



HAL
open science

Modalités de prise en charge de l'anorexie mentale en médecine de ville : enquête rétrospective auprès de 43 pédiatres exerçant en Seine-Maritime et dans l'Eure

Naïma Cassinari

► **To cite this version:**

Naïma Cassinari. Modalités de prise en charge de l'anorexie mentale en médecine de ville : enquête rétrospective auprès de 43 pédiatres exerçant en Seine-Maritime et dans l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01612283

HAL Id: dumas-01612283

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01612283>

Submitted on 6 Oct 2017

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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

2017

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 7 septembre 2017
par

Naïma CASSINARI
Née le 29 juin 1988 à Paris (75)

**Modalités de prise en charge de l'anorexie mentale en
médecine de ville : enquête rétrospective auprès de 43
pédiatres exerçant en Seine-Maritime et dans l'Eure**

Président du Jury	Monsieur le Professeur Christophe MARGUET
Directeur de Thèse	Madame le Docteur Claire GAYET
Membres du Jury	Madame le Professeur Priscille GERARDIN
	Madame le Docteur Mireille CASTANET
	Madame le Docteur Malaïka LASFAR

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR Immunologie
Mr François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB Pneumologie

Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et t raumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique

Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire

Mr Moïse COEFFIER	HCN Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN Anatomie
Mr David WALLON	HCN Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

SUFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christophe Marguet qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous adresse l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Claire Gayet, qui me fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci de m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail et de m'avoir aidée à appréhender au mieux la prise en charge de l'anorexie mentale.

A Madame le Professeur Priscille Gerardin, Madame le Docteur Mireille Castanet et Madame le Docteur Malaïka Lasfar qui me font l'honneur de faire partie de mon jury. Je vous adresse l'expression de ma profonde considération.

A tous les pédiatres qui ont eu la gentillesse de répondre au questionnaire afin de m'aider à réaliser cette thèse.

A Madame le Docteur Agathe Bouilliez pour ses précieux conseils.

A monsieur Jean-Luc Plavis qui m'a fait partager son expérience et ses projets.

Aux pédiatres avec qui j'ai eu la chance de travailler pendant ces quatre années. Merci pour tout ce que vous m'avez apportée.

A mes amis, Alexandra, François, Julie et aux co-internes de pédiatrie et de biologie.

A ma famille, mes parents, mes beaux-parents, mes grands-parents et à ma belle-sœur Aurélia. Merci de m'avoir soutenue durant toutes ces années.

A mon mari Kévin, avec qui j'ai la chance de partager ma vie. Merci pour ton soutien au quotidien.

A ma fille Apolline.

Table des matières

1.	Introduction	18
2.	Etat des lieux	20
2.1.	Définitions	20
2.1.1.	DSM-5	20
2.1.2.	CIM-10	20
2.2.	Diagnostiques différentiels	21
2.2.1.	Somatiques.....	21
2.2.2.	Psychiatriques.....	21
2.3.	Epidémiologie.....	22
2.3.1.	Incidence.....	22
2.3.2.	Prévalence.....	23
2.3.3.	Population à risque	23
2.4.	Hypothèses étiopathogéniques.....	23
2.4.1.	Facteurs biologiques	23
2.4.2.	Facteurs génétiques.....	24
2.4.3.	Facteurs neurologiques	26
2.4.4.	Facteurs psychologiques.....	26
2.4.5.	Facteurs familiaux	27
2.4.6.	Facteurs socioculturels.....	27
3.	Eléments cliniques et paracliniques	28
3.1.	Diagnostic	28
3.2.	Types d'anorexie.....	28
3.2.1.	Type restrictif.....	28
3.2.2.	Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs	28
3.3.	Forme cliniques particulières	29
3.3.1.	Anorexie pré-pubère	29
3.3.2.	Anorexie masculine	29
3.4.	Recommandations de l'HAS pour la consultation	29
3.4.1.	Données de l'entretien	29
3.4.2.	Évaluation de l'état nutritionnel et de ses conséquences.....	30
3.4.3.	Prescription d'examen paracliniques	30
4.	Complications somatiques	32
4.1.	Dénutrition et syndrome carenciel	32
4.2.	Métaboliques.....	32
4.2.1.	Troubles hydro-électrolytiques.....	32
4.2.2.	Syndrome de renutrition inappropriée	33
4.3.	Rénales.....	35
4.4.	Osseuses et dentaires	35
4.4.1.	Ostéoporose	35
4.4.2.	Lésions dentaires	36
4.5.	Cardio vasculaires	36
4.6.	Digestives.....	36
4.7.	Endocriniennes	37
4.7.1	Axe gonadotrope.....	37
4.7.2	Axe somatotrope	37
4.7.3	Axe corticotrope.....	37
4.7.4	Axe thyroïdienne.....	38
4.8.	Neurologiques	38
4.9.	Hématologiques	38

5.	Prise en charge	39
5.1.	Etat des lieux de la pédiatrie de ville en France	39
5.2.	Rôle du pédiatre de ville	41
5.3.	Prise en charge somatique	43
5.4.	Prise en charge psychiatrique	45
5.5.	Les réseaux de soins en Haute-Normandie	47
5.5.1.	Les maisons des adolescents	47
5.5.2.	L'unité d'hospitalisation de "Psychopathologie et de Médecine de l'adolescent" du CHU de Rouen.....	47
5.5.3.	Autres structures	48
5.6.	Projets en cours	48
6.	Patients et méthode.....	49
6.1.	Type d'étude	49
6.2.	Objectifs	49
6.3.	Population et mode de recueil des données	49
6.4.	Analyse des données	49
7.	Résultats	50
7.1.	Sur la population	50
7.1.1.	Echantillon.....	50
7.1.2.	Sex-ratio.....	51
7.1.3.	Expérience professionnelle	51
7.2.	Sur l'analyse du questionnaire	52
7.2.1.	Composition de la patientèle	52
7.2.2.	Age au moment du diagnostic	52
7.2.3.	Critères diagnostiques.....	52
7.2.4.	Fréquence de suivi	53
7.2.5.	Fréquence des pesées	53
7.2.6.	Examens complémentaires	53
7.2.7.	Critères d'hospitalisation	54
7.2.8.	Contrat de poids.....	55
7.2.9.	Contre indication au sport.....	56
7.2.10.	Enquête alimentaire et collaboration avec les diététiciens	56
7.2.11.	Compléments alimentaires.....	57
7.2.12.	Prévention du syndrome de renutrition inappropriée	57
7.2.13.	Prise en charge somatique spécialisée au CHU	58
7.2.14.	Connaissance des réseaux régionaux	58
7.2.15.	Suivi psychologique/psychiatrique	60
7.2.16.	Lieu du suivi psychologique/psychiatrique	60
7.2.17.	Difficultés dans le suivi de ces patients	61
7.2.18.	Principales difficultés rencontrées	61
7.2.19.	Possibilité d'un suivi en pédiatrie de ville	62
7.2.20.	Documentation sur la maladie	62
7.2.21.	Volonté de participer à une formation sur l'anorexie mentale	63
8.	Discussion	64
9.	Conclusion	68
10.	Annexes.....	70
11.	Bibliographie.....	75

Sommaire des tableaux, figures et annexes

TABLEAUX

Tableau 1. Fréquence de l'anorexie mentale chez les apparentés de sujets anorexiques à partir des études contrôlées.....	25
Tableau 2. Etudes contrôlées sur la concordance pour l'anorexie mentale chez les jumeaux monozygotes versus dizygotes.....	25
Tableau 3. Signes devant faire évoquer une anorexie mentale.....	28
Tableau 4. Syndrome carenciel dans l'anorexie mentale.	32
Tableau 5. Critères permettant d'identifier les patients susceptibles de présenter des complications liées au syndrome de renutrition.....	34
Tableau 6. Critères somatiques d'hospitalisation.....	44
Tableau 7. Critères psychiatriques d'hospitalisation.....	45
Tableau 8. Critères environnementaux d'hospitalisation.....	45
Tableau 9. Essais randomisés, contrôlés versus placebo, d'antipsychotiques de deuxième génération dans l'anorexie mentale.....	47

FIGURES

Figure 1. Principales manifestations cliniques du syndrome de renutrition inappropriée.....	34
Figure 2. Mode d'exercice de l'observé à l'attendu d'après.....	40
Figure 3. Densités départementales des médecins spécialistes en pédiatrie.....	40
Figure 4. Réponses au questionnaire.....	50
Figure 5. Sex-ratio.....	51
Figure 6. Expérience professionnelle.....	51
Figure 7. Critères diagnostiques.....	52
Figure 8. Fréquence de suivi.....	53
Figure 9. Examens complémentaires.....	54
Figure 10. Critères d'hospitalisation.....	55
Figure 11. Contrat de poids.....	55
Figure 12. Contre indication au sport.....	56
Figure 13. Enquête alimentaire et collaboration avec les diététiciens.....	56
Figure 14. Compléments alimentaires.....	57
Figure 15. Prévention du syndrome de renutrition inappropriée.....	57
Figure 16. Prise en charge somatique spécialisée au CHU.....	58
Figure 17. Connaissance des réseaux de soins.....	58
Figure 18. Réseaux de soins cités par les pédiatres.....	59
Figure 19. Suivi psychologique/psychiatrique.....	60
Figure 20. Lieu du suivi psychologique/psychiatrique.....	60
Figure 21. Difficultés dans le suivi des patients anorexiques.....	61
Figure 22. Principales difficultés rencontrées.....	61
Figure 23. Possibilité d'un suivi en pédiatrie de ville.....	62
Figure 24. Moyens de documentation sur l'anorexie mentale.....	63
Figure 25. Volonté de participer à une formation sur l'anorexie mentale.....	63

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire page 1/5.....	70
Annexe 2. Questionnaire page 2/5.....	71
Annexe 3. Questionnaire page 3/5.....	72
Annexe 4. Questionnaire page 4/5.....	73
Annexe 5. Questionnaire page 5/5.....	74

1.Introduction

L'anorexie mentale (du grec *anorexiā* ; perte d'appétit) est un des troubles du comportement alimentaire (TCA).

La première description médicale de l'anorexie mentale a été réalisée en 1689 par le médecin anglais Richard Morton qui lui donna le nom de « phtisie » nerveuse et décrit une sorte de dépérissement physique d'origine nerveuse. Cependant, des restrictions alimentaires sévères étaient déjà pratiquées depuis le Moyen Age, au sein des communautés religieuses ; ces privations ayant un caractère mystique et une justification philosophique.

C'est à partir de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, que les médecins Lasègue, en France et Gull, en Angleterre, décrivent le tableau clinique que l'on connaît aujourd'hui. Bien que pour ces auteurs, il s'agisse d'un trouble d'origine psychique, la médecine le considérera pendant des années comme un problème physique. Ce n'est qu'à partir des années 50 que l'on reviendra sur l'idée d'une origine psychologique à l'anorexie mentale.

Même si nous savons que ses origines sont multiples et croisées, mêlant facteurs génétiques, affectifs, psychiques ou encore socioculturels, il est encore difficile d'en trouver la cause.

De nos jours, en France comme dans les autres pays industrialisés, les préoccupations corporelles prennent une place de plus en plus importante avec des pratiques alimentaires susceptibles de menacer le bien-être physique, psychique et social (Lachaud *et al.*, 2004). Cependant, les cas d'anorexie mentale sont rares en médecine de ville. On peut alors penser que ceux-ci sont sous-estimés alors qu'ils pourraient bénéficier d'une prise en charge précoce.

Les études suggèrent qu'une faible partie des sujets atteints de troubles du comportement alimentaire reçoit un traitement spécialisé. On a pu estimer que 50 % des cas étaient détectés par les professionnels de santé de première recours, et seulement 30 % des patients adressés dans les centres de santé mentale ou spécialisés (Keski-Rahkonen *et al.*, 2007). Or, il a été montré que les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire consultent plus fréquemment leur médecin de ville dans l'année précédant le diagnostic, pour divers symptômes tels que des troubles gastro-intestinaux, gynécologiques et psychologiques (Haute Autorité de Santé, 2010). Il est également montré qu'un dépistage et un traitement précoces permettent une amélioration du pronostic de l'anorexie mentale, en particulier chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Ceci est d'autant plus important que l'anorexie se caractérise par la gravité potentielle de son diagnostic. Le risque de complications somatiques (défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité ...) et psychiques (dépression, suicide...) est

important. Il s'agit de la pathologie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé, jusqu'à 10% dans les études comportant un suivi de plus de 10 ans. De plus, il existe un risque important de chronicité, de rechute et de désinsertion sociale.

Une meilleure connaissance de la maladie permettrait un dépistage plus précoce ainsi qu'une meilleure prise en charge globale. Pour cela, l'HAS recommande que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants, comportant un psychiatre ou psychologue, ainsi qu'un somaticien pédiatre ou médecin généraliste.

Dans ce contexte, il paraît intéressant d'évaluer les modalités de prise en charge de l'anorexie mentale en pédiatrie de ville afin d'améliorer le dépistage et le traitement de cette pathologie.

2. Etat des lieux

2.1. Définitions

L'anorexie mentale est un trouble psychique qui se traduit notamment par une perte de poids importante, liée à une restriction alimentaire volontaire. Elle est définie selon les critères diagnostiques des classifications internationales CIM-10 et DSM-5.

2.1.1. DSM-5

Les critères actuels du DSM-5 pour porter un diagnostic d'anorexie mentale sont les suivants :

- A.** Restrictions énergétiques menant à un poids inférieur au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille.
- B.** Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros.
- C.** Altération de la perception du poids et du corps avec influence sur l'estime de soi et déni de la gravité de la maigreur actuelle.

Le critère D. « Aménorrhée », ne fait plus partie des critères DSM-5, car il existe des cas avec une activité menstruelle ponctuelle. De plus, ce critère est difficilement applicable aux jeunes filles avant leurs premières règles, aux femmes avec une contraception orale ou post-ménopausées ainsi qu'aux hommes (American Psychiatric Association, 2015).

2.1.2. CIM-10

La classification internationale des maladies définit l'anorexie mentale comme un trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté ou une femme plus âgée jusqu'à la ménopause. Le trouble est associé à une psychopathologie spécifique qui consiste en l'intrusion persistante d'une idée surinvestie : la peur de grossir et d'avoir un corps flasque. Les sujets s'imposent à eux-mêmes un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques. Les symptômes comprennent une restriction des choix alimentaires, une pratique excessive

d'exercices physiques, des vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs, de coupe-faim et de diurétiques.

Cette classification définit également l'anorexie mentale atypique comme des troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. On ne doit pas faire ce diagnostic quand un trouble somatique connu pour entraîner une perte de poids est associé (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015).

2.2. Diagnostics différentiels

2.2.1. Somatiques

Il est nécessaire d'exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier :

- ❖ La maladie de Crohn
- ❖ La maladie cœliaque
- ❖ L'hyperthyroïdie
- ❖ Le diabète insulino dépendant
- ❖ Certaines maladies métaboliques dont essentiellement les cytopathies mitochondriales
- ❖ Les tumeurs cérébrales
- ❖ Toute autre maladie chronique invalidante (cancers, hémopathies...)

2.2.2. Psychiatriques

- ❖ **L'Anorexie d'origine dépressive** est secondaire à la dépression, la perte de l'appétit y est passive.
- ❖ **L'Anorexie d'origine psychotique** se retrouve dans certains délires paranoïaques (d'empoisonnement), la schizophrénie (elle coexiste avec des bizarreries et un rationalisme morbide autour de la nourriture) et notamment la schizophrénie hébéphréno-catatonique (le refus alimentaire s'intègre dans le cadre du négativisme).

- ❖ **L’Anorexie d’origine névrotique** se retrouve dans les névroses phobiques et obsessionnelles : la réduction alimentaire est sélective (peur d’une fausse route, de la saleté, de la constipation, peur d’être étouffé par un aliment...) et dans la névrose hystérique (le refus d’alimentation est théâtralisé).

L’anorexie mentale peut s’accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels. Dans ce cas, il est parfois difficile de décider s’il convient de poser un ou plusieurs diagnostics.

2.3. Epidémiologie

L’incidence et la prévalence de l’anorexie mentale varient selon la population et le lieu de recrutement.

2.3.1. Incidence

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

Dans les études épidémiologiques, le diagnostic d’anorexie mentale est porté le plus souvent d’après les critères de l’American Psychiatric Association (APA), or, ces critères ont varié au fil du temps impliquant des échantillonnages de patients différents. Par exemple dans le DSM-III, le seuil de perte de poids nécessaire au diagnostic d’anorexie mentale est « perte de poids d’au moins 25 % du poids initial », dans le DSM-III-R « poids 15 % inférieur à la normale » et dans le DSM-IV « moins de 85 % du poids attendu ».

L’incidence, selon la revue de la littérature de Hoek., varie de 8 cas pour 100 000 personnes et par an parmi les consultants en médecine générale, à 270 cas pour 100 000 jeunes filles de 15 à 19 ans et par an (Hoek, 2006). Plusieurs études ont permis de démontrer que les taux d’incidence les plus élevés se retrouvent dans ce groupe d’âge, avec environ 40% de tous les nouveaux cas apparaissant au cours de cette période. Alors que les taux d’incidence sont stables chez l’adulte, ils semblent augmenter chez les adolescents et les enfants (Herpertz-Dahlmann, 2009).

Très peu d’études se sont intéressées à l’incidence chez les hommes qui serait inférieure à 1 pour 100 000 personnes par an en soins primaires (Roux *et al.*, 2013).

2.3.2. Prévalence

Les données internationales indiquent, que chez les femmes, la prévalence varie en population générale de 0,9 % à 1,5 %. Elle varie notamment avec l'âge des sujets étudiés, les mesures utilisées et les critères de définition de l'anorexie mentale (Hudson *et al.*, 2007). Chez l'homme, la prévalence est plus faible, autour de 0,25 % à 0,3 %. (Raevuori *et al.*, 2009). L'anorexie mentale touche donc surtout le sexe féminin, avec un sex-ratio classiquement décrit d'un homme pour dix femmes.

Dans les échantillons d'adolescents, la plupart des études ont constaté des taux de prévalence ponctuels et à 12 mois de l'anorexie mentale, selon le DSM-IV, entre 0,3% et 0,94%. La prévalence ponctuelle est définie par la prévalence à un moment donné. La prévalence de 12 mois est le nombre de cas dans une année donnée (Hudson *et al.*, 2007).

2.3.3. Population à risque

Parmi les sujets à risque d'anorexie mentale nous pouvons retrouver les adolescentes et les jeunes femmes ; certaines professions qui exigent des performances physiques (athlète, acteur, mannequin, danseur, sportif) pour lesquelles il est important d'avoir une certaine maîtrise de son poids et de son image corporelle ; les sujets atteints de pathologies chroniques impliquant des régimes, telles que le diabète de type 1 ou l'hypercholestérolémie familiale (Haute Autorité de Santé, 2010).

2.4. Hypothèses étiopathogéniques

2.4.1. Facteurs biologiques

Les recherches dans le domaine sont en cours et aucune hypothèse ne s'impose actuellement comme pouvant être retenue comme définitive.

La leptine

En 1994, la leptine a été identifiée comme un facteur de satiété dont la carence a entraîné une obésité profonde chez les souris. Dans l'anorexie mentale, la sécrétion basale et pulsatile de leptine est réduite. La baisse de la leptinémie est interprétée comme une adaptation au jeûne. Les niveaux endogènes de leptine sérique augmentent avec la réalimentation et la récupération d'un IMC (Indice de Masse Corporelle) normal.

De plus, la leptine stimule la sécrétion de GnRH et l'hypoleptinémie peut contribuer à l'aménorrhée dans l'anorexie mentale (Schorr and Miller, 2017).

La ghréline

La ghréline est une hormone synthétisée par l'estomac et le jéjunum, qui stimule la faim. Le taux plasmatique de cette hormone est élevé chez les patients anorexiques en phase restrictive et diminue avec la renutrition. Toutefois, les taux de ghréline pourraient demeurer plus élevés chez les patients anorexiques ayant retrouvé un poids normal. On ignore si la résistance à la ghréline contribue au développement de l'anorexie mentale ou si l'élévation des taux de ghréline est simplement une réponse appropriée à la famine chronique (Schorr and Miller, 2017).

Le polypeptide Y

Le peptide YY (PYY), qui est sécrété par les cellules L intestinales, est une hormone anorexigène. Son rôle est encore peu connu car son taux est paradoxalement élevé dans l'anorexie mentale. Contrairement à la ghréline, l'augmentation des taux sériques de PYY chez les adolescentes et les femmes souffrant d'anorexie mentale comparativement aux témoins de poids normal n'est pas considérée comme une réponse adaptative, car on s'attendrait à ce que les niveaux de PYY soient faibles dans l'anorexie mentale puisque le PYY diminue l'appétit (Schorr and Miller, 2017).

La cholecystokinine

La cholecystokinine est une hormone digestive dont l'augmentation déclenche la sensation de satiété. Elle augmente de façon plus importante au moment des repas quand les patients anorexiques commencent à reprendre du poids.

La sensation de satiété apparaissant très vite, ceci pourrait participer aux difficultés des patientes à se réalimenter, surtout au début de la restauration pondérale (Cuntz *et al.*, 2013).

2.4.2. Facteurs génétiques

Des études familiales, ont démontré que des facteurs génétiques intervenaient dans la genèse de l'anorexie mentale. Il peut ainsi y avoir une vulnérabilité familiale commune pour l'anorexie mentale. D'une manière générale, la plupart des études montrent un excès d'anorexie mentale chez les apparentés d'anorexiques par rapport aux apparentés sains (Bulik *et al.*, 2007). Ainsi, en 2000, Strober *et al.* ont montré que le taux d'anorexie mentale était 11,3 fois plus élevé chez les parents (âgés de plus de 12 ans) de sujets atteints d'anorexie mentale que chez les

parents des sujets témoins (Strober *et al.*, 2000). Parmi les 10 parents de sujets anorexiques ayant une anorexie mentale, six étaient des mères et quatre étaient des sœurs.

Références	Anorexiques			Contrôles		
	Proposants	Apparentés atteints	%	Proposants	Apparentés atteints	%
Gershon et coll., 1984	24	2/99	2,0	43	0/265	0,0
Herpertz-Dahlmann, 1988	42	3/69	4,0	37	0/61	0,0
Logue et coll., 1989	17	0/132	0,0	13	0/107	0,0
Stern et coll.,1992	34	2/153	1,3	34	0/140	0,0
Strober et coll.,1985	60	6/60	10,0	95	3/95	3,2
Strober et coll.,1990	97	16/387	2,1	107	0/738	0,0
Lilenfeld et coll.,1998	26	1/93	1,1	44	0/190	0,0
Strober et coll., 2000	152	10/290	3,4	181	1/318	0,3

Tableau 1. Fréquence de l'anorexie mentale chez les apparentés de sujets anorexiques à partir des études contrôlées d'après (IPubli-Inserm, susceptibilité génétique).

De plus, les auteurs ont montré que l'anorexie mentale était bien plus fréquente chez les jumeaux homozygotes de malades ayant une anorexie mentale que chez des jumeaux hétérozygotes. L'étude de Holland, qui fait référence, montre un net excès de concordance pour la maladie chez les jumelles anorexiques monozygotes (56%) par rapport aux dizygotes (5%). Les autres séries de jumeaux reflètent la même tendance (Holland *et al.*, 1984).

Références	MZ		DZ	
	N	Concordance (%)	N	Concordance (%)
Shepank, 1981	8	75	5	0
Holland et coll., 1984	25	56	20	5
Rutherford et coll.,1993	2	0	1	0
Waters et coll.,1990	5	0	6	0
Total	40	50	32	3

MZ : Monozygotes ; DZ : Dizygotes

Tableau 2. Etudes contrôlées sur la concordance pour l'anorexie mentale chez les jumeaux monozygotes versus dizygotes d'après (IPubli-Inserm, susceptibilité génétique).

Toutefois, la recherche sur la génétique moléculaire, n'a pas réussi à identifier de variants d'ADN qui soient impliqués sans équivoque dans l'anorexie mentale. Les études nombreuses ne mettent pas en évidence le même gène. Parmi les gènes responsables, ceux qui

ont été le plus souvent étudiés sont les gènes codant pour le système « sérotonine » et « dopamine ».

Un lien semble être établi entre l'anorexie mentale et les polymorphismes génétiques suivants :

- Les gènes codant pour le récepteur de la sérotonine **HTR1D** et celui codant pour le récepteur delta 1 aux opioïdes **OPRD1** (Brown *et al.*, 2007).
- Le gène du récepteur de la sérotonine **5-HT2A** et celui du transporteur de la sérotonine **5-HTTLPR** (Rybakowski *et al.*, 2006).
- Le récepteur de la dopamine **DRD2** : Bergen et ses collaborateurs ont trouvé une mutation chez 191 patients atteints d'anorexie mentale et 457 parents par rapport à 98 contrôles (Bergen *et al.*, 2005).
- Le récepteur du facteur neurotrophique cerebral **BDNF** et le récepteur **NTRK2** (Ribases *et al.*, 2005).

2.4.3. Facteurs neurologiques

Modifications anatomiques

Les études d'imagerie par résonance magnétique montrent une réduction des volumes cérébraux et de l'épaisseur corticale chez les patients comparativement aux témoins sains au moins partiellement réversible après la restauration du poids (Bernardoni *et al.*, 2016).

Modifications fonctionnelles

Les techniques d'imagerie telles que le PET-scan et l'IRM fonctionnelle ont permis de révéler un hyper-métabolisme dans les cortex orbito-frontal et cingulaire antérieur gauche et un hypo-métabolisme dans le cortex préfrontal latéral, le lobule pariétal inférieur et le cervelet, par rapport à un groupe contrôle (Uher *et al.*, 2004).

2.4.4. Facteurs psychologiques

Beaucoup de malades atteints d'anorexie mentale partagent certaines caractéristiques parmi lesquelles, le manque de confiance en soi, l'excès de perfectionnisme, le besoin de tout maîtriser, la difficulté d'affirmation de soi, le rejet de l'image de la femme. Une méta-analyse réalisée en 2016 a montré que la proportion moyenne de trouble de la personnalité chez les patients souffrant de troubles de l'alimentation était de 52% comparativement à 9% chez les témoins sains (Martinussen *et al.*, 2016).

On retrouve par ailleurs d'autres co-morbidités psychiatriques telles que la dépression, les troubles obsessionnels et compulsifs, le trouble anxieux généralisé, la phobie sociale, les troubles des conduites et comportements d'automutilation ainsi que les addictions.

2.4.5. Facteurs familiaux

Le rôle de la famille n'est pas clairement établi. L'Academy of Eating Disorders admet que les facteurs familiaux peuvent jouer un rôle dans l'apparition et le maintien d'un trouble de l'alimentation, mais qu'ils ne sont en aucun cas la cause unique ni même principale du développement d'un trouble de l'alimentation (le Grange *et al.*, 2010).

La plupart des études confirment des troubles de la régulation interpersonnelle familiale impliquant des difficultés de séparation ainsi qu'une dépendance affective et un déficit de l'estime de soi chez les patients anorexiques (Doba *et al.*, 2014).

Par ailleurs, l'étude de Rowa révèle un enchevêtrement des sous systèmes intergénérationnels parents-enfants avec un renversement des rôles mère-fille (Rowa *et al.*, 2001).

2.4.6. Facteurs socioculturels

L'anorexie mentale est réputée extrêmement rare dans les sociétés traditionnelles et n'apparaîtrait qu'au moment de « l'occidentalisation » des modes de vie. Les populations noires d'Afrique et d'Amérique seraient moins touchées par l'anorexie du fait qu'elles possèdent un esprit plus communautaire et un mode de vie moins axé sur la compétition individuelle. L'augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale pourrait coïncider avec l'expansion de certaines valeurs morales occidentales telles que la maîtrise de soi et l'individualisme, et avec les modifications de la structure familiale (Cathébras *et al.*, 1991).

3.Eléments cliniques et paracliniques

3.1. Diagnostic

Le diagnostic est exclusivement clinique. Dans son guide sur les recommandations de bonne pratique dans la prise en charge de l'anorexie mentale, l'HAS (Haute Autorité de Santé, 2010) précise les signes devant faire évoquer une anorexie mentale :

Chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)	<ul style="list-style-type: none">• Ralentissement de la croissance staturale.• Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle).• Nausées ou douleurs abdominales répétées.
Chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)	<ul style="list-style-type: none">• Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie.• Adolescent ayant un retard pubertaire.• Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles.• Hyperactivité physique.• Hyperinvestissement intellectuel.

Tableau 3. Signes devant faire évoquer une anorexie mentale d'après (HAS 2010).

Ces éléments ne sont pas toujours tous présents mais l'existence de plusieurs d'entre eux associés à une perte de poids importante doit faire évoquer un trouble du comportement alimentaire. Il est alors recommandé de confirmer le diagnostic par la présence de chacun des critères d'une des classifications internationales (CIM-10 ou DSM-5).

3.2. Types d'anorexie

3.2.1. Type restrictif

Le sujet n'a pas, de manière régulière présenté de crises de boulimie ni eu recours aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

3.2.2. Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs

Le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

3.3. Formes cliniques particulières

3.3.1. Anorexie pré-pubère

Comme le suggère l'équipe de psychopathologie de l'adolescent de l'hôpital Robert Debré (Le Heuzey and Acquaviva, 2006), les critères diagnostiques et les systèmes de classification internationaux ne sont pas adaptés à cet âge de la vie, et beaucoup d'inconnues demeurent quant à l'épidémiologie, l'étiologie, la pathogénie et l'évolution. La prépondérance féminine est moins nette qu'à l'adolescence, puisque 30 % des cas concernent des garçons. Le tri alimentaire, la peur de la graisse et la distorsion de la perception du corps sont présents comme chez l'adolescent ; mais un symptôme est particulier à l'enfant : le refus d'hydratation. Une complication grave et spécifique à cet âge est le ralentissement voire l'arrêt de la croissance staturale.

3.3.2. Anorexie masculine

Dans l'ouvrage, *La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Jean Chambry et Gilles Agman, se sont intéressés à l'anorexie mentale masculine à l'adolescence (Chambry and Agman, 2006). On peut noter certaines différences : les formes restrictives pures sont plus rares chez les garçons. Les auteurs décrivent l'importance des vomissements et de la prise de laxatifs de même que l'association à la symptomatologie anorexique de crises de boulimie. Les hommes, sont plus gros que les femmes au moment de l'installation du trouble et on note une relative fréquence d'une obésité pré-morbide. De plus, l'hyperactivité physique est plus fréquente que l'hyper investissement intellectuel.

On observe une diminution de la testostérone avec une impuissance et un manque d'intérêt sexuel. La fréquence de l'homosexualité serait importante : entre 25 % et 58 %. Cette observation révèle une difficulté importante chez ces adolescents à s'engager vers une identité sexuée.

3.4. Recommandations de l'HAS pour la consultation

3.4.1. Données de l'entretien

Sur un plan somatique, on reprendra l'histoire pondérale avec le pourcentage de perte de poids, la cinétique et la durée de la perte de poids, les types de conduites de restriction alimentaire, la présence de conduites purgatives associées, d'une hyperactivité physique ou d'une potomanie.

On évaluera le contexte psychiatrique avec notamment la recherche de dépression, anxiété, trouble obsessionnel compulsif, suicidalité, automutilation, symptômes psychotiques et conduites addictives.

Le contexte familial et social sera également évoqué avec la recherche d'un hyper investissement scolaire ainsi qu'un désinvestissement des relations amicales ou sociales.

3.4.2. Évaluation de l'état nutritionnel et de ses conséquences

On recherchera des signes de gravité :

- Recherche d'une déshydratation, d'une hypothermie, d'une hypoglycémie, d'une hypotension ou de troubles du rythme.
- Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent à la recherche d'un retard pubertaire.
- Evaluation de l'état cutané et des phanères : recherche de signes d'automutilation, d'œdèmes ou d'un acrosyndrome.
- Examen neurologique et musculaire à la recherche d'un ralentissement psychomoteur, d'une fonte musculaire, d'une hypotonie axiale, d'une asthénie majeure avec difficulté d'accomplissement des mouvements habituels.
- Examen digestif, avec notamment la recherche de complications liées aux vomissements (hypertrophie parotidienne, signes de lésion du tractus œsogastrique, altérations dentaires) et de troubles du transit.
- Évaluation des ingestats par un diététicien expérimenté.

3.4.3. Prescription d'examens paracliniques

Bilan biologique

Le bilan biologique se compose des éléments suivants : hémogramme, ionogramme sanguin, calcémie, phosphorémie, 25OH-D3, évaluation de la fonction rénale (urée, créatinine et clairance de la créatinine), évaluation de la fonction hépatique (ALAT, ASAT, Phosphatases Alcalines et TP), albumine, préalbumine et CRP.

Il n'est pas recommandé de faire un dosage de TSH sauf en cas de doute diagnostique persistant en faveur d'une hyperthyroïdie.

Autres examens complémentaires

Un électrocardiogramme à la recherche d'un QT long, d'une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, de pauses sinusales, d'une bradycardie jonctionnelle, d'une onde T négative au-delà de V3 et d'une modification du segment ST.

Une ostéodensitométrie après 6 mois d'aménorrhée, puis tous les 2 ans en cas d'anomalies ou d'aménorrhée persistante.

Une IRM cérébrale recherchant une tumeur cérébrale en cas d'anorexie atypique ou de troubles neurologiques.

La fréquence de réalisation des examens complémentaires sera variable, selon l'évolution de l'état du patient.

4. Complications somatiques

Les dérèglements physiques peuvent, à terme, menacer la vie du patient. La mortalité est estimée à environ 6%. Le suicide est la principale cause de décès, suivi par les complications somatiques liées à l'anorexie mentale. Le taux de mortalité est donc significativement augmenté à la fois pour les causes naturelles et non naturelles de décès. Un âge plus jeune et un séjour hospitalier plus long à la première hospitalisation ont été associés à une moins grande mortalité (Papadopoulos *et al.*, 2009).

4.1. Dénutrition et syndrome carentiel

On distingue les signes biologiques et les conséquences cliniques parmi lesquelles :

Carence	Clinique
Albumine	Œdèmes des membres inférieurs
Fer/B9-B12	Syndrome anémique
B1-B6	Neuropathie carentielle, Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (B1)
Vitamine K	Syndrome hémorragique
Potassium/Magnésium	Crampes
Calcium/Vitamine D	Ostéomalacie, crises de tétanie
Fer/Zinc	Alopécie, ongles cassants

Tableau 4. Syndrome carentiel dans l'anorexie mentale.

4.2. Métaboliques

4.2.1. Troubles hydro-électrolytiques

Le déficit d'apport alimentaire et les manœuvres purgatives peuvent induire de graves désordres métaboliques, susceptibles d'engager le pronostic vital. En particulier, l'hypokaliémie, qui peut être responsable de divers troubles du rythme, jusqu'à l'arrêt cardiaque par fibrillation ventriculaire.

Nous pouvons également observer une hypophosphatémie (anomalie biologique la plus précoce et la plus fréquente), une hypocalcémie, une hypomagnésémie, une hyponatrémie ainsi qu'une hypoglycémie. Enfin, une hypercholestérolémie portant sur le LDL est fréquente, le

plus souvent modérée, la restriction alimentaire, causant une perturbation dans le métabolisme des lipides.

4.2.2. Syndrome de renutrition inappropriée

Il s'agit d'une complication survenant chez les patients dénutris pouvant survenir lors de la réintroduction d'apports énergétiques oraux, entéraux ou parentéraux. En cas de réduction importante et prolongée des apports alimentaires, les réserves en glycogène s'épuisent, le catabolisme lipidique et protéique ainsi que la diminution de la concentration plasmatique en insuline et l'augmentation du glucagon, permettent alors la production de glucose via la néoglucogénèse. La déplétion des électrolytes (phosphore, magnésium, potassium) touche en premier lieu les stocks intracellulaires mais la réintroduction d'apports glucosés entraîne une augmentation brutale de l'insulinémie, ce qui provoque le transfert intracellulaire d'électrolytes dont les concentrations plasmatiques s'effondrent.

La symptomatologie découle des anomalies hydro électrolytiques. Les atteintes principales sont cardio-vasculaires, respiratoires et nerveuses avec une possible évolution vers un syndrome de défaillance multi viscérale.

Sur le plan cardiovasculaire, au cours de la dénutrition, on observe une atrophie des myocytes et une déplétion en ATP qui provoque une hypocontractibilité myocardique. Lors de la renutrition, on observe une augmentation brutale du volume extracellulaire. La diminution de la masse cardiaque peut entraîner une bradycardie et un allongement de l'intervalle QT. L'hypophosphatémie, l'hypokaliémie et l'hypomagnésémie peuvent majorer le risque d'extrasystoles ou d'arythmies ventriculaires.

La déplétion en ATP peut entraîner une atteinte des muscles respiratoires et engendrer une insuffisance respiratoire aigüe.

Les troubles hydro électrolytiques peuvent également entraîner des manifestations neurologiques périphériques (paresthésies) et centrales (troubles de la conscience, coma, convulsions). On peut également observer un effondrement des réserves en vitamine B1 pouvant entraîner une encéphalopathie de Gayet-Wernicke (Pardo and Lescot, 2015).

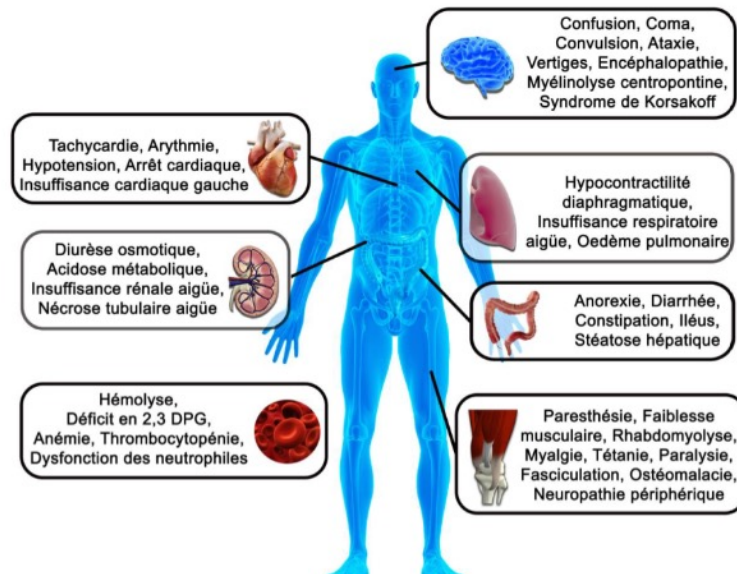


Figure 1. Principales manifestations cliniques du syndrome de renutrition inappropriée.

<p>Critères majeurs (un seul suffit)</p> <ul style="list-style-type: none"> Indice de masse corporelle < 16 kg/m² Perte non intentionnelle de poids > 15% en 3 à 6 mois Apports nutritionnels négligeables pendant au moins 10 jours Hypokaliémie, hypophosphatémie ou hypomagnésémie <p>Critères mineurs (au moins deux)</p> <ul style="list-style-type: none"> Indice de masse corporelle < 18,5 kg/m² Perte non intentionnelle de poids > 10% en 3 à 6 mois Apports nutritionnels négligeables pendant au moins 5 jours Alcoolisme Traitements (insuline, chimiothérapie, diurétique)

Tableau 5. Critères permettant d'identifier les patients susceptibles de présenter des complications liées au syndrome de renutrition, d'après (National Institute of Health and Clinical Excellence).

4.3. Rénales

La survenue d'une insuffisance rénale terminale après un décours de la maladie d'au moins 21 ans serait de 5,2% (Schneiter *et al.*, 2009). Le calcul de la filtration glomérulaire par la formule de Cockcroft est problématique en raison des erreurs possibles liées au faible poids et à la créatininémie qui dépend de la masse musculaire qui est fortement diminuée. Cette formule n'a pas été validée chez ce type de patients. Il existe d'autres marqueurs pour estimer le DFG, tel que la Cistatine C, molécule à bas poids moléculaire, librement filtrée par le glomérule et métabolisée complètement au niveau des cellules tubulaires. Sa production est indépendante de la masse musculaire et du régime alimentaire. Une étude au sein de patients anorexiques a démontré que la clairance au Chrome-EDTA, le gold standard, était bien corrélée avec le taux de la Cistatine C lors d'insuffisance rénale de stade 3 (DFG < 60 ml/min). La Cistatine C semble donc être le paramètre biologique le plus fiable pour estimer le DFG chez l'anorexique (Delanaye *et al.*, 2008).

De plus, les lithiases urinaires sont relativement fréquentes en raison de la déshydratation et de l'utilisation de laxatifs.

4.4. Osseuses et dentaires

4.4.1. Ostéoporose

Une étude réalisée en 2013 chez des femmes atteintes d'anorexie mentale, retrouvait une densité minérale osseuse (DMO) dans la gamme ostéopénique sur un ou plusieurs sites squelettiques chez 92% des patients et dans la gamme ostéoporotique chez 38% des patients (Howgate *et al.*, 2013).

De faibles taux d'œstrogène, de testostérone, de déhydroépiandrostérone (DHEA), de facteur de croissance insulino-mimétique (IGF-1) et de leptine, ainsi que des taux élevés de cortisol, de ghréline et de peptide YY (PYY) entraînent un déséquilibre de la fonction des ostéoblastes et des ostéoclastes au niveau osseux. On observe alors un taux de résorption osseuse plus élevé que celui de formation osseuse. Il en résulte une perte de la DMO ce qui augmente le risque de fracture. L'incidence cumulée de toute fracture à 40 ans après un diagnostic d'anorexie mentale était de 57% (Howgate *et al.*, 2013).

Chez les femmes anorexiques, la durée de la maladie et la prolongation de l'aménorrhée constituent des facteurs aggravant de la déminéralisation osseuse. La récupération du poids est associée à la récupération de la DMO, mais elle est souvent partielle, et une récupération du poids à long terme et durable peut être nécessaire avant que des améliorations significatives soient observées (Misra and Klibanski, 2006).

Il n'est pas recommandé de traiter spécifiquement l'ostéoporose non compliquée chez l'anorexique.

Chez les hommes atteints d'anorexie mentale, les répercussions osseuses de la maladie sont moins bien étudiées, mais probablement aussi importantes que chez les femmes. En effet, des taux bas de testostérone pourraient contribuer à une diminution de la densité minérale osseuse.

4.4.2. Lésions dentaires

Il peut apparaître des érosions dentaires, consécutives à l'attaque acide des vomissements. Elles apparaissent après 2 ans environ de pratique de vomissements réguliers.

4.5. Cardio vasculaires

Un certain nombre d'anomalies cardiaques associées à l'anorexie mentale ont été décrites dans la littérature, notamment les troubles de la conduction, la bradycardie sinusale, l'hypotension, les modifications de la masse et de la fonction ventriculaire gauche et la dysrégulation de la contractilité vasculaire périphérique.

4.6. Digestives

Les troubles fonctionnels digestifs sont un motif fréquent de consultation pour les patients anorexiques et peuvent parfois retarder le diagnostic du trouble du comportement alimentaire en raison d'explorations digestives multiples. La physiopathologie des troubles digestifs au cours de l'anorexie mentale reste mal connue, mais pourrait impliquer la dénutrition, les dérèglements neuropeptidergiques ou des modifications immunologiques. Tous les étages du tube digestif peuvent être touchés : régurgitations, troubles de la vidange gastrique, météorisme

intestinal et constipation (Déchelotte *et al.*, 2007). On observe également quelques rares cas de pancréatite.

De plus, l'existence de perturbations du bilan hépatique au cours de l'anorexie mentale est décrite dans la littérature depuis plusieurs années. L'étude de Guidoum confirme la présence d'une cytolysé hépatique chez près de la moitié des patients dénutris sévères atteints d'anorexie mentale admis pour renutrition entérale (Guidoum *et al.*, 2007). La normalisation des transaminases parallèlement à la prise de poids a concerné tous les patients au terme d'un mois d'alimentation entérale progressive associée à une supplémentation en vitamines et oligo-éléments.

4.7. Endocriniennes

Les anomalies endocriniennes de l'anorexie mentale sont principalement en lien avec l'état de famine chronique. Elle entraîne des troubles de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique.

4.7.1 Axe gonadotrope

L'anorexie mentale entraîne habituellement une aménorrhée hypothalamique, avec une Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) et une pulsativité de l'hormone lutéinisante (LH) diminuées et des taux de testostérone, d'oestradiol et de progestérone faibles.

4.7.2 Axe somatotrope

L'anorexie mentale entraîne un freinage de la croissance avec un état de résistance à l'hormone de croissance (GH) acquise, caractérisée par une augmentation de la sécrétion de GH et une diminution des taux de facteur de croissance analogue à l'insuline (IGF1) systémique. Les faibles taux d'IGF1 pourraient être une réponse adaptative pour préserver l'énergie en diminuant les dépenses de croissance. Après renutrition la croissance reprend mais n'est pas toujours totale. Dans de rares cas, le recours à un traitement substitutif par hormone de croissance pourra être envisagé.

4.7.3 Axe corticotrope

On observe des niveaux élevés de corticotropin releasing hormone (CRH), d'hormone adrénocorticotrope (ACTH) et de cortisol. Cette hypercortisolémie peut être due au stress de privation nutritionnelle chronique et peut également être un moyen de maintenir l'euglycémie.

4.7.4 Axe thyroïdienne

On observe de faibles taux de T3. La TSH peut être normale ou basse. Ces anomalies sont une réponse adaptative (Schorr and Miller, 2017).

4.8. Neurologiques

On peut observer une diminution de la concentration et de l'attention, un syndrome confusionnel ainsi qu'une neuropathie carencielle.

4.9. Hématologiques

L'anémie et la leucopénie sont observées chez un tiers de ces patients alors que la thrombocytopénie est plutôt rare. On peut également observer une atrophie de la moelle osseuse dont la sévérité ne peut être prédite par le nombre de globules sanguins périphériques. Toutes les altérations hématologiques disparaissent complètement et rapidement après une réalimentation suffisante (Hütter *et al.*, 2009).

5. Prise en charge

5.1. Etat des lieux de la pédiatrie de ville en France

Jusqu'au siècle des Lumières, les spécificités de la personne de l'enfant étaient pratiquement ignorées. Celui-ci n'étant considéré que comme un adulte miniature. À partir du XVIIIe siècle, l'enfant va progressivement être perçu comme un être en croissance et en maturation somatique et psychique, mais ce n'est qu'à partir de l'entre deux guerres que l'on s'intéresse réellement à la médecine de l'enfance.

Actuellement, il existe une pénurie de pédiatres libéraux en France. Dans son atlas de la démographie médicale, le Conseil National de l'Ordre des médecins recense au 1^{er} janvier 2016, 7202 pédiatres dont 1670 (23,2%) exercent en activité libérale, 721 (10%) en activité mixte et 4811 (66,8%) en activité salariée. Parmi les nouveaux inscrits à l'ordre des médecins au cours de l'année 2015, 2% exercent en libéral, 7% en activité mixte et 91 % en activité salariée. La moyenne d'âge est d'environ 52 ans (Bouet, 2016). Alors que la France est le pays européen où la natalité est la plus élevée, elle compte 3 fois moins de pédiatres que la moyenne européenne.

Ainsi, la France, avec un pédiatre libéral pour 5300 enfants est loin derrière ses voisins européens comme l'Italie avec un pédiatre ambulatoire pour 800 enfants et une moyenne européenne d'un pédiatre ambulatoire pour 2094 enfants. En France, seul un patient sur cinq à accès à un pédiatre libéral. De plus, il existe de très grandes disparités de répartition sur le territoire. De très nombreux enfants et adolescents sont donc suivis par les médecins généralistes, malgré toutes les spécificités propres à la pédiatrie. Il est donc important de redéfinir les rôles de chacun. Ainsi, dans un rapport remis au ministère de la santé en 2007, intitulé *L'enfant et l'adolescent ; un enjeu de société, une priorité du système de santé*, le professeur Danièle Sommelet, préconise une refonte de la pédiatrie libérale vers une excellence dans les domaines de la prévention et de l'éducation, la prise en charge des pathologies chroniques en réseau et le développement des spécialités pédiatriques (Sommelet, 2007). La prise en charge de l'anorexie mentale s'intégrerait alors complètement dans ce domaine de compétences.

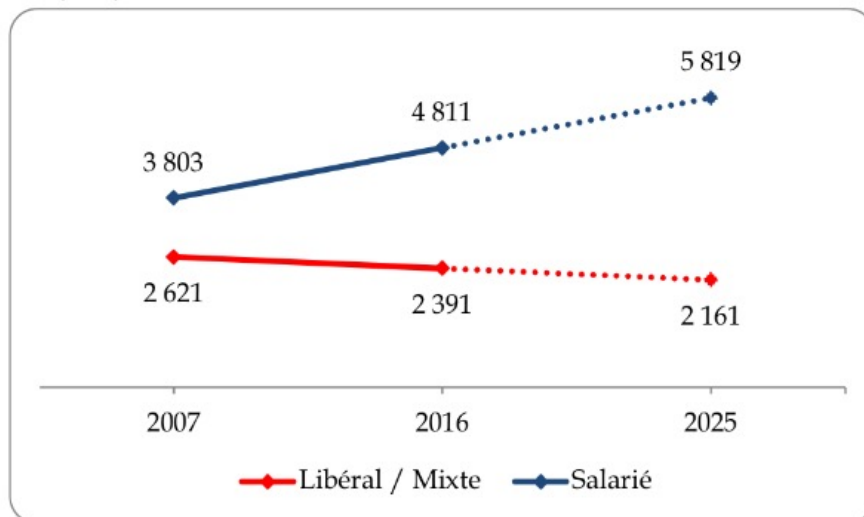


Figure 2. Mode d'exercice de l'observé à l'attendu d'après (Atlas de la démographie médicale 2016).

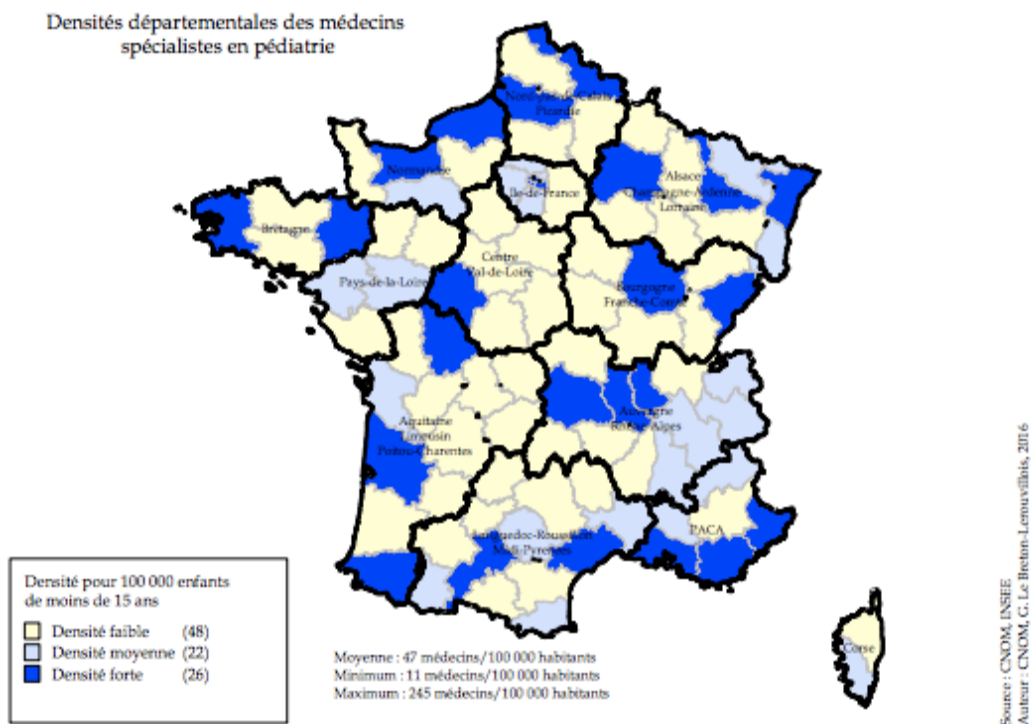


Figure 3. Densités départementales des médecins spécialistes en pédiatrie d'après (Atlas de la démographie médicale 2016).

5.2. Rôle du pédiatre de ville

Le pédiatre libéral est l'acteur principal de la médecine de l'enfant et de l'adolescent. Son intervention recouvre les quatre fonctions principales suivantes : la prévention, le dépistage, le traitement et la rééducation, que ce soit pour les maladies aiguës ou chroniques. Ses champs d'action dépassent largement la médecine organique pour intervenir dans l'environnement affectif, scolaire et socio-culturel de l'enfant. S'adressant à un organisme en développement, la précocité du diagnostic est ici, encore plus qu'ailleurs, vitale pour la santé future de l'enfant et déterminante pour le pronostic.

Dans la prise en charge de l'anorexie mentale, le pédiatre ambulatoire a un triple rôle :

- La prévention primaire afin de tenter de réduire l'incidence de la maladie.
- La prévention secondaire afin d'éviter à ces patients d'entrer dans la chronicité et d'être hospitalisés.
- La prévention tertiaire afin d'éviter la survenue de complications et de rechutes.

Dans ses recommandations de 2010, l'HAS place le médecin de premier recours au coeur de la prise en charge puisqu'il va se positionner en médecin coordinateur des différents intervenants et permettre des échanges réguliers entre ces derniers. Il semble alors important de renforcer la collaboration entre pédiatrie hospitalière et libérale. Les services hospitaliers pourraient ainsi se décharger du suivi de certaines pathologies chroniques sur le pédiatre libéral et ce dernier utiliser l'hôpital comme troisième recours.

Ainsi, l'HAS, mais également les institutions étrangères telles que le National Institute for Health and Care Excellence (NICE guideline, 2017), recommandent que toute prise en charge soit initialement ambulatoire (sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique). Si la prise en charge ambulatoire simple ne suffit pas, on pourra proposer une prise en charge en hôpital de jour ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). L'hospitalisation à temps plein pourra avoir lieu en dernier recours. L'HAS recommande également qu'en cas d'hospitalisation, les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, en hôpital de jour ou en consultation. L'équipe soignante de l'hospitalisation devra remettre en place les soins ambulatoires antérieurs ou organiser un nouveau suivi pluridisciplinaire. Pour cela, des échanges téléphoniques doivent être réalisés au cours de l'hospitalisation, des réunions de synthèse entre les partenaires d'amont et d'aval sont indispensables. Le professionnel de

premier recours organise les soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique. Cette alliance pourra être d'autant plus forte avec le pédiatre de ville puisqu'il s'agit le plus souvent du médecin qui suit le patient depuis l'enfance et avec qui une relation de confiance est établie. Nous pouvons alors mesurer l'importance du rôle du médecin de ville dans le diagnostic et la prise en charge de la maladie.

Toutefois, ce point de vue est relativement récent puisque dès les premières descriptions de l'anorexie mentale, la question de ce qu'on appelait à l'époque « l'isolement » s'est posée. En 1859, L.V. Marcé présente devant la société française de médico-psychologie une *Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutif aux dyspepsies et caractérisé principalement par le refus d'aliments*. Il sera alors le premier à découvrir les vertus de « l'isolement » et conseille donc « de confier le malade à des mains étrangères ». Selon lui, ce délire hypochondriaque ne saurait être combattu tant que les sujets restent au sein de leur milieu familial ou de leur entourage habituel.

En France, Lasègue ne propose pas l'isolement, alors qu'à la même époque, en Angleterre, W. Gull décrit aussi « l'anorexia nervosa » mais insiste sur la nécessité que la patiente soit prise en charge par des personnes exerçant un contrôle moral sur elle ; il note également le rôle néfaste des relations amicales et de l'entourage. En France, c'est en fait Charcot qui revendiquera la découverte du traitement par « isolement » qu'il décrit comme la condition sine qua non du traitement. Il insiste sur l'importance de cette séparation : « Les parents sont écartés jusqu'à ce qu'une notable amélioration se manifeste, puis comme récompense, le patient est autorisé à les voir ». Ainsi, pendant de nombreuses années, le traitement de l'anorexie mentale repose essentiellement sur « l'isolement ».

Dans les années 1970, certaines personnes commencent à remettre en question cette pratique. Ainsi, Valérie Valère, ancienne patiente anorexique rapporte dans son ouvrage *Le pavillon des enfants fous* que « murée, [elle] ne connaît plus le temps », afin de décrire les pratiques d'isolement (Valère, 1978) mais peu de changements ont lieu dans la prise en charge puisqu'à court terme les résultats semblent plutôt satisfaisants. Cependant, depuis quelques années les pratiques évoluent. On parle désormais de séparation du milieu habituel et certaines équipes commencent d'ailleurs à renoncer à cela (Heuzey, 2002).

Ainsi, en 2014, Herpertz-Dahlmann B *et al.*, montrent que le pronostic pondéral à 1 an sur la restauration et le maintien du poids est comparable chez les patients pris en charge en

hospitalisation de jour après 3 semaines d'hospitalisation temps plein (HTP) et chez ceux restés en HTP. Les patients étaient répartis au hasard dans chacun des 2 groupes et le programme et l'intensité du traitement étaient identiques. Ainsi, l'hospitalisation de jour pourrait être une alternative sûre et moins coûteuse (Herpertz-Dahlmann *et al.*, 2014).

De même, en 2007, Gowers *et al.*, ont comparé les 3 modalités de traitement disponibles au Royaume-Uni, à savoir, l'hospitalisation, la prise en charge ambulatoire spécialisée et la prise en charge en centre de santé mentale pour enfants et adolescents. L'analyse n'a démontré aucune différence entre les 3 groupes dans l'efficacité du traitement, notamment à l'aide du Morgan–Russell Average Outcome Scale, basé sur l'état nutritionnel, la fonction menstruelle, l'état mental, la sexualité et le statut socioéconomique (Gowers *et al.*, 2007).

Par ailleurs, Byford a montré que le rapport coût/efficacité était en faveur de la prise en charge spécialisée en ambulatoire (Byford *et al.*, 2007).

Tous ces éléments sont en faveur d'un renforcement du rôle du pédiatre ambulatoire dans cette prise en charge.

5.3. Prise en charge somatique

Il faudra, en premier lieu, discuter avec le patient de l'objectif pondéral à atteindre. Celui-ci sera progressif (1kg par mois en ambulatoire), et déterminé en fonction de l'âge, de la taille et du poids prémorbide. Un contrat de soin écrit ou oral intégrant les objectifs et les modalités de soin sera établi.

À l'exception des états de dénutrition très profonds (IMC < 11 kg/m²) ou de complications somatiques pour lesquels la nutrition entérale se discutera, il est recommandé de proposer une renutrition par voie orale avec reprise d'un régime alimentaire adapté, et à défaut, par des compléments alimentaires. Un accompagnement diététique est également souhaitable. Elle sera associée à une surveillance du bilan hydroélectrolytique avec une complémentation systématique en phosphore, vitamines, et oligoéléments par voie orale, afin d'éviter le syndrome de renutrition inappropriée. La renutrition sera associée à une surveillance régulière des constantes. Une surveillance pondérale bihebdomadaire est recommandée, voire quotidienne si la dénutrition est sévère (IMC<15), puis hebdomadaire lorsque l'état nutritionnel se stabilise.

Le rôle du médecin ambulatoire est donc primordial pour le traitement de cette pathologie. Il devra par ailleurs être en mesure d'adresser le patient en hospitalisation si son état somatique

ou psychiatrique le nécessite. En effet, l'hospitalisation à temps plein est indiquée en cas d'urgence vitale somatique ou psychique, d'épuisement ou de crise familiale ou en cas d'échec des soins ambulatoires.

Il est recommandé que l'hospitalisation ait lieu dans un service de soins multidisciplinaires associant un médecin ou pédiatre, un diététicien ou nutritionniste, un psychiatre, un psychologue, des infirmiers, une assistante sociale.

En cas de perturbation métabolique ou de défaillance d'organe pouvant engager le pronostic vital, une hospitalisation en réanimation sera temporairement réalisée (Haute Autorité de Santé, 2010).

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

Tableau 6. Critères somatiques d'hospitalisation d'après (HAS 2010).

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
Comorbidités	<p>Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dépression • abus de substances • anxiété • symptômes psychotiques • troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes • Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) • Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> • Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Tableau 7. Critères psychiatriques d'hospitalisation d'après (HAS 2010).

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires • Épuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none"> • Conflits familiaux sévères • Critiques parentales élevées • Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none"> • Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

Tableau 8. Critères environnementaux d'hospitalisation d'après (HAS 2010).

5.4. Prise en charge psychiatrique

Le choix de la psychothérapie sera adapté au patient. Les formes de psychothérapie les plus usuelles sont (Haute Autorité de Santé, 2010) :

- ❖ Les thérapies de soutien : rôle de réassurance et de conseil.
- ❖ Les psychothérapies d'inspiration analytique : le thérapeute retrace avec le patient les événements de vie significatifs, ses relations avec les autres, les problèmes alimentaires, et souligne les relations entre ces facteurs, afin de donner du sens à la conduite pathologique.

- ❖ Les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC) : elles ont pour cible thérapeutique la restriction et les distorsions cognitives, les croyances irrationnelles relatives aux aliments et à la représentation corporelle.
- ❖ Les thérapies systémiques et stratégiques : proposent des procédures de communication orientées vers la résolution des problèmes présentés par les patients. L'intervention se fait autant au niveau du comportement qu'au niveau du psychisme de l'individu et de son entourage.

La famille sera toujours intégrée dans la prise en charge, à travers des entretiens familiaux réguliers, une thérapie familiale ou la participation à des groupes de parents ou de familles. Une séparation du milieu familial pourra être mise en place initialement chez les patients nécessitant une hospitalisation.

L'étude de Godart de 2012, montre un rôle bénéfique significatif de la thérapie familiale dans la prise en charge de l'anorexie mentale (Godart *et al.*, 2012).

Ainsi, il a été proposé aux jeunes filles récemment hospitalisées de suivre le parcours de soins classique, associé ou non à une thérapie familiale dans le cadre d'un essai randomisé. Au terme de 18 mois, les résultats montrent que les jeunes filles qui ont suivi une thérapie familiale se portent mieux que les autres. Elles ont 3,2 fois plus de chance d'aller "bien" ou "à peu près bien" que dans le groupe avec le seul traitement classique selon un indice incluant plusieurs critères dont le poids, la présence de règles ou encore l'association d'autres troubles alimentaires comme la boulimie. Elles sont deux fois plus nombreuses à être sorties du stade critique de l'anorexie en terme de poids et davantage d'entre elles ont retrouvé leurs règles.

Quelle que soit l'approche psychothérapeutique choisie, il est recommandé qu'elle dure au moins 1 an après une amélioration clinique significative. D'autres formes de thérapie peuvent être proposées en association à la psychothérapie, telles que l'art-thérapie, la musicothérapie, les approches corporelles diverses etc.

Aucun médicament n'a encore vraiment fait la preuve scientifique de son efficacité dans le traitement de l'anorexie. En 2015, Susan L. McElroy *et al.* ont passé en revue les essais randomisés, contrôlés par placebo menés dans le traitement de l'anorexie mentale. Le seul traitement avec une certaine preuve d'efficacité chez les patients adultes est l'olanzapine, antipsychotique atypique (ex : zyprexa). Les études sur la fluoxétine, antidépresseur ISRS (ex : prozac) n'ont pas montré de résultats convaincants chez les patients anorexiques (McElroy *et al.*, 2015).

Les antidépresseurs tricycliques, tels que la clomipramine (ex : anafranil) et l'amitriptyline (ex : laroxy) n'ont pas montré d'effets prometteurs sur la reprise du poids chez les anorexiques, et étant associés à plusieurs effets secondaires importants (tachycardie, hypotension, arythmies avec prolongation de l'intervalle QT), ils ne sont plus recommandés pour ces patients (Miniati *et al.*, 2016).

Study	Drug (mg/day)	N	Population setting	Duration (weeks)	Result
Brambilla et al. 2007 [18]	OLZ (2.5–5)	30	Adult AN outpatients receiving CBT	16	OLZ>PBO for psychological symptoms but not weight gain
Bissada et al. 2008 [19]	OLZ (2.5–10)	34	Adult AN patients in day treatment	10	OLZ>PBO for weight gain and obsessive-compulsive symptoms
Attia et al. 2011 [7**]	OLZ (2.5–10)	23	Adult AN outpatients receiving compliance-enhancing medication management sessions	8	OLZ>PBO for weight gain but not psychological symptoms
Kafantaris et al. 2011 [8]	OLZ (2.5–10)	20	Restricting AN patients, ages 12–22 years, receiving comprehensive eating disorder treatment	10	OLZ=PBO for weight gain and psychological symptoms
Hagman et al. 2011 [9**]	RIS (0.5–4)	40	AN patients, ages 12–21 years, receiving specialized eating disorder treatment	11	RIS>PBO for interpersonal distrust but RIS=PBO for weight gain and other psychological symptoms
Powers et al. 2012 [10]	QTP (177.7)	15	Adults with AN ^a	8	QTP=PBO for weight gain and psychological symptoms

AN anorexia nervosa, CBT cognitive behavioral therapy, OLZ olanzapine, PBO placebo, QTP quetiapine, RIS risperidone

^a Clinical setting and adjunctive treatment, if any, not reported

Tableau 9. Essais randomisés, contrôlés versus placebo, d'antipsychotiques de deuxième génération dans l'anorexie mentale d'après (McElroy *et al.*, 2015).

5.5. Les réseaux de soins en Haute-Normandie

5.5.1 Les maisons des adolescents

La Maison des Adolescents est un lieu qui accueille les adolescents de 11 à 25 ans (l'âge est variable selon structures). Elle a pour mission l'accueil, l'information, la prévention et la promotion de la santé, l'accompagnement et la prise en charge multidisciplinaire de l'adolescent, de sa famille et des professionnels qui les entourent. Dans la région, il en existe à Rouen (site espace du palais et site CHU), au Havre et à Evreux.

5.5.2 L'unité d'hospitalisation de "Psychopathologie et de Médecine de l'adolescent" du CHU de Rouen

Lorsque la prise en charge ambulatoire ne suffit plus, l'unité de psychopathologie et de médecine de l'adolescent, grâce à sa double approche à la fois psychiatrique et pédiatrique permet une réalimentation médicalisée tout en proposant des entretiens réguliers, des

médiations et des activités thérapeutiques. Il existe également une unité d'hospitalisation pour adolescents au centre hospitalier du Havre.

5.5.3 Autres structures

Diverses structures existent dans la région afin de participer à la prise en charge des enfants et adolescents atteints d'anorexie mentale. Parmi eux, nous pouvons citer, les centres médico-psychologiques (CMP), les centres médicopsycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

5.6. Projets en cours

Un projet de mise en place d'un réseau de soins ambulatoires est actuellement en cours d'élaboration. Ce projet est porté par monsieur J.L Plavis, Co-Président de la FNA-TCA (Fédération Nationale des Associations "et personnes physiques" liées aux Troubles du Comportement Alimentaire), patient-expert et patient-enseignant au sein des universités de médecine Paris-Descartes, Paris 13, Aix-Marseille et de l'Institut Mines-Telecom.

L'objectif serait de faciliter la prise en charge en amont de l'anorexie mentale, par les médecins de ville et de renforcer le lien ville/hôpital. Pour cela, un réseau de professionnels médicaux et paramédicaux de ville serait établi au sein de chaque région afin de permettre une prise en charge globale du patient et de faciliter les échanges entre les différents intervenants. Des formations seraient proposées à ces professionnels, sous forme de conférences mais également sous forme de formations en ligne de type MOOC (Massive Open Online Course).

Une discussion est également en cours avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie afin de faciliter l'accès au remboursement des différentes consultations pour les patients mais également d'indemniser de façon plus conséquente les professionnels de santé pour la prise en charge de cette pathologie souvent chronophage.

Un projet pilote a vu le jour à Suresnes, en Ile-de-France, au sein d'une maison de santé, en collaboration avec l'Etablissement de Santé Mentale de Rueil-Malmaison-Groupe MGEN. Pour le moment, seuls des patients adultes ont été inclus dans ce projet de soins, toutefois, le but est de développer ce projet à l'échelle nationale et notamment pour la population pédiatrique.

6. Patients et méthode

6.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, rétrospective, portant sur les pratiques des pédiatres de ville de Seine-Maritime et de l'Eure, à partir d'un auto-questionnaire, ayant eu lieu de janvier à mai 2017.

6.2. Objectifs

L'objectif principal était d'évaluer les modalités de prise en charge de l'anorexie mentale par les pédiatres de ville et d'en apprécier la corrélation avec les recommandations françaises et internationales. L'objectif secondaire était d'estimer les difficultés rencontrées par les pédiatres ainsi que les besoins de formation pour la prise en charge de cette pathologie.

6.3. Population et mode de recueil des données

Un questionnaire a été envoyé à chaque pédiatre de Seine-Maritime et de l'Eure exerçant en cabinet de ville soit 43 questionnaires au total. Le questionnaire était envoyé par e-mail via la plateforme « google drive » et était accompagné d'un texte explicatif sur les modalités et objectifs de l'étude.

Il se composait de 29 questions présentées sous forme de QCM (Questionnaires à Choix Multiples) pour 22 d'entre elles et sous forme de questions ouvertes pour 7 d'entre elles.

6.4. Analyse des données

Les réponses ont été consignées dans un tableau Excel en vue de réaliser des calculs de pourcentage.

7. Résultats

7.1. Sur la population

7.1.1. Echantillon

43 questionnaires ont été distribués au total :

- 24 pédiatres (55,8%) ont répondu au questionnaire, de façon totale ou partielle.
- 14 pédiatres (32,6%) ont répondu qu'ils n'avaient jamais pris en charge de patient anorexique durant leur carrière et que par conséquent ils ne pourraient pas répondre au questionnaire.
- 4 pédiatres (9,3%) n'ont pas souhaité répondre au questionnaire.
- 1 pédiatre (2,3%) était en arrêt maladie de longue durée.

Pour l'analyse des données, nous prendrons en compte les réponses données par les 24 pédiatres ayant répondu aux questionnaires.

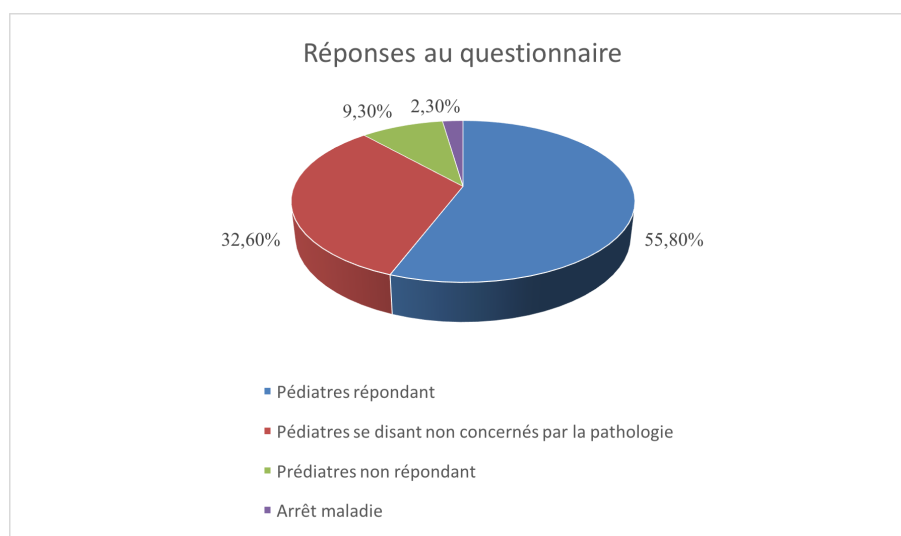


Figure 4. Réponses au questionnaire.

7.1.2. Sex-ratio

Parmi les médecins répondant, on compte 9 hommes (37,5%) et 15 femmes (62,5%).

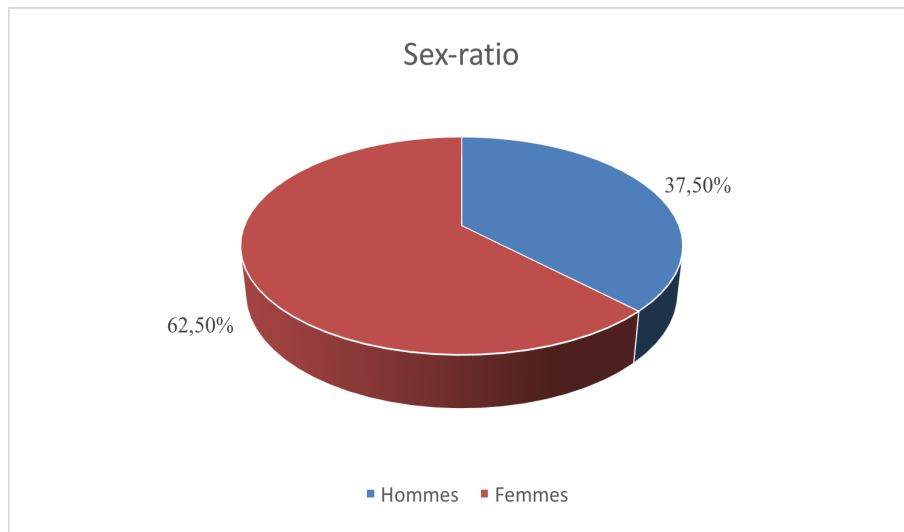


Figure 5. Sex-ratio.

7.1.3. Expérience professionnelle

- <5 ans : 4 pédiatres (16,7%)
- 5-15 ans : 4 pédiatres (16,7%)
- 15-30 ans : 5 pédiatres (20,8%)
- >30 ans : 11 pédiatres (45,8%)

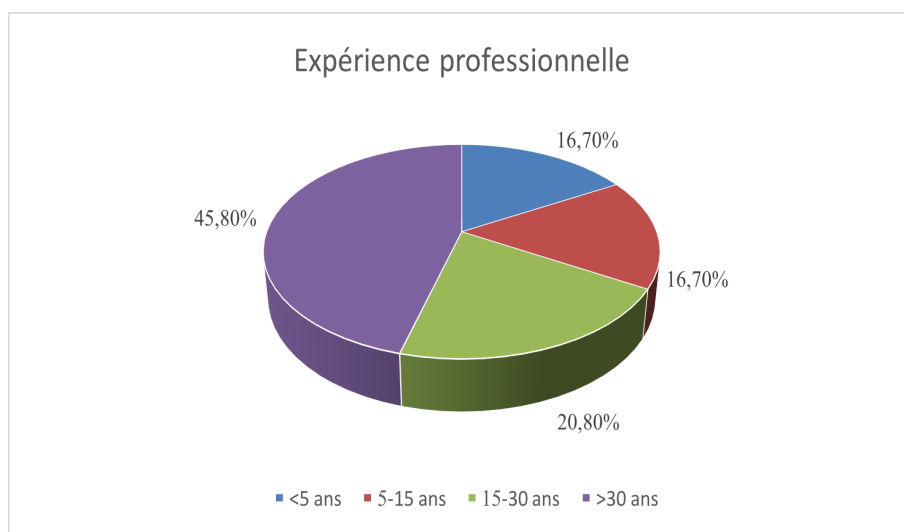


Figure 6. Expérience professionnelle.

7.2. Sur l'analyse du questionnaire

7.2.1. Composition de la patientèle

Parmi les 24 pédiatres répondant (55,8%), le nombre moyen de patients anorexiques suivis au cours de la carrière était de 18, avec une médiane à 10. Il est important de noter que sur les 43 pédiatres de la région, 14 (32,6%) ont répondu qu'ils n'avaient jamais pris en charge de patient anorexique.

7.2.2. Age au moment du diagnostic

Parmi les pédiatres ayant suivi des patients anorexiques, 19 avaient suivi des patients anorexiques âgés de plus de 10 ans soit la totalité des pédiatres ayant répondu à cette question et 4 d'entre eux avaient également suivi des patients de moins de 10 ans.

7.2.3. Critères diagnostiques

Parmi les critères diagnostiques évoqués par les pédiatres nous retrouvons : la notion de perte de poids (90,5%), la diminution des apports alimentaires (85,7%), l'aménorrhée (33,3%), l'hyper investissement intellectuel (19%), l'hyperactivité physique (19%), le déni des troubles (19%), les troubles de l'image corporelle (19%), les troubles du comportement (14,3%), les symptômes dépressifs (9,5%), d'autres symptômes tels que des troubles du sommeil, un arrêt du développement pubertaire, une inquiétude parentale, une altération de l'état général, une durée dans le temps des symptômes (4,8%).

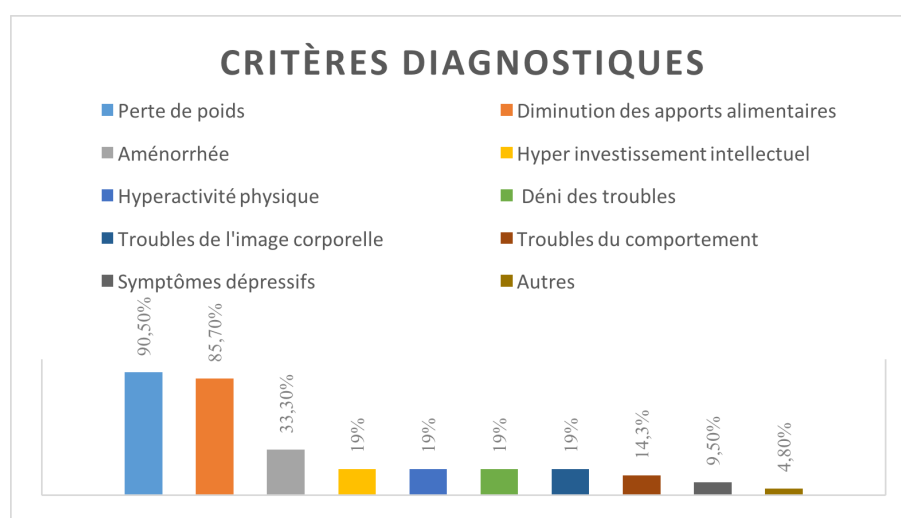


Figure 7. Critères diagnostiques.

7.2.4. Fréquence de suivi

71,4% des pédiatres déclaraient suivre ces patients plus régulièrement qu'un enfant du même âge en bonne santé. Les pédiatres précisaient que la fréquence du suivi dépendait de l'évolution somatique et de la reprise pondérale, ainsi que de l'évolution sur le plan pédopsychiatrique.

19 % des pédiatres déclaraient adresser directement ces patients pour une prise en charge au CHU dès la première consultation, sans maintenir le suivi ambulatoire, même après la phase « aigüe ».

4,8% des pédiatres ne modifiaient pas la fréquence de suivi et 4,8% des pédiatres adaptaient le suivi à la demande du patient.

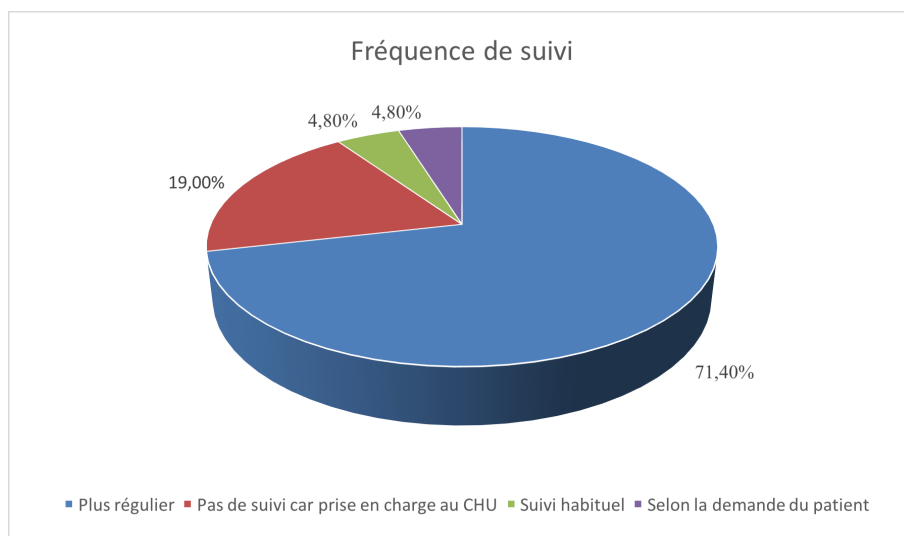


Figure 8. Fréquence de suivi.

7.2.5. Fréquence des pesées

100% des pédiatres déclaraient peser leurs patients (non anorexiques) à chaque consultation. Ils n'étaient que 85,7 % à peser les patients anorexiques à chaque consultation.

7.2.6. Examens complémentaires au moment du diagnostic

Les examens complémentaires réalisés étaient les suivants :

- Numération Formule Sanguine (80%)
- Ionogramme sanguin (80%)
- Calcémie, phosphorémie, 25 OH D3 (70%)

- TSH (65%)
- Urée, créatinine (60%)
- ASAT, ALAT, gamma GT, phosphatases alcalines, TP (50%)
- CRP (50%)
- Albumine, pré albumine (45%)
- IRM cérébrale (25%)
- Electrocardiogramme (20%)
- Ostéodensitométrie (10%)
- Autres : Ferritinémie et ANCA-ASCA (10%), oestradiol, FSH -LH, bilan lipidique, électrophorèse des protéines sériques, anticorps anti transglutaminases, amylase, lipase, CPK, radio de thorax, IDR (5%).

2 pédiatres déclaraient ne prescrire aucun examen complémentaire.

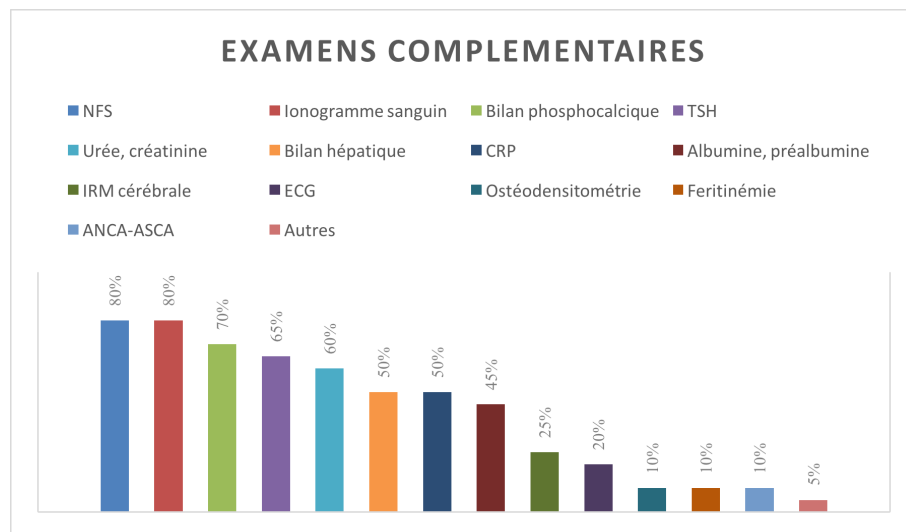


Figure 9. Examens complémentaires.

7.2.7. Critères d'hospitalisation

Les critères d'hospitalisation étaient les suivants :

- Importance et persistance de la perte de poids (55%)
- Critères de gravité sur le plan psychiatrique (45%)
- Retentissement clinique ou biologique notamment hypotension, bradycardie et perturbation du ionogramme sanguin (35%)
- Nécessité de séparation du milieu familial (20%)

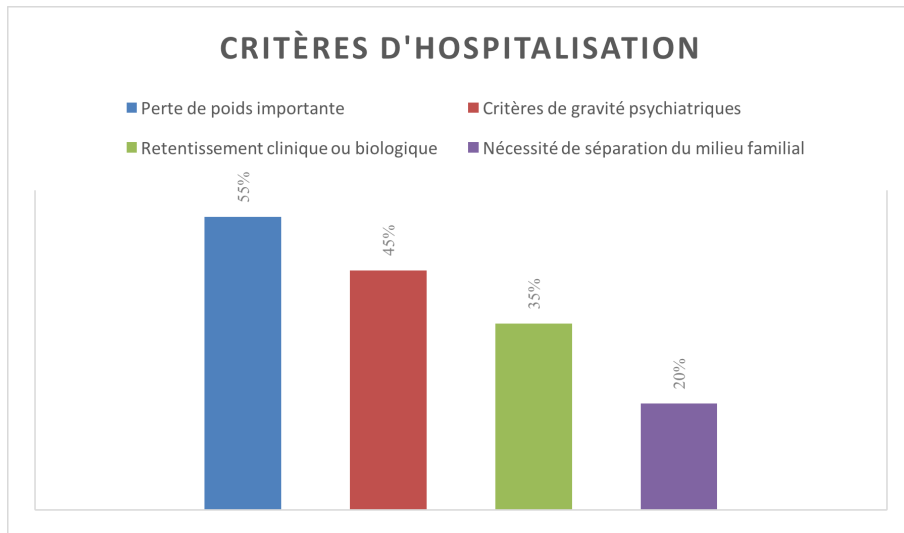


Figure 10. Critères d'hospitalisation.

7.2.8. Contrat de poids

63,2% des pédiatres proposaient systématiquement un contrat de poids, 21% le proposaient selon la situation. Seulement 15,8% des pédiatres ne le proposaient jamais.

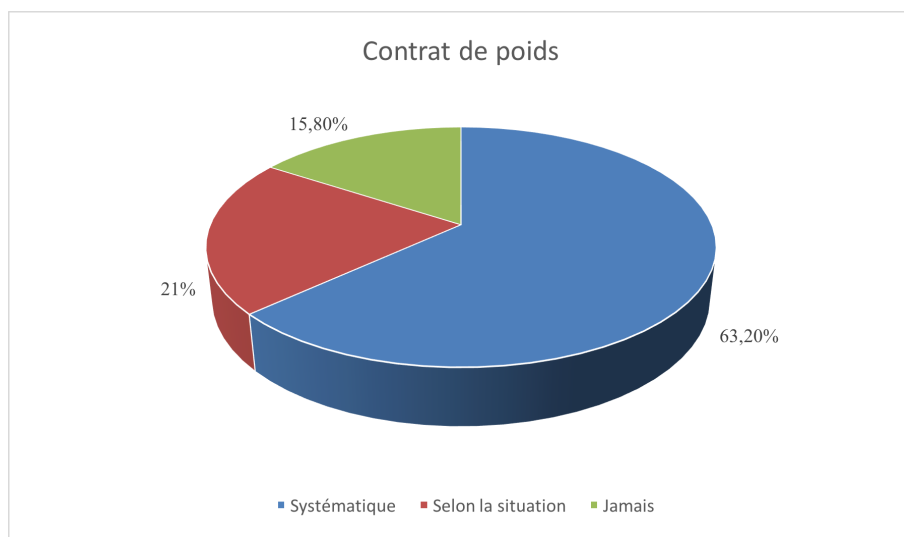


Figure 11. Contrat de poids.

7.2.9. Contre indication au sport

26,3% des pédiatres prescrivait systématiquement une contre-indication au sport, 31,6% selon la situation et 42,1% n'en prescrivait jamais.

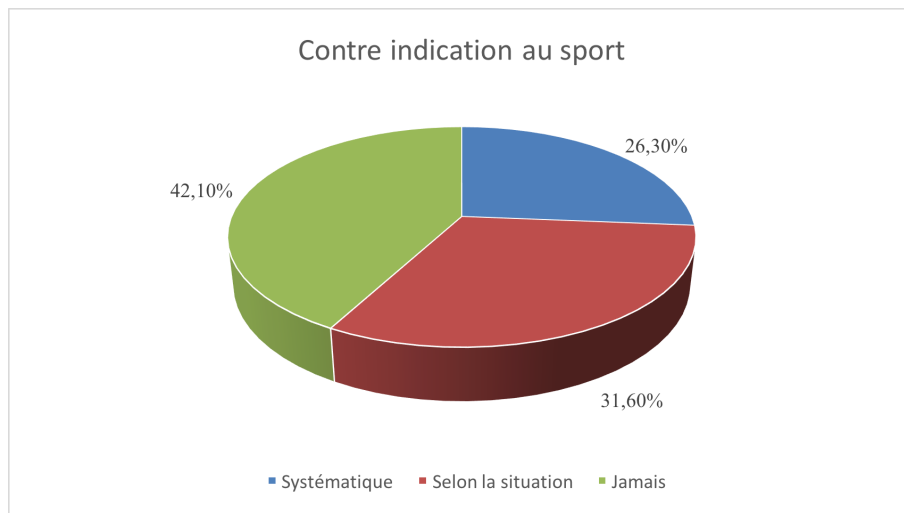


Figure 12. Contre indication au sport.

7.2.10. Enquête alimentaire et collaboration avec les diététiciens

68,4% des pédiatres réalisaient une enquête alimentaire et 68,4% travaillaient en collaboration avec les diététiciens.

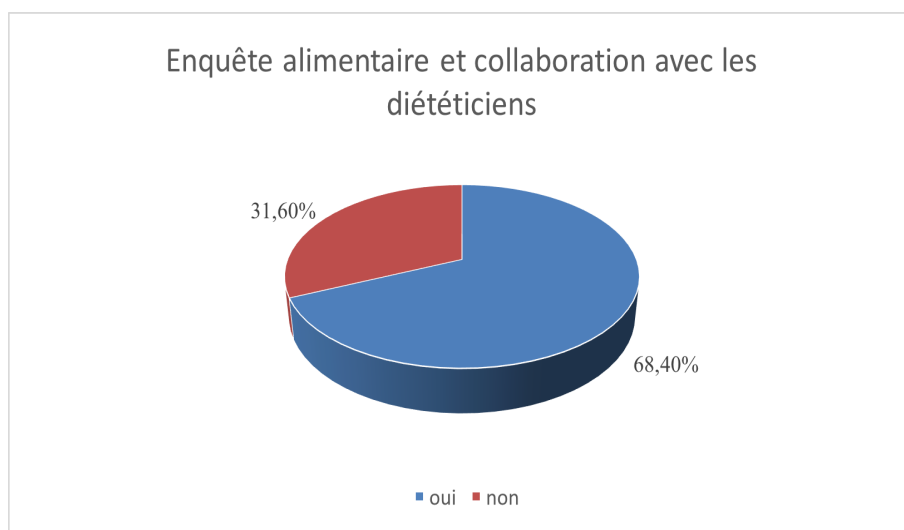


Figure 13. Enquête alimentaire et collaboration avec les diététiciens.

7.2.11. Compléments alimentaires

25% des pédiatres prescrivait des compléments alimentaires.

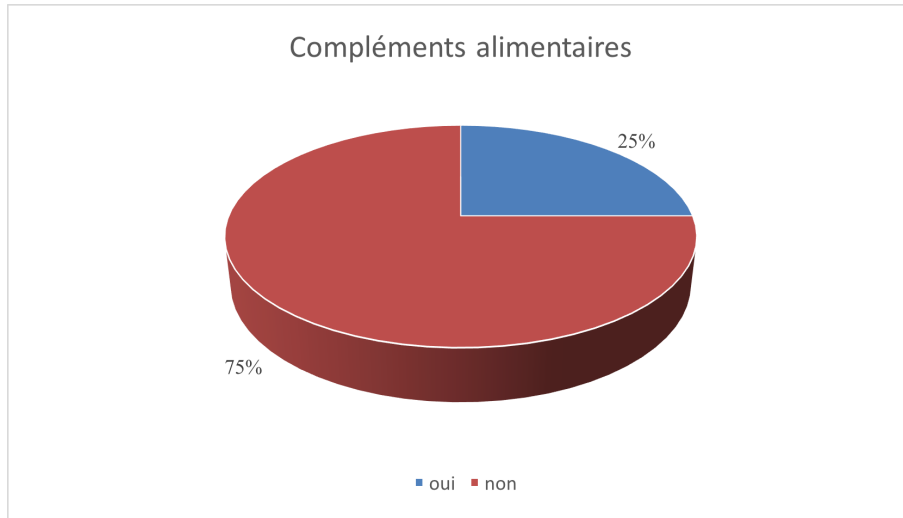


Figure 14. Compléments alimentaires.

7.2.12. Prévention du syndrome de renutrition inappropriée

70% des pédiatres ne prévenaient pas le syndrome de renutrition inappropriée, notamment par la reprise progressive de l'alimentation et la prescription de phosphores, vitamines et oligo-éléments.

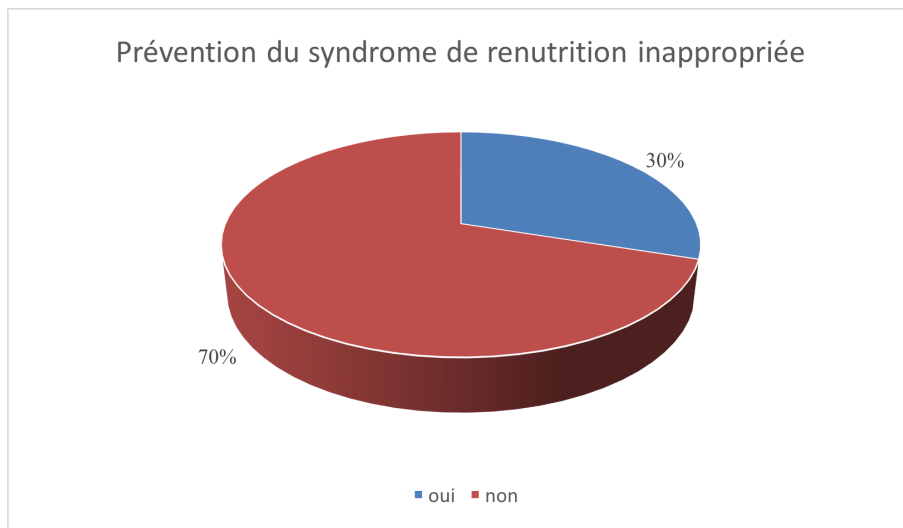


Figure 15. Prévention du syndrome de renutrition inappropriée.

7.2.13. *Prise en charge somatique spécialisée au CHU*

35% des pédiatres proposaient systématiquement une prise en charge somatique spécialisée au CHU et 65% la proposaient en seconde intention en cas d'échec de la prise en charge en ville.

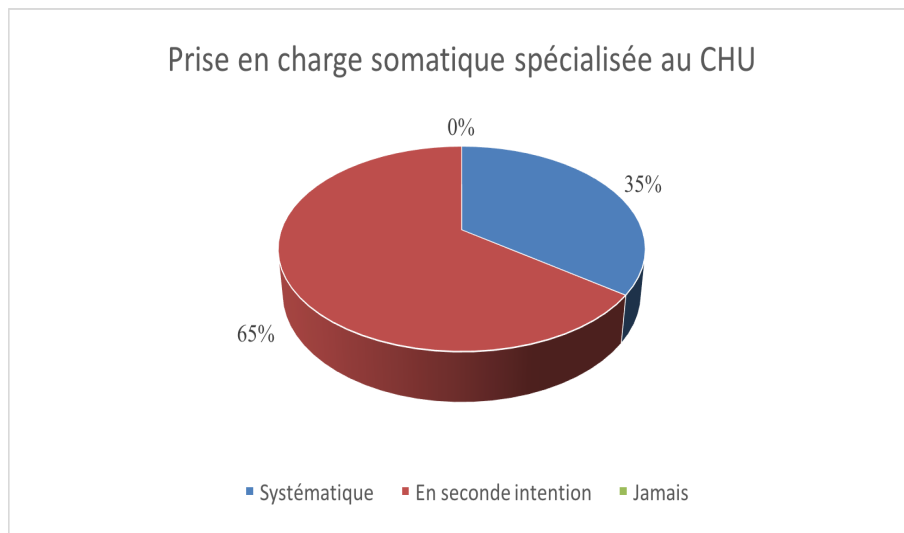


Figure 16. Prise en charge somatique spécialisée au CHU.

7.2.14. *Connaissance des réseaux régionaux*

- Oui : 52,2%
- Non : 47,8%

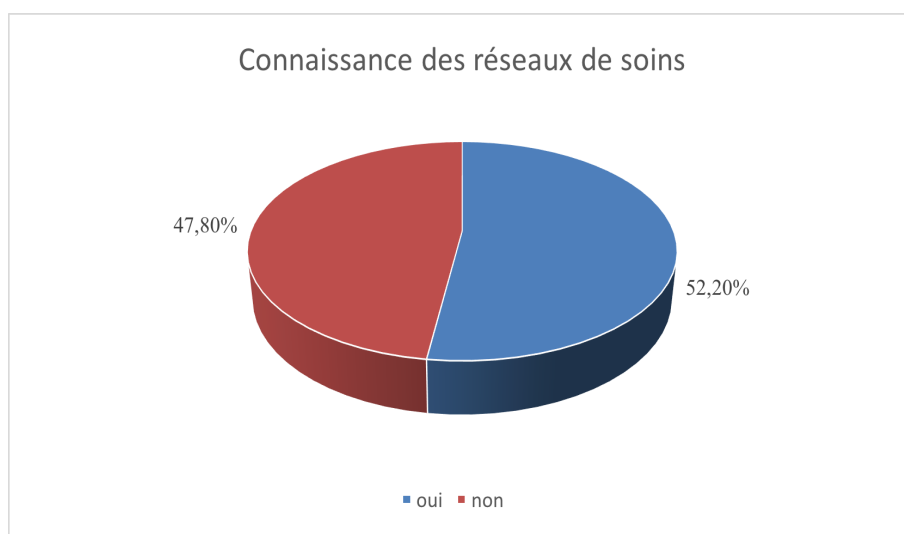


Figure 17. Connaissance des réseaux de soins.

Les pédiatres citaient les lieux suivants :

- Service de psychopathologie de l'adolescent : 45,5%
- MDA du CHU : 36,4%
- Unité d'adolescents de l'hôpital du Havre : 27,3%
- MDA site ville : 18,2%
- Service de nutrition adulte du CHU : 18,2%
- MDA du Havre : 9,1%
- Croix rouge : 9,1%

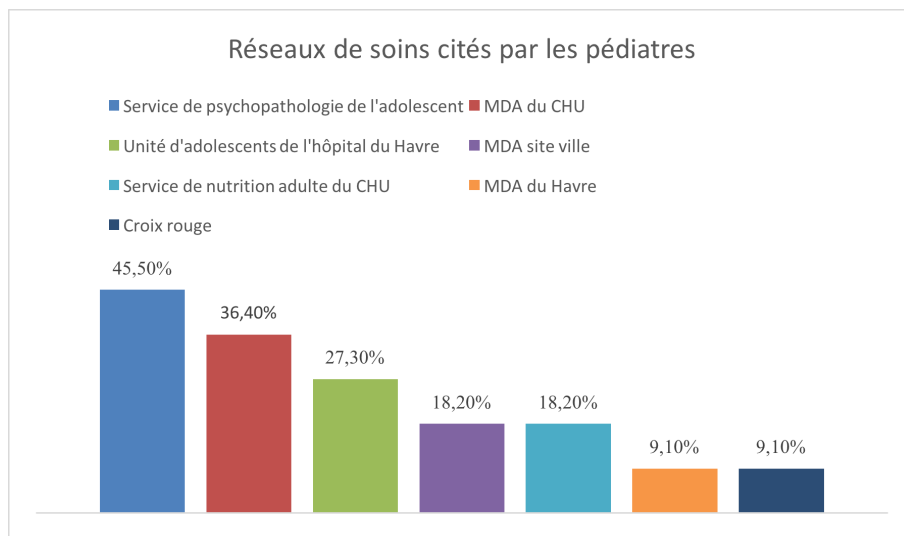


Figure 18. Réseaux de soins cités par les pédiatres.

7.2.15. Suivi psychologique/psychiatrique

85,7% des pédiatres proposaient un suivi psychologique ou psychiatrique de manière systématique, 9,5% selon la demande du patient et 4,8% selon la demande des parents.

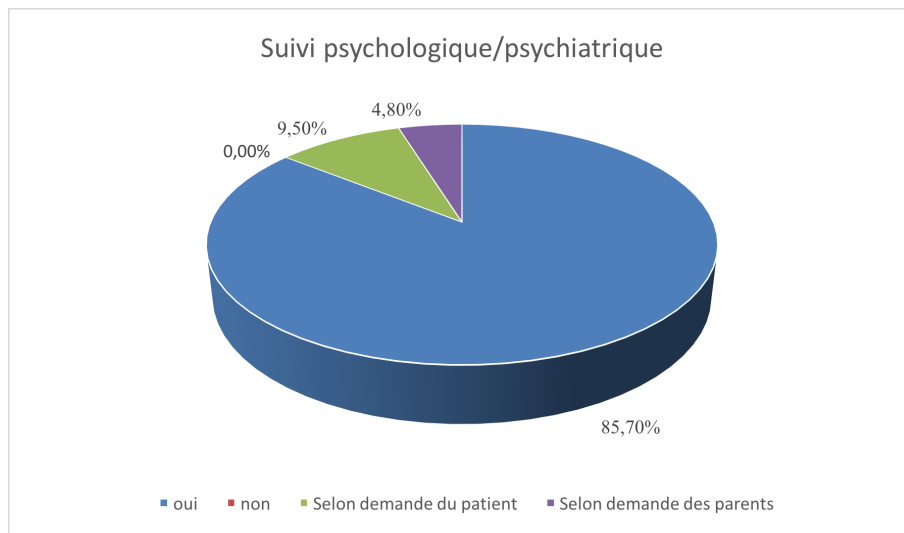


Figure 19. Suivi psychologique/psychiatrique.

7.2.16. Lieu du suivi psychologique/psychiatrique

19% des pédiatres proposaient un suivi uniquement en ville, 38,1% proposaient un suivi exclusivement hospitalier et pour 42,9% le lieu de suivi était variable selon la situation.

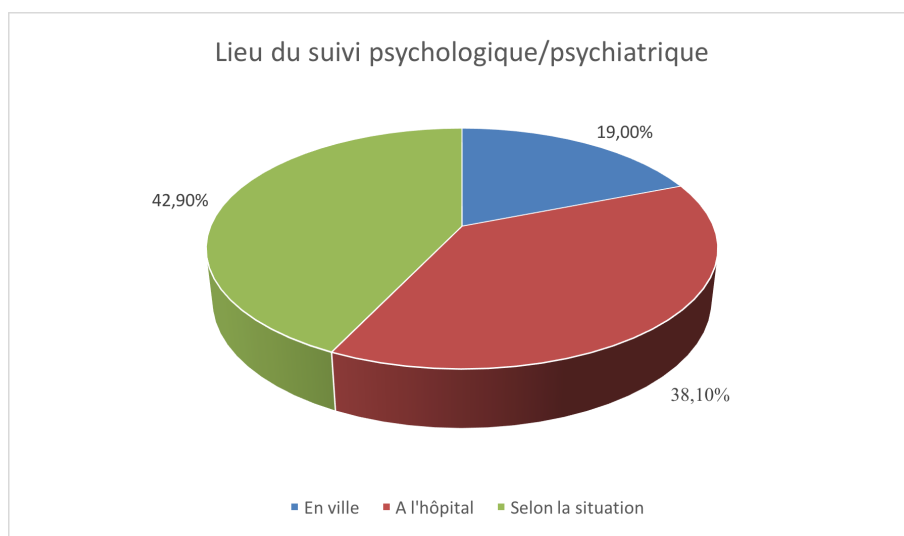


Figure 20. Lieu du suivi psychologique/psychiatrique.

7.2.17. Difficultés dans le suivi de ces patients

76,2% des pédiatres déclaraient rencontrer des difficultés dans le suivi des patients atteints d'anorexie mentale.

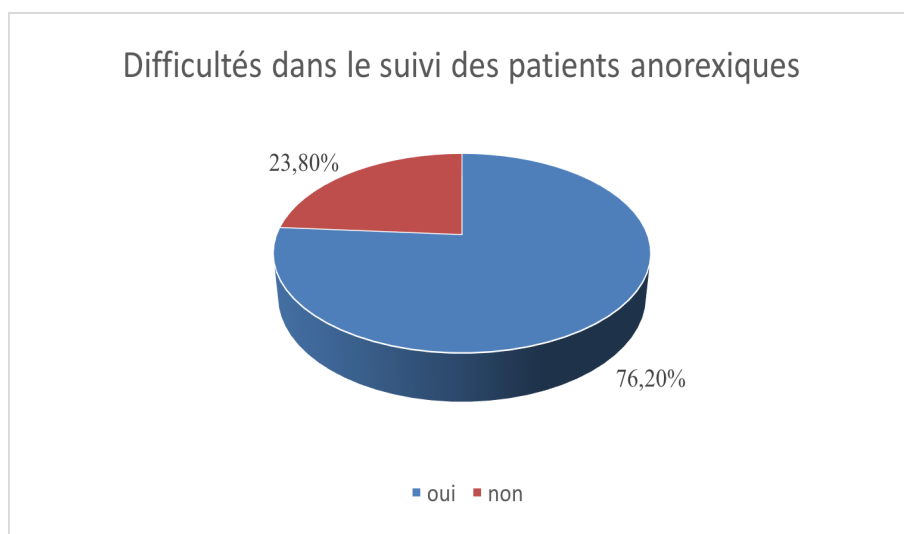


Figure 21. Difficultés dans le suivi des patients anorexiques.

7.2.18. Principales difficultés rencontrées

- Manque de communication avec les intervenants hospitaliers : 68,8%
- Manque de temps : 37,6%
- Manque de formation : 31,3%
- Difficultés de communication avec la famille : 18,8%
- Patients perdus de vue : 18,8%

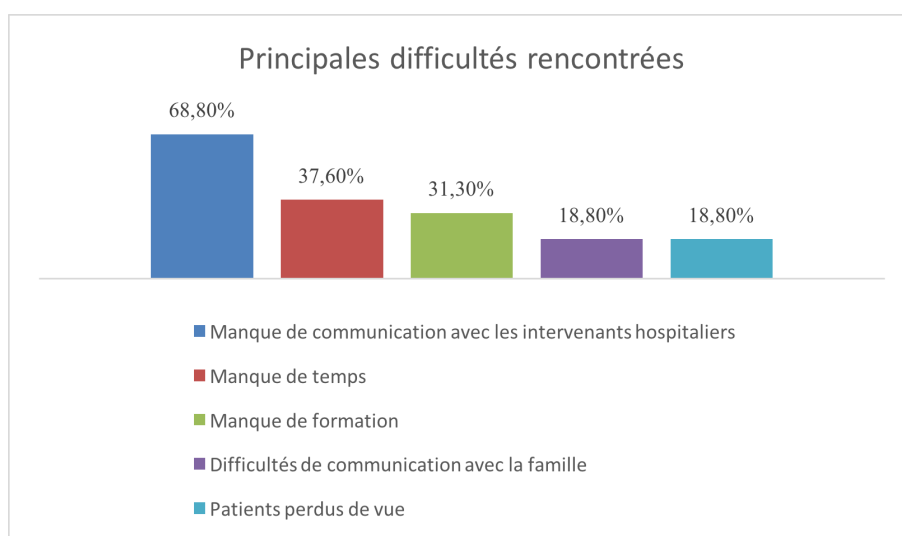


Figure 22. Principales difficultés rencontrées.

7.2.19. Possibilité d'un suivi en pédiatrie de ville

77,3% des pédiatres estimaient que ces patients puissent être suivis en pédiatrie de ville.

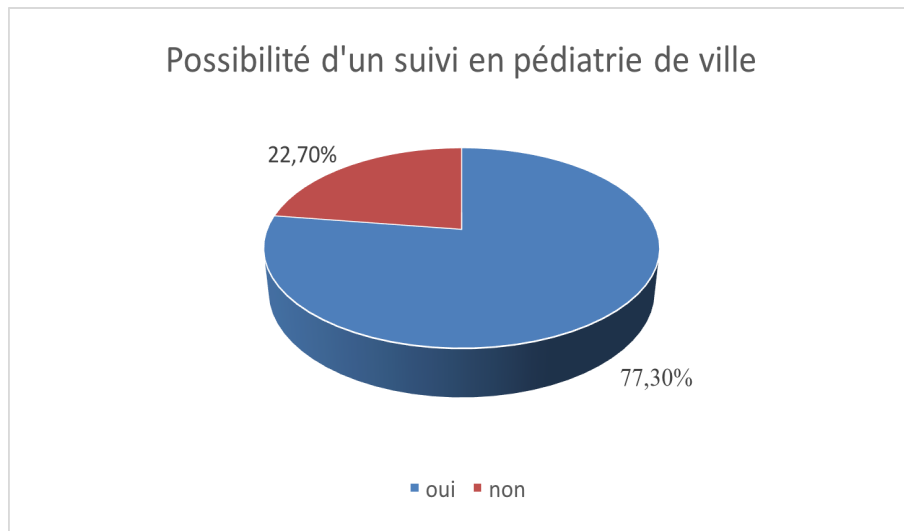


Figure 23. Possibilité d'un suivi en pédiatrie de ville.

7.2.20. Documentation sur la maladie

- Formation continue : 69,6%
- Articles médicaux : 73,9%
- Recommandations HAS : 34,8%
- Médias : 0%
- Autre (staffs, DIU médecine de l'adolescent) : 8,7%

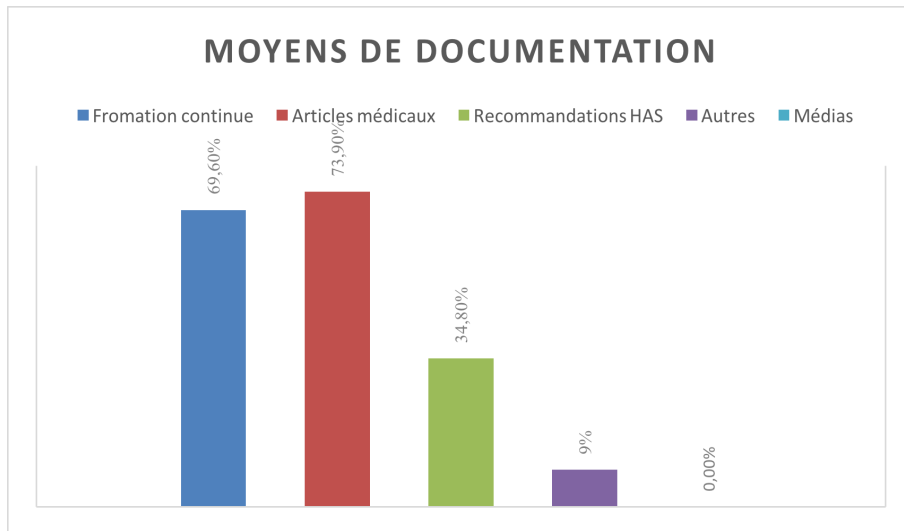


Figure 24. Moyens de documentation sur l'anorexie mentale.

7.2.21. Volonté de participer à une formation sur l'anorexie mentale

- Oui : 65,2%
- Non : 34,8%

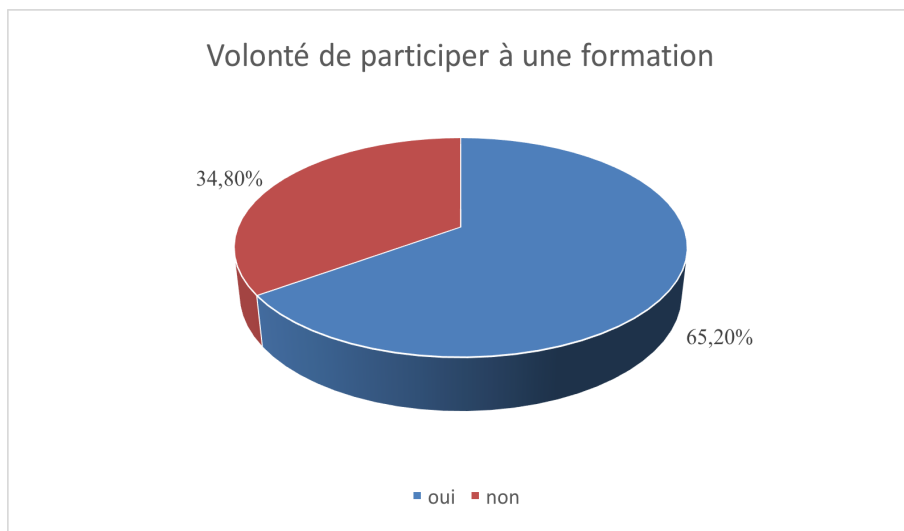


Figure 25. Volonté de participer à une formation sur l'anorexie mentale.

8. Discussion

Peu d'études décrivent les modalités de prise en charge de l'anorexie mentale en médecine de ville. Or, comme nous avons pu le constater, les recommandations françaises et internationales encouragent la prise en charge ambulatoire en première intention. Cette étude est relativement représentative de la situation en Haute-Normandie puisque les données n'étaient manquantes que pour seulement 5 pédiatres. L'échantillon de pédiatres était en adéquation avec les données disponibles à l'échelle nationale (Bouet, 2016), notamment au niveau du sex-ratio et de l'expérience professionnelle.

Toutefois, nous remarquons que seulement 24 pédiatres sur les 43 de notre échantillon, avaient été amenés à prendre en charge des patients atteints d'anorexie mentale au cours de leur carrière. Parmi eux, on constate une médiane de patients suivis relativement faible (10 patients sur toute leur carrière), ce qui montre que très peu de ces patients sont suivis en pédiatrie de ville. Ceci peut s'expliquer en partie par une faible prévalence de la maladie, mais on peut également se demander si certains patients ne sont pas sous-diagnostiqués, en raison de la complexité de cette pathologie, d'autant qu'une grande partie de ces pédiatres exerçait depuis plus de 30 ans et ils n'avaient pas tous reçu de formation continue sur cette pathologie (69,6%). En effet, bien qu'il existe des classifications d'aide au diagnostic, on peut observer que celui-ci n'est pas toujours facile à poser, notamment au début de la maladie. Certains pédiatres évoquaient dans leur définition, des critères présents dans le DSM-5 ou la CIM-10 comme par exemple la restriction alimentaire, la perte de poids intentionnelle ou la dysmorphophobie. Deux éléments présents dans les classifications n'ont pas été évoqués : la peur intense de prendre du poids (présente dans les 2 classifications) et la présence de conduites de purges (présente dans la classification CIM-10). Nous remarquons que l'aménorrhée est toujours considérée comme un critère diagnostique, bien qu'elle ne figure plus dans les classifications. Toutefois, il est vrai qu'il s'agit d'une donnée intéressante à prendre en compte. Certains pédiatres avaient évoqué d'autres critères, relatifs à la notion de mal être général, à la fois physique et psychique. Ces différences avec les classifications couramment utilisées révèlent la difficulté de diagnostic par les pédiatres de ville, notamment dans le diagnostic précoce, qui est un enjeu majeur pour la prise en charge puisqu'il a été montré que les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire consultent plus fréquemment leur médecin de ville dans l'année précédant le diagnostic. Il est également montré qu'un dépistage et un traitement précoces permettent une amélioration du pronostic de l'anorexie mentale, en particulier chez

les enfants et les adolescents. Toutefois, ces données montrent une sensibilité des pédiatres face à certains paramètres qui, bien que ne faisant pas partie du diagnostic, sont intéressants à prendre en compte pour la prise en charge globale du patient.

Nous avons également pu observer que près de 20% des pédiatres adressaient de manière systématique les patients anorexiques pour une prise en charge exclusive au CHU, sans maintenir de suivi ambulatoire par la suite et un pédiatre rapportait hospitaliser tous les patients anorexiques. Paradoxalement, seulement 52,2% des pédiatres, suivant des patients anorexiques, connaissent les réseaux de prise en charge de l'anorexie mentale. Il est important d'informer les pédiatres de toutes les possibilités de prise en charge, notamment à la maison des adolescents site ville et site CHU et dans le service de psychopathologie de l'adolescent du CHU de Rouen.

Une majorité des pédiatres rencontre des difficultés avec les intervenants hospitaliers dans la prise en charge, or ce lien est indispensable, comme le souligne l'HAS dans son guide des recommandations de 2010 (Haute Autorité de Santé, 2010). Cette étude encourage donc à renforcer la place du pédiatre de ville en tant que professionnel de premier recours, tout en favorisant le contact avec les différentes structures de soins présentes sur la région, afin de favoriser la collaboration entre les différents praticiens, pour une meilleure prise en charge de la maladie.

Nous avons également pu observer que l'anorexie mentale est une pathologie chronophage dans sa prise en charge, or les pédiatres de ville disposent généralement de peu de temps pour la consultation. Des pistes restent à explorer afin de limiter l'impact de ce paramètre sur la prise en charge. Une revalorisation tarifaire par la sécurité sociale pourrait par exemple s'avérer nécessaire.

Il existait également des disparités dans la prise en charge :

La majorité des pédiatres semblait convaincue de la nécessité d'un suivi rapproché mais la prise en charge se fait très souvent au cas par cas et il est difficile d'avoir une prise en charge standardisée pour ces patients. La totalité des pédiatres déclarait peser les patients (non anorexiques) à chaque consultation ce qui montre qu'ils sont très vigilants quant au développement staturo-pondéral de leurs patients mais ils n'étaient que 85,7 % à peser les patients anorexiques à chaque consultation. Ceci pourrait s'expliquer soit par le refus du patient lui même, soit par l'absence de nécessité jugée par le praticien. En effet, le rythme des pesées

étant à adapter à l'état clinique. Les pratiques étaient également divergentes quant à la contre-indication sportive, possiblement car il n'existe pas de recommandations à ce sujet. Certains pédiatres évoquaient la peur de l'isolement social et l'accentuation de la stigmatisation. Une discussion sur ce sujet lors de formations pourrait être intéressante.

Cependant, on observe que malgré des recommandations claires sur d'autres paramètres, les pratiques sont variables :

Notamment sur les examens complémentaires à réaliser puisqu'aucun pédiatre ne réalisait l'ensemble des examens recommandés par l'HAS. De plus, la TSH était fréquemment prescrite (dans 65% des cas) alors qu'elle n'est pas recommandée de manière systématique.

L'enquête alimentaire et la collaboration avec les diététiciens n'étaient pas systématique et seulement 25% des pédiatres prescrivaient des compléments alimentaires alors que l'HAS rappelle la possibilité d'avoir recours à ce type de compléments lorsque la reprise d'un régime alimentaire adapté n'est pas possible (Haute Autorité de Santé, 2010). L'ajout de compléments alimentaires permet alors de façon transitoire d'avoir un apport calorique plus élevé.

Enfin, il est important de noter que 70% des pédiatres ne prévenaient pas le syndrome de renutrition inappropriée. Ceci pourrait en partie s'expliquer par le fait que les cas de dénutrition sévère étaient probablement pris en charge au CHU. Toutefois, il est important de rappeler que cette complication peut engager le pronostic vital dans un contexte de défaillance multi viscérale.

Les pédiatres semblaient maîtriser les grands principes de prise en charge, comme par exemple le contrat de poids mais aussi la nécessité absolue d'une prise en charge commune avec les pédopsychiatres puisque la totalité des pédiatres envisageait un suivi psychologique ou psychiatrique. De plus, les critères nécessitant une hospitalisation, étaient bien connus des pédiatres, ils étaient à la fois somatiques (cliniques et paracliniques), psychiatriques et environnementaux.

Les pédiatres de ville semblaient également rencontrer peu de difficultés de communication avec les patients et leur famille et semblaient avoir peu de patients perdus de vue. Il s'agit d'un des points forts de la médecine de ville, le pédiatre étant vu comme une personne de confiance, avec qui le patient et sa famille tissent des liens durables.

De plus, nous avons pu observer que, malgré les difficultés rencontrées, une large majorité des pédiatres estimait pouvoir prendre en charge ces patients en médecine de ville et était demandeuse de formation à ce sujet. En effet, cette thématique est très peu abordée durant

les études médicales et la formation continue ainsi que la littérature médicale restent les principales sources de documentation. Très peu de pédiatres se documentaient via les recommandations de l'HAS, or celle-ci a publié un guide de recommandations de bonne pratique très complet en 2010. Une communication à ce sujet pourrait faciliter la prise en charge de la maladie par les pédiatres de ville. On remarque également qu'aucun pédiatre ne se documente via les médias, notamment internet. Une formation sur la prise en charge de l'anorexie mentale pourrait donc être organisée par les médecins spécialisés du CHU. Elle permettrait d'améliorer la prise en charge globale de maladie et de renforcer le lien ville/hôpital.

Par ailleurs, une étude à l'échelle nationale serait souhaitable afin de confirmer ces résultats.

9. Conclusion

La prise en charge des adolescents est souvent difficile pour les pédiatres, plus classiquement familiers du suivi des enfants. De plus, près d'un tiers des pédiatres n'avait jamais été confrontés à la prise en charge d'un patient atteint d'anorexie mentale, bien qu'ils possèdent une grande expérience professionnelle, puisque la plupart d'entre eux exerçait depuis plus de 30 ans en médecine de ville. En plus d'être une pathologie relativement peu fréquente, l'anorexie mentale est une pathologie complexe dont la prise en charge s'avère souvent difficile. La complexité se retrouve dans le diagnostic, souvent peu évident à poser, avec de nombreux diagnostics différentiels, à la fois somatiques et psychiatriques, mais aussi dans la prise en charge qui, malgré de grandes lignes directrices, doit souvent se faire au cas par cas. Elle nécessite beaucoup de patience et d'empathie de la part des soignants, mais également de travailler en équipe, notamment avec les pédopsychiatres, les psychologues et les diététiciens.

Les recommandations actuelles placent le médecin de premier recours au cœur de la prise en charge et le posent comme coordinateur des différents intervenants. Nous avons pu observer que ce rôle s'avérait parfois complexe en médecine de ville puisque la collaboration avec les différents praticiens n'est pas toujours aisée. En effet, même si la prise en charge psychologique était très souvent proposée, le parcours de soins n'était pas systématisé. De plus, la collaboration avec les diététiciens n'était pas systématique, malgré l'importance de cette évaluation. La collaboration avec les intervenants hospitaliers était également difficile puisqu'il s'agissait d'une des principales difficultés rencontrées pour près de 70% des pédiatres et à peine la moitié des pédiatres, suivant des patients anorexiques, connaissait les différents réseaux de prise en charge de l'anorexie mentale dans la région. Renforcer ce lien entre les différents praticiens hospitaliers et extra hospitaliers et le pédiatre de ville est donc un enjeu majeur pour la prise en charge de cette pathologie, puisque malgré les difficultés rencontrées, les pédiatres étaient en grande majorité favorables à la prise en charge de l'anorexie mentale en médecine de ville. Ils possèdent pour cela de nombreux atouts, comme leur grande expérience professionnelle, leur rigueur dans le suivi des patients, notamment sur le développement staturo-pondéral, mais aussi le lien privilégié qu'ils tissent avec le patient et sa famille au fur et à mesure des années. Par ailleurs, une grande majorité des pédiatres était volontaire pour participer à une formation sur l'anorexie mentale. Celle-ci pourrait être organisée par les praticiens du CHU dans le but de répondre aux questions des pédiatres sur les modalités de prise en charge de l'anorexie mentale mais également de permettre à chacun de mieux se connaître afin de renforcer la place du

pédiatre de ville au cœur de la prise en charge tout en lui donnant les moyens de collaborer au mieux avec les intervenants hospitaliers et extra hospitaliers.

10. Annexes

02/08/2017

Thèse anorexie mentale

Thèse anorexie mentale

1. Adresse e-mail *

2. Etes-vous un homme ou une femme?

Une seule réponse possible.

Homme

Femme

3. Depuis quand exercez-vous en pédiatrie de ville?

Une seule réponse possible.

<5 ans

5-15 ans

15-30 ans

>30 ans

4. De combien de patients se compose votre patientèle?

5. Combien d'adolescents entre 12 et 18 ans suivez-vous?

6. Combien de patients anorexiques suivez-vous ou avez-vous suivi au cours de votre carrière?

7. Quel âge avaient-ils au moment du diagnostic? (possibilité de cocher les 2 réponses)

Plusieurs réponses possibles.

<10 ans

>10 ans

8. Sur quel(s) critère(s) posez-vous le diagnostic d'anorexie mentale?

https://docs.google.com/forms/d/1lL2ZX_5EPEZtL3Dtd0aH87WsxEjh47L9APFq4Ot_0g/edit

1/5

9. A quelle fréquence suivez-vous ces patients?*Plusieurs réponses possibles.*

- A la même fréquence qu'un enfant du même âge en bonne santé
- Plus régulièrement que d'habitude
- En fonction de la demande des parents
- En fonction de la demande de l'enfant
- Autre : _____

10. Pesez-vous systématiquement tous les patients à chaque consultation? (non anorexiques)*Une seule réponse possible.*

- oui
- non
- Autre : _____

11. Pesez-vous systématiquement les patients anorexiques à chaque consultation?*Une seule réponse possible.*

- oui
- non
- Autre : _____

12. Quel(s) examen(s) complémentaires réalisez-vous au moment du diagnostic?*Plusieurs réponses possibles.*

- Numération Formule Sanguine
- Ionogramme sanguin
- Calcémie, phosphorémie, 25 OH D3
- Urée, créatinine
- ASAT, ALAT, gamma GT, phosphatases alcalines, TP
- Albumine, pré albumine
- CRP
- TSH
- Electrocardiogramme
- Ostéodensitométrie
- IRM cérébrale
- Autre : _____

13. Selon quels critères adressez-vous ces patients en hospitalisation?

14. Proposez-vous un contrat de poids avec un objectif de poids final et des objectifs intermédiaires?*Plusieurs réponses possibles.*

- oui
 non
 Selon la situation

15. Prescrivez-vous une contre indication au sport?*Plusieurs réponses possibles.*

- oui
 non
 Selon la situation

16. Réalisez-vous une enquête alimentaire?*Une seule réponse possible.*

- oui
 non

17. Travaillez-vous en collaboration avec des diététiciens?*Une seule réponse possible.*

- oui
 non

18. Prescrivez-vous des compléments alimentaires?*Une seule réponse possible.*

- oui
 non

19. Prévenez-vous systématiquement le syndrome de renutrition inappropriée? (reprise progressive de l'alimentation, vitamines, phosphore, oligoéléments)*Une seule réponse possible.*

- oui
 non

20. Quand proposez-vous une prise en charge somatique spécialisée au CHU?*Une seule réponse possible.*

- Systématiquement
 En seconde intention si échec de la prise en charge en ville
 Jamais

21. Proposez-vous un suivi psychologique/psychiatrique?*Plusieurs réponses possibles.*

- oui
 non
 Selon la demande du patient
 Selon la demande des parents

22. Où proposez-vous ce suivi? (possibilité de cocher les 2 réponses)*Plusieurs réponses possibles.*

- En ville
 A l'hôpital

23. Rencontrez-vous des difficultés dans le suivi de ces patients?*Une seule réponse possible.*

- oui
 non

24. Si oui, lesquelles?*Plusieurs réponses possibles.*

- Manque de temps
 Manque de formation
 Manque de communication avec les intervenants hospitaliers
 Difficultés de communication avec la famille
 Patients perdus de vue
 Autre : _____

25. Pensez-vous que ces patients puissent être suivis en pédiatrie de ville?*Une seule réponse possible.*

- oui
 non

26. Par quel(s) moyen(s) vous documentez-vous sur la maladie?*Plusieurs réponses possibles.*

- Formation continue
 Articles médicaux
 Recommandations HAS
 Médias
 Autre : _____

27. Seriez-vous prêt à participer à une ou plusieurs formations sur ce sujet?*Une seule réponse possible.*

- oui
 non

28. Savez-vous quels réseaux prennent en charge les troubles du comportement alimentaire dans la région ?

Une seule réponse possible.

oui

non

29. Si oui, lesquels?

M'envoyer une copie de mes réponses

Fourni par



11. Bibliographie

American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (2015).

Bergen, A.W., Yeager, M., Welch, R.A., Haque, K., Ganjei, J.K., van den Bree, M.B.M., Mazzanti, C., Nardi, I., Fichter, M.M., Halmi, K.A., *et al.* (2005). Association of multiple DRD2 polymorphisms with Anorexia Nervosa. *Neuropsychopharmacology* (2005).

Bernardoni, F., King, J.A., Geisler, D., Stein, E., Jaite, C., Nätsch, D., Tam, F.I., Boehm, I., Seidel, M., Roessner, V., *et al.* (2016). Weight restoration therapy rapidly reverses cortical thinning in anorexia nervosa: A longitudinal study. *NeuroImage* 130, 214–222.

Bouet, P. Atlas de la démographie médicale en France (2016).

Brown, K.M.O., Bujac, S.R., Mann, E.T., Campbell, D.A., Stubbins, M.J., and Blundell, J.E. (2007). Further evidence of association of OPRD1 & HTR1D polymorphisms with susceptibility to anorexia nervosa. *Biol. Psychiatry* 61, 367–373.

Bulik, C.M., Slof-Op't Landt, M.C.T., van Furth, E.F., and Sullivan, P.F. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annu. Rev. Nutr.* 27, 263–275.

Byford, S., Barrett, B., Roberts, C., Clark, A., Edwards, V., Smethurst, N., and Gowers, S.G. (2007). Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 191, 436–440.

Cathébras, P., Fayard, L., and Rousset, H. (1991). L'anorexie mentale est-elle un désordre culturel? *Rev. Médecine Interne* 12, 104–110.

Chambry, J., and Agman, G. (2006). L'anorexie mentale masculine à l'adolescence. In *La Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent*, pp. 477–511.

Cuntz, U., Enck, P., Frühauf, E., Lehnert, P., Riepl, R.L., Fichter, M.M., and Otto, B. (2013). Cholecystokinin revisited: CCK and the hunger trap in anorexia nervosa. *PloS One* 8, e54457.

Déchelotte, P., Grigioni, S., and Fetissoff, S. (2007). Conséquences digestives de l'anorexie mentale. *Nutr. Clin. Métabolisme* 21, 166–171.

Delanaye, P., Cavalier, E., Radermecker, R.P., Paquot, N., Depas, G., Chapelle, J.-P., Scheen, A.J., and Krzesinski, J.-M. (2008). Cystatin C or creatinine for detection of stage 3 chronic kidney disease in anorexia nervosa. *Nephron Clin. Pract.* 110, c158-163.

Doba, K., Nandrino, J.-L., Dodin, V., and Antoine, P. (2014). Is there a family profile of addictive behaviors? Family functioning in anorexia nervosa and drug dependence disorder. *J. Clin. Psychol.* 70, 107–117.

Godart, N., Berthoz, S., Curt, F., Perdereau, F., Rein, Z., Wallier, J., Horreard, A.-S., Kaganski, I., Lucet, R., Atger, F., *et al.* (2012). A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *PLOS ONE* 7, e28249.

Gowers, S.G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurst, N., Byford, S., and Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 191, 427–435.

le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., and Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 43, 1–5.

Guidoum, M., Crenn, P., Cournède, N., De Truchis, P., and Melchior, J.-C. (2007). P038 Cytolyse hépatique au cours des dénutritions sévères chez les patients atteints d'anorexie mentale. *Nutr. Clin. Métabolisme* 21, 64–65.

Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge (2010).

Herpertz-Dahlmann, B. (2009). Adolescent Eating Disorders: Definitions, Symptomatology, Epidemiology and Comorbidity. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 18, 31–47.

Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Egberts, K., Warnke, A., Wewetzer, C., Pfeiffer, E., Fleischhaker, C., Scherag, A., Holtkamp, K., *et al.* (2014). 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 Lond. Engl.* 383, 1222–1229.

Heuzey, M.F.L. (2002). Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ? </data/revues/00034487/v0160i04/02001774/> 160, 327–331.

Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr. Opin. Psychiatry* 19, 389–394.

Holland, A.J., Hall, A., Murray, R., Russell, G.F., and Crisp, A.H. (1984). Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 145, 414–419.

Howgate, D.J., Graham, S.M., Leonidou, A., Korres, N., Tsiridis, E., and Tsapakis, E. (2013). Bone metabolism in anorexia nervosa: molecular pathways and current treatment modalities. *Osteoporos. Int. J. Establ. Result Coop. Eur. Found. Osteoporos. Natl. Osteoporos. Found. USA* 24, 407–421.

Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., and Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry* 61, 348–358.

Hütter, G., Ganepola, S., and Hofmann, W.-K. (2009). The hematology of anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 42, 293–300.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Susser, E.S., Linna, M.S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C.M., Kaprio, J., and Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am. J. Psychiatry* 164, 1259–1265.

Lachaud, M., Miquel, V., Rousseau, A., and Chabrol, H. (2004). Pratiques alimentaires et préoccupations corporelles chez les jeunes femmes. *J. Thérapie Comport. Cogn.* *14*, 131–134.

Le Heuzey, M. & Acquaviva, E. Anorexie mentale de l'enfant prépubère (2006).

Martinussen, M. *et al.* The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eat. Weight Disord. - Stud. Anorex. Bulim. Obes.* 1–9 (2016).

McElroy, S.L., Guerdjikova, A.I., Mori, N., and Keck, P.E. (2015). Psychopharmacologic treatment of eating disorders: emerging findings. *Curr. Psychiatry Rep.* *17*, 35.

Miniati, M., Mauri, M., Ciberti, A., Mariani, M.G., Marazziti, D., and Dell'Osso, L. (2016). Psychopharmacological options for adult patients with anorexia nervosa. *CNS Spectr.* *21*, 134–142.

Ministère des affaires sociales et de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10 FR (2015).

Misra, M., and Klibanski, A. (2006). Anorexia nervosa and osteoporosis. *Rev. Endocr. Metab. Disord.* *7*, 91–99.

NICE guideline. Eating disorders: recognition and treatment (2017).

Papadopoulos, F.C., Ekblom, A., Brandt, L., and Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry* *194*, 10–17.

Pardo, E. & Lescot, T. Le syndrome de renutrition inappropriée (2015).

Raevuori, A., Hoek, H.W., Susser, E., Kaprio, J., Rissanen, A., and Keski-Rahkonen, A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PloS One* *4*, e4402.

Ribases, M., Gratacos, M., Badia, A., Jimenez, L., Solano, R., Vallejo, J., Fernandez-Aranda, F., and Estivill, X. (2005). Contribution of NTRK2 to the genetic susceptibility to anorexia nervosa, harm avoidance and minimum body mass index. *Mol. Psychiatry* *10*, 851–860.

Roux, H., Chapelon, E., and Godart, N. (2013). [Epidemiology of anorexia nervosa: a review]. *L'Encephale* *39*, 85–93.

Rowa, K., Kerig, P.K., and Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: examining parent–child boundary problems†. *Eur. Eat. Disord. Rev.* *9*, 97–114.

Rybakowski, F., Slopian, A., Dmitrzak-Weglarz, M., Czerski, P., Rajewski, A., and Hauser, J. (2006). The 5-HT2A -1438 A/G and 5-HTTLPR polymorphisms and personality dimensions in adolescent anorexia nervosa: association study. *Neuropsychobiology* *53*, 33–39.

Schneiter, S. *et al.* Les conséquences rénales de l'anorexie (2009).

Schorr, M., and Miller, K.K. (2017). The endocrine manifestations of anorexia nervosa:

mechanisms and management. *Nat. Rev. Endocrinol.* *13*, 174–186.

Sommelet, D. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent
L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé (2007).

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., and Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am. J. Psychiatry* *157*, 393–401.

Uher, R., Murphy, T., Brammer, M.J., Dalgleish, T., Phillips, M.L., Ng, V.W., Andrew, C.M., Williams, S.C.R., Campbell, I.C., and Treasure, J. (2004). Medial prefrontal cortex activity associated with symptom provocation in eating disorders. *Am. J. Psychiatry* *161*, 1238–1246.

Valère, V. *Le Pavillon des enfants fous* (1978).

RESUME

Modalités de prise en charge de l'anorexie mentale en médecine de ville : enquête rétrospective auprès de 43 pédiatres exerçant en Seine-Maritime et dans l'Eure.

INTRODUCTION : Les préoccupations corporelles sont nombreuses au sein de notre société, cependant, les cas d'anorexie mentale sont rares en médecine de ville.

OBJECTIFS : L'objectif principal était d'évaluer les modalités de prise en charge de l'anorexie mentale par les pédiatres de ville et d'en apprécier la corrélation avec les recommandations françaises et internationales. L'objectif secondaire était d'estimer les difficultés rencontrées par les pédiatres ainsi que les besoins de formation pour la prise en charge de cette pathologie.

MATERIEL ET METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative, rétrospective, portant sur les pratiques des pédiatres de ville de Seine-Maritime et de l'Eure, à partir d'un auto-questionnaire, ayant eu lieu de janvier à mai 2017.

RESULTATS : Sur les 43 pédiatres de ville de la région, 24 pédiatres (55,8%) ont répondu au questionnaire, de façon totale ou partielle, 14 pédiatres (32,6%) n'avaient jamais pris en charge de patient anorexique et les données étaient manquantes pour 5 pédiatres (11,6%). Nous avons pu observer des disparités dans la prise en charge, notamment sur la fréquence de suivi, la fréquence des pesées ou la contre indication au sport, pour lesquelles les recommandations actuelles ne statuent pas. Toutefois, malgré des recommandations établies sur d'autres paramètres tels que les examens complémentaires nécessaires, la collaboration avec les diététiciens, la prescription de compléments alimentaires ou encore la prévention du syndrome de renutrition inappropriée, des difficultés persistent dans la prise en charge.

Cependant, les pédiatres de ville possèdent de nombreux atouts et maîtrisent les grands principes de prise en charge tels que la collaboration avec les pédopsychiatres ou le contrat de poids et connaissent parfaitement les critères d'hospitalisation.

De plus, ils rencontrent peu de difficultés de communication avec les patients et leur famille et ont peu de patients perdus de vue. Enfin, ceux-ci manifestent le souhait de prendre en charge ces patients malgré les difficultés rencontrées et sont demandeurs de formation.

CONCLUSION : L'anorexie mentale est une pathologie complexe dont la prise en charge s'avère souvent difficile. Renforcer les liens entre les différents praticiens hospitaliers et le pédiatre de ville est un enjeu majeur.

MOTS CLES : anorexie mentale, pédiatrie, ambulatoire.