'ailleurs décrit par Jeammet comme une tentative d'ajustement de la distance relationnelle entre l'adolescent et ses parents et non comme un comportement à normaliser à tout prix. De ce fait le travail thérapeutique doit respecter le temps nécessaire au changement et respecter l'ambivalence

du patient et de sa famille à ce changement.

2-4-3-2 Les groupes de parents

Créés en 1969 par Brusset et Jeammet et organisés depuis plus de 30 ans par le Pr Jeammet, ce dernier en fait la description dans un livre paru en 2005 (34). Les parents sont considérés comme des alliés soumis à une double exigence : d'une part, ils permettent le bon déroulement du traitement en intégrant en partie le cadre thérapeutique (respect du contrat de poids avec séparation dans le cas présent). D'autre part, ils doivent pouvoir suffisamment changer eux-mêmes, de façon à ce que la guérison ne soit pas un simple retour à la situation antérieure et une façon de nier les conflits mais plutôt un accomplissement de l'autonomisation de l'adolescent avec ce que cela suppose de séparation.

Le groupe de parents est un groupe ouvert aux parents de patients hospitalisés pour anorexie mentale, il a lieu pendant 1h30 toutes les 3 semaines, il est conduit par 1 psychiatre et 1 psychologue, la durée de participation y est variable de quelques mois à plusieurs années. Plusieurs phénomènes s'expriment à travers le groupe de parents : la culpabilité, la « fascination » pour le trouble, la recherche d'un bouc émissaire, le refus des conflits, les affects dépressifs, les réactions défensives, la confusion des générations.

La relation entre les parents entre eux est thérapeutique, en nombre face à l'équipe médicale ils peuvent s'autoriser plus facilement à exprimer leur culpabilité. Ils peuvent se rassurer également par des identifications aux autres parents, les plus anciens donnant des conseils aux nouveaux venus. Les uns constituent pour les autres un miroir grossissant de leurs comportements qu'ils soient passés ou toujours actuels. L'un des objectifs essentiels du groupe est de favoriser l'expression de la culpabilité afin de favoriser chez chacun une prise de conscience de ses responsabilités et de l'importance de ses attitudes face à son enfant. A terme l'abandon du sentiment de culpabilité marque une meilleure acceptation de l'autonomisation de l'adolescent, de sa différence et de son originalité.

2-4-3-3 Le modèle anglais du Maudsley Hospital

- La thérapie familiale

Ce modèle de thérapie familiale a été développé par l'équipe du Maudsley Hospital à Londres à partir de 1985 sous la direction de Christopher Dare (101). Il s'appuie sur l'intégration des modèles systémiques et d'une démarche empirique comportementale permettant d'identifier les cibles thérapeutiques efficaces dans le traitement de l'anorexie mentale d'après Dare et Eisler en 1997

(161).

Le modèle de Maudsley au sens strict désigne le modèle théorique qui sous tend les interventions familiales. Il décrit des interactions triangulaires entre l'individu, le symptôme anorexique et la famille au sein de ces cycles de vie. Le cycle de vie correspond aux grands événements qui sollicitent les capacités adaptatives des membres de la famille (formation du couple, naissance d'un enfant). L'apparition de l'anorexie mentale engendre une situation de crise lors de laquelle les capacités adaptatives de la famille sont dépassées et donnent lieu à des dysfonctionnements.

Les interventions thérapeutiques n'ont pas pour objectif l'identification des facteurs familiaux étiologiques de l'anorexie mentale mais se concentrent plutôt sur les facteurs familiaux de maintien et d'aggravation du trouble d'après Dare et al 1997 (161). Elles ont pour principal but de développer les compétences familiales d'après Eisler et al 1995 (162).

La thérapie familiale selon ce modèle s'adresse à des patients âgés de moins de 18 ans et souffrant du trouble alimentaire depuis moins de 3 ans. Elle se déroule en 3 phases pour un total d'une vingtaine de séances. La première phase a pour but la création d'une alliance thérapeutique avec la famille et de favoriser une attitude empathique entre les différents membres. Pour cela le trouble est externalisé par la technique narrative permettant l'apaisement de la culpabilité et des contres attitudes négatives envers le patient. Cela favorise le regroupement familial pour pouvoir démarrer une lutte active contre le symptôme. Pendant cette première phase les interactions et la structure familiale sont également prises en compte ainsi que l'impact de la maladie sur ces membres. Ceux-ci sont invités à repérer leurs ressources et à réfléchir à comment elles peuvent être utilisées. Au fil des séances les parents sont investis d'une co-responsabilité par le thérapeute : ils sont chargés d'exercer un contrôle sur le comportement alimentaire afin de réduire l'emprise de la maladie sur leur enfant. La seconde phase amorcée après une reprise de poids significative est dédiée à autonomiser progressivement l'adolescent dans ses prises alimentaires et à réaménager les modalités émotionnelles et relationnelles de la famille (gestion des conflits, expression des émotions). La troisième phase, une fois le trouble alimentaire moins central oriente le travail sur une réflexion sur les relations familiales et le processus de séparation-individuation propre à l'adolescence.

-La thérapie multifamiliale

Développée par la même équipe dans les années 2000, cette intervention vient compléter la thérapie familiale en regroupant 4 à 7 familles confrontées à la même pathologie, elle permet ainsi de créer un espace social et thérapeutique. Les approches théoriques qui sous tendent cette intervention sont les thérapies familiales, les thérapies de groupe et la psychoéducation. De même que dans le modèle de Maudsley, les familles sont envisagées comme des co-thérapeutes, à

travers des sessions intensives (groupes de paroles, jeux de rôles, psychoéducation, elles échangent des expériences et apprennent de nouvelles façons d'interagir et de gérer le symptôme alimentaire.

2-5 Limites des études sur la psychothérapie dans les troubles du comportement alimentaire : l'écart entre recherche et pratiques cliniques

Dancyger et al (135) dans leur revue de la littérature sur l'efficacité des différentes psychothérapies utilisées dans les troubles du comportement alimentaire, attirent l'attention sur les précautions qu'il faut prendre dans l'interprétation et la généralisation à la pratique clinique des résultats des études. Les auteurs mettent en évidence plusieurs éléments qui constituent un écart patent entre études scientifiques et pratiques cliniques. Ils signalent qu'il existe une inégalité entre le nombre d'études analysant l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales et celles étudiant les effets des approches psychodynamiques qui sont pourtant largement utilisées dans la pratique clinique et pour lesquelles des preuves d'efficacité existent. De plus les effets des thérapies cognitives et comportementales bien que très étudiés restent limités dans la littérature. Il existe donc un écart entre la proportion de psychothérapies étudiées et leur pratique dans la prise en charge quotidienne des troubles du comportement alimentaire. D'après l'étude de Thompson-Brenner et al (163), un tiers des praticiens utiliserait les thérapies cognitives et comportementales, un tiers les thérapies psychodynamiques et le dernier tiers des approches intégratives, éclectiques.

Concernant les études scientifiques, les auteurs remettent en cause le statut de « gold standard » des essais contrôlés randomisés dans le sens ou bien qu'ils soient le modèle le plus adapté à l'étude de la médecine basée sur les preuves (« Evidence based medicine »), ils ne reflètent pas toujours la réalité clinique en psychiatrie. En effet, les effets des traitements étudiés le sont généralement sur des symptômes particuliers donc de fait réducteurs et sur des sujets indemnes de comorbidités afin de limiter les biais. Or dans la clinique des troubles du comportement alimentaire, il existe très souvent des comorbidités associées (anxiété, dépression, troubles de la personnalité et abus de substances), ainsi le patient des études cliniques diffère des patients de la pratique clinique générale. Thompson-Brenner et al donnent l'exemple des patients les plus compliqués, notamment ceux ayant un trouble de la personnalité associé, patients chez qui les traitements centrés sur les symptômes alimentaires donnent généralement peu de résultats et qui nécessitent en pratique, des approches psychodynamiques au long court.

Il existe également une différence entre les psychothérapies utilisées dans les études qui sont

très standardisées et les interventions dans la pratique courante qui comportent souvent un enchevêtrement de techniques psycho-thérapeutiques différentes, d'autant plus que les thérapeutes ne sont pas reliés à un centre universitaire et de recherche d'après Thompson-Brenner et al. L'utilisation de telle ou telle approche varie également en pratique clinique en fonction du type de patients, les patients ayant des comorbidités sont souvent traités par une approche psychodynamique. Egalement, l'intervention varie en fonction de la durée du traitement d'après Tobin et al, plus le traitement s'avère long plus les thérapeutes se détachent des techniques comportementales et utilisent des approches psychodynamiques. De plus, d'après Thompson-Brenner et al les praticiens se revendiquant de l'approche psychodynamique ou de l'approche cognitive et comportementale s'avéraient utiliser les 2 types d'approches sur le terrain. L'étude de Tobin et al (164) sur 265 praticiens aboutissait à la même constatation.

Ainsi les résultats des études sur les psychothérapies sont à nuancer car du fait de leur caractère protocolisé ils ne reflètent pas totalement la complexité rencontrée en pratique que ce soit la complexité des patients traités ou des interventions psycho-thérapeutiques mises en place.

En conclusion, les différentes recommandations internationales considèrent la prise en charge psychologique de l'anorexie mentale comme un élément indispensable du traitement mais qui ne se suffit pas à lui-même et qui doit être associé à la renutrition. Cette association permet d'une part de ne pas négliger le risque somatique mais aussi de prendre en compte l'impact de la dénutrition sur le psychisme du patient et donc l'intérêt de la réalimentation dans la potentialisation des effets de la psychothérapie. Il est tout de même recommandé, afin d'établir une alliance thérapeutique de bonne qualité, qu'une prise en charge psychologique de soutien ou à but motivationnel soit la plus précoce possible et ce même chez les patients très dénutris. Une fois la reprise de poids amorcée et l'alliance établie, des psychothérapies plus spécifiques ont montré une efficacité sur les symptômes anorexiques et la psychopathologie plus générale. Les thérapies cognitives et comportementales ainsi que les approches psychodynamiques bénéficient d'un grade C de niveau de preuve scientifique tandis que les thérapies familiales bénéficient d'un grade B dans la prise en charge des adolescents. Les thérapies cognitives et comportementales à l'inverse de leurs résultats sur la boulimie, n'ont pas dans l'anorexie mentale montré d'efficacité supérieure aux autres psychothérapies. Bien que moins étudiée, l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques est comparable à celle des thérapies cognitives et comportementales. Leurs effets sont moins notables à court terme mais sont comparables à moyen terme et se poursuivent à long terme, une fois même la thérapie terminée. Une étude récente a démontré leur intérêt chez les patients anorexiques adultes qui constituent un sous-groupe difficile à traiter. Les thérapies familiales et notamment celles basées sur le modèle du Maudsley Hospital sont les interventions les

plus efficaces dans la prise en charge des adolescents et sont recommandées dès le début de la prise en charge. Une étude récente a démontré une efficacité globale similaire des thérapies familiales systémiques et une supériorité de ces dernières sur le modèle de Maudsley concernant l'amélioration de l'estime de soi des patients en général et une efficacité supérieure chez les patients ayant des symptômes obsessionnels associés.

3- Les traitements psychotropes

Dans ce chapitre, nous étudierons la place des traitements psychotropes dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Nous nous baserons pour ce faire sur les recommandations récentes de trois grandes instances sanitaires : la Haute Autorité de Santé en France, le National Institute for Health and Care Excellence au Royaume uni et l'American Psychiatric Association aux Etats unis. Ces recommandations sont issues de la synthèse de résultats d'essais cliniques. Cette dernière permet d'établir les indications, les principes généraux d'utilisation des traitements psychotropes et d'évaluer leur efficacité et leurs effets secondaires dans le cadre de l'anorexie mentale. Dans un second temps, nous étudierons la question de l'efficacité limitée des traitements psychotropes dans l'anorexie mentale.

3-1 Recommandations internationales

3-1-1 Recommandations de l'HAS (Juin 2010)

La Haute Autorité de Santé (HAS) (45) a mis au point des recommandations détaillées concernant la prise en charge de l'anorexie mentale. Cependant, dans ce rapport d'une quarantaine de pages la question de l'utilisation de médicaments n'est quasiment pas abordée. En effet, cette question est réduite à un chapitre de quelques lignes intitulé << Quid des antidépresseurs>>. La HAS y recommande l'utilisation de traitements antidépresseurs de façon adjuvante aux mesures non médicamenteuses (renutrition et psychothérapie) pour traiter les symptômes anxieux, obsessionnels et dépressifs qui ne seraient pas améliorés par la reprise pondérale. Ces symptômes sont considérés comme concomitants de la perte de poids et non comme faisant partie intégrante du trouble alimentaire. La question des neuroleptiques n'est abordée que par la mise en garde du risque d'allongement de l'espace QT.

3-1-2 Recommandations de l' APA (3ème édition 2006)

L'American Psychiatric Association (APA) (68) publie en juin 2006 la 3ème édition de ses recommandations concernant la prise en charge des troubles des conduites alimentaires intitulées : << Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Third

edition.>>(3) Le groupe de travail dirigé par le Dr Joel Yager a mis au point ces recommandations à partir d'une étude approfondie de la littérature scientifique de langue anglaise, regroupant des articles publiés jusqu'en 2005. Une révision de ces recommandations d'après la littérature plus récente a été publiée en Août 2012 (4) par le même groupe de travail et se base sur les articles publiés entre 2003 et décembre 2011

3-1-3 Recommandations du NICE (2004)

Le National Institute for Health and Care Excellence, organisation non gouvernementale en lien avec le ministère des affaires sanitaires et sociales britannique, pose les bases de l'utilisation des psychotropes dans le traitement de l'anorexie mentale en publiant en Janvier 2004 ses recommandations (69).

A cette époque, le NICE souligne le fait que la littérature scientifique concernant l'efficacité de ces traitements reste limitée, mais à l'inverse que les effets secondaires bien connus doivent être pris en compte, d'autant que la fragilité somatique des patients anorexiques est grande. Le NICE établit ainsi six grands points de bon usage des psychotropes :

- Le traitement médicamenteux ne doit pas être le seul traitement, ni le traitement de première intention s'il est utilisé dans la prise en charge.
- Le traitement médicamenteux des symptômes comorbides tels que l'anxiété, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs doit être prudent étant donné que ces symptômes peuvent s'améliorer du simple fait de la renutrition.
- Dans le cas où un traitement est prescrit les effets secondaires hémodynamiques et cardiaques doivent être pris en compte et le patient doit en être informé.
- Le risque cardiologique de certains médicaments susceptibles d'allonger l'espace QT doit être pris en compte, notamment du fait de la susceptibilité cardiaque des patients anorexiques.
- Si de tels traitements sont administrés, une surveillance de l'électrocardiogramme doit avoir lieu.
- Tout patient souffrant d'anorexie mentale devrait être notifié comme tel dans le dossier médical afin que le rapport bénéfice risque de certaines prescriptions soit évalué.

3-2 Principes généraux

L'american psychiatric association comme la HAS et le NICE propose des principes généraux d'utilisation des psychotropes dans les troubles des conduites alimentaires qui sont les suivants :

- Le traitement psychotrope ne doit pas être utilisé en première intention ni en mono-thérapie, il doit être systématiquement associé à une prise en charge non médicamenteuse.
- Le recours à un traitement psychotrope adjuvant peut avoir lieu lorsque la prise en charge ne permet pas une renutrition et/ou s'il existe des comorbidités significatives telles que les symptômes obsessionnels compulsifs, anxieux ou dépressifs. Concernant ces symptômes comorbides qui peuvent s'amender par la reprise pondérale, l'utilisation d'un traitement doit donc être différée jusqu'à ce que cette reprise soit effective. Le choix du traitement psychotrope se fera alors en fonction des symptômes persistants.
- Les antidépresseurs seront utilisés devant la persistance de symptômes obsessionnels compulsifs, anxieux ou dépressifs ou devant l'apparition de symptômes boulimiques.
- Les anti-psychotiques atypiques seront réservés aux cas considérés comme graves : résistance inlassable à la prise de poids, obsessions envahissantes, déni massif de dimension délirante.
- La réticence des patients anorexiques à la prise d'un traitement et notamment d'un traitement susceptible de faire prendre du poids est à considérer. La mise en place de tout traitement doit être discutée avec le patient et sa famille s'il est mineur.

3-3 Efficacité des antidépresseurs

Les essais cliniques différencient leur période d'utilisation : avant ou après la restauration du poids.

-Utilisation durant la phase d'état de l'anorexie mentale :

Les essais contrôlés randomisés de Attia E et al en 1998 (165) et Strober M et al en 1999 (166) ne montrent aucune efficacité sur la reprise de poids, les symptômes alimentaires et psychologiques de l'utilisation de la Fluoxétine jusqu'à 60 mg pendant 6 à 7 semaines chez les patients anorexiques hospitalisés durant la phase d'état et recevant une prise en charge multidisciplinaire adaptée. Ainsi l' APA ne recommande pas l'utilisation de la Fluoxétine avant la restauration pondérale chez les patients hospitalisés, du fait de sa non supériorité au placebo, d'après ces 2 études.

-Utilisation au long court après la phase d'état : concernant l'efficacité des antidépresseurs ISRS sur le maintien du poids une fois les patients anorexiques renutris, l'APA se base sur 3 études aux résultats discordants.

Le premier essai contrôlé randomisé est celui de Kaye WH et al en 2001(167) qui montre l'efficacité de l'utilisation de Fluoxétine à 40 mg sur des patients anorexiques après une hospitalisation. Après 1 an d'administration le groupe Fluoxétine avait un taux de rechute sur l'année écoulée moindre, la poursuite d'une prise de poids et une amélioration des symptômes alimentaires et anxieux, dépressifs ainsi qu'obsessionnels compulsifs. Les résultats de cette étude restent soumis à caution du fait d'un schéma d'étude complexe, du petit nombre de patients et de la présence de patients encore dénutris au départ de l'essai.

L'essai de Walsh BT et al en 2006 (168) porte sur une cohorte bi-centrique de 93 patients suivie pendant 5 ans. L'ensemble des patients avait un poids restauré de 90% de l'IMC idéal et étaient suivis en thérapie cognitive et comportementale. L'ajout d'un traitement par Fluoxétine 60 mg ne montrait aucune supériorité par rapport au placebo sur le taux de rechûte.

Concernant le Citalopram, 2 études sont citées par L'APA : celle conduite par Fassino S et al en 2002 (169) ne montre aucune différence sur la prise de poids chez des patientes anorexiques après 3 mois de traitement par Citalopram comparativement à celles ayant reçu un placebo. Les symptômes dépressifs, obsessionnels compulsifs et l'impulsivité était modestement améliorés dans le groupe traité par Citalopram. L'étude de Bergh C et al en 1996 (170) sur des adolescents anorexiques pris en charge en ambulatoire en psychothérapie montrait un effet délétère de l'ajout de Citalopram. En effet les adolescents traités par Citalopram, en plus de la psychothérapie, avaient perdu du poids par rapport à ceux traités uniquement par psychothérapie. Chez ces derniers, le poids était resté quasiment stable.

L'utilisation des antidépresseurs tricycliques est étudiée à partir de 2 études :

L'étude de Lacey et Crisp en 1980 (171) sur 16 patients anorexiques ne montre aucun bénéfice à l'ajout de Clomipramine en plus du traitement habituel, mais il est à noter que la dose utilisée était faible (50 mg). Halmi KA et al en 1986 (172) sur 72 patients hospitalisés, ceux recevant de l'Amitriptyline ou de la Cryptoheptadine (anti-histaminique H1) montraient un modeste avantage en termes de prise de poids comparés à ceux recevant un placebo.

3-4 Efficacité des anti-psychotiques atypiques

L'APA dans ses recommandations de 2006 (68) affirme l'intérêt de l'utilisation des anti-psychotiques atypiques pour lutter contre certains symptômes très marqués lors de la phase d'état de la maladie tels que : l'anxiété massive, l'obsessionnalité et le déni des troubles. Cependant avant 2003, l'efficacité de ces traitements n'est étudiée qu'à partir de quelques études pilotes portant sur un petit nombre de patients. Les effets secondaires qui eux sont connus, sont portés à l'attention du prescripteur (effets indésirables cardiologiques, métaboliques et neurologiques).

En Août 2012 l'APA publie une réactualisation de ses recommandations (173) notamment en y ajoutant les premiers essais contrôlés randomisés concernant les anti-psychotiques atypiques. Les résultats de ces études restent cependant disparates et soumis à des biais méthodologiques, notamment la faible taille des échantillons. L'APA s'appuie sur les résultats du groupe de travail de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WSFBP) publiés par Aigner et al en 2011 (174). Cette revue de la littérature de l'ensemble des traitements testés dans les troubles du comportement alimentaire de 1977 à 2010 considère le niveau de preuve de l'efficacité des anti-psychotiques sur le gain de poids. Pour l'Olanzapine, ce niveau est d'un grade B, soit une présomption scientifique d'efficacité issue de résultats d'essais contrôlés randomisés de faible puissance. Pour les autres anti-psychotiques atypiques il n'est que de grade C, soit un faible niveau de preuve du fait de résultats issus de rapports de cas et d'essais cliniques non contrôlés. Dans la revue de la littérature faite par l'APA entre 2003 et décembre 2011 les résultats sur l'efficacité des anti-psychotiques dans le traitement de l'anorexie mentale varient selon les études.

Ainsi les études montrant une efficacité sont les suivantes :

- En 2008 Bissada H et al (175) publient un essai contrôlé randomisé portant sur 34 patients, l'Olanzapine est décrit comme ayant une efficacité supérieure au placebo sur la prise de poids et les symptômes obsessionnels.

- De même Attia E et al en 2011 (176) dans un essai concernant des patients anorexiques suivis en ambulatoire montrent l'efficacité de l'Olanzapine sur la prise de poids pour des doses entre 2,5 et 10 mg administrées pendant 8 semaines. Ils précisent que les effets secondaires ont été bien tolérés par les patients.

- En 2011 Mc Knight et Park (177) regroupent les résultats de 4 essais contrôlés randomisés et de 5 études ouvertes traitant de l'efficacité de l'Olanzapine, de la Risperidone et de la Quetiapine. Ces traitements avaient une efficacité limitée sur les symptômes alimentaires, anxieux et dépressifs mais n'avaient pas d'efficacité sur le gain de poids.

D'autres études réfutent l'efficacité des anti-psychotiques atypiques sur la prise de poids des patients anorexiques :

- Hagman et al en 2011 (178) ont réalisé un essai contrôlé randomisé sur 40 patients. L'administration de Risperidone à 2,5 mg pendant 4 semaines n'a eu aucun effet sur la prise de poids par rapport à l'administration d'un placebo.

- L'étude de Kafantaris et al en 2011 (179) ne montrait aucune efficacité de l'Olanzapine administrée pendant 5 à 10 semaines sur les symptômes psychologiques ni sur la prise de poids. Par ailleurs, cette étude mettait en évidence la survenue d'effets indésirables dans le groupe Olanzapine, il s'agissait d'une augmentation de la glycémie à jeûn et des taux d'insuline.

- De même l'étude de Swenne et Rosling en 2011 (180) attribuait au traitement Olanzapine des élévations des taux de prolactine et de TSH chez des adolescents traités pour anorexie mentale.

3-5 Limites des traitements psychotropes

L'avènement des neuroleptiques dans les années 50, puis des antidépresseurs ont révolutionné le traitement des maladies mentales. Les troubles du comportement alimentaires restent les parents pauvres de cette révolution. La boulimie et le binge eating disorder bénéficient cependant de traitements de référence aux Etats unis (Fluoxétine et Topiramate). L'anorexie mentale, elle, reste un des rares troubles mentaux pour lequel aucun traitement psychotrope n'a prouvé de façon significative son action curative.

Face à la complexité du traitement de l'anorexie mentale et à l'aide plus que limitée que les traitements psychotropes apportent, certains auteurs ont tenté d'émettre des hypothèses pouvant expliquer ce manque d'efficacité prouvée.

Crow et al en 2009 (181) dans une revue de la littérature sur les différents traitements testés dans l'anorexie mentale proposent quelques pistes. Concernant la réalisation des essais cliniques, ils indiquent d'abord leur nombre restreint du fait d'un intérêt relativement limité de l'industrie pharmaceutique pour l'anorexie mentale, en raison du fait de son incidence supposée faible et de la réticence à inclure dans les essais des personnes somatiquement fragiles. De plus Crow et al notent une durée d'administration des psychotropes plus courte que le temps nécessaire pour observer une efficacité sur les autres troubles mentaux et des essais systématiquement réalisés en mono-thérapie et n'utilisant pas d'association de traitement. Associations qui seraient pourtant susceptibles d'en potentialiser l'efficacité.

Crow et al posent l'hypothèse d'une erreur de cible thérapeutique à savoir l'objectif <<gain de poids>> et <<comportement alimentaire>>. Ils se basent pour ce faire sur la théorie selon laquelle les facteurs psychopathologiques de l'anorexie mentale, les facteurs prédisposant et d'entretien ne

seraient pas uniquement alimentaires mais surtout d'ordre psychologique. Ainsi ainsi les médicaments ayant pour cible la prise de poids seraient inefficaces. Néanmoins, la recherche de traitements actifs sur les symptômes psychologiques de l'anorexie mentale se heurtent à l'absence de modèles animaux satisfaisants ; modèles animaux qui sont réducteurs car ne permettant d'étudier que les symptômes alimentaires et l'hyperactivité.

Sur le plan clinique Crow et al avancent la mauvaise observance des traitements comme premier facteur de non efficacité. L'étude citée est celle de Halmi et al en 2005 (182) qui montre la variation d'observance d'un traitement par Fluoxétine de patients anorexiques, selon qu'ils sont ou non suivis de façon concomitante en thérapie cognitive et comportementale. L'observance du traitement chez les patients non pris en charge en psychothérapie était de 27% et s'élevait lorsqu'une psychothérapie était associée mais restait cependant de 41% seulement. La question de l'effet secondaire <<prise de poids>> figurant sur la plupart des notices de traitements psychotropes n'était pas discutée par les auteurs mais pourrait jouer un rôle important dans la non observance du traitement.

Par ailleurs Crow et al évoquent des causes neuro-biochimiques pouvant expliquer le manque d'efficacité des psychotropes. Les études utilisant la neuro-imagerie de Frank GK et al en 2004 (183) et Barbarich et al en 2003 (184) sont citées. La première traite du fait que la dénutrition présente dans l'anorexie mentale entraînerait des modifications cérébrales empêchant l'action des psychotropes notamment par la non synthèse de neuromédiateurs nécessaires à une réponse optimale au traitement. La seconde étude apporte des précisions concernant la nature et la persistance dans le temps de ces modifications cérébrales. Ainsi un taux inférieur à la normale d'un métabolite de la sérotonine a été constaté dans le liquide céphalo-rachidien de patients anorexiques et ce, même chez les patients en rémission, ce qui expliquerait la faible efficacité des traitements en phase d'état et également une fois la restauration pondérale ayant eu lieu.

En conclusion, l'efficacité des traitements psychotropes sur l'anorexie mentale diverge selon les études. A l'heure actuelle aucune molécule n'a démontré son efficacité de façon stable sur plusieurs essais. Les différentes recommandations insistent sur le fait qu'il ne doit s'agir que d'un traitement adjuvant des symptômes comorbides et que le traitement de choix restent la re-nutrition à la phase d'état et la psychothérapie pour prévenir les rechutes une fois le poids restauré. Certains auteurs travaillent à la recherche de nouvelles cibles thérapeutiques plus spécifiques de l'anorexie mentale, redonnant ainsi un intérêt central à la psychopathologie de ce trouble complexe.

CONCLUSION

Bien que le tableau clinique de l'anorexie mentale tel qu'on le connaît aujourd'hui ait été décrit dès le moyen âge, il a fallu attendre la fin du XIXème siècle pour qu'il soit considéré comme le reflet d'une maladie et plus particulièrement d'une maladie mentale. Ce laps de temps important rend compte, en partie, de la difficulté à considérer comme pathologiques des comportements qui s'inscrivent dans un contexte historique et culturel particulier. De même qu'au moyen âge les cas d'anorexie pouvaient prendre le masque du jeûne religieux et de la sainteté, de nos jours, elle répond aux modèles sociaux et culturels occidentaux qui plébiscitent minceur extrême et maîtrise de soi. Elle n'en est pas moins une souffrance psychologique qui s'exprime à travers le corps et qui doit être entendue comme telle. Empruntant les apparences des effets de mode ou de la classique crise d'adolescence, l'anorexie mentale est décrite par les différents modèles théoriques comme une pathologie du narcissisme ou autrement dit de l'estime de soi et du lien à l'autre. Derrière des apparences qui se voudraient rassurantes elle n'en est pas moins une pathologie à part entière et la maladie mentale dont on meurt le plus.

Le déni qui caractérise la plupart du temps cette pathologie rend l'accès aux soins difficiles, soins qui peuvent, d'autant plus qu'ils sont précoces et adaptés, limiter la morbidité et la mortalité élevées de ce trouble. L'accès aux soins se fait donc souvent dans le cadre de l'urgence, à l'occasion d'une décompensation somatique ou psychiatrique. La prise en charge des patients souffrant d'anorexie mentale se heurte parfois à un refus de soins ce qui pose la question des soins sans consentement. Concernant les soins somatiques, d'après la loi française, ils ne sont autorisés qu'avec le consentement du patient sauf dans les contextes d'urgence dans lesquels celui-ci est hors d'état d'exprimer son accord. L'ensemble des recommandations internationales énoncent l'utilisation des soins sans consentement comme recours possible lorsque le refus de soins menace la vie du patient mais n'émettent pas plus de détails. En France seuls les soins sans consentement pour motif psychiatrique sont possibles et ils ne peuvent être prodigués, pour les patients majeurs, que dans des services de psychiatrie.

L'accueil aux urgences de patients souffrant d'anorexie mentale est un moment clé de la prise en charge puisqu'il peut permettre outre la gestion du motif de consultation, l'amorce d'une prise en charge au long cours, garante d'une meilleure évolution. Cela pose la question de la coordination des soins et l'importance des liens entre services d'urgences et services de psychiatrie. La sensibilisation des urgentistes à la complexité de l'anorexie mentale ainsi que l'intervention précoce d'un médecin psychiatre assurant la liaison sont des éléments indispensables pour pouvoir assurer une prise en charge spécialisée, au delà de l'urgence. Le cadre législatif des soins sans consentement pose la question de la capacité des services de psychiatrie à accueillir des patients fragiles sur le plan somatique et nécessitant une renutrition adaptée.

En dehors du contexte d'urgence, les recommandations internationales considèrent que les soins en ambulatoire sont les plus adaptés. S'ils sont insuffisants et ceux même de façon intensive, une hospitalisation programmée doit être envisagée et organisée avec le patient et ses proches.

Les soins doivent être pluridisciplinaires et dans la mesure du possible prodigués par le service spécialisé le plus proche du domicile du patient. Les techniques fondées sur la seule restauration pondérale par la renutrition et/ou des méthodes purement comportementales sont proscrites par toutes les recommandations.

En France la modalité du contrat de soin avec ou sans séparation, outil central de l'approche institutionnelle psychodynamique, reste recommandée en 2010 par la HAS, malgré les controverses autour de l'isolement et de la séparation issues en partie d'un amalgame avec les méthodes coercitives utilisées au début du siècle.

La durée nécessaire d'hospitalisation et l'IMC de sortie ne sont précisés dans aucune des recommandations et sont variables selon les services. On observe dans la littérature que la France a les durées d'hospitalisation les plus longues en partie du fait de l'approche avec contrat de poids majoritairement utilisée. Aux Etats-unis les durées d'hospitalisations ont été réduites de façon drastique entre les années 80 et 2000 avec des durées moyennes d'hospitalisation à temps plein de moins de 30 jours. Parallèlement des études rétrospectives montrent une augmentation significative des taux de réadmissions, qui sont corrélés à une pérennisation du trouble et qui paradoxalement à terme augmente le coûts des soins. Cette réduction des temps d'hospitalisation à temps plein qui suppose également des gains de poids plus rapides a conduit récemment à l'expérimentation de programmes de renutrition entérale intensive. Ces programmes ont donnés des résultats rassurants avec l'absence de survenue de complications somatiques et deviennent pour certaines équipes le gage d'un traitement rapide, efficace en terme de prise de poids, sur médicalement et peu coûteux. Pour l'heure, les recommandations internationales sont unanimes sur le fait que la renutrition doit être principalement orale et progressive, associée précocement à des interventions psychothérapeutiques.

On peut se poser la question de savoir dans quelle mesure ces pratiques ne constituent pas une forme de gavage médicalement contrôlé, en mettant le patient souffrant d'anorexie mentale dans un état de passivité extrême qui peut majorer le sentiment d'emprise et donc les rechutes précoces et les passages à l'acte suicidaire. D'un autre point de vue, ces pratiques peuvent également constituer une sorte de sauvetage nutritionnel avant d'envisager des soins psychologiques spécifiques. Des études à long terme prenant en compte les effets de cette « agressive refeeding » sont nécessaires.

La réduction des temps d'hospitalisation complète a conduit au développement des prises en charge en hôpital de jour. La littérature récente a démontré la non infériorité de ce type de prise en charge en terme d'efficacité par rapport à l'hospitalisation complète, même chez les patients initialement fortement dénutris. Les études ont montré également une meilleure acceptation de ce type de soins par les patients et leur famille ainsi que des coûts de santé significativement réduits. Ces résultats positifs sont cependant plus prégnants chez les patients jeunes et restent à démontrer chez les patients plus âgés.

Concernant les moyens thérapeutiques recommandés en hospitalisation de façon unanime les recommandations internationales associent renutrition adaptée et soins psychothérapeutiques. La renutrition orale doit être privilégiée éventuellement combinée à une nutrition entérale, la voie parentérale n'a de place que dans les services de réanimation. Le NICE précise que dans certains contextes la renutrition sans consentement peut être utilisée puisqu'elle est un élément indispensable des soins. Les supplémentations vitaminiques et hormonales ne sont pas recommandées hormis la supplémentation en phosphore en prévention du SRI. Des travaux récents ont démontré l'intérêt chez les femmes d'une supplémentation en œstrogènes à doses physiologiques par voie trans-dermique sur l'atteinte osseuse.

Sur le plan psychologique les soins recommandés sont les approches motivationnelles pour améliorer l'alliance thérapeutique, les approches cognitives et comportementales ainsi que psychodynamiques avec un grade C de niveau de preuve scientifique d'efficacité et les thérapies familiales basées sur le modèle du Maudsley Hospital avec un niveau de preuve de grade B chez les adolescents. La littérature récente apporte des arguments en faveur de l'approche psychodynamique avec des résultats positifs à long terme en particulier chez les patients adultes. Des arguments pour une efficacité supérieure de l'approche familiale systémique chez les adolescents ayant une comorbidité obsessionnelle-compulsive ont également été retrouvés. Les traitements psychotropes restent d'une efficacité plus que limitée dans le traitement de l'anorexie mentale et sont recommandés pour traiter les symptômes co-occurents et les comorbidités. Les pistes de travail actuelles s'orientent vers la recherche de cibles thérapeutiques plus spécifiques de l'anorexie mentale, redonnant ainsi un intérêt central à la psychopathologie de ce trouble complexe.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Touyz SW, Beumont PJ. Anorexia nervosa. A follow-up investigation. *Med J Aust.* 18 août 1984;141(4):219-22.
- 2 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.* sept 1991;159:325-33.
- 3 Smink, Frederique R. E., Daphne van Hoeken, et Hans W. Hoek. « Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates ». *Current Psychiatry Reports* 14, n^o 4 (août 2012)
- 4 Roux, H., E. Chapelon, et N. Godart. « [Epidemiology of anorexia nervosa: a review] ». *L'Encéphale* 39, n^o 2 (avril 2013): 85-93. doi:10.1016/j.encep.2012.06.001.
- 5 Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry.* févr 2005;186:132-5.
- 6 Norris ML, Bondy SJ, Pinhas L. Epidemiology of eating disorders in children and adolescents. In : Le Grange D, Locks J, éd. *Eating disorders in children and adolescents : a clinical handbook.* New York : The Guilford Press ; 2011. p. 137-55.
- 7 Van Son, Gabriëlle E., Daphne van Hoeken, Aad I. M. Bartelds, Eric F. van Furth, et Hans W. Hoek. « Time Trends in the Incidence of Eating Disorders: A Primary Care Study in the Netherlands ». *The International Journal of Eating Disorders* 39, n^o 7 (novembre 2006): 565-69.
- 8 Currin, Laura, Ulrike Schmidt, Janet Treasure, et Hershel Jick. « Time Trends in Eating Disorder Incidence ». *The British Journal of Psychiatry* 186, n^o 2 (2 janvier 2005)
- 9 Keski-Rahkonen, M.D., Ph.D. ,Anna, M.D., Ph.D. ,Hans Hoek, M.D., Dr.P.H. ,Ezra Susser, B.M., Milla Linna, M.D., Elina Sihvola, M.D. Raevuori Anu, Ph.D., Cynthia Bulik, M.D., Ph.D. ,Jaakko Kaprio, et M.D., Ph.D. ,Aila Rissanen. « Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community ». *American Journal of Psychiatry* 164, n^o 8 (1 août 2007): 1259-65.
- 10 Preti, Antonio, Giovanni de Girolamo, Gemma Vilagut, Jordi Alonso, Ron de Graaf, Ronny Bruffaerts, Koen Demyttenaere, et al. « The Epidemiology of Eating Disorders in Six European Countries: Results of the ESEMED-WMH Project ». *Journal of Psychiatric Research* 43, n^o 14 (septembre 2009): 1125-32. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.04.003.
- 11 Smink, Frédérique R. E., Daphne van Hoeken, et Hans W. Hoek. « Epidemiology, Course, and Outcome of Eating Disorders ». *Current Opinion in Psychiatry* 26, n^o 6 (novembre 2013): 543-48.
- 12 Harris, E. C., et B. Barraclough. « Excess Mortality of Mental Disorder. » *The British Journal of Psychiatry* 173, n^o 1 (7 janvier 1998): 11-53.
- 13 Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et Nielsen S. « Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies ». *Archives of General Psychiatry* 68, n^o 7 (1 juillet 2011): 724-31. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
- 14 Nielsen, S. « Epidemiology and Mortality of Eating Disorders ». *The Psychiatric Clinics of*

North America 24, n° 2 (juin 2001): 201-14, vii - viii.

- 15 Lindblad, Frank, Lene Lindberg, et Anders Hjern. « Improved Survival in Adolescent Patients with Anorexia Nervosa: A Comparison of Two Swedish National Cohorts of Female Inpatients ». *The American Journal of Psychiatry* 163, n° 8 (août 2006): 1433-35.
- 16 Maître J. Sainte Catherine de sienne: patronne des anorexiques? *Clio*. 1 nov 1995;2(2):6-6.
- 17 L'anorexie sainte. Jeûne et mysticisme du Moyen Age à nos jours - Rudolph-M Bell
- 18 American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- 19 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC : Auteur.
- 20 OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Classification internationale des maladies. 10ème éd. (Cim-10)
- 21 Silverman JA. Charcot's comments on the therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. avr 1997;21(3):295-8.
- 22 Brusset B. Psychopathologie de l'anorexie mentale - 2ème édition. Dunod; 2008. 267 p.
- 23 Jeammet Ph, Brechon G, Payan Ch, 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. *Psychiatrie Enfant* 1991 ; 34 : 381-442.
- 24 Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999). *Le Journal des psychologues*. 1 juill 2008;260(7):52-5.
- 25 Lamas C, NICOLAS I, Shankland R, Guelfi J-D. Les troubles du comportement alimentaire. Elsevier Masson; 2012. 273 p.
- 26 Kaye WH, Bulik CM, Plotnicov K, Thornton L, Devlin B, Fichter MM, et al. The genetics of anorexia nervosa collaborative study: methods and sample description. *Int J Eat Disord*. mai 2008;41(4):289-300.
- 27 Connan F, Campbell IC, Katzman M, Lightman SL, Treasure J. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiol Behav*. juin 2003;79(1):13-24.
- 28 Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*. mai 2007;40(4):310-20.
- 29 Evans L, Wertheim EH. Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *J Psychosom Res*. avr 1998;44(3-4):355-65.
- 30 Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int J Eat Disord*. déc 2000;28(4):370-6.

- 31 Barone L, Guiducci V. Mental representations of attachment in eating disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attach Hum Dev.* juill 2009;11(4):405-17.
- 32 Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J Nerv Ment Dis.* sept 2010;198(9):653-9.
- 33 Tasca GA, Kowal J, Balfour L, Ritchie K, Virley B, Bissada H. An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eat Behav.* août 2006;7(3):252-7.
- 34 Jeammet P. *Anorexie, Boulimie - Les paradoxes de l'adolescence.* Fayard/Pluriel; 2011. 112 p.
- 35 Corcos M. *Le corps insoumis - 2e édition - Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires: Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires.* Dunod; 2011. 339 p.
- 36 Corcos M, Agman G, Bochereau D, Chambry J, Jeammet P. *Troubles des conduites alimentaires l'adolescence .* *Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie,* 37-215-B-65 ; 2002 : 15p
- 37 Minuchin , S. , Rosman, B. et Baker, B. (1978). *Psychosomatic families : Anorexia in context.* Cambridge, Harvard University Press.
- 38 Selvini-Palazzoli, M., Cirillo S., Selvini, M. et Sorrentino,A. (1990). *Les jeux psychotiques dans la famille.* Paris, ESF.
- 39 Davis C, Katzman MA. Perfection as acculturation: psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in the United States. *Int J Eat Disord.* janv 1999;25(1):65-70.
- 40 Bhadrinath BR. Anorexia nervosa in adolescents of Asian extraction. *Br J Psychiatry.* avr 1990;156:565-8.
- 41 Shankland R. *Les troubles du comportement alimentaire.* Paris: Dunod; 2009.
- 43 Corcos M. *La terreur d'exister - 2e éd.: Fonctionnements limites à l'adolescence.* Dunod; 2013. 326 p.
- 44 Cooper, M. J. (1997). Cognitive theory of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 25, 113–145.
- 45 reco_anorexie_mentale.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
- 46 Corcos M, Taïeb O, Benoit-Lamy S, Paterniti S, Jeammet P, Flament MF. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics. *Acta Psychiatr Scand.* nov 2002;106(5):381-6.
- 47 Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev.* oct 2006;26(6):769-82.
- 48 Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry.* déc

2009;166(12):1342-6.

- 49 Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*. févr 2003;60(2):179-83.
- 50 Portzky G, van Heeringen K, Vervaet M. Attempted suicide in patients with eating disorders. *Crisis*. 2014;35(6):378-87.
- 51 Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *Gen Hosp Psychiatry*. avr 2004;26(2):129-35.
- 52 Wonderlich S, Crosby R, Mitchell J, Thompson K, Redlin J, Demuth G, et al. Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children. *Int J Eat Disord*. avr 2001;29(3):270-9.
- 53 Mayes SD, Fernandez-Mendoza J, Baweja R, Calhoun S, Mahr F, Aggarwal R, et al. Correlates of suicide ideation and attempts in children and adolescents with eating disorders. *Eat Disord*. 2014;22(4):352-66.
- 54 Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. août 2002;159(8):1284-93.
- 55 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 56 Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juill 5, 2011.
- 57 Code de la santé publique - Article L3212-1. Code de la santé publique.
- 58 Code de la santé publique - Article L3222-1. Code de la santé publique.
- 59 santé publique dans l'article R4127-42
- 60 Code civil - Article 375. Code civil.
- 61 Code civil - Article 375-3. Code civil.
- 62 Code de la santé publique - Article L1111-5. Code de la santé publique.
- 63 Tan J. The anorexia talking? *Lancet*. 11 oct 2003;362(9391):1246.
- 64 Tan DJOA, Hope PT, Stewart DA, Fitzpatrick PR. Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philos Psychiatr Psychol*. déc 2006;13(4):267-82.
- 65 Sato Y. Autonomy and anorexia nervosa. *The Lancet*. déc 2003;362(9399):1937.
- 66 Guarda AS. Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. *Physiology & Behavior*. avr 2008;94(1):113-20.
- 67 Vialettes B, Samuelian-Massat C, Valéro R, Béliard S. The refusal of treatment in anorexia nervosa, an ethical conflict with three characters: « the girl, the family and the medical

- profession ». Discussion in a French legislative context. *Diabetes Metab.* sept 2006;32(4):306-11.
- 68 Association AP. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006. American Psychiatric Pub; 2006. 1624 p.
- 69 Eating disorders | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg9>
- 70 Vincent T, Collectif, Jeammet P. Soigner les anorexies graves : La jeune fille et la mort. Toulouse: Erès; 2009.
- 71 David J.-C., Marcelli D. L'Agir et le passage à l'acte dans : Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson. 2007. p 432-438.
- 72 Guisseau-Gohier M, Grall-Bronnec M, Lambert S, Venisse J-L. Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale. *L'information psychiatrique.* 1 mai 2007;83(5):389-95.
- 73 Jeammet P. Contrat et contraintes: dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale. *Psychologie française.* 1984;29(2):137-43.
- 74 Corcos M. Le contrat de soins dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale : séparation-réappropriation-subjectivation. *Adolescence.* 2006;56(2):385.
- 75 Corcos M. Contrat de soin : marché de dupes ou de partenaires? *Adolescence* 2002 ; 20 : 555-70.
- 76 Godart N, Perdereau F, Galès O, Agman G, Deborde A-S, Jeammet P. [The weight contract during the hospitalization of anorexic patients]. *Arch Pediatr.* oct 2005;12(10):1544-50.
- 78 Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Kohn M, Lock J, Le Grange D, et al. A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychol Med.* janv 2015;45(2):415-27.
- 79 Strik Lievers L, Curt F, Wallier J, Perdereau F, Rein Z, Jeammet P, et al. Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* févr 2009;18(2):75-84.
- 80 Maguire S, Surgenor LJ, Abraham S, Beumont P. An international collaborative database: its use in predicting length of stay for inpatient treatment of anorexia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry.* déc 2003;37(6):741-7.
- 81 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.* avr 1995;39(3):271-81.
- 82 Sly R, Bamford B. Why are we waiting? The relationship between low admission weight and end of treatment weight outcomes. *Eur Eat Disord Rev.* oct 2011;19(5):407-10.
- 83 Castro J AracehPuig, JosefaRodriguez, SoniaToro, Josep. Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders.* juill 2004;36(1):22-30.
- 84 Lund BC, Hernandez ER, Yates WR, Mitchell JR, McKee PA, Johnson CL. Rate of inpatient

- weight restoration predicts outcome in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* mai 2009;42(4):301-5.
- 85 McHugh MD. Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* nov 2007;40(7):602-12.
- 86 Steinhausen H-C, Grigoriu-Serbanescu M, Boyadjieva S, Neumärker K-J, Metzke CW. The relevance of body weight in the medium-term to long-term course of adolescent anorexia nervosa. Findings from a multisite study. *Int J Eat Disord.* janv 2009;42(1):19-25.
- 87 Kaplan AS, Walsh BT, Olmsted M, Attia E, Carter JC, Devlin MJ, et al. The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa. *Psychol Med.* juin 2009;39(6):1037-45.
- 88 Garber AK, Mauldin K, Michihata N, Buckelew SM, Shafer M-A, Moscicki A-B. Higher calorie diets increase rate of weight gain and shorten hospital stay in hospitalized adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health.* nov 2013;53(5):579-84.
- 89 Golden NH, Keane-Miller C, Sainani KL, Kapphahn CJ. Higher caloric intake in hospitalized adolescents with anorexia nervosa is associated with reduced length of stay and no increased rate of refeeding syndrome. *J Adolesc Health.* nov 2013;53(5):573-8.
- 90 Agostino H, Erdstein J, Di Meglio G. Shifting paradigms: continuous nasogastric feeding with high caloric intakes in anorexia nervosa. *J Adolesc Health.* nov 2013;53(5):590-4.
- 91 Madden S, Miskovic-Wheatley J, Clarke S, Touyz S, Hay P, Kohn MR. Outcomes of a rapid refeeding protocol in Adolescent Anorexia Nervosa. *J Eat Disord.* 2015;3:8.
- 92 Sigurdardottir A, Palsson SP, Thorsteinsdottir G. [Anorexia nervosa in psychiatric units in Iceland 1983-2008, incidence of admissions, psychiatric comorbidities and mortality]. *Laeknabladid.* déc 2010;96(12):747-53.
- 93 Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A, et al. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. *Health Technol Assess.* mars 2010;14(15):1-98.
- 94 Chu E, Gaudiani J, Mascolo M, Statland B, Carroll K, Mehler P (2012). ACUTE Center for Eating Disorders. *Journal of Hospital Medicine* 7, 340–344.
- 95 Frisch MJ, Herzog DB, Franko DL. Residential treatment for eating disorders. *Int J Eat Disord.* juill 2006;39(5):434-42
- 96 Wiseman CV, Sunday SR, Klapper F, Harris WA, Halmi KA. Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *Int J Eat Disord.* juill 2001;30(1):69-74.
- 97 Willer MG, Thuras P, Crow SJ. Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* déc 2005;162(12):2374-6.
- 98 Lay B, Schmidt MH. [Relapses in the course of anorexia nervosa]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* août 1999;27(3):207-19.
- 99 Abbate-Daga G, Gramaglia C, Preda S, Comba E, Brustolin A, Fassino S. Day hospital programmes for eating disorders: a review of the similarities, differences and goals. *Eat*

- Weight Disord. sept 2009;14(2-3):e31-41.
- 100 Piran N, Kaplan A, Kerr A, Shekter-Wolfson L, Winocur J, Gold E, et al. A day hospital program for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord.* 1 sept 1989;8(5):511-21
- 101 Dare C. The family therapy of anorexia nervosa. *J Psychiatr Res.* 1985;19(2-3):435-43.
- 102 Treasure J, Rhind C, Macdonald P, Todd G. Collaborative Care: The New Maudsley Model. *Eat Disord.* sept 2015;23(4):366-76.
- 103 Herpertz-Dahlmann B, Schwarte R, Krei M, Egberts K, Warnke A, Wewetzer C, et al. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet.* 5 avr 2014;383(9924):1222-9.
- 104 Treat TA, McCabe EB, Gaskill JA, Marcus MD. Treatment of anorexia nervosa in a specialty care continuum. *Int J Eat Disord.* sept 2008;41(6):564-72.
- 105 Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Kohn M, Lock J, Le Grange D, et al. A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychol Med.* 14 juill 2014;1-13.
- 106 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.* nov 1999;156(11):1697-702.
- 107 Nutrition support in adults | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32>
- 108 Vignaud M, Constantin J-M, Ruivard M, Villemeyre-Plane M, Futier E, Bazin J-E, et al. Refeeding syndrome influences outcome of anorexia nervosa patients in intensive care unit: an observational study. *Crit Care.* 2010;14(5):R172.
- 109 Gaudiani JL, Sabel AL, Mehler PS. Low prealbumin is a significant predictor of medical complications in severe anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* mars 2014;47(2):148-56.
- 110 O'Connor G, Nicholls D. Refeeding hypophosphatemia in adolescents with anorexia nervosa: a systematic review. *Nutr Clin Pract.* juin 2013;28(3):358-64.
- 111 Pugeat M . Les troubles hormonaux de l'anorexie mentale. *Santé mentale.* Avril 2004; (87): 27-31
- 112 Trombetti A, Richert L, Rizzoli R. [Anorexia nervosa and its consequences on bone: a therapeutic challenge]. *Rev Med Suisse.* 13 juin 2007;3(115):1502-5.
- 113 Winston AP, Alwazeer AEF, Bankart MJG. Screening for osteoporosis in anorexia nervosa: prevalence and predictors of reduced bone mineral density. *Int J Eat Disord.* avr 2008;41(3):284-7.
- 114 Lucas AR, Melton LJ, Crowson CS, O'Fallon WM. Long-term fracture risk among women with anorexia nervosa: a population-based cohort study. *Mayo Clin Proc.* oct 1999;74(10):972-7.
- 115 Grinspoon S, Thomas L, Miller K, Herzog D, Klibanski A. Effects of recombinant human

- IGF-I and oral contraceptive administration on bone density in anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab.* juin 2002;87(6):2883-91.
- 116 Misra M, Klibanski A. Bone health in anorexia nervosa. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* déc 2011;18(6):376-82.
- 117 Misra M. Effects of hypogonadism on bone metabolism in female adolescents and young adults. *Nat Rev Endocrinol.* juill 2012;8(7):395-404.
- 118 Mehler PS, MacKenzie TD. Treatment of osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord.* avr 2009;42(3):195-201.
- 120 Modan-Moses D, Levy-Shraga Y, Pinhas-Hamiel O, Kochavi B, Enoch-Levy A, Vered I, et al. High prevalence of vitamin D deficiency and insufficiency in adolescent inpatients diagnosed with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 18 août 2014 .
- 121 Veronese N, Solmi M, Rizza W, Manzato E, Sergi G, Santonastaso P, et al. Vitamin D status in anorexia nervosa: A meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 29 nov 2014.
- 122 Haagensen AL, Feldman HA, Ringelheim J, Gordon CM. Low prevalence of vitamin D deficiency among adolescents with anorexia nervosa. *Osteoporos Int.* mars 2008;19(3):289-94
- 123 Mehler PS. Osteoporosis in anorexia nervosa: prevention and treatment. *Int J Eat Disord.* mars 2003;33(2):113-26.
- 124 Golden NH, Iglesias EA, Jacobson MS, Carey D, Meyer W, Schebendach J, et al. Alendronate for the Treatment of Osteopenia in Anorexia Nervosa: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 1 juin 2005;90(6):3179-85.
- 125 Miller KK, Grieco KA, Mulder J, Grinspoon S, Mickley D, Yehezkel R, et al. Effects of risedronate on bone density in anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab.* août 2004;89(8):3903-6.
- 126 Grinspoon S, Baum H, Lee K, Anderson E, Herzog D, Klibanski A. Effects of short-term recombinant human insulin-like growth factor I administration on bone turnover in osteopenic women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab.* nov 1996;81(11):3864-70.
- 127 Fazeli PK, Wang IS, Miller KK, Herzog DB, Misra M, Lee H, et al. Teriparatide increases bone formation and bone mineral density in adult women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab.* avr 2014;99(4):1322-9.
- 128 Agras WS, Robinson AH. Forty years of progress in the treatment of the eating disorders. *Nord J Psychiatry.* 2008;62 Suppl 47:19-24.
- 129 Galsworthy-Francis L, Allan S. Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* févr 2014;34(1):54-72.
- 130 Leung N, Waller G, Thomas G. Core beliefs in anorexic and bulimic women. *J Nerv Ment Dis.* déc 1999;187(12):736-41.
- 131 McIntosh VVW, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry.* avr

2005;162(4):741-7.

- 132 Carter FA, Jordan J, McIntosh VVW, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CMA, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord*. nov 2011;44(7):647-54.
- 133 Perroud A. Traitement hospitalier de l'anorexie sévère selon le modèle comportemental et cognitif. *Hypothèses*. 2009;188-202.
- 134 Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. mars 2010;65(2):98-109.
- 135 Dancyger I, Krakower S, Fornari V. Eating disorders in adolescents: review of treatment studies that include psychodynamically informed therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. janv 2013;22(1):97-117.
- 136 Leichsenring F, Klein S, Salzer S. The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A 2013 update of empirical evidence. *Contemporary Psychoanalysis*. 2014;50(1-2):89-130.
- 137 Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, Refseth JS, Midgley N. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2013;52(8):863-75.
- 138 Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, et al. Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Arch Gen Psychiatry*. mai 1991;48(5):463-9.
- 139 Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*. juin 1993;50(6):419-28.
- 140 Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. mai 2000;57(5):459-66.
- 141 Treasure J, Todd G, Brolly M, Tiller J, Nehmed A, Denman F. A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther*. mai 1995;33(4):363-7.
- 142 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*. mars 2001;178:216-21.
- 143 Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res*. 1999;8(2):115-28.
- 144 Zipfel S, Wild B, Grolls G, Friederich H-C, Teufel M, Schellberg D, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet*. 2014;383(9912):127-37.
- 145 Corcos M, Jeammet P. Eating disorders: psychodynamic approach and practice. *Biomed*

Pharmacother. oct 2001;55(8):479-88.

- 146 Minuchin , S. , Rosman, B. et Baker, B. (1978). *Psychosomatic families : Anorexia in context*. Cambridge, Harvard University Press.
- 147 Loeb KL, Walsh BT, Lock J, le Grange D, Jones J, Marcus S, et al. Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juill 2007;46(7):792-800.
- 148 Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. janv 2013;46(1):3-11.
- 149 Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. nov 1997;54(11):1025-30.
- 150 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*. juin 2006;45(6):666-72.
- 151 Eisler I, Simic M, Russell GFM, 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*. juin 2007;48(6):552-60.
- 152 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*. juill 2005;44(7):632-9.
- 153 Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. déc 1987;44(12):1047-56.
- 154 Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(4):CD004780.
- 155 Le Grange D, Eisler I, Dare C, Russell GFM. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *Int J Eat Disord*. 1 déc 1992;12(4):347-57.
- 156 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*. sept 2000;41(6):727-36.
- 157 Rausch Herscovici C. [Lunch session, weight gain and their interaction with the psychopathology of anorexia nervosa in adolescents]. *Vertex*. févr 2006;17(65):7-15.
- 158 Agras WS, Lock J, Brandt H, Bryson SW, Dodge E, Halmi KA, et al. Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*. nov 2014;71(11):1279-86.
- 159 Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, et al. A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PLoS ONE*. 2012;7(1):e28249.
- 160 Kaganski Irène, et Remy Brigitte « Aspects familiaux, cliniques et thérapeutiques des

- troubles des conduites alimentaires », *Confrontations psychiatriques*, 31, 1989, p. 203-232.
- 161 Dare C, Eisler I. Family therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, éditeurs. *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed). New York, NY, US: Guilford Press; 1997. p. 307-24.
- 162 Eisler I, Dare C, Russell GFM, Szumkler G, le Grange D, Dodge E. Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa: A 5-Year Follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1 nov 1997;54(11):1025-30.
- 163 Thompson-Brenner H, Weingeroff J, Westen D. Empirical support for psychodynamic psychotherapy for eating disorders. In: Levy RA, Ablon JS, Levy RA (Ed), Ablon JS (Ed), éditeurs. *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*. Totowa, NJ, US: Humana Press; 2009. p. 67-92.
- 164 Tobin DL, Banker JD, Weisberg L, Bowers W. I know what you did last summer (and it was not CBT): a factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders. *Int J Eat Disord*. déc 2007;40(8):754-7.
- 165 Attia E, Haiman C, Walsh BT, Flater SR. Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry*. avr 1998;155(4):548-51.
- 166 Strober M, Pataki C, Freeman R, DeAntonio M. No effect of adjunctive fluoxetine on eating behavior or weight phobia during the inpatient treatment of anorexia nervosa: an historical case-control study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1999;9(3):195-201.
- 167 Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry*. 1 avr 2001;49(7):644-52.
- 168 Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA*. 14 juin 2006;295(22):2605-12.
- 169 Fassino S, Leombruni P, Daga G, Brustolin A, Migliaretti G, Cavallo F, et al. Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study. *Eur Neuropsychopharmacol*. oct 2002;12(5):453-9.
- 170 Bergh C, Eriksson M, Lindberg G, Södersten P. Selective serotonin reuptake inhibitors in anorexia. *Lancet*. 23 nov 1996;348(9039):1459-60.
- 171 Lacey JH, Crisp AH. Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on a refeeding anorexia nervosa population. *Postgrad Med J*. 1980;56 Suppl 1:79-85.
- 172 Halmi KA, Eckert E, LaDu TJ, Cohen J. Anorexia nervosa. Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry*. févr 1986;43(2):177-81.
- 173 Yager J, Devlin M, Halmi K, Herzog D, Mitchell J, Powers P, et al. Guideline watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *APA Practice Guidelines [Internet]*. Am Psychiatric Assoc; 2010 .
- 174 Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S, WFSBP Task Force On Eating Disorders. *World*

Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry*. sept 2011;12(6):400-43.

- 175 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*. oct 2008;165(10):1281-8.
- 176 Attia E, Kaplan AS, Walsh BT, Gershkovich M, Yilmaz Z, Musante D, et al. Olanzapine versus placebo for out-patients with anorexia nervosa. *Psychol Med*. oct
- 177 McKnight RF, Park RJ. Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. *Eur Eat Disord Rev*. janv 2010;18(1):10-21.
- 178 Hagman J, Gralla J, Sigel E, Ellert S, Dodge M, Gardner R, et al. A double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of adolescents and young adults with anorexia nervosa: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 2011;50(9):915-24.
- 179 Kafantaris V, Leigh E, Hertz S, Berest A, Schebendach J, Sterling WM, et al. A placebo-controlled pilot study of adjunctive olanzapine for adolescents with anorexia nervosa. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. juin 2011;21(3):207-12.
- 180 Swenne I, Rosling A. No unexpected adverse events and biochemical side effects of olanzapine as adjunct treatment in adolescent girls with eating disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. juin 2011;21(3):221-7.
- 181 Crow SJ, Mitchell JE, Roerig JD, Steffen K. What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*. janv 2009;42(1):1-8.
- 182 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*. juill 2005;62(7):776-81.
- 183 Frank GK, Bailer UF, Henry S, Wagner A, Kaye WH. Neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectr*. juill 2004;9(7):539-48.
- 184 Barbarich NC, Kaye WH, Jimerson D. Neurotransmitter and imaging studies in anorexia nervosa: new targets for treatment. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord*. févr 2003;2(1):61-72.

SERMENT MEDICAL

Serment médical

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.