



HAL
open science

Prise en charge de l'anorexie mentale à l'officine

Léa-Anaïs Faure

► **To cite this version:**

Léa-Anaïs Faure. Prise en charge de l'anorexie mentale à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03014658

HAL Id: dumas-03014658

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03014658v1>

Submitted on 19 Nov 2020

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2020

Prise en charge de l'anorexie mentale à l'officine

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN
PHARMACIE DIPLÔME D'ÉTAT

FAURE Léa-Anaïs

[Données à caractère personnel]

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le : 09/11/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Docteur Isabelle HININGER FAVIER, maître de conférences en biochimie et nutrition

Membres :

Docteur Catherine GILLY (directrice de thèse), maître de conférence émérite en
Chimie Thérapeutique

Docteur Béatrice BELLET, maître de conférence associée, Pharmacien Adjoint

Docteur Laure BAPTISTA, Titulaire de la pharmacie Saint Bruno à Grenoble

L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

LISTE ACTUALISÉE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR DE
PHARMACIE DE GRENOBLE

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Michel SEVE**
Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Christine DEMEILLIERS**
Année 2019 - 2020

ENSEIGNANTS – CHERCHEURS

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MAST	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055
PU-PH	BEDOUCH	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS
MCF	BELAIDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042
MAST	BELLET	BEATRICE	-
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	IAB – CRI INSERM U823
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042
PU	BURMEISTER	WIM	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309
Professeur Emerite	CALOP	JEAN	
MCF	CAVAILLES	PIERRE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS
MCU -PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-
PU	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF Emérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON
MCF	DEMEILLIERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
PU-PH	FAURE	PATRICE	HP2 – INSERM U1042

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042
PRCE	FITE	ANDREE	-
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF Emerite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042
Professeure Emérite	GRILLOT	RENEE	-
MCF Emérite	GROSSET	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR 5063 CNRS
AHU	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-
AHU	MAZET	ROSELINE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	MELO DI LIMA	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR 5525 CNRS, TheMAS
MCF	RACHIDI	WALID	LCIB – UMR E3 CEA
MCF	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042
PAST	RIEU	ISABELLE	-
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	
PU-PH	SEVE	MICHEL	LBFA – INSERM U1055
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	WOUESSIDJEWE	DENIS	DPM – UMR 5063 CNRS

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire
 ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
 BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 CIB : Centre d'Innovation en Biologie
 CRI : Centre de Recherche INSERM
 CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
 DCE : Doctorants Contractuels Enseignement
 DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
 HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
 IAB : Institute for Advanced Biosciences
 IBS : Institut de Biologie Structurale
 LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
 LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
 LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
 LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
 LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
 LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique
 LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
 MAST : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel
 MCF : Maître de Conférences des Universités
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
 PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
 PRAG : Professeur Agrégé
 PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

Dédicaces

À mes parents,

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, merci de m'avoir aidé à chacune des étapes de ma vie, merci de m'aimer toujours aussi fort, merci d'avoir aussi bien réussi votre rôle de parents, merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui et de me rendre heureuse.

À ma sœur et mon frère, mes alliés de toujours, ma plus grande fierté et mon plus grand bonheur. Je suis si fière des personnes incroyables que vous êtes. Je vous aime du plus profond de mon âme.

À mon amour, mon mari, tu m'as tant aidé, tu as bouleversé ma vie, tu m'as fait découvrir l'amour et le monde. J'ai hâte de vivre l'avenir avec toi.

À Axelle, toi, toi mon toi, ma meilleure amie, mon binôme, bientôt 20 ans d'amitié, de rire et surtout d'amour.

À mon Papy, merci de m'aimer, de m'encourager, de croire en moi et à **Maryse** d'être comme une mamie pour moi, de prendre de mes nouvelles, d'être une confidente et une oreille attentive.

À Océane, mon amie de toujours, qui a toujours marché à mes côtés et pour ça je t'en serais toujours reconnaissante.

À mes amies de longues dates, Tiffany, Ines, Pauline, Doriane, Audrey

À mes amies de la fac, Meryem, Soum merci d'avoir embelli mes stages à l'hôpital, Mongi, Benjamin, Coralie merci de m'avoir fait rire, j'ai passé des années formidables à vos côtés, Laure, Maxine, Chloé, cette thèse c'est aussi pour toi Cassandra.

À toute l'équipe d'Intermarché où j'ai passé des moments formidables en tant qu'étudiante.

À toutes les pharmacies où j'ai travaillé, qui m'ont fait grandir et qui m'ont appris énormément sur moi et sur mon métier.

Remerciements

Aux membres du jury,

À Mme Isabelle HININGER-FAVIER,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et pour tout l'enseignement reçu sur le sujet de l'alimentation qui me passionne tant. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

À Mme Catherine GILLY,

Pour m'avoir fait l'honneur de bien vouloir accepter la direction de cette thèse, sur ce sujet qui me tenait tant à cœur.

Merci d'avoir été aussi disponible, bienveillante et à l'écoute. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance.

A Mme Béatrice BELLET,

Merci de m'accompagner une fois de plus dans une autre étape de mes études. Merci pour tout ce que vous nous avez appris et transmis, merci pour votre gentillesse et votre encadrement durant ses années.

A Mme Laure BAPTISTA,

Merci infiniment d'avoir accepté de prendre sur votre temps pour être présente, j'ai aimé chaque moment passé à travailler dans votre officine, vous êtes une grande source de motivation et d'inspiration.

TABLE DES MATIERES

Liste des Abréviations	11
Liste des Annexes	12
Liste des Définitions	13
Liste des Tableaux	14
Liste des Figures	15
Introduction	16
<u>1 L'ANOREXIE.....</u>	<u>18</u>
1.1 DÉFINITION DE L'ANOREXIE.....	18
1.2 ÉPIDÉMIOLOGIE	19
1.3 LES DIFFÉRENTES FORMES D'ANOREXIE :	20
1.3.1 ANOREXIE MENTALE RESTRICTIVE PURE :	20
1.3.2 ANOREXIE MENTALE BOULIMIQUE	20
1.4 ÉTIOLOGIES	22
1.4.1 FACTEURS PERSONNELS.....	22
1.4.2 FACTEURS GÉNÉTIQUES :	23
1.4.3 FACTEURS FAMILIAUX ET RELATIONNELS :	24
1.4.4 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX :	25
1.5 DIAGNOSTIC.....	27
1.5.1 ANOREXIE	27
1.5.2 AMAIGRISSEMENT :	27
1.5.3 AMÉNORRHÉE :	30
1.6 CONSÉQUENCES `	31
1.6.1 CONSÉQUENCES GÉNITALES ET SEXUELLES	31

1.6.2	CONSÉQUENCES OSSEUSES	32
1.6.3	CONSÉQUENCES PHYSIOLOGIQUES.....	32
1.6.4	CONSÉQUENCES CARDIOVASCULAIRES ET RÉNALES	33
1.6.5	CONSÉQUENCES GASTRO-INTESTINALES	34
1.6.6	CONSÉQUENCES MUSCULAIRES.....	34
1.6.7	CONSÉQUENCES PHYSIQUES ET ESTHÉTIQUES.....	35
1.6.8	CONSÉQUENCES RELATIONNELLES ET PSYCHOLOGIQUES.....	35
1.6.9	CONSÉQUENCES SUR LA QUALITÉ DE SOMMEIL.....	36
1.7	SIGNES ACCOMPAGNATEURS.....	36
1.7.1	LA DYSMORPHOPHOBIE.....	36
1.7.2	LE PERFECTIONNISME	37
1.7.3	LA CARENCE AFFECTIVE.....	38
1.7.4	LA POTOMANIE.....	39
1.7.5	LES HABITUDES ET RITUELS ALIMENTAIRES.....	39
1.7.6	L'HYPERACTIVITÉ.....	40
2	<u>PRISE EN CHARGE</u>.....	41
2.1	PRÉVENTION ET ÉDUCATION	41
2.1.1	AU SEIN DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL.....	41
2.1.2	LE MONDE MÉDICAL.....	42
2.1.3	LES DANGERS D'INTERNET.....	43
2.1.4	LA LOI EN FRANCE SUR LE MANNEQUINAT	44
2.1.5	LA PRÉVENTION EN MILIEU SCOLAIRE	45
2.2	REPÉRAGE DE L'ANOREXIE	46
2.2.1	LES SIGNES INDICATEURS	46

2.2.1.1	Chez l'enfant.....	46
2.2.1.2	Chez l'adolescent	46
2.2.1.3	Chez l'adulte.....	47
2.2.1.4	Populations à risque.....	47
2.2.2	DIAGNOSTIC.....	48
2.2.2.1	CIM-11.....	49
2.2.2.2	DSM IV	50
2.2.2.3	CFTMEA	51
2.2.2.4	Diagnostic différentiel à l'attention de la famille.....	51
2.3	LES DIFFÉRENTES FORMES DE PRISES EN CHARGE	52
2.3.1	LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE	53
2.3.1.1	La renutrition orale et / ou à l'aide de compléments alimentaires	54
2.3.1.2	La nutrition par voie entérale	55
2.3.1.3	La renutrition par voie parentérale	56
2.3.2	LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE.....	56
2.3.2.1	Les thérapies de soutien	56
2.3.2.2	Les thérapies interpersonnelles (TIP)	56
2.3.2.3	Les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC)	57
2.3.3	ALTERNATIVE À LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE	57
2.3.3.1	L'hospitalisation complète	57
2.3.3.2	L'hospitalisation en hôpital de jour (HDJ).....	58
2.3.3.3	L'hospitalisation sous contrainte	58
2.3.3.4	Les institutions de soins études	59
2.3.3.5	Prise en charge de l'entourage	60
2.3.3.6	Art thérapie	61

2.3.3.7	Approche corporelle	61
2.3.3.8	Prise en charge pharmacologique	62
3	<u>PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE.....</u>	63
3.1	RÔLE DU PHARMACIEN	63
3.2	CONSEILS À L'OFFICINE	64
3.3	ÉVOLUTION POSSIBLE DE LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE	65
3.3.1	PRÉVENTION.....	65
3.3.2	SUIVI SOUS FORME DE JOURNAL DE BORD.....	65
4	<u>ENQUÊTE DE TERRAIN</u>	71
5	<u>CONCLUSION</u>	80
6	<u>ANNEXES</u>	82
7	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	87
8	<u>SITOGRAPHIE</u>	87
9	<u>SERMENT DE GALIEN</u>	91
10	<u>RESUME</u>	92

Liste des abréviations

ABA : Anorexiques Boulimiques Anonymes

AM : Anorexie Mentale

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNO : Complément de nutrition orale

DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5-ème édition)

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de jour

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SCOFF-F : *Sick Control One Stane Fat Food French*

SNG : Sonde naso-gastrique

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapies Comportementales et Cognitivo-comportementales

TIC : Thérapies Interpersonnelles

Liste des annexes

Annexe 1 : Évaluation globale de l'état du patient au début de la prise en charge ...	82
Annexe 2 : Critères somatiques d'hospitalisation	83
Annexe 3 : Critères psychiatriques d'hospitalisation	85
Annexe 4 : Critères environnementaux d'hospitalisation	86

Liste des définitions

Boulimie : se manifestant par des ingestions excessives de nourriture

Dysphorique : désigne une perturbation de l'humeur caractérisée par un sentiment déplaisant et dérangent d'inconfort émotionnel ou mental, symptôme de la tristesse, de l'anxiété, de l'insatisfaction, de la tension, de l'irritabilité, ou de l'indifférence.

Obésité : accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé

Parentérale : Qui s'administre par une voie autre que la voie digestive, généralement sous la forme d'injection intraveineuse, musculaire, sous-cutanée

Pro-Ana : Le mouvement pro-ana assemble des personnes faisant la promotion de l'anorexie mentale et des troubles du comportement alimentaire. Les adeptes prônent l'anorexie comme mode de vie en cherchant à enrôler d'autres jeunes filles.

Sérotonine : La sérotonine est un neurotransmetteur du système nerveux central impliqué dans la gestion des humeurs et est associé à l'état de bonheur.

Liste des Tableaux

Tableau I : Comparatif des formes restrictives et boulimiques	20
Tableau II : Classification internationale des adultes en sous poids, sur poids et obésité selon l'IMC	28
Tableau III : Test SCOFF-F	47
Tableau IV : Auto-observation des repas sur une journée	65
Tableau V : Objectifs sur l'organisation des repas	65
Tableau VI : Objectifs de consommation des aliments interdits	67
Tableau VII : Objectifs pour contrôler l'hyperactivité	68
Tableau VIII : Objectifs pour prendre confiance en soi	69

Liste des Figures

Figure 1 : Femme aux côtes apparentes mesurant son tour de taille	27
Figure 2 : Mannequin sur les podiums avec des jambes décharnées	27
Figure 3 : La pyramide alimentaire	66
Figure 4 : Le cercle vicieux de l'hyperactivité dans la perte de poids	67
Figure 5 : L'analyse d'une situation	68
Figure 6 : Proportion d'hommes et de femmes répondant au questionnaire	71
Figure 7 : Age des personnes ayant répondu au questionnaire	72
Figure 8 : L'âge du développement de la maladie	73
Figure 9 : Comment se définit votre anorexie	74
Figure 10 : Présence de personne atteinte d'anorexie dans l'entourage	74
Figure 11 : La fréquence de la pesée	75
Figure 12 : Accompagnement de l'anorexie par un ou des autres troubles	76
Figure 13 : Cause du développement de l'anorexie	77

Introduction

Dans la pyramide des besoins (également connue sous le nom de Pyramide de Maslow), se nourrir rentre dans la catégorie des besoins physiologiques, indispensables à la survie de l'être humain.

Pourtant l'anorexie mentale est caractérisée par une restriction alimentaire volontaire. Elle fait partie de la famille des troubles du comportement alimentaire, également connue sous le nom de TCA, où l'on retrouve également la boulimie.

C'est une maladie dont la prévalence ne cesse de croître depuis plusieurs années et dont l'issue peut être mortelle.

L'anorexie a toujours existé, à l'instar de Catherine de Sienne, surnommé la patronne des anorexiques qui à 33 ans au 14^e siècle, décide de se priver de toute sorte de nourriture et s'éteindra par la suite 3 mois plus tard.

Ce travail est consacré à la mise en lumière de ce trouble alimentaire peu connu, mais bien réel et souvent entouré d'idées reçues.

Ma réflexion commence avec plusieurs interrogations. Combien de personnes rentrent chaque jour dans une pharmacie en France ? Nous sommes les professionnels de santé les plus accessibles et les plus présents sur le territoire. Combien de malades ont-ils des difficultés à être pris en charge, à s'entourer d'une équipe spécialisée et compétente dans le domaine des troubles alimentaires alors que le pharmacien est présent sur tout le territoire Français ?

Ce travail est découpé en trois parties :

- Premièrement, nous définirons la maladie et sa clinique, nous développerons les facteurs d'apparition et les conséquences.

- Deuxièmement, nous montrerons la complexité de la prise en charge et les différents traitements en insistant sur l'alliance de l'équipe soignante et du malade, ainsi que le rôle indispensable de l'étape de renutrition.
- Dans une troisième partie, nous développerons le rôle du pharmacien tout en proposant des pistes de réflexions.
- Avant de conclure, pour étayer ma thèse j'ai élaboré un questionnaire pour développer les connaissances autour de cette maladie et essayer d'établir la place actuelle du pharmacien dans la prise en charge.

1 L'anorexie

1.1 Définition de l'anorexie

L'anorexie vient du grec ancien de ἀν (-an : sans) et de ὄρεξις (-orexis : appétit) = « perte du désir (de manger) ».

L'anorexie est un symptôme qui correspond à une perte d'appétit. L'anorexie mentale est un trouble psychopathologique où il n'y a pas de perte de l'appétit mais plutôt une lutte contre la faim et l'absorption d'aliments.

L'anorexie est l'un des trois symptômes de l'altération de l'état général (anorexie, asthénie, amaigrissement). Elle peut être causée par des maladies (cancers, infections), des causes psychologiques (dépression, anxiété, choc émotionnel), un effet indésirable induit par un certain nombre de médicaments (amphétamines, antidépresseurs, antibiotiques) et bien d'autres facteurs.

Quelle que soit son origine, lorsqu'elle dure trop longtemps, elle est source de dénutrition.

L'anorexie mentale se caractérise par une restriction des apports alimentaires conduisant à une perte importante de poids associée à une peur intense de grossir.

L'anorexie mentale fait partie avec la boulimie et l'hyperphagie (liste non exhaustive), des troubles du comportement alimentaire plus communément appelé TCA.

La personne souffrant d'anorexie mentale a le sentiment d'être toujours en surpoids et cherche à maigrir par tous les moyens. Cela passe notamment par le contrôle des aliments consommés. La personne a une perception perturbée de l'image de son corps et ne reconnaît pas la gravité de sa maigreur.

L'anorexie n'est pas un poids mais une pensée de poids. En effet, on peut être anorexique sans être d'une extrême maigreur. L'anorexie est avant tout une maladie

mentale qui est liée à un désordre psychique, psychologique et cognitif avant d'être une maladie physique et qui se ressent sur le corps.

Dans la classification mondiale des maladies publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Classification CMI-11 (mai 2019), on retrouve les maladies liées aux désordres alimentaires au chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (1). Cette nouvelle version rentrée en œuvre au 1^{er} janvier 2020.

1.2 Épidémiologie

Les chiffres réels des personnes atteintes d'anorexie mentale sont difficiles à établir. Une méta analyse de 2020, qui prend en compte 31 études sur la prévalence de l'anorexie dans le monde de 1980 à 2019, conclue à une variété de résultats, due à des méthodes, des critères d'inclusions, des outils de mesures très hétérogènes (2). Néanmoins, toutes les études sont d'accord pour conclure à une augmentation significative du nombre de cas.

Aux États-Unis, une étude incluant 100.000 personnes (1 femme pour 1 homme) de tout âge, constate qu'un homme sur 7 et qu'une femme sur 5 développe des troubles alimentaires durant la période d'étude. L'apparition de ces désordres alimentaires survient plus précisément à l'adolescence et au début de la vie d'adulte (3).

L'anorexie se déclenche le plus souvent entre 14 et 17 ans, avec un pic maximal à 16 ans. Elle peut néanmoins survenir plus tôt, à partir de 8 ans, ou plus tard après 18 ans. Elle touche principalement les femmes mais les hommes sont aussi concernés.

1.3 Les différentes formes d'anorexie :

1.3.1 Anorexie mentale restrictive pure :

Dans l'anorexie mentale restrictive pure, l'amaigrissement n'est obtenu que par la restriction alimentaire et l'hyperactivité physique.

Il s'agit souvent d'une restriction alimentaire justifiée au début, par un régime à l'initiative de l'individu et qui deviendra à terme de plus en plus sévère et drastique. La sensation de faim disparaît progressivement et à une perte d'appétit se substitue une intolérance à l'alimentation. Il s'instaure alors un refus obsessionnel et constant de s'alimenter sans que cela soit associé à une raison somatique apparente.

1.3.2 Anorexie mentale boulimique

L'anorexie mentale boulimique est caractérisée par des crises de boulimie où l'anorexique s'inflige des vomissements, ou s'aide de tout autre moyen l'aidant à perdre du poids tel que la prise de laxatifs, de diurétiques, de lavements.

Qu'est-ce qu'une crise de boulimie ? C'est l'ingestion d'une grande quantité d'aliments dans un délai très court. Ceux-ci sont sélectionnés pour leur apport hypercalorique et souvent diabolisés dans la vie quotidienne et donc non consommés.

Les aliments mis dans la catégorie des interdits entraînent de la frustration. Le risque est de rentrer dans un cercle vicieux : plus l'on se prive, plus l'aliment devient obsessionnel et déclenche un « craving ».

Le « craving » (souvent utilisé pour caractériser les crises alimentaires) évoque le désir, la pulsion, le besoin, l'envie, doublé d'un caractère irrépressible et irrésistible.

La crise est en général précédée d'une angoisse, d'une agitation, d'une contrariété.

Elle se fait sans sensation de faim, sans plaisir, souvent en cachette et à distance des repas. La fin de repas peut également être la porte ouverte à la "perte de contrôle" et

au déclenchement d'une crise. La personne essaie de se raisonner mais l'ingestion alimentaire devient impérieuse et compulsive.

La crise prend fin lorsque le ventre se trouve rempli et devient douloureux. Elle s'accompagne de honte, de détresse et surtout de culpabilité face à ses pulsions.

Signes	Formes restrictives	Forme boulimiques
Visage et membres inférieurs œdématisés	Peu ou pas	Oui
Hypokaliémie	Peu ou pas	Oui
Sentiment dominant	Toute puissance	Honte et dégoût
État dépressif	Latent	Souvent présent
Sexualité	Absente	Normal, perturbée ou absente
Hyperactivité physique	Fréquente	Plus rare
Restriction alimentaire	Féroce	Variable
Vrai repas	Rare	Variable
Évolutions	Vers l'amaigrissement	Vers la prise de poids, les crises de boulimie
Complications	Dénutrition	Hypokaliémie et décès (rare)
Pronostic	Meilleur	Moins bon
Décès	Rare : 1%	Moins rare : 2 à 4 %

Tableau I : Comparatif des formes restrictives et boulimiques (11).

1.4 Étiologies

Les comportements alimentaires ont des origines multifactorielles, c'est une interaction entre des facteurs héréditaires, individuels, psychologiques mais aussi sociétaux.

1.4.1 Facteurs personnels

L'adolescence est un moment de grand changement, avec des modifications physiques mais aussi psychologiques, ces dernières sont moins visibles mais elles ont un rôle capital dans la formation du futur adulte.

De nombreuses angoisses se créent vis à vis de la sexualité, du regard des autres. L'adolescence est la période de nombreuses comparaisons avec ses camarades de classe, avec les hommes et femmes adultes mais aussi vis à vis des personnages publics aussi bien dans les publicités télévisées ou sous format papier que sur internet avec notamment l'essor des réseaux sociaux (Facebook ®, Instagram ® Etc.). Tous ces changements peuvent fragiliser l'adulte qui se construit et diminuer sa confiance en soi. Le monde environnant peut-être à l'origine d'une pression, qu'elle soit physique, scolaire ou sportive.

Sur le plan psychologique, des troubles obsessionnels compulsifs, une inflexibilité, un comportement perfectionniste, une insatisfaction de l'image corporelle, une anxiété voire même une dépression, sont autant de traits de caractère exposant à un risque de développer une anorexie (4).

L'intolérance aux émotions est souvent retrouvée chez les patients anorexiques. Ce sont des personnes très émotives, voire hypersensibles. L'hypersensible se construit un ensemble de protections pour se sauvegarder du monde extérieur qu'il perçoit comme extrêmement dur. Ce qui peut lui causer de la souffrance, des difficultés relationnelles et une mauvaise adaptation sociale.

Le quotidien est établi avec une certaine rigidité. L'hypersensible éprouve des difficultés à s'adapter aux changements. Les situations nouvelles peuvent devenir source d'angoisse.

1.4.2 Facteurs génétiques :

Les risques de développer une anorexie selon les facteurs biologiques incluent, le fait d'être une femme, d'avoir déjà été au régime, d'avoir dans sa famille un parent atteint de maladie mentale ou de trouble alimentaire (4).

Des chercheurs de l'université de Caroline du Nord ont identifié un gène impliqué dans l'anorexie mentale. Le locus sur le chromosome 12 qui est mis en cause est également responsable de troubles psychiatriques et métaboliques. L'anorexie est donc un héritage phénotypique complexe (5).

Bien que plusieurs études aient permis de démontrer des gènes associés à des comportements anorexiques, aucun n'est responsable du développement de l'anorexie. De nombreux gènes ont un effet mineur sur l'apparition de la maladie mais, associés à d'autres facteurs de risque ils seraient alors incriminants.

Des recherches mettent en évidence que l'altération de la sérotonine peut contribuer à une dérégulation de l'appétit, de l'humeur, une inhibition et une obsession. Le tempérament dysphorique qui en découle induit une dérégulation des voies émotionnelles et de la récompense rendant les individus vulnérables aux troubles alimentaires.

Les stéroïdes gonadiques féminins liés à la puberté peuvent exacerber la dérégulation de la sérotonine, ce qui expliquerait également le développement de la maladie à cet âge-là (6).

1.4.3 Facteurs familiaux et relationnels :

On reconnaît plusieurs facteurs relationnels qui sont associés à une augmentation de l'anorexie mentale :

- Du côté maternel, le fait que la mère soit sans arrêt au régime, hyper-anxieuse ou dépressive,
- Du côté paternel, le fait qu'il soit trop soucieux de la silhouette des femmes et des compétences sportives de sa fille,
- Dans le couple formé par les parents, la présence de carences dans la relation amoureuse avec une absence de bonheur perceptible par les enfants qui prennent alors part aux problèmes du couple. Une anorexie permet de recentrer l'attention sur l'enfant malade pour faire oublier aux parents leurs conflits,
- Au sein de la famille, une insécurité ressentie vis à vis des besoins, non comblés par les parents, une éducation orientée vers la réussite et l'excellence sans autre voie possible, une séparation du domicile familial.

Une étude de 2018 met en évidence l'importance de la relation parents - enfant (7).

Le texte raconte l'histoire d'une fillette de 8 mois, née prématurément et ayant des difficultés pour s'alimenter. Ses problèmes ne s'arrangent pas avec le décès de son frère jumeau, la naissance de conflits entre ses parents, l'éloignement du père du domicile familial et le diagnostic de dépression de la mère. Aucune cause physiologique n'est trouvée à ses problèmes d'alimentation. Ce qui va l'aider à aller mieux est la prise en charge de sa mère pour soigner sa dépression, le temps passé avec son père et le rapprochement de ses parents.

- Des antécédents familiaux de TCA, d'alcoolisme, d'addiction,
- Avoir subi des abus sexuels,
- Dans les relations amicales et amoureuses cela peut-être : la perte d'un être cher ou une déception amoureuse.

L'entourage amical fait partie de la construction d'un individu de façon importante, il se doit d'influencer dans la bonne direction. Comme le raconte Mélina Hoffmann dans son livre, une amie ayant des troubles alimentaires suffit pour faire naître une anorexie chez une personne (8).

1.4.4 Facteurs environnementaux :

Les troubles alimentaires sont particulièrement présents dans les sociétés occidentales. L'abondance de nourriture associée à une pression pour rester mince, véhiculée par les médias et le monde de la mode, semble être un facteur favorisant l'apparition de l'anorexie (9).

En 2014, l'entreprise Withings publie un article dans Le Parisien, pointant du doigt la corrélation entre rémunération et masse corporelle. Le salaire est inversement proportionnel au taux de surpoids. Les villes comptant un grand nombre de personnes diplômées de l'enseignement supérieur sont moins touchées par le surpoids.

Les femmes venant d'une classe sociale aisée tendent à rester mince. C'est un signe de réussite, de succès, de beauté et de confiance en soi. Une femme mince semble maîtriser son corps, ce qui la rend désirable tout en reflétant une image de femme forte, déterminée et ambitieuse.

Bien que soumis aux exigences de l'idéal féminin, les critères de beauté fluctuent au

fil des années et selon les ethnies. On peut prendre l'exemple de la poupée Barbie ® dont la morphologie n'a cessé d'évoluer depuis sa création en 1959.

Par le passé, les hommes cherchaient une image de la femme avec des rondeurs, des hanches larges signes de fécondité.

La presse, la mode, les médias encouragent, voire banalisent les régimes amincissants que l'on voit fleurir dans la presse avant l'été ou après les fêtes. En voici quelques exemples :

- Régime Dukan : l'alimentation est basée sur une majorité de protéines,
- Régime petit pot : des repas composés uniquement de petits pots de bébé,
- Régime 5 / 2 : les repas sont libres pendant 5 jours puis on jeûne pendant deux jours,
- Régime mono : un seul aliment est consommé durant plusieurs jours,
- Régime soupe au chou : à boire à chaque repas.

La représentation de la femme est mise à mal dans les défilés de mode avec des silhouettes filiformes. Les mannequins sont décrites comme naturellement très minces et d'ossature fine par les créateurs de vêtements, mais elles ont des corps impossibles à obtenir avec une alimentation normale et saine. Elles sont souvent poussées à être toujours plus minces pour plaire aux marques et rentrer dans des vêtements taille zéro.

L'ex-mannequin Géraldine Maillet livre un témoignage poignant dans un de ses livres et nous raconte l'histoire de ces mannequins nageant dans leur vêtement taille 32, faisant croire qu'elles mangent des « éclairs au chocolat » alors que leur alimentation se résume à une pomme, du blanc de dinde et à jeuner (10).

Sur la toile, les sites et les blogs « pro ana », zéloteurs de l'anorexie, diffusent des conseils pour perdre du poids, des images de mannequins trafiquées pour les rendre squelettiques et des photos de star décharnées.

1.5 Diagnostic

1.5.1 Anorexie

La restriction alimentaire est le début de la maladie.

On observe dans un premier temps une diminution des quantités puis une diminution dans la variété des aliments. Sont progressivement exclus les viandes rouges, les matières grasses, le sucre ajouté, tout ce qui est jugé trop gras, trop sucré et enfin les féculents. Couplés à cela des périodes de jeûne, plus ou moins longues apparaissent.

Progressivement la sensation de faim disparaît et fait place à une addiction de la restriction. Le sentiment de satiété n'est plus reconnu. On préfère croire que les maux de ventre ressentis viennent du fait que l'on digère mal au lieu d'écouter son corps qui essaye d'exprimer son mécontentement face à la faim.

L'anorexie conduit à la dénutrition qui est d'autant plus importante si l'alimentation est déséquilibrée et carencée en vitamines, en protéines et en fer.

1.5.2 Amaigrissement :

La suite logique d'une restriction alimentaire est un bilan nutritionnel défavorable qui s'explique par des dépenses énergétiques supérieures aux apports obtenus par l'alimentation

L'amaigrissement est marqué par un corps anguleux, un visage cadavérique, des joues creuses, des yeux enfoncés dans les orbites et chez les femmes une disparition des formes (seins, fesses et hanches).



Figure 1 : Femme aux côtes apparentes mesurant son tour de taille

Source : https://www.ra-sante.com/wp-content/uploads/2015/12/Anorexie_by_S_Bouchard.jpg



Figure 2 : Mannequin sur les podiums avec des jambes décharnés

Source : https://img.20mn.fr/7Q-WLAoISfOzEhrGXsoWdA/1200x768_illustration-mannequin-anorexique.jpg

Un des critères diagnostic de l'anorexie est une perte de poids de plus de 15% du poids d'origine. La brutalité mais aussi l'intensité de celle-ci sont des signes de gravité de la maladie.

Chez les adolescentes, la perte de poids est remplacée par une absence de prise de poids alors que la taille, elle continue de croître.

Pour avoir un indicateur du rapport poids / taille on utilise l'IMC : Indice de Masse Corporelle. L'IMC a été inventé au milieu du XIX^e siècle par Adolphe Quetelet, mathématicien belge.

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

Tableau II : Classification internationale des adultes en sous poids, sur poids et obésité selon l'IMC, source guide de l'HAS (18).

Il faut savoir que l'IMC ne prend pas en compte certains facteurs comme le sexe, l'ethnie, l'âge, le pourcentage de masse grasse et maigre qui peuvent aussi avoir une grande influence sur le rapport du poids et de la taille. Il doit servir d'indicateur mais

ne doit pas être vu comme une science exacte et unique, bien d'autres critères doivent rentrer en compte pour juger de la forme physique des individus.

1.5.3 Aménorrhée :

On définit une aménorrhée après une interruption des règles d'au moins 3 mois, si elles étaient régulières jusqu'alors, ou d'un arrêt d'au moins 6 mois si elles étaient irrégulières auparavant.

On distingue l'aménorrhée primitive qui apparaît avant la perte de poids, de l'aménorrhée secondaire qui, elle, apparaît après une perte de poids importante due à une anorexie déjà installée.

Quelle en est l'explication ? Les hormones hypophysaires et hypothalamiques sont synthétisées à partir de protéines et grâce aux tissus adipeux. Ensuite, ce sont elles qui fabriquent les œstrogènes et la progestérone à la base du cycle menstruel féminin.

Les carences en protéines dues à une alimentation déséquilibrée associée à une faible densité de tissus adipeux entraînent une perte de la sécrétion de ces hormones.

Selon les critères de l'HAS, l'aménorrhée chez l'adolescente et chez la femme doit faire envisager au médecin qui la constate, la possibilité d'une anorexie chez la patiente.

L'absence de menstruation est une protection pour la femme contre une éventuelle grossesse, le corps et la tête de la jeune femme n'étant pas prêt à accueillir un enfant.

Elle est rarement perçue et présentée par la jeune fille comme un problème. Au contraire, la patiente est souvent soulagée de cette absence de signe de sa féminité.

Ce qui explique l'ambivalence des émotions lors de la réapparition des règles.

Entre 92 à 95 % des anorexiques n'ont plus leur règle (11).

Le rétablissement des règles intervient si l'IMC se normalise à environ 18 - 18,5 kg / m² et si l'alimentation redevient saine sur 6 mois (sauf 6% des cas).

Un pourcentage de masse grasse d'environ 21% est nécessaire pour espérer un retour des menstruations, une augmentation de seulement 1% de la masse grasse augmente les chances de 15 à 20 % d'avoir un retour de règles (12).

La possibilité d'une grossesse est minime quand on sait que les malades avec un IMC en dessous de 17 kg / m² perdent 90 % de leurs fécondités mais une sensibilisation à la possibilité d'une grossesse n'est pas à exclure.

Au bout de trois ans d'évolution, si cet objectif de poids ne peut être atteint, à savoir retrouver un IMC d'au moins 18, un traitement de type ménopause (une supplémentation en œstrogène) pourra être prescrit afin d'éviter l'ostéoporose.

L'aménorrhée peut être masquée par une pilule contraceptive, en effet celle-ci provoque des saignements chaque mois sans qu'ils soient pourtant associés à des menstruations. Ce sont de « fausses règles » qui sont uniquement provoquées par les taux d'hormones délivrés ou non par la contraception selon la période du mois.

1.6 Conséquences

1.6.1 Conséquences génitales et sexuelles

Comme nous l'avons vu précédemment, l'aménorrhée ou l'absence de règles est quasiment systématique et plutôt salvatrice car être enceinte serait très dangereux dans de telles circonstances, à la fois pour la mère et pour l'enfant.

Si les règles s'arrêtent pendant des années, il existe aussi un risque de stérilité.

La restriction alimentaire est associée à un faible désir sexuel (13).

Pour les hommes, des troubles de la sexualité apparaissent comme une absence d'érection ou une éjaculation précoce.

1.6.2 Conséquences osseuses

Une absence de règles de plus de 6 mois donne lieu à la réalisation d'une ostéodensitométrie.

Cela signifie également, une absence de production d'hormones sexuelles or celles-ci jouent un rôle dans la construction osseuse. L'aménorrhée peut donc donner lieu à une ostéoporose augmentant alors le risque de fractures.

Chez les jeunes anorexiques, la croissance peut être stoppée.

La prise de progestérone et d'œstrogène s'est montrée efficace pour conserver la densité osseuse, néanmoins ce sont des traitements réservés aux femmes ayant une très faible densité osseuse avec des antécédents de fractures et lorsque les tentatives pour leur faire prendre du poids restent vaines (14).

1.6.3 Conséquences physiologiques

Notre principale source d'énergie vient des glucides et si l'alimentation ne nous en fournit pas assez, le corps va utiliser dans un premier temps les réserves de graisses qu'il possède. Ces dernières, bien que stigmatisées, sont indispensables au bon fonctionnement du corps.

Elles servent, par exemple à maintenir une température corporelle constante et viable.

À cause de la faible réserve de gras chez les anorexiques, on observe des températures corporelles basses qui frôlent parfois l'hypothermie. Pour lutter contre ce phénomène, le corps se couvre d'un fin duvet de poils. Dans certains cas extrêmes, on note l'apparition d'hypertrichose qui se manifeste par une pilosité importante sur une partie ou la totalité du corps.

Le cerveau n'ayant plus de glucides pour fonctionner, devient moins performant.

Le corps fonctionne au ralenti, les gestes sont plus lents, la capacité de maintenir une conversation, d'écouter, de se concentrer, de mémoriser des informations est

perturbée, la fatigue physique et psychologique est omniprésente. La personne anorexique, habituellement active et sportive voit ses capacités physiques s'amoinrir.

Le corps va dans un deuxième temps, chercher son énergie dans les muscles.

Il s'en suit une phase critique quand il n'y a plus ni de graisse ni de muscles à utiliser, l'organisme étant obligé de s'attaquer aux organes pour continuer de fonctionner. Le foie et les reins, notamment, peuvent se dégrader, causant des problèmes très graves d'insuffisance rénale, de dysfonctionnement hépatique, etc.

L'alimentation est déstructurée et souvent limitée à certains aliments précis entraînant de nombreuses carences en vitamines, minéraux, protéines ou acides gras.

Les carences se retrouvent au niveau des éléments sanguins, on peut observer une anémie et une leucopénie. Un faible taux de globules blancs rend l'individu plus à risque de développer une infection.

1.6.4 Conséquences cardiovasculaires et rénales

Les conséquences cardiaques sont la principale cause de mortalité et de morbidité dans l'anorexie. L'arrêt cardiaque est la complication qui en fait la pathologie psychiatrique la plus mortelle avec 5 - 6% de décès.

Les anomalies cardiaques les plus courantes sont la bradycardie et l'allongement de l'intervalle QT qui peuvent dégénérer en arythmie, substrat d'une mort cardiaque subite. De plus, une masse cardiaque réduite, avec des volumes plus petits et un débit cardiaque diminué, peut être trouvée. En outre, un prolapsus mitral et un léger épanchement péricardique peuvent survenir, ce dernier en raison d'une carence en protéines et de faibles niveaux d'hormones (15).

Le potassium perdu lors des vomissements ou de l'ingestion de laxatifs est coupable du ralentissement cardiaque.

La tension artérielle est, elle aussi, très basse et peut s'accompagner de chute de tension lors du passage de la position assise à debout, situation à risque d'évanouissement.

L'hypokaliémie et la déshydratation chronique peuvent entraîner une insuffisance rénale aiguë ou chronique.

1.6.5 Conséquences gastro-intestinales

Les retentissements digestifs sont la constipation, les ballonnements, l'alternance de diarrhées et de constipation, les douleurs abdominales, les problèmes de déglutition, les douleurs postprandiales accompagnées ou non d'un reflux gastrique.

Ceux qui se font vomir présentent un gonflement des glandes salivaires, le visage semble bouffi accompagné de problèmes de dentitions causé par l'acidité gastrique qui provoque une érosion et un déchaussement des dents. Les vomissements fréquents ont une incidence sur l'ensemble du tube digestif et peuvent provoquer, œsophagite, perforation de l'œsophage, inflammation de l'estomac.

1.6.6 Conséquences musculaires

Au niveau musculaire, des raideurs se font ressentir dans les membres et surtout dans les jambes. Le corps est souvent courbatu, siège de tensions musculaires qui peuvent aller jusqu'aux spasmes.

Une équipe du CNRS effectue des recherches entre le grincement des dents la nuit (bruxisme) et l'anorexie. Il a été prouvé, chez les mammifères qu'une sur stimulation des récepteurs tactiles dentaires provoque un dérèglement au niveau de l'hypothalamus qui est le centre de la satiété. Ce qui conclurait que le bruxisme favorise l'entretien des troubles alimentaires.

1.6.7 Conséquences physiques et esthétiques

La peau devient sèche et s'abîme car elle n'a plus les nutriments et la graisse nécessaires pour demeurer souple et élastique. Les cheveux tombent et se fragilisent, les ongles deviennent fragiles et cassants.

L'anorexique boulimique peut présenter une abrasion au niveau des jointures et du dos de la main, témoignage des vomissements répétés, c'est ce que l'on appelle le signe de Russell.

1.6.8 Conséquences relationnelles et psychologiques

Socialement la personne malade s'enferme dans son trouble. Elle partage moins de moments en communauté et préfère s'isoler de ses amis et de sa famille. Les pressions et l'incompréhension de l'entourage favorisent le repli sur soi-même. Son comportement peut devenir agressif quand on cherche à l'aider ou à lui faire entendre raison vis-à-vis de la maladie. La phobie sociale est très présente chez les anorexiques mentales.

La cogitation est omniprésente due aux multiples peurs et inquiétudes qui reposent principalement sur le poids et la peur de grossir, sur l'alimentation, l'inquiétude d'avoir faim ou de devoir manger, sur l'inactivité physique. La restriction alimentaire favorise le développement d'une obsession de la nourriture et augmente la sensation de faim. L'humeur générale est maussade. La malade développe toutes les caractéristiques d'une dépression avec une anxiété qui touche 50% des anorexiques, des pleurs, un désintérêt, des difficultés à se concentrer.

1.6.9 Conséquences sur la qualité de sommeil

Les cycles sommeil / éveil et les habitudes alimentaires se sont révélés être corrélés.

Un changement significatif du schéma de sommeil est observé chez les patients ayant des troubles alimentaires contrairement au groupe témoin (16).

Près de la moitié des personnes malades ont du mal à trouver le sommeil. L'anxiété, le manque de nourriture, l'hyperactivité, les comportements obsessionnels sont des facteurs de troubles du sommeil.

On observe, des difficultés à s'endormir, un réveil tôt le matin, des insomnies et dans la nuit, des cauchemars, des réveils, des sueurs nocturnes.

1.7 Signes accompagnateurs

1.7.1 La dysmorphophobie

Les personnes atteintes de dysmorphophobie ont une préoccupation excessive quant à une partie de leur corps qu'elles perçoivent comme ayant un défaut majeur dégradant totalement leur apparence.

Chez la femme, ces parties jugées disgracieuses peuvent être les cuisses, les fesses, les hanches, les mollets, etc. Chez l'homme, cela reste souvent limité à la musculature, la taille du sexe.

Elle peut aboutir à une phobie sociale avec un évitement du regard d'autrui. Certaines parties du corps sont de véritable source d'angoisse que les personnes vont essayer de dissimuler à l'aide, par exemple, de vêtements amples.

Du côté de l'entourage, il est vain d'essayer de sermonner ou d'essayer de faire entendre raison, cela pourrait devenir une source de conflits. Ce n'est qu'une immense perte d'énergie pour les proches et le sentiment d'être incompris pour le malade, d'où un enfermement encore plus poussé dans la maladie et la solitude.

La peur de grossir, le désir de maigrir s'ajoutent aux distorsions cognitives, qui perturbent l'analyse que les malades peuvent se faire d'une situation, cela induit une vision erronée du corps. Celui-ci est inspecté méticuleusement plusieurs fois par jour pour s'assurer qu'aucun amas de graisse n'est apparu.

Malgré une perte de poids importante et une maigreur manifeste, les malades se trouvent toujours trop grosses et grasses et sont inquiètes d'une éventuelle prise de poids.

1.7.2 Le perfectionnisme

Le perfectionniste se comporte comme si la perfection pouvait et devait être atteinte. C'est le côté « sombre » du perfectionniste, à l'opposé du côté positif que ce trait de caractère pourrait apporter.

Il exprime le besoin de sembler parfait, ce qui induit une difficulté à supporter le stress, entraînant une susceptibilité, une irritabilité et une grande peur de l'échec ou du jugement des autres. Ces inquiétudes sont tellement prononcées que la personne peut s'interdire d'entreprendre une tâche, tant elle est paralysée par la possibilité d'un échec. C'est une fragilité profonde et un signe de vulnérabilité.

Le perfectionnisme contribue à la dépression et aux sautes d'humeur et peut même les maintenir dans le temps.

Les patients souffrant d'anorexie mentale font preuve d'un hyper investissement et de perfectionnisme dans les domaines scolaires et professionnels. En plus d'essayer d'atteindre des normes inaccessibles, ils ont tendance à juger leur entourage vis-à-vis des performances de ceux-ci.

1.7.3 La carence affective

La carence affective est l'absence ou l'insuffisance d'échanges affectifs essentiels au développement et à l'équilibre d'un sujet.

Elle peut être classée en 3 catégories :

- **Manque d'apports affectifs** : absence d'attention, d'affection, de chaleur, ou d'une présence amicale,
- **Manque d'empathie** : absence de quelqu'un de compréhensif,
- **Manque de protection** : absence de quelqu'un de fort qui guide et conseille.

Le « rôle » de la mère est souvent pointé du doigt dans le développement de la maladie, car les apports maternels sont censés apaiser les tensions du nourrisson et lui apporter l'amour nécessaire à son développement. Une mère dépressive, ou souffrant également de carences affectives est en position de demande vis-à-vis de son enfant, les rôles s'inversent. Le bébé devient le récepteur des émotions négatives de sa mère.

La carence affective n'est pas forcément liée à l'enfance. C'est un manque de confiance et d'estime de soi qui va être brutalement réveillé par un événement, à l'origine de cette détresse ressentie.

L'amour, ce besoin d'affect se trouve dans la famille mais aussi dans les relations amoureuses, bien que beaucoup d'anorexiques renient leur côté féminin, d'autres pensent que l'amour va panser les souffrances.

Or, une personne souffrant de carence affective a tendance à se lancer dans des relations de couple souffrantes.

1.7.4 La potomanie

La potomanie consiste à absorber une quantité excessive d'eau. Ce n'est pas une maladie à proprement parlé mais plutôt un symptôme. Comme la boulimique lors d'une crise alimentaire pour qui le besoin de manger est impérieux, ici aussi le besoin de boire constamment est irrésistible.

L'anorexique avale de l'eau à la place de la nourriture pour remplir son estomac sans prise alimentaire mais elle peut aussi boire pour augmenter artificiellement son poids.

La potomanie est généralement un indice de gravité dans l'anorexie : les quantités bues dépassent la capacité du corps à l'éliminer. En conséquence, l'eau reste dans l'organisme. Cela peut entraîner une hyponatrémie (à partir de 6 à 7 litres d'eau par jour), c'est-à-dire une diminution de la quantité de sodium présente dans les cellules causant nausées, douleurs voire crampes musculaires, maux de tête, dans les cas les plus graves des convulsions, un coma et même la mort.

1.7.5 Les habitudes et rituels alimentaires

La restriction s'associe à une multitude d'autres attitudes face à la nourriture, l'anorexique fait preuve d'un contrôle total de son alimentation.

L'horaire des repas devient imprécis et se trouve décalé par rapport aux habitudes de l'entourage. Manger prend un temps infini, même pour de petites quantités.

La plupart des personnes qui souffrent de cette maladie ont des règles diététiques personnelles et très précises qui entravent la liberté alimentaire. Sachant qu'il y a une obsession autour de l'alimentation, un emballement peut se mettre en place, on rentre alors dans un cercle vicieux : la dénutrition provoque une obsession alimentaire, qui génère un intérêt accru pour la diététique, découlant sur une sélection des informations en faveur des régimes.

Il existe une série de comportement qui parasitent l'alimentation :

- Manger dans un ordre précis et ne pas pouvoir manger deux aliments ensemble,
- Manger seulement si les plats sont brûlants,
- Mettre une grande quantité d'épices, de condiments, d'herbes,
- Manger en se déplaçant dans la pièce,
- Manger des aliments d'une certaine consistance.

1.7.6 L'hyperactivité

L'hyperactivité est définie comme un excès d'activité physique qui peut impacter la vie sociale, professionnelle et familiale. Elle est considérée comme un trouble obsessionnel compulsif.

L'hyperactivité, en plus de faire perdre des calories, comble un vide intérieur, permet de ne pas ressentir la fatigue et diminue la faim. Ce sont des patients qui ont un besoin constant de faire du sport ou juste d'être en mouvement, le fait d'être assis plus de quelques minutes relève pour eux d'un supplice.

L'hyperactivité est aussi cognitive. En voulant tout contrôler dans leur vie, ils s'obligent à penser à tout et vivent sans cesse dans l'anticipation. Ils ne vivent pas le moment présent et ne font pas de projet sur le long terme.

L'hyperactivité cognitive peut être comblée par un hyper investissement intellectuel.

2 Prise en charge

2.1 Prévention et éducation

2.1.1 Au sein de l'environnement familial

En premier, il faut souligner le rôle clé des parents dans la prévention.

Il est indispensable de participer à l'éducation de son enfant du point de vue de la santé, de lui apprendre à développer des comportements alimentaires sains, à s'occuper de sa santé, à pratiquer une activité physique et à avoir des bonnes habitudes de vie. Un bon mode de vie passe par l'apprentissage d'une alimentation saine et sereine, le moment des repas doit être synonyme de détente, de partage, de convivialité dès le plus jeune âge de l'enfant. Voir son parent obèse ou au contraire au régime, favorise le risque de développer des troubles alimentaires chez l'enfant.

Il faut veiller à éviter les remarques sur l'apparence, lui apprendre à ne pas se focaliser sur la forme physique et le mettre en garde contre les médias qui prônent les régimes. Un environnement social non néfaste est également indispensable pour le développement de l'enfant.

Tous ces points réunis permettront à l'enfant de se développer correctement et de minimiser les risques de développer des troubles psychiques chez le futur adulte.

Néanmoins, il est nécessaire de détecter le plus tôt possible des conduites alimentaires déréglées, et de se faire soigner.

Si l'adolescent a un réel surpoids, ses parents doivent l'inciter à maigrir. Non seulement pour des raisons de santé, mais aussi parce qu'il peut être gêné, pour faire du sport par exemple, et surtout parce qu'il lui sera difficile, à l'âge où l'on commence à avoir envie de séduire, de ne pas aimer son image dans le miroir.

Un rendez-vous médical est alors indispensable : il ne faut surtout pas laisser un adolescent entamer un régime sans l'avis d'un professionnel. Le médecin déterminera

avec lui le poids qu'il doit perdre et pourra l'aider à maigrir dans de bonnes conditions. Il prendra en compte ses habitudes alimentaires, ses goûts, son appétit, son niveau d'activité physique et son état de santé général.

Chez les adolescents, il est important de ne pas avoir recours aux régimes trop restrictifs, ni aux substituts de repas : parce qu'il grandit et qu'en général, il bouge plus qu'un adulte, l'adolescent ne doit pas suivre de régimes sévères. En effet, ceux-ci entraînent une fatigue physique et intellectuelle, avec une baisse des résultats scolaires, et peuvent exposer à un risque d'anémie, à un retard de croissance, à des infections répétées et à un déficit en calcium, à l'âge où se construit son capital osseux. De plus, ces régimes sont tellement frustrants que l'adolescent finit toujours par « craquer ».

Quelques gestes simples de la part des parents peuvent être bénéfiques pour l'adolescent ; notamment éviter de remplir les placards avec des aliments sucrés, d'acheter ensemble les yaourts, les fruits et le pain aux céréales qu'il préfère, d'avoir des repas structurés et réguliers, de l'encourager à bouger beaucoup plus chaque jour (aller au collège à vélo ou à pied, ne plus prendre l'ascenseur, aller promener le chien), de lui proposer de l'inscrire à un club pour pratiquer une activité sportive qui lui plaise, d'aller à la piscine avec lui ou de faire ensemble du vélo, du jogging, tout en respectant ses habitudes de vie.

2.1.2 Le monde médical

Le pédiatre et / ou le médecin généraliste peut identifier des indicateurs précoces pouvant faire penser à un trouble de l'alimentation. Si le parent s'inquiète ou s'interroge sur l'alimentation de son enfant, le médecin pourra lui poser des questions sur ses habitudes alimentaires et la satisfaction qu'il ressent au sujet de son apparence corporelle.

Un acte médical ou l'achat d'un produit de santé sont des occasions privilégiées pour délivrer des messages de prévention. De même, dans la salle d'attente du médecin ou à la pharmacie, des documents sont mis à disposition des patients concernant divers thèmes. Ces brochures sur le diabète, la dépression, l'équilibre alimentaire, les addictions ou autres problèmes de santé publique apportent des informations et des messages de prévention auprès de tous.

2.1.3 Les dangers d'internet

Les adolescentes, plus particulièrement, imitent des modèles en se privant de nourriture. Vouloir faire comme les autres est habituel à cet âge-là, elles cherchent à faire partie d'un groupe auquel s'identifier.

Les sites "pro-ana" sur Internet en sont une illustration. Le mouvement pro-ana est un mouvement d'individus dont les membres prétendent que l'anorexie n'est pas une maladie, mais plutôt un mode de vie. Ces sites incitent les personnes fragiles qui les visitent à tomber dans cette extrême maigreur : dix commandements ont été créés et des conseils sont donnés :

1. Si tu n'es pas mince, tu n'es pas attirante,
2. Être mince est plus important qu'être en bonne santé,
3. Tu dois t'acheter des vêtements étroits, couper tes cheveux, prendre des pilules diurétiques, jeûner, faire n'importe quoi qui puisse te rendre plus mince,
4. Tu ne mangeras point sans te sentir coupable,
5. Tu ne mangeras point de nourriture calorique sans te punir après coup,
6. Tu compteras les calories et restreindras tes apports,
7. Ce que dit la balance est le plus important,
8. Perdre du poids est bien ; en gagner est mauvais,

9. Tu ne peux jamais être trop mince,

10. Être mince et ne pas manger sont les signes d'une volonté véritable et de succès.

Les sites pro-anorexie ne sont pas sans danger. Il est vraisemblable que, par les conseils qu'ils donnent, par les défis qu'ils lancent, par le soutien qu'ils offrent à ceux qui souhaitent persévérer dans la maladie, ils favorisent une aggravation des symptômes.

Ce mouvement va de pair avec les "pro-mia", partisans elles de la boulimie.

À côté des corps à première vue parfaits et retouchés, un nouveau mouvement voit le jour depuis quelques années, le « body positive » qui prône l'acceptation du corps tel qu'il est, avec ses défauts et valorise la diversité des corps. On peut voir des jeunes femmes posant fièrement avec leurs formes, leurs cicatrices, leurs vergetures, leurs cellulites, leurs poils.

Sur certains sites de vêtements également, les visuels ne sont quasiment plus retouchés.

2.1.4 La loi en France sur le mannequinat

Depuis le 1 octobre 2017, il est obligatoire de mentionner "photographie retouchée" lorsque l'apparence des modèles a été retouchée par un logiciel. L'idée n'est pas d'interdire les photos retouchées, mais bien de les signaler dans les publicités ou les magazines afin de préciser la frontière entre l'image réelle et l'image virtuelle.

Les textes de la loi de santé publique de janvier 2016, publiés dans le Journal Officiel, oblige (dès le 6 mai 2016) les mannequins à fournir un certificat médical pour exercer leur activité, délivré par le médecin du travail pour une durée maximale de deux ans. Les employeurs - magazines ou agences - qui ne respecteront pas la loi risqueront jusqu'à six mois d'emprisonnement et 75.000 euros d'amende (17).

2.1.5 La prévention en milieu scolaire

Dès l'école élémentaire, les enseignants sont amenés à faire de la prévention sur certains sujets comme le tabac, le don d'organes, l'alcool, la nutrition, l'environnement, le harcèlement ou encore la sexualité. Des intervenants extérieurs agréés appartenant à des associations ou non viennent également apporter des informations aux jeunes sur différents thèmes pouvant les concerner.

À la rentrée scolaire 2020, une visite médicale sera organisée à l'école maternelle pour tous les enfants âgés de 3 à 4 ans. Elle permettra d'établir un bilan de santé (18). C'est une porte ouverte pour systématiser au moins un rendez-vous médical et déceler d'éventuels soucis relatifs à l'alimentation et à la courbe de poids. Bien que l'objectif soit principalement de repérer les signes qui peuvent entraîner des difficultés d'apprentissage comme par exemple des problèmes visuels, auditifs ou troubles du langage. Avant cela une visite médicale était déjà organisée en grande section de maternelle ou en CP, pour l'heure nous ne savons pas si celle-ci restera en place aussi ou non.

De plus en plus de pays mettent en place des ateliers autour de l'alimentation, comme "Fetavi" où les participants sont dotés d'un cahier "Mon Croc'Notes" pour garder une trace de leurs 7 séances d'apprentissage. Certaines villes ont une cantine gratuite où les repas élaborés sont équilibrés. D'autres vont encore plus loin en ouvrant la cantine à l'heure du petit déjeuner. C'est autant d'actions pour prévenir l'obésité et les troubles alimentaires. Cela permet également de mettre un cadre à l'alimentation et aux repas, d'en faire un moment calme et serein, afin de bâtir de solides fondations.

2.2 Repérage de l'anorexie

Le dépistage de l'anorexie se veut être le plus précoce possible au vu du risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales. De plus, il facilite la prise en charge avec la création d'une alliance thérapeutique autour du patient (18).

2.2.1 Les signes indicateurs

Il est recommandé de rechercher une anorexie mentale devant les signes suivants (18) :

2.2.1.1 Chez l'enfant

- Ralentissement de la croissance staturale,
- Changement de couloir lors du suivi de la courbe de corpulence.

2.2.1.2 Chez l'adolescent

- Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie,
- Adolescent ayant un retard pubertaire,
- Adolescente ayant une aménorrhée ou des cycles irréguliers plus de 2 ans après ses premières règles,
- Hyperactivité physique,
- Hyper-investissement intellectuel.

2.2.1.3 Chez l'adulte

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

2.2.1.4 Populations à risque

Certaines classes de la population sont plus à risque que d'autres :

- Les adolescentes,
- Les femmes de manière générale et surtout les jeunes femmes,
- Les mannequins,
- Les danseurs et les sportifs (disciplines nécessitant de contrôler son poids pour rentrer dans des catégories de poids ou les disciplines à faibles poids corporels comme les sports d'endurance),
- Les sujets atteints de pathologies impliquant des régimes, telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale, etc.

Pour eux, il est recommandé à l'entretien de poser systématiquement une ou deux questions simples sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » (19).

2.2.2 Diagnostic

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'utiliser le questionnaire SCOFF-F, de l'anglais *Sick Control One Stane Fat Food French*, où deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :

N°	Questions	OUI	NON
1	Vous faites-vous vomir parce que vous sentez mal d'avoir trop mangé ?		
2	Êtes-vous inquiet quand vous ne pouvez plus contrôler les quantités que vous mangez ?		
3	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous perdu plus de 6 kg ?		
4	Pensez-vous que vous être trop gros alors que d'autres vous trouve trop mince ?		
5	Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?		

Tableau III : Test SCOFF-F (20).

Parallèlement, on cherche à éliminer un diagnostic différentiel à savoir, une atteinte digestive (malabsorption, syndrome du côlon irritable, intolérance au gluten, etc.), des troubles endocriniens (problème thyroïdien, insuffisance surrénalienne, etc.) ou encore une maladie infectieuse (VIH, tuberculose, etc.).

Pour confirmer le diagnostic d'anorexie mentale (AM), deux classifications internationales sont utilisées. L'absence d'un des critères révèle une AM qui n'est pas encore totalement développée.

2.2.2.1 CIM-11

La Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de mai 2019 est une classification médicale codifiée classifiant les maladies et bien d'autres choses (21).

Le diagnostic repose sur chacun des éléments suivants :

- Un poids corporel inférieur à la normale de 15 % ou un IMC inférieur ou égal à 17,5. Chez les patients pré pubères, une prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance,
- Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser,
- La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe faim » ou de diurétiques,
- Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline,
- Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de

développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

2.2.2.2 DSM IV

Le manuel diagnostique et statistique 5ème édition (DSM-IV) des troubles mentaux est un ouvrage de référence publié par l'Association Américaine de Psychiatrie décrivant et classifiant les troubles mentaux (22).

Le diagnostic repose sur chacun des éléments suivants :

- Refus de maintenir le poids au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu),
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale,
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle,
- Chez les femmes post pubères, aménorrhées c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs.

Dans le DSM 5 le critère d'aménorrhée, fortement critiqué a été retiré. La disparition des menstruations serait plutôt un indicateur du statut nutritionnel qu'un critère diagnostique à part entière. (23)

2.2.2.3 CFTMEA

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ou CFTMEA (24) est un système de classification psychiatrique et psychopathologique d'inspiration psychanalytique fondé sous la direction du Pr Roger Misès. Première classification à prendre en compte spécifiquement les enfants et les adolescents, elle complète les systèmes internationaux (CIM-10) et américains (DSM) moins spécifiques.

2.2.2.4 Diagnostic différentiel à l'attention de la famille

Voilà quelques points de vigilance, plutôt qu'un réel diagnostic à destination de l'entourage familial qui peuvent orienter sur une AM :

- Concernant l'alimentation : une participation active aux achats alimentaires, une volonté de cuisiner pour la famille, un décryptage des étiquettes des denrées et un intérêt pour la diététique inhabituel,
- Une hyperactivité physique ou intellectuelle (dont scolaire),
- L'apparition ou l'accentuation de troubles obsessionnels avec des rituels autour du rangement ou de la propreté,
- Une réaction inappropriée de l'adolescent à l'annonce de la nécessité de reprendre du poids.

2.3 Les différentes formes de prises en charge

Une évaluation globale du patient est recommandée, associant une évaluation somatique, nutritionnelle et psychique, incluant aussi la dynamique familiale et sociale (Annexe 1). Après la pose du diagnostic, il est nécessaire d'évaluer la gravité. Cela permettra par exemple de déceler l'éventualité d'une hospitalisation nécessaire. C'est une étape indispensable. Elle sera à répéter au cours de la prise en charge pour juger de l'évolution du patient.

La prise en charge en ambulatoire est préférable dans un premier temps lorsqu'il n'y a pas de critères d'hospitalisations. (Annexe 2). Ceux-ci sont présentés comme étant les suivants : urgence vitale somatique ou psychique (risque suicidaire ou auto-agression important), un épuisement ou une crise familiale, avant que le risque vital ne soit engagé ou en cas d'échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation). Une hospitalisation se décide la plupart du temps au cas par cas.

En l'absence de signes de gravité, la prise en charge débutera par l'information du patient sur les conséquences potentiellement graves à court et long terme et sur l'explication de l'objectif des soins comme la restauration du poids mais aussi une guérison du point de vue psychologique, social et relationnel.

Les premières approches sont cruciales pour mettre à l'aise le patient et pouvoir démarrer une prise en charge basée sur la confiance et sa volonté à s'en sortir. Il faut être à l'écoute et ne pas se précipiter, sans pour autant banaliser la maladie et les comportements qui en découlent. L'obstacle majeur auquel se heurte la prise en charge est la négation par les anorexiques de leur pathologie qui les conduit à refuser, parfois jusqu'au bout, les entretiens et les soins.

L'AM étant une maladie multi factorielle, elle nécessite une prise en charge globale et pluri disciplinaire.

Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont le socle commun est :

- Un psychiatre, un pédopsychiatre ou un psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques.
- Un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours.

2.3.1 La prise en charge nutritionnelle

Lorsque l'on perd beaucoup de poids, il est difficile d'en reprendre, d'où la présence d'aide dans l'étape de renutrition.

Les objectifs nutritionnels à terme sont (25) :

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

Il est indispensable d'échanger avec le patient sur un objectif pondéral à atteindre. Un gain de 1 kg par mois en ambulatoire est acceptable et de 2kg en hospitalisation. Cependant, pour la plupart des patients, un arrêt de la perte de poids est le premier objectif avant d'envisager un gain de poids.

Il ne faut pas hésiter à insister sur le fait qu'au fur et à mesure de la restauration pondérale, on observe une amélioration des symptômes anxieux et dépressifs et de l'état psychique

Le rythme des pesées est adapté à l'état clinique. Une surveillance pondérale bihebdomadaire est recommandée, voire quotidienne si la dénutrition est sévère.

Le deuxième objectif, en plus de la prise de poids de cette partie nutritionnelle, est également d'enrayer les croyances erronées autour de l'alimentation. On croit souvent, à tort que les anorexiques ont des connaissances larges sur l'alimentation. Malgré leur intérêt pour la diététique, le savoir qu'ils croient avoir est souvent entaché par des croyances et des peurs non fondées.

En début de renutrition, une surveillance du bilan hydroélectrolytique est recommandée pour éviter de potentielles complications cardio-vasculaires. Une surveillance biologique doit être réalisée. Les objectifs sont d'éviter les désagréments liés à la renutrition dont le syndrome de renutrition, qui peut induire une insuffisance respiratoire, voire une décompensation cardiaque.

2.3.1.1 La renutrition orale et / ou à l'aide de compléments alimentaires

Il est recommandé de réintroduire ou d'améliorer les repas par étapes, afin d'assurer des apports suffisants. Des apports nutritionnels inférieurs à 1.600 kcal / j (pour un adulte) ne permettent pas de couvrir tous les apports nécessaires en microéléments. L'ajout de compléments alimentaires permet de façon transitoire d'avoir un apport calorique plus élevé.

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont des mélanges nutritifs complets, hyper-énergétiques et / ou hyper-protidiques, de goûts et de textures variées.

Il existe un large panel de CNO permettant de satisfaire les besoins et les goûts de chacun.

Leur composition peut varier en :

- Quantité d'énergie et de protéines,
- Présence ou non de gluten et de lactose pour les personnes intolérantes,

- Présence ou non de fibres pour réguler la fonction digestive,
- Arômes très variés (salés ou sucrés) pour satisfaire tous les goûts.

Pour s'adapter, au mieux, aux préférences de chacun, les compléments nutritionnels oraux peuvent se présenter sous forme de :

- Boissons,
- Potages,
- Jus de fruit,
- Compotes,
- Crèmes,
- Biscuits, gâteaux,
- Plats mixés,
- Poudres de protéines.

2.3.1.2 La nutrition par voie entérale

On peut également avoir recours à la nutrition entérale à l'aide d'une sonde nasogastrique (SNG). C'est un tuyau souple de 3 mm qui passe par le nez et qui descend dans l'estomac. Elle est reliée à une poche nutritive qui permet une perfusion de nutriments dans l'estomac. Le grand avantage de la renutrition par sonde est de permettre au cerveau et à l'organisme d'avoir du carburant en permanence. Ce qui évite également les débordements alimentaires. L'apport nutritionnel qu'elle procure permet de réduire la dépression, l'insomnie, l'anxiété, l'hypothermie, de redonner du désir, de l'intérêt. Elle permet une rémission plus rapide et une diminution des temps d'hospitalisations. Pour les patients sujets aux méthodes de purges, la sonde empêche les vomissements. Elle aide également à retrouver un confort digestif en réhabituant petit à petit le corps à une prise alimentaire.

2.3.1.3 La renutrition par voie parentérale

La troisième solution (qui reste très rare) est la nutrition parentérale. Elle est utilisée uniquement si le tube digestif est incapable de déglutition ou s'il y a une occlusion au niveau intestinal.

2.3.2 La prise en charge psychologique

La prise en charge du côté psychologique est à apporter à la patiente mais également à la famille. C'est une aide à l'adhésion et à la motivation au traitement. La thérapie commence s'il n'y a plus de danger quant à l'état pondéral et somatique. Elle permet une réhabilitation de sa vie sur le plan social, scolaire, professionnel. Les formes de psychothérapie les plus usuelles sont :

2.3.2.1 Les thérapies de soutien

Elles peuvent être destinées à la famille, (entre parents ou dans certains cas inclure la fratrie). Il existe également des ateliers de soutien pour les patients malades. À Grenoble, anorexiques boulimiques anonymes (ABA) se regroupent tous les mardis soir. ABA est une association de personnes qui souffrent d'anorexie et de boulimie et qui utilisent la méthode des Alcooliques Anonymes pour se rétablir. Le but étant de parvenir à la sobriété alimentaire (25).

2.3.2.2 Les thérapies interpersonnelles (TIP)

Les TIP (basé sur la théorie de l'attachement) consistent à retracer les événements significatifs de la vie du patient pour comprendre l'origine de l'apparition des troubles et trouver des solutions (26).

2.3.2.3 Les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC)

Les TCC, fréquemment utilisés dans les troubles d'addictions, vise à détruire les idées, les comportements, les schémas de pensée pour en reconstruire de nouveaux. On peut, par exemple, travailler sur les points suivants :

- Le développement de la confiance en soi,
- L'apprentissage de la régulation des émotions,
- La suppression des pensées inadaptées et irréalistes et à en construire de nouvelle.

On est plus ancré dans le présent que dans la TIP (27).

Au final, qu'elle que soit l'approche psychothérapeutique choisie, il est recommandé qu'elle dure au moins 1 an après une amélioration clinique significative. En raison de la dimension de chronicité de l'anorexie mentale, cette prise en charge s'étend souvent sur plusieurs années. La prise en charge psychologique permet également d'éviter les rechutes.

2.3.3 Alternative à la prise en charge ambulatoire

2.3.3.1 L'hospitalisation complète

L'hospitalisation complète est indiquée en cas d'urgence vitale somatique ou psychique (risque suicidaire ou d'auto-agression important), d'épuisement ou de crise familiale, avant que le risque vital ne soit engagé ou en cas d'échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation). Elle ne doit pas être présentée comme une menace mais comme une étape parfois nécessaire à la guérison. L'hospitalisation a l'avantage de couper la patiente de son environnement et de ses routines habituelles pour pouvoir en créer de nouvelles.

Il est recommandé que les durées d'hospitalisation soient aussi longues que nécessaire. Cependant, elles ne doivent pas s'éterniser et devenir iatrogènes sur le

plan de l'insertion sociale et du développement, en particulier chez l'enfant et l'adolescent.

2.3.3.2 L'hospitalisation en hôpital de jour (HDJ)

L'admission en hospitalisation de jour peut correspondre, soit à une étape de diminution de l'intensité des soins en succédant à une hospitalisation à temps plein, soit à une étape d'intensification des soins ambulatoires. Comme son nom l'indique, le patient va passer une journée à l'hôpital de temps en temps pour que l'équipe soignante puisse suivre son évolution et lui donner des clés pour l'aider dans la guérison.

C'est en moyenne 2 à 3 jours par semaine pendant 3 à 6 mois. Ces moments sont composés de consultations médicales, d'entretiens infirmiers, d'activités thérapeutiques.

Ce type d'hospitalisation permet au patient, non seulement de garder ses activités quotidiennes mais aussi de mettre en pratique les notions et les éléments acquis durant ces séances.

C'est un bon compromis entre les soins en ambulatoire quand ceux-ci ne sont pas suffisants et l'hospitalisation complète.

Cela permet également de limiter les risques de rechutes (11).

2.3.3.3 L'hospitalisation sous contrainte

Dans le cas particulier où la gravité physique et / ou psychique imposerait des soins immédiats en milieu hospitalier, refusés par le patient, le médecin peut prendre la décision avec la sollicitation de l'entourage d'une hospitalisation sous contrainte contre l'avis du patient.

La relation de confiance entre le clinicien et le patient est primordiale à la guérison, le médecin doit donc prendre en compte l'impact d'une hospitalisation sur la relation

thérapeutique et le suivi des soins par la suite. Du côté du patient, bien que contrainte, l'hospitalisation doit être expliquée pour être comprise comme un élément du traitement médical indispensable à sa santé et à sa survie.

Il est généralement admis que les enfants et les adolescents qui sont sévèrement dénutris et en grand danger médical devraient être renutris contre leur volonté si nécessaire mais que tous les efforts doivent être faits pour obtenir leur coopération quand l'état cognitif s'améliore.

Une fois que le patient est admis en hospitalisation, on observe une amélioration de l'état général par des soins infirmiers qualifiés sans forcément avoir recours à la nutrition forcée ou par sonde.

2.3.3.4 Les institutions de soins études

Les institutions « soins études » sont des établissements qui ont la particularité d'associer des soins et des études (secondaires, universitaires, des modules de formation et d'insertion professionnelle) pour adolescents et jeunes adultes. Les patients peuvent être scolarisés dans les classes internes à l'établissement ou suivre leur cursus à l'extérieur et ils bénéficient tous d'un soutien pédagogique individualisé.

Les études sont considérées comme un moyen de réadaptation, les projets scolaires ou universitaires contribuent à restaurer le narcissisme des patients blessés par la maladie et l'échec de leurs projets.

2.3.3.5 Prise en charge de l'entourage

Le patient est la première personne touchée par la maladie, mais on oublie parfois la douleur et le désarroi de l'entourage. Il peut se sentir sans ressource et responsable en partie de la maladie.

L'entourage doit être formé et informé sur la nature, l'évolution, le risque physique et la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

Avec internet, les familles trouvent de plus en plus d'information par elles-mêmes mais ces ressources peuvent donner des informations qui s'avèrent fausses ou créer une mauvaise dynamique. Le mieux reste de se renseigner auprès du médecin référent.

L'implication familiale dans la prise en charge dépend de l'âge du patient ainsi que de la sévérité de l'anorexie.

Il ne faut pas oublier la fratrie et / ou le conjoint :

- La participation des frères et sœurs permet à la fratrie d'exprimer ses craintes ou sa culpabilité, et de dissiper toutes les idées reçues au sujet de la pathologie, de ses causes et de son pronostic. Elle permet aussi d'exprimer combien les préoccupations centrées sur l'enfant malade ont pu perturber le fonctionnement et l'équilibre familial,
- À l'âge adulte, quand il y a une relation stable, le conjoint se doit d'être impliqué, sans pour autant l'enfermer dans une position parentale.

Le sujet mineur peut refuser que ses représentants légaux soient informés de son traitement, de son suivi. Le praticien se doit d'évaluer la pertinence de la requête du mineur, mais celle-ci peut être acceptée si elle est bénéfique pour sa protection.

Pour un sujet adulte aussi, il faut garder à l'idée que, même si les capacités cognitives sont affectées avec la maladie on ne peut pas oublier la règle de confidentialité soignant - soigné.

2.3.3.6 Art thérapie

C'est l'utilisation de la capacité de création comme une psychothérapie pour améliorer le développement personnel.

Le but est d'exprimer les sentiments intériorisés. C'est aussi bénéfique pour : recentrer l'attention, apprendre à se concentrer, s'apaiser. Pour les personnes déprimées, l'art permet une revalorisation d'elles - mêmes, car si l'on est capable de réaliser une création artistique on est capable d'accomplir de nouvelles choses dans sa vie quotidienne.

L'art thérapie permet d'accompagner dans le but de recréer son équilibre narcissique, d'accepter son corps, et de développer la confiance et l'estime de soi (28).

Voici quelques idées de support pour développer l'art : peindre, travailler l'argile, le bois, écrire, coller, dessiner, pétrir, déchirer mais aussi le théâtre ou la danse.

2.3.3.7 Approche corporelle

Le travail corporel, en groupe ou individuel, permettra au patient d'accepter de se confronter à son image physique.

Les médiations utilisées le plus fréquemment en psychomotricité et en kinésithérapie pour ressentir son corps sont les thérapies psychosensorielles (relaxation, massage relaxant, utilisation du milieu aquatique) et / ou les thérapies expressives (danse ou théâtre).

Ici, l'approche sera spécifiquement centrée sur les troubles de l'image du corps, à l'aide du miroir, de la vidéo, du dessin, de la photo, etc.

2.3.3.8 Prise en charge pharmacologique

Il n'existe pas de traitement médicamenteux de l'AM. Cependant, certains antidépresseurs peuvent être utilisés pour traiter des symptômes anxiodépressifs s'ils ne sont pas améliorés par la reprise pondérale. La seule molécule ayant l'AMM dans les TCA est la fluoxétine, Prozac®. Il est utilisé à des posologies plus élevées que celle préconisées dans la dépression. Il permet de diminuer les crises de boulimie, les vomissements ou la prise abusive de laxatifs.

En plus de leur effet indésirable provoquant des troubles du rythme cardiaque, il faut noter que la prise d'antidépresseurs est déconseillée aux adolescents de moins de 18 ans, car ils augmentent le risque de suicide. Les anxiolytiques (alprazolam, bromazépam, hydroxyzine, etc.) peuvent également être utilisés pour aider à faire face aux angoisses entourant par exemple, la peur de manger. Ceux-ci doivent être prescrits avec prudence notamment à cause du risque de dépendance.

Les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anxiolytiques doivent être utilisés avec précaution, du fait de leurs effets indésirables majorés chez les patients dénutris (allongement de QT, hypokaliémies, effets indésirables extrapyramidaux).

3 Place du pharmacien d'officine

3.1 Rôle du pharmacien

Dans la prise en charge de cette maladie, le pharmacien n'apparaît pas et pourtant, il a une place de choix dans celle-ci mais également en amont lors du dépistage.

Le pharmacien est le professionnel de santé le plus proche et surtout le plus accessible, il est la première personne vers laquelle les patients se tournent pour demander conseil. Il évalue la gravité et l'urgence de la demande pour orienter au mieux le patient.

Un patient anorexique est souvent repérable par sa morphologie ou certains tocs. Mais il est souvent difficile de l'aider ou même de l'approcher.

Le rôle du pharmacien est de prendre soin de la santé de ses patients. Dans le cadre de l'anorexie, il est important de repérer certains comportements pour entamer un dialogue :

- Un achat excessif de laxatifs : une quantité importante de boîtes devant une morphologie maigre doit questionner. Une seule boîte de laxatifs doit être délivrée (par exemple : Dulcolax®), les posologies et les règles hygiéno-diététiques doivent être abordées ainsi que les effets indésirables de l'utilisation à long terme : perte du réflexe de défécation, déshydratation, complications cardiaques.
- L'achat de compléments pour la perte des cheveux,
- La prise de médicaments pour les douleurs et les brûlures abdominales,
- Des conseils pour une peau sèche et déshydratée.

Le comportement à adopter envers le patient et / ou l'entourage est de montrer sa présence. Pour que le patient sache qu'il a quelqu'un vers qui se tourner s'il en ressent le besoin.

3.2 Conseils à l'officine

Lorsqu'une prise en charge est installée avec un suivi médical, le pharmacien peut avoir à délivrer, sous ordonnance des CNO. Il doit alors guider le patient dans le choix de ces derniers pour faciliter leurs prises.

Les patients anorexiques sont souvent en attente de conseils auxquels le pharmacien peut répondre :

- **Pour la perte des cheveux** : des compléments alimentaires à base d'acides aminés soufrés, cystine B6 ou des produits à base de Minoxidil (2 % pour les femmes),
- **Pour les reflux gastriques** : des pansements gastriques qui protègent la muqueuse digestive en la tapissant d'un gel visqueux : Maalox ®, Gaviscon ®,
- **Pour les ballonnements et les difficultés à la digestion** : du charbon contre les gaz, Météoxane ® et du Citrate de bétaïne ® pour améliorer le transit digestif,
- **Pour les douleurs abdominales** : Débridat ® ou Spasfon ®,
- **Pour la constipation** : on préfère les laxatifs de lest composés de mucilages dont le volume augmente en présence d'eau. Ils agissent en 24 à 48 heures, à prendre avec un grand verre d'eau : Transilane ®, Spagulax ®. Ou les laxatifs osmotiques qui par un appel d'eau rendent les selles plus abondantes et plus molles : Duphalac ®, Importal ®, Forlax ®, Transipeg ®. Ils agissent en 24 à 48 heures,
- **Pour les problèmes dentaires et / ou gingivaux** : on opte pour un dentifrice pour dents sensibles ainsi qu'une brosse à dents très souple. En cas d'attaque de l'émail dentaire, de déchaussement causé par les vomissements, le dentiste pourra protéger l'émail avec de la résine,

- **En cas de pulsions sucrées, d'insomnie, d'irritabilité ou de troubles anxiodépressifs** : des compléments alimentaires à base de tryptophane (précurseur de la sérotonine) tels que Ceroline ® des laboratoires Pileje, Serovance ® des laboratoires Ysonut, Seroxyl ® des laboratoires Arkopharma, Safralite ® des laboratoires Codifra permettront de restaurer les taux de sérotonine nécessaires à la régulation de la satiété et de l'humeur.

3.3 Évolution possible de la place du pharmacien dans la prise en charge

3.3.1 Prévention

L'officinal pourrait animer des ateliers à la pharmacie sur l'alimentation pour sensibiliser le public et faire de la prévention primaire aussi bien contre l'anorexie que contre l'obésité.

3.3.2 Suivi sous forme de journal de bord

Le pharmacien est le maillon principal du suivi en proposant au patient de tenir un journal de bord.

Premièrement, celui-ci contient le récapitulatif des repas ainsi qu'une partie sur les sensations éprouvées pendant et après le repas et quelques mots sur l'environnement dans lequel il a été pris. Ces moments sont ensuite analysés pour repérer les conditions optimales afin de favoriser une prise alimentaire sereine sans culpabilité.

Date :

Heure (début et fin)	Aliments et quantités	Commentaires (Lieu, sentiments, pensées)

Tableau IV : Auto-observation des repas sur une journée

La deuxième partie, est consacrée à l'aide pour définir des objectifs, par exemple : une prise de poids, le retour à une alimentation saine et équilibrée, l'arrêt des comportements compensatoires, prendre soin de soi, regagner une bonne estime de soi et rétablir de bonne relation avec les autres. Une fois ces objectifs posés à l'écrit, on peut chaque mois constater leur évolution en attribuant une note de 0 à 10. Le but étant de stagner ou d'avancer mais de ne jamais régresser dans la notation.

La troisième partie, se focalise sur la structuration des repas, où le but est de faire plusieurs repas complets à heures fixes dans la journée.

Les objectifs à atteindre sont répertoriés dans un tableau :

Objectifs	Objectifs atteints
Manger à un rythme « normal »	
Prendre un petit déjeuner	
Prendre un déjeuner	
Prendre une collation	
Prendre un dîner	
Manger dans un cadre agréable	

Tableau V : Objectifs sur l'organisation des repas

La quatrième partie, se concentre sur la conquête de la liberté alimentaire. Les repas doivent se faire en fonction de la pyramide alimentaire :

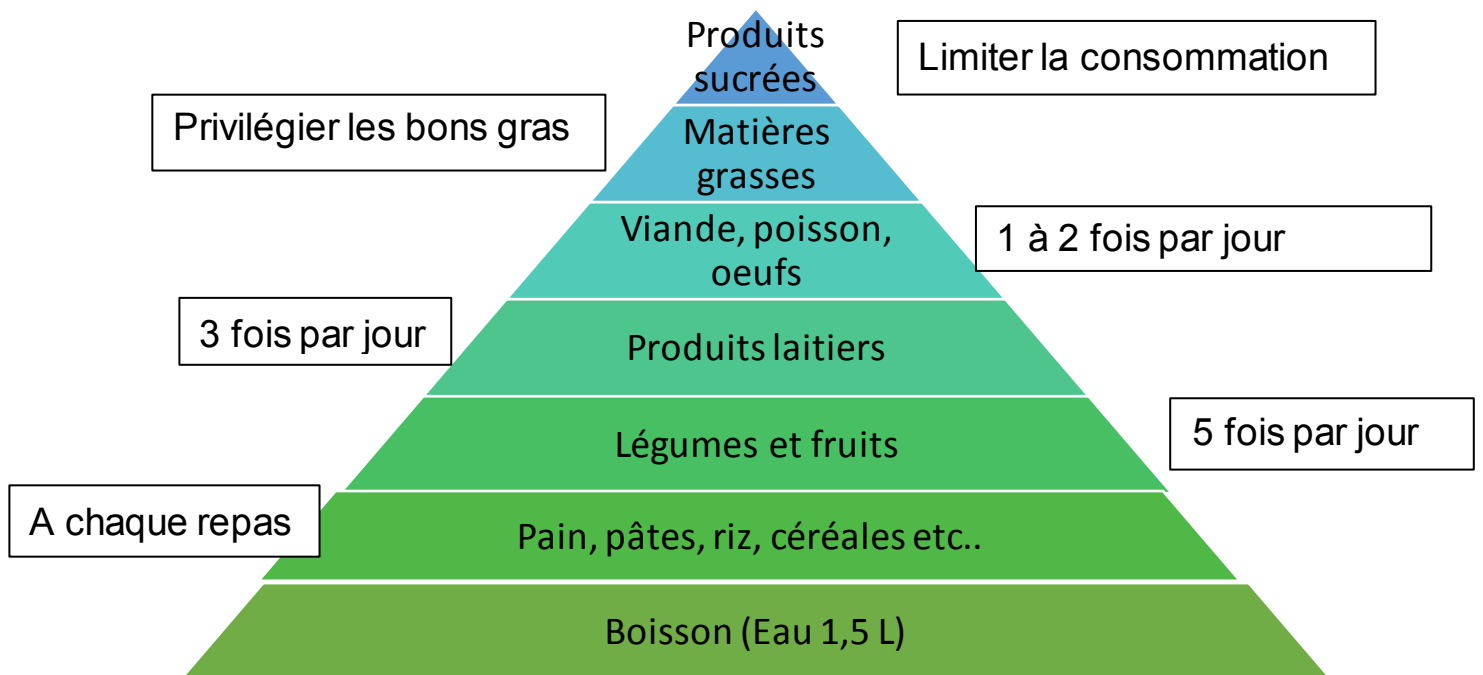


Figure 3 : La pyramide alimentaire

L'objectif de cette partie est d'améliorer sa connaissance sur l'alimentation en supprimant les fausses croyances. Le patient liste les aliments dont il a « peur » pour les réintégrer, petit à petit à son alimentation quotidienne.

Les objectifs à atteindre sont répertoriés dans un tableau :

Aliments « interdits »	Objectifs atteints
Frites	
Pizza	
Chocolat	
Bonbon	
Gâteau industriel	
Glace	
Sauce	

Tableau VI : Objectifs de consommation des aliments interdits

Dans la cinquième partie, on parle des actions à mener contre l'hyperactivité pour casser ce cercle vicieux.

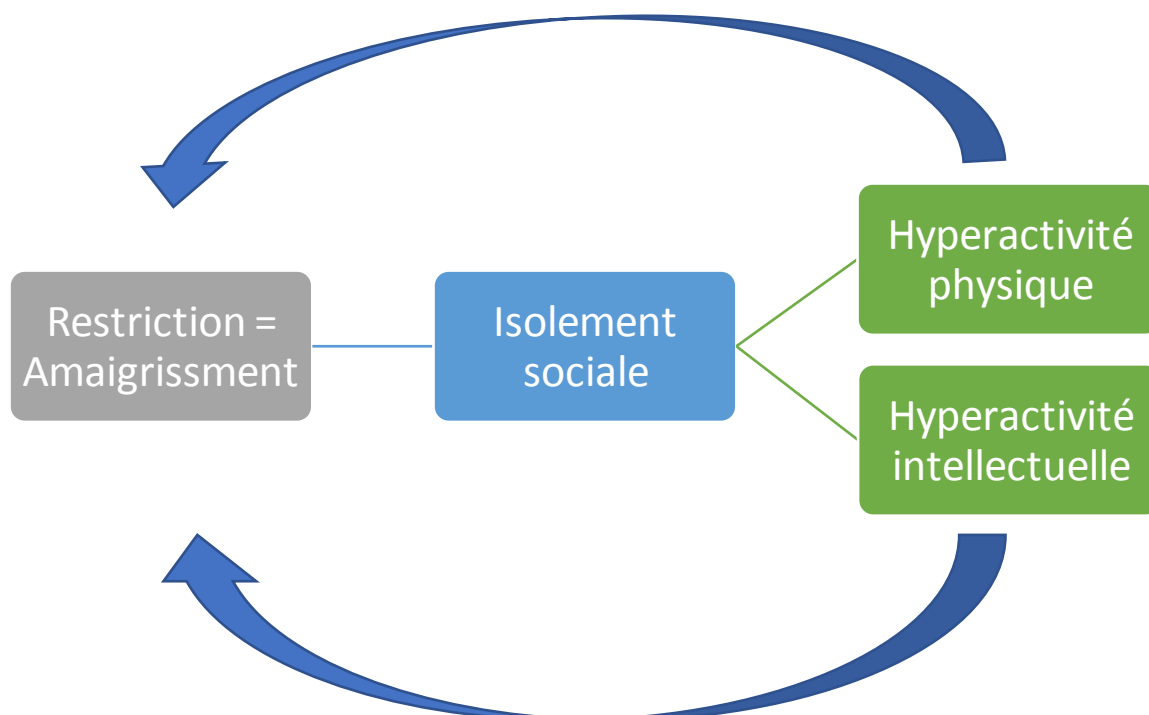


Figure 4 : Cercle vicieux de l'hyperactivité dans la perte de poids

Les objectifs sont de réduire petit à petit l'hyperactivité et de réinvestir d'autres activités seul ou en groupe.

Les objectifs à atteindre sont répertoriés dans un tableau :

Objectifs	Objectifs atteints
Savoir m'arrêter quand je suis fatigué	
Reconnaitre mon hyper activité et connaitre les dangers	
Essayer de la réduire	
Trouver d'autres activités	

Tableau VII : Objectifs pour contrôler l'hyperactivité

Cette sixième partie, sert à faire évoluer la représentation que l'on a de soi-même.

Le but étant d'apprendre à affirmer ses choix, exprimer ses sentiments, apprendre à dire non en analysant, par exemple une situation qui nous a mis en difficulté.

Situation :

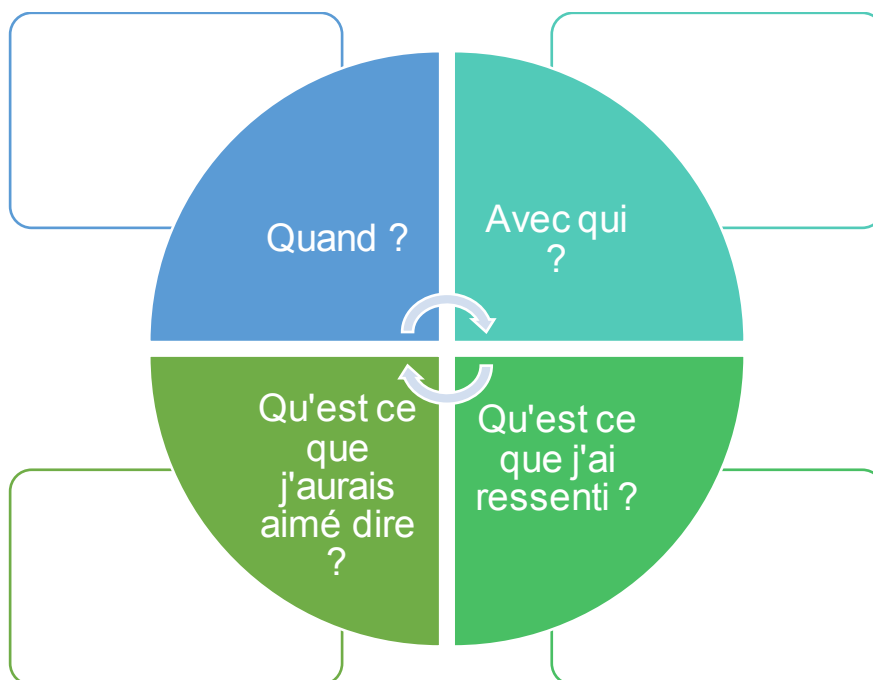


Figure 5 : Analyse d'une situation

Les objectifs que l'on va répertorier ensuite sont autant de clés permettant au patient de prendre confiance en lui.

Les objectifs à atteindre sont répertoriés dans un tableau :

Objectifs	Objectifs atteints
Exprimer ses sentiments	
Être sincère	
Être concis dans ses propos	
Écouter les autres	
Faire valoir ses droits et ses besoins	
Respecter les droits et les besoins des autres	

Tableau VIII : Objectifs pour prendre confiance en soi

Lors de la prise en charge, le pharmacien pourrait également surveiller le poids et prescrire des analyses biologiques pour surveiller :

- Les électrolytes dans le sérum, notamment le potassium,
- La créatinémie pour explorer la fonctionnalité rénale,
- Les éléments du sanguin.

4 Enquête de terrain

Un questionnaire regroupant des questions ouvertes et fermées a été élaboré puis distribué sur les réseaux sociaux. L'idée était au départ de les distribuer en officine mais deux difficultés se sont présentées à moi. Premièrement, il est rare de rencontrer des personnes atteintes d'anorexie, surtout quand on travaille à temps partiel, ne voulant pas impliquer mes collègues dans mes recherches pour pouvoir expliquer en personne au patient mon travail de thèse. Deuxièmement, c'est une population fermée et peu ouverte à la discussion en face à face donc l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne me paraissait être une bonne alternative.

Il a été conçu durant l'été 2019 et est resté ouvert 3 mois, j'ai réuni plus d'une centaine de réponses

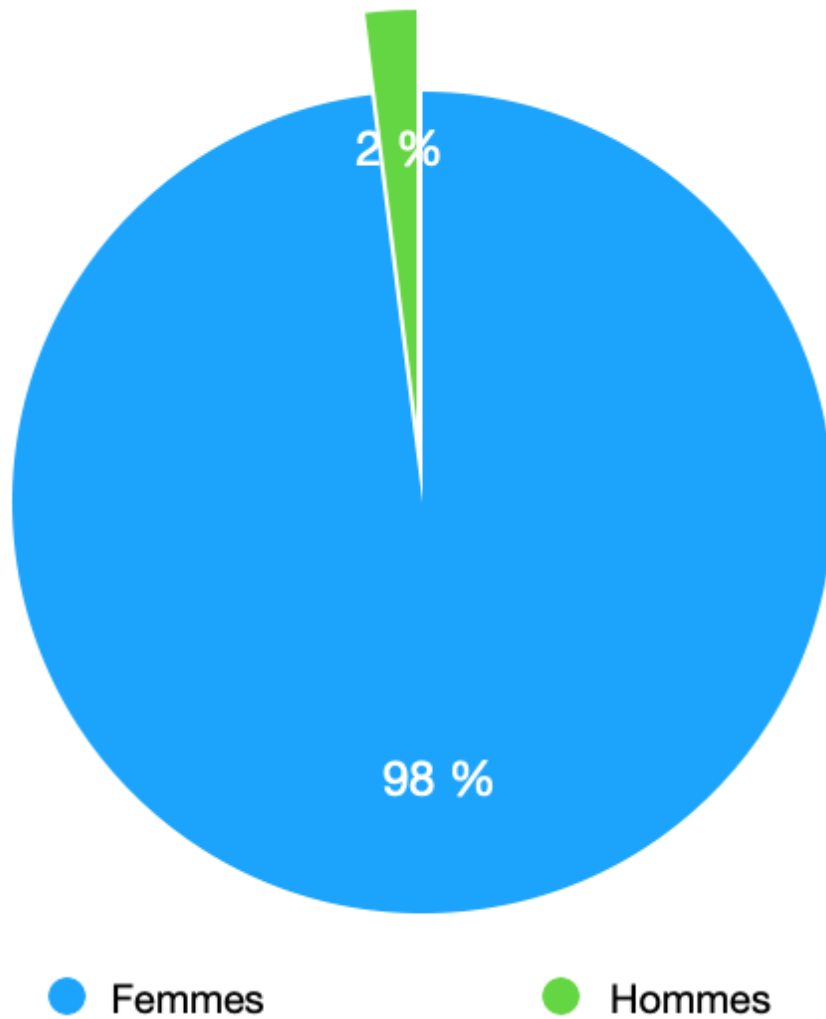


Figure 6 : Proportion d'hommes et de femmes répondant au questionnaire

98% des personnes ayant répondu au questionnaire sont des femmes pour seulement 2 % d'hommes.

Cela confirme que l'anorexie est une maladie qui touche principalement les femmes.

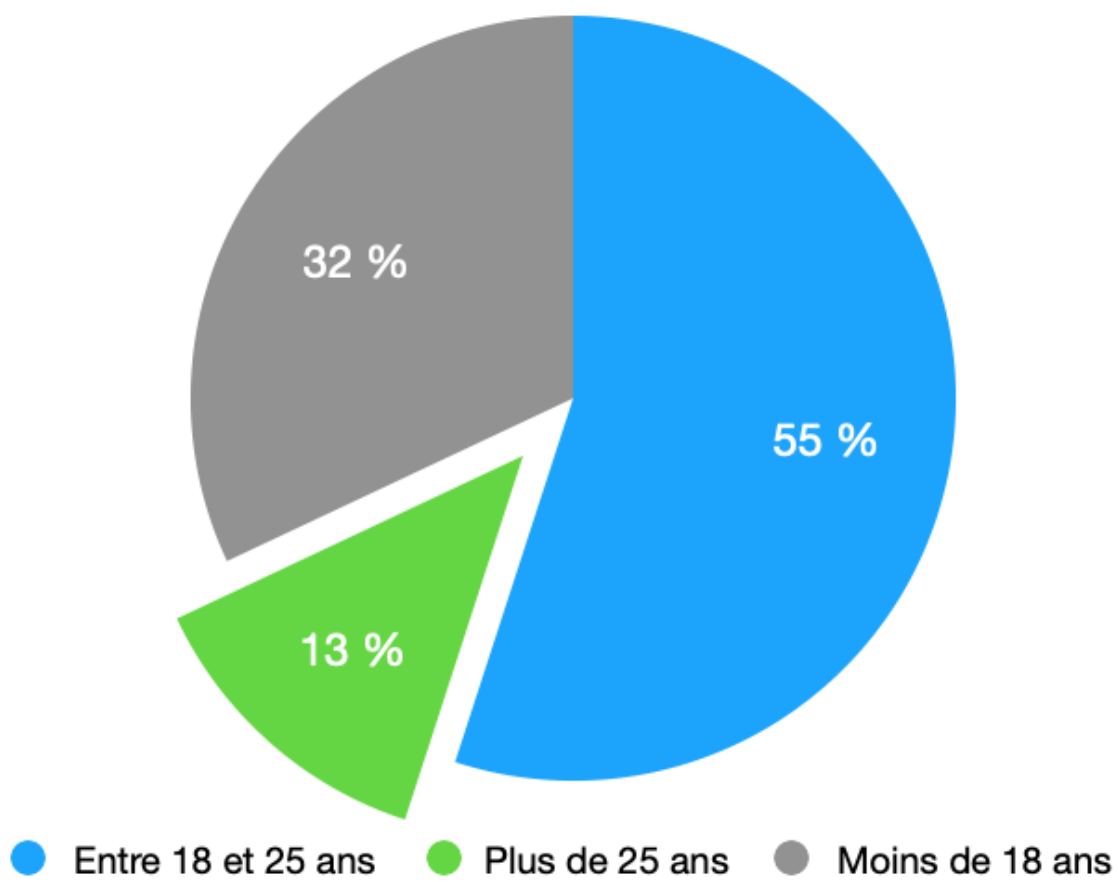


Figure 7 : Âge des personnes ayant répondu au questionnaire

32% ont moins de 18 ans, 55% des personnes ont entre 18 et 25 ans, 13% ont plus de 25 ans.

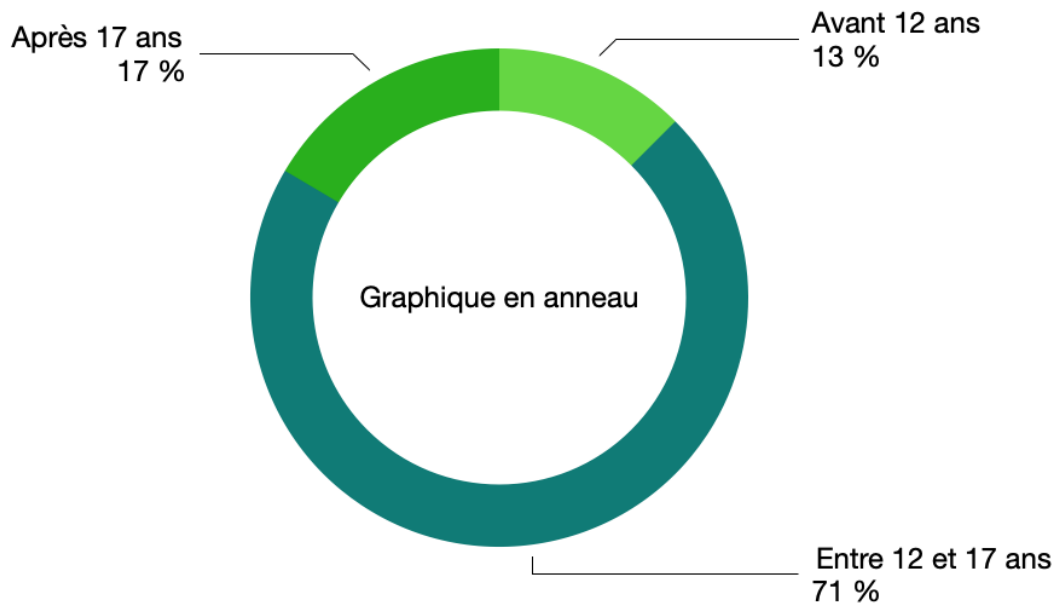


Figure 8 : L'âge du développement de la maladie

13% sont concernés avant l'âge de 12 ans.

La majeure partie entre 12 et 17 ans et 17% après 17 ans.

Cela confirme que l'anorexie mentale une maladie de la pré-adolescence, qu'elle se déclare entre 12 et 17 ans, mais qu'elle peut aussi survenir plus tôt, comme l'anorexie du nouveau-né ou plus tard.

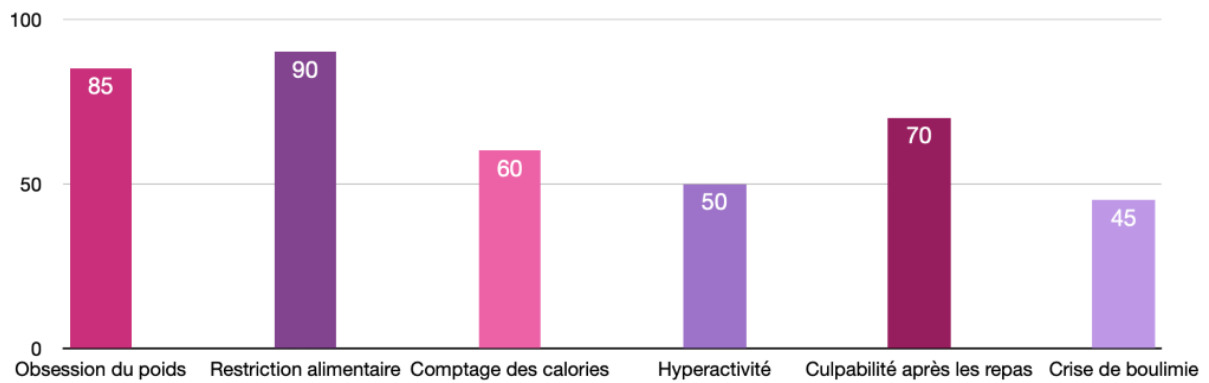


Figure 9 : Comment se définit votre anorexie

Respectivement 85% et 90% des personnes interrogées présentent une obsession du poids (de la perte de poids) et une restriction alimentaire, les caractéristiques majeurs d'une anorexie.

Elles sont accompagnées dans 70 % des cas d'une culpabilité d'avoir trop mangé après les repas et dans 60% des cas, d'un comptage des calories.

La moitié dit avoir des crises de boulimie (45%) et / ou sont hyperactives.

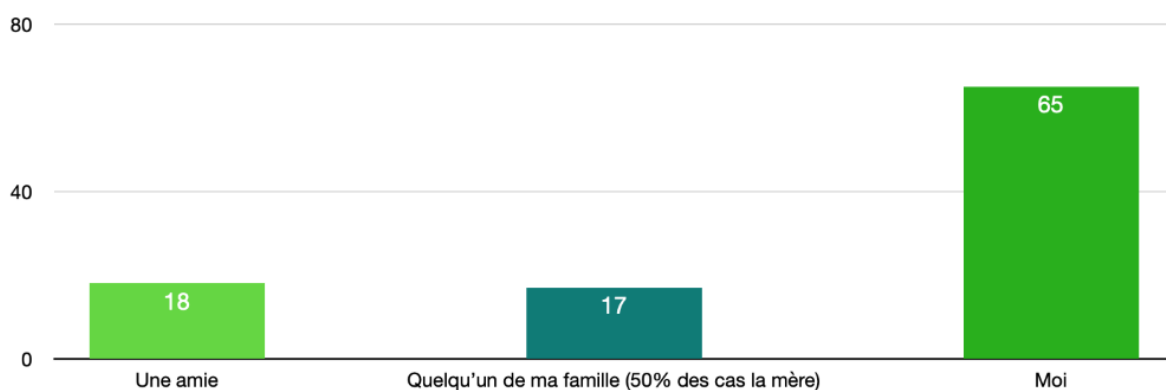


Figure 10 : Présence de personne atteinte d'anorexie dans l'entourage

Cette question vise à voir l'influence du développement de la maladie en fonction de l'entourage.

Dans 65% des cas, la personne est la seule atteinte dans son entourage.

Dans l'autre cas de figure, il y a une juste répartition entre la présence d'une personne malade dans l'entourage familial (17%, dont dans la moitié des cas, la mère) et dans l'entourage amical (18%).

Même si cela reste une minorité, 35% des personnes interrogées ont une personne anorexique dans leur entourage. On ne peut pas conclure à une influence de ces derniers. Pour cela, il faudrait faire un sondage chez des personnes saines pour savoir la proportion connaissant personnellement des anorexiques.

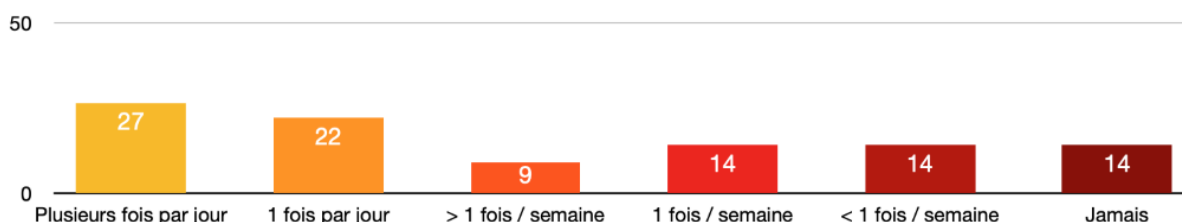


Figure 11 : La fréquence de la pesée

Plus de 50% se pèse une fois par jour ou plus (27% plusieurs fois par jour) alors que 45 % se pèsent une fois par semaine ou moins ou même jamais. Certaines, car elles ne le désirent pas, d'autres parce qu'elles n'ont plus de balance, soit parce qu'elles l'ont jetée pour arrêter de se peser, soit parce qu'elle leur a été confisqué par leur entourage.

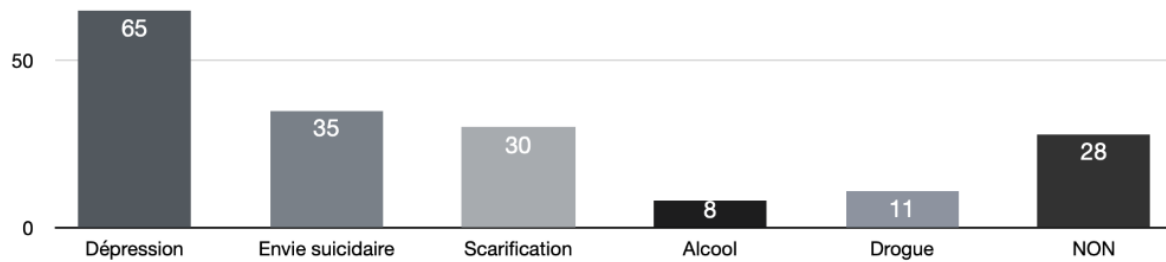


Figure 12 : Accompagnement de l'anorexie par un ou des autres troubles

Dans une grande majorité des cas (65%), l'anorexie est accompagnée de dépression, qui peut être due à la dénutrition de l'anorexie ou à l'inverse, un déclencheur de l'anorexie.

Dans 35 % des cas, il y a des idées noires, 30 % des malades se font même du mal en se scarifiant.

Pour 28% il n'y a pas de troubles associés.

Dans 8% et 11% des cas, à l'anorexie s'ajoute une consommation d'alcool et même de drogue.

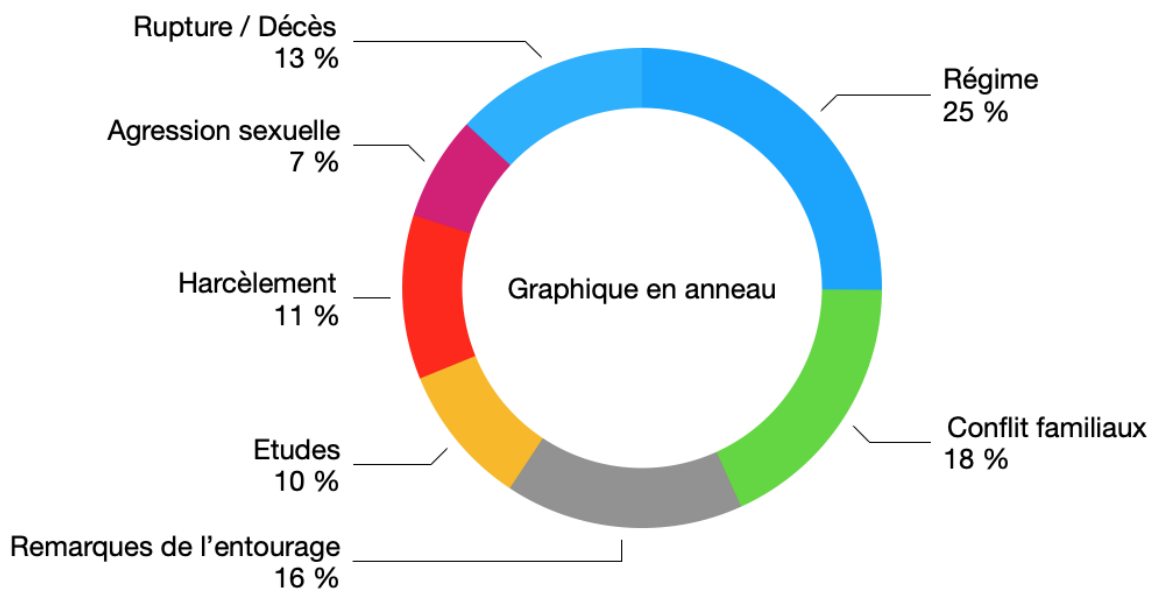


Figure 13 : Cause du développement de l'anorexie

Chez 25% des sondés, la maladie commence par un régime qui tourne mal par la suite.

Chez 34%, l'entourage est à l'origine de la maladie (pour 16% à cause par des remarques qu'ils ont pu avoir sur leur poids et pour les 18 autres % à cause de conflits dans la famille).

Pour 13%, cela vient de rupture avec leur partenaire ou de décès d'un des proches.

Pour 10%, les études sont incriminées notamment à cause de la pression, de la charge de travail, de la peur d'échouer.

Pour 11%, le harcèlement subi surtout à l'école est incriminé.

Et pour les 7 derniers %, des agressions sexuelles surtout causées par des membres de la famille pour les plus jeunes.

À la question : “ Pensez-vous que les médias ont influencé le déclenchement de la maladie ? ”, 65% répondent que oui, contre 35% que non.

À la question : “ Vous êtes-vous déjà rendu(e) sur un site pro-ana ? “, 50 % se sont déjà rendus sur un site pro-ana et 50 % n'y sont jamais allés.

Les réseaux sociaux, les mannequins, les pubs, les photos dans les magazines et l'image de l'idéal féminin qu'ils véhiculent ne sont pas la cause principale de développement de la maladie.

Néanmoins, on peut en conclure que la présence d'information sur internet favorise l'entretien de la maladie et peut influencer le malade dans des conduites encore plus strictes.

À la question : “ Y a-t-il eu des conséquences sur votre vie personnelle, familiale, amicale, conjugale, scolaire, salariale ?”, 86 % répondent que oui, contre 14 % que non.

À la question : “ Diriez-vous que cela a impacté tout votre entourage ? “, 70,5 % répondent que oui, contre 29,5 % que non.

L'anorexie est une maladie qui fragilise le malade du point de vue de la santé, mais aussi dans tous les domaines de sa vie. Elle touche également la famille dans la grande majorité des cas, car les malades sont souvent jeunes et vivent encore au domicile familial quand la maladie se déclare.

À la question : “ Avez-vous déjà acheté en pharmacie des diurétiques, des laxatifs, des coupe faim dans le but de maigrir ?”, 45 % répondent que oui, contre 55 % que non.

À la question : “ Avez-vous déjà pensé à parler de votre maladie à votre pharmacien ?”, 16 % répondent que oui, contre 84 % que non.

À la question : “ Votre pharmacien a t’il déjà essayé d'ouvrir le débat sur ce sujet ?”,
45 % répondent que oui, contre 55 % que non.

La moitié des personnes anorexiques interrogées avoue avoir déjà franchi le seuil d'une pharmacie mais seulement 1 / 4 en parle à leur pharmacien. Elles sont beaucoup à penser que le pharmacien n'est pas qualifié pour les aider et / ou n'attendent pas d'aide de sa part et viennent juste chercher ceux dont ils ont besoin.

5. Conclusion

THÈSE SOUTENUE PAR : FAURE Léa-Anaïs

TITRE : Prise en charge de l'anorexie à l'officine

L'anorexie mentale est un trouble alimentaire qui entraîne une privation de nourriture, peu connue il y a encore quelques décennies elle est désormais présente dans la plupart des sociétés occidentales.

Elle touche principalement les adolescentes et les jeunes femmes.

La perturbation du comportement alimentaire s'apparente à une autodestruction en réponse à une souffrance liée à un mal-être, un manque d'estime et de confiance en soi.

Un grand travail doit d'être accompli pour éveiller les consciences sur cette maladie dévastatrice car son développement est souvent évitable. En effet elle découle la plupart du temps d'un régime, de l'entourage ou encore des études.

L'anorexie est une pathologie difficile à diagnostiquer notamment à cause du déni du patient et donc difficile à traiter. Par ses conséquences physiques et mentales la détection se veut précoce pour éviter que le trouble ne s'installe et se chronicise.

Pour être efficace, le traitement doit privilégier une approche pluridisciplinaire et une coopération soignant-soigné. Une équipe médicale (psychiatre, médecin traitant) et paramédicale (infirmière, psychologue, nutritionniste) s'occupe du malade, la prise en charge se faisant à l'hôpital ou par l'intermédiaire de rendez-vous chez les professionnels.

À l'heure où le métier de pharmacien d'officine connaît de grands changements pour trouver sa place en tant que professionnel de santé et être

encore plus impliqué dans le système de soins, la question de la prise en charge de l'anorexie à l'officine semble parfaitement adaptée.

Le pharmacien, même avec des outils limités, doit guider le patient vers une amélioration de sa santé physique et psychologique, délivrer des moyens de prévention comme des informations sur une bonne alimentation, prévenir des risques des produits amaigrissants utilisé à tort, orienter vers le médecin traitant s'il le juge nécessaire et participer au suivi du traitement médicamenteux notamment les antidépresseurs et les anxiolytiques.

Le pharmacien pourra aller encore plus loin dans la prise en charge en mettant en place des entretiens avec les patients pour leur donner des clés et des objectifs vers la guérison.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 15/06/16

LE DOYEN

LE DIRECTEUR DE THESE :

Dr. C. GILLY



6. Annexes

Annexe 1 : Évaluation globale de l'état du patient au début de la prise en charge (source : guide de l'HAS de la prise en charge de l'anorexie) (18)

Évaluation clinique	
Données de l'entretien	<ul style="list-style-type: none">● Histoire pondérale : pourcentage de perte de poids, cinétique et durée de la perte de poids (IMC minimal, IMC maximal et poids de stabilisation).● Conduites de restriction alimentaire : début des restrictions, type de restrictions (quantitatives, qualitatives).● Conduites purgatives associées : boulimie/vomissements, surconsommation de laxatifs, de diurétiques ou autres médicaments, hypertrophie des parotides et callosités ou irritation des doigts liées aux vomissements, évaluation de l'état bucco-dentaire.● Potomanie (quantification du nombre de litres de boissons par jour).● Activité physique (recherche d'une hyperactivité).
Données de l'entretien (suite)	<ul style="list-style-type: none">● Activité physique (recherche d'une hyperactivité).● Conduites addictives : alcool, tabac, autres substances, (notamment médicaments psychotropes).● Pathologies associées connues : diabète, pathologies thyroïdiennes ou digestives.● Examen psychiatrique : antécédents psychiatriques et éléments actuels (dépression, anxiété, trouble obsessionnel compulsif, suicidalité, automutilation et rarement symptômes psychotiques), antécédents d'abus sexuels, traitements psychotropes.● Évaluation du fonctionnement familial, notamment concernant l'alimentation, pouvant contribuer à la pérennisation des troubles.● Évaluation sociale (avec le concours d'une assistante sociale) : hyperinvestissement scolaire ou professionnel, désinvestissement des relations amicales ou sociales, pouvant nécessiter une prise en charge spécifique (allègement de l'emploi du temps scolaire, arrêt de travail, soins en groupe, etc.).

<p>Évaluation de l'état nutritionnel et de ses conséquences</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Poids, taille, IMC, percentile d'IMC pour l'âge et courbe de croissance pour les enfants et adolescents. ● Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent (recherche d'un retard pubertaire). ● Température corporelle. ● Examen cardio-vasculaire complet à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque et/ou de troubles du rythme incluant la mesure du pouls, de la tension, et recherche d'hypotension orthostatique. ● État cutané et des phanères (dont automutilations), œdèmes, acrosyndrome. ● Degré d'hydratation. ● Examen neurologique et musculaire : ralentissement psychomoteur, fonte musculaire, hypotonie axiale, asthénie majeure avec difficulté d'accomplissement des mouvements habituels. ● Examen digestif : glandes salivaires, tractus œsogastrique, transit notamment. ● Évaluation des ingestats (par un diététicien expérimenté).
--	---

<p>Évaluation paraclinique (une fois le diagnostic établi)</p>	
<p>Bilan biologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Hémogramme. ● Ionogramme sanguin. ● Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3. ● Évaluation de la fonction rénale (urée, créatinine, clairance de la créatinine). ● Évaluation de la fonction hépatique (ALAT, ASAT, PAL et TP). ● Albumine, préalbumine. ● CRP. ● Il n'est pas recommandé de faire un dosage de TSH sauf en cas de doute diagnostique persistant en faveur d'une hyperthyroïdie.
<p>Examens complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Électrocardiogramme : recherche d'un QT long (risque de torsade de pointe), d'une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, de pauses sinusales, d'une bradycardie jonctionnelle, d'une onde T négative au-delà de V3 et d'une modification du segment ST. ● Ostéodensitométrie osseuse (après 6 mois d'aménorrhée, puis tous les 2 ans en cas d'anomalies ou d'aménorrhée persistante).

Annexe 2 : Critères somatiques d'hospitalisation (source : guide de l'HAS de la prise en charge de l'anorexie) (18)

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 : aphagie 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).

Chez l'adulte

Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois. ● Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance. ● Vomissements incoercibles. ● Échec de la renutrition ambulatoire.
----------------------	---

Chez l'adulte (suite)	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois. ● Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance. ● Vomissements incoercibles. ● Échec de la renutrition ambulatoire.
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> ● Signes cliniques de déshydratation. ● IMC < 14 kg/m². ● Amyotrophie importante avec hypotonie axiale. ● Hypothermie < 35 °C. ● Hypotension artérielle < 90/60 mmHg. ● Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Bradycardie sinusale FC < 40/min. ▸ Tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m².
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> ● Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque. ● Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L. ● Cytolyse hépatique > 10 x N. ● Hypokaliémie < 3 mEq/L . ● Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L. ● Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min. ● Natrémie : <ul style="list-style-type: none"> ▸ < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions). ▸ > 150 mmol/L (déshydratation). ● Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³).

Annexe 3 : Critères psychiatriques d'hospitalisation (source : guide de l'HAS de la prise en charge de l'anorexie) (18)

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

Annexe 4 : Critères environnementaux d'hospitalisation (source : guide de l'HAS de la prise en charge de l'anorexie) (18)

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).

7. Bibliographie

(8) : HOFFMANN Méлина, Faim de vie, 2018, édition Michalon

(10) : MAILLET Géraldine, Le monde à ses pieds, 2011, édition J'ai lu

8. Sitographie

(1) : Classification internationale des maladies (Consulté le 19 juin 2020)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_internationale_des_maladies

(3) : Estimation of Eating Disorders Prevalence by Age and

Associations With Mortality in a Simulated Nationally Representative US Cohort

Zachary J Ward, Patricia Rodriguez, Davene R Wright, S Bryn Austin, Michael W

Long (Consulté le 10 juin 2020)

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31596495/?from_term=anorexia+prevalence&from_filter=ds1.y_1&from_pos=6

(2) : Incidence of Anorexia Nervosa in Women: A Systematic Review and Meta-

Analysis by Leticia Martínez-González, Tania Fernández-Villa, Antonio José

Molina, Miguel Delgado-Rodríguez and Vicente Martín (Consulté le 10 juin 2020)

<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/3824/htm>

(4) : Anorexia nervosa in adolescents Peterson, Kathleen PhD, RN, PCPNP-

BC; Fuller, Rebecca RN-BC (Consulté le 10 juin 2020)

https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2019/10000/Anorexia_nervosa_in_adolescents__An_overview.8.aspx

(5) : Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide

Association Study of Anorexia Nervosa (Consulté le 11 juin 2020)

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2017.16121402>

(6) : Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa Walter Kaye (Consulté le 8 juin 2020)

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18164737/from_term=anorexia+serotonin&from_pos=3

(7) : The Turkish Journal of Pediatrics, Father's role in infantile anorexia. Gonca Özyurt¹, Yeliz Çağan-Appak², Miray Karakoyun², Kayı Eliaçık³, Maşallah Baran (Consulté le 8 juin 2020)

http://www.turkishjournalpediatrics.org/uploads/pdf_TJP_1887.pdf

(9) : Pourquoi l'anorexie mentale est-elle considérée comme une maladie difficile à soigner ? I. Lyon-Pagès I. Carrard S. Gebhard F. Stiefel (Consulté le 13 juin 2020)

<https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-98/32046>

(11) : www.anorexie-et-boulimie.fr (Consulté le 6 juin 2020)

(12) : Is body fat percentage a good predictor of menstrual recovery in females with anorexia nervosa after weight restoration. Samira Traboulsi, Leila Itani, Hana Tannir, Dima Kreidieh, Dana El Masri, Marwan El Ghoch (Consulté le 11 juin 2020)

<https://jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/601/540>

(13) : Sexuality, embodiment and attachment style in anorexia nervosa (Consulté le 27 juin 2020)

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-019-00805-6>

(14) : Anorexia Nervosa and Bone Madhusmita Misra, Anne Klibanski (Consulté le 12 juin 2020)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4047520/>

(15) : Anorexia Nervosa and Heart Disease: A Systematic Review (Consulté le 02 juillet 2020)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30173377/>

(16) : Sleep profile in anorexia and bulimia nervosa female patients (Consulté le 02 juillet 2020)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945718301606?via%3Dihub>

(17) : Loi de santé publique du 26 janvier 2016 sur le mannequinat en France
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031912992&cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> (Consulté le 06 septembre 2020)

(18) : Le cadre de la santé dans le milieu scolaire (maternelle et primaire)
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1879> (Consulté le 09 juillet 2020)

(19) : Prise en charge de l'anorexie mentale
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf (Consulté le 09 juillet 2020)

(20) : Questionnaire de SCOFF (Consulté le 06 Septembre 2020)
https://fr.wikipedia.org/wiki/Questionnaire_SCOFF

(21) : Site de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
<https://www.who.int/classifications/icd/en/> (Consulté le 09 juillet 2020)

(22) : Liste des codes DSM-IV
https://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_codes_DSM-IV (Consulté le 09 juillet 2020)

(23) : Les classifications internationales de l'anorexie mentale
<https://www.maudepsychologue.be/therapie/anorexie-mentale/> (Consulté le 06 octobre 2020)

(24) : Classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
https://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_française_des_troubles_mentaux_de_l%27enfant_et_de_l%27adolescent (Consulté le 09 juillet 2020)

(25) : Site Anorexiques Boulimiques Anonymes
<http://abaipfrance.free.fr> (Consulté le 15 juillet 2020)

(26) : Définition des TIC

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychothérapie_interpersonnelle](https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychoth%C3%A9rapie_interpersonnelle) (Consulté le 15 juillet 2020)

(27) : Définition des TCC

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Thérapie_cognitivo-comportementale](https://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9rapie_cognitivo-comportementale) (Consulté le 15 juillet 2020)

(28) : Association d'art thérapie

<https://associationarpy.wordpress.com/2016/01/27/lart-therapie-au-service-des-artistes-de-la-faim/> (Consulté le 09 août 2020)

9. Serment de Galien

*Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes*



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

10 Résumé

Prise en charge de l'anorexie mentale à l'officine

L'anorexie mentale est une maladie psychique grave dont la prévalence ne cesse d'augmenter. Elle est caractérisée par un refus de s'alimenter et une crainte obsessionnelle de la prise de poids. Ses expressions en font d'elle une maladie méconnue et victime de nombreux préjugés. C'est une maladie sociétale, touchant principalement les femmes, à l'adolescence et traduisant un profond mal-être. Elle se doit d'être diagnostiquée et prise en charge le plus tôt possible, pour éviter la chronicisation, mais le refus de la patiente à se soigner en fait, une maladie dure à combattre. La prise en charge se fait de manière ambulatoire ou hospitalière, par une équipe pluridisciplinaire et passe obligatoirement par une reprise de poids. Le pharmacien peut donc jouer un rôle dans la prévention de ces troubles, dans l'information et le diagnostic de la maladie mais également dans le soutien des patients et de leurs familles. Outre les conseils et les recommandations, l'entretien motivationnel reste un moyen à la portée du pharmacien afin d'atténuer les distorsions cognitives des malades face à l'alimentation, à l'image du corps et à l'estime de soi.

Mots clés : Anorexie mentale - Officine - Pharmacien - Troubles du comportement alimentaire