



HAL
open science

Création et évaluation d'un groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant d'anorexie mentale

Fanélie Millaud

► **To cite this version:**

Fanélie Millaud. Création et évaluation d'un groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant d'anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03019273

HAL Id: dumas-03019273

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019273>

Submitted on 23 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Fanélie MILLAUD

Le 26 septembre 2018

**Création et évaluation d'un groupe de
psychoéducation destiné aux patients
souffrant d'anorexie mentale.**

Directeur de thèse : Pr Sébastien GUILLAUME

JURY

Président: Pr COURTET Philippe

Assesseurs :

Pr BRINGER Jacques

Pr GUILLAUME Sébastien

Dr RYST Alix

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Fanélie MILLAUD

Le 26 septembre 2018

**Création et évaluation d'un groupe de
psychoéducation destiné aux patients
souffrant d'anorexie mentale.**

Directeur de thèse : Pr Sébastien GUILLAUME

JURY

Président: Pr COURTET Philippe

Assesseurs :

Pr BRINGER Jacques

Pr GUILLAUME Sébastien

Dr RYST Alix

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	LAVIT Jean Pierre
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SANY Jacques
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	Madeleine	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MAGNAN DE BORNIER	THEVENET André

D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire

MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie

DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,
addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DE VOS John-Cytologie et histologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,
 addictologie
 GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétiq ue
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HAYOT Maurice-Physiologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 MOREL Jacques -Rhumatologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie
 médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PRUDHOMME Michel-Anatomie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,
addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - (Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements :

Monsieur le Professeur Courtet, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci également pour votre accompagnement dans ma formation de psychiatre.

Monsieur le professeur Guillaume, merci pour ta confiance, ton soutien durant tout mon parcours depuis mon passage dans ton service. Merci d'avoir tenu compte de mes intérêts professionnels, de mes projets personnels et d'avoir été conciliant afin que je puisse poursuivre ce travail qui me tenait à cœur.

Monsieur le professeur Bringer, je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse, et pour votre implication tant au sein de la faculté où j'ai suivi mon cursus de médecine qu'auprès des patients dans le service d'endocrinologie où j'ai eu l'occasion de travailler au cours de mon internat.

A Alix, tu auras accepté sans hésitation de m'aider dans ce travail et je t'en suis reconnaissante, merci de me faire l'honneur de co-diriger cette thèse. Ta confiance, ton écoute, ta bienveillance et ta disponibilité sont des qualités que j'ai pu admirer lors de ces mois passés à tes côtés. J'espère pouvoir un jour travailler de nouveau avec toi.

A l'équipe Nimoise, Mr Abbar, Dr Audemard, Dr Wyart, de m'avoir accueillie dans vos services entre la fin de l'externat et le début de mon internat, de m'avoir aidée à me décider entre cette spécialité et la médecine générale. Merci également aux Dr Mansard, Dr Pépin, Dr Chopin, Dr Monie, Dr Lazareth, Dr Boulet, Dr Bourgeois, Dr Saintenac, Dr Adoue, Dr Michot et Dr Boland, grâce à vous je garde des souvenirs agréables de cette première année d'internat.

Merci à l'équipe de pédopsychiatrie de Nîmes pour ce bref stage en surnombre, qui m'aura permis de mieux appréhender la clinique de l'adolescent. Merci Ariane pour ta disponibilité, ton humanité ; j'admire ton travail, et ce fut un plaisir de t'avoir en référente pour cette partie de stage.

A Maryline, toujours optimiste, tu rallumes l'espoir dans les services de gérontopsychiatrie. Tu m'auras enseigné cette posture empathique et bienveillante que nous devons toujours garder lors des rencontres avec les patients. Ce semestre dans ton service fût mon premier en tant qu'interne de psychiatrie, je pense que tu auras largement contribué au fait que je poursuive dans cette voie ...

A Lucile, avec Alix j'ai été votre première interne et je peux dire que vous êtes des chefs en or ! Tu as toujours été présente tout en me laissant faire mes propres expériences, merci pour ton dynamisme. A l'équipe du centre expert TCA, à Jocelyne et à l'équipe de l'unité papillon à Stella pour votre accueil, tout l'enseignement au cours de mon semestre et votre aide par la suite dans la réalisation de ce travail.

A l'équipe de pédopsychiatrie d'Uzès, Dr Lafay et Elisabeth, vous qui m'avez fait découvrir le travail auprès des enfants par vos regards complémentaires. Merci pour votre accueil, votre accompagnement, votre soutien. Il me tarde de revenir travailler à vos côtés ! A Laurie, Virginie, Elisabeth, je n'ai pas beaucoup travaillé avec vous mais j'ai apprécié les quelques

moments passés ensemble. Aux équipes paramédicales de Beaucaire et Uzès... vous avez pris le temps de me faire découvrir votre travail, de me faire un place au sein de vos équipes et je vous en remercie. Ces rencontres auront été précieuses dans mon parcours d'interne.

A l'équipe de psychiatres adultes d'Uzès, Jérôme L, Farid, Jérôme B, Walid, Guilaine mais aussi Armelle, Marie Laure, Alain pour votre accueil. Vous avez pris soin de moi lors de ce stage et j'en garde un excellent souvenir... J'espère vous revoir très prochainement lors de mon retour à Uzès !

A l'équipe du CAMSP de Lunel ainsi que celle du CMPEA ; à Ulrike Walther Louvier, Marjorie Bienfait, Pierre Raysse et au Dr Daude qui m'ont permis de composer cette organisation particulière afin que je puisse travailler au CAMSP de Lunel.

Aux Pr Baghdadli et Pr Purper pour leur confiance, et leur aide dans la réalisation de mes projets de formation en pédopsychiatrie.

A Prunelle, tu auras largement contribué à l'élaboration de ce groupe et je t'en remercie, tes éclats de rire ont ponctué nos séances de travail, les rendant bien agréables... Garde cette spontanéité que nous aimons tant.

A Blandine, ma co-interne de toujours, « binôme des premiers jours » en gériopsychiatrie. A nos fou-rire lors de ce stage, à nos patients « mascotte » et leurs phrases cultes, à nos retrouvailles montpelliéraines et aux prochaines à venir !!!

A Camille pour nos exploits en service fermé.... Pour ta franchise, ton savoir, ta répartie ... j'espère te recroiser car j'ai adoré bosser avec toi !!!

A Joséphine, pour finir tu es devenue plus Uzétienne que moi... A bientôt sur le Mas Careiron !!

A Amandine, pour ta sincérité, ton investissement, ton écoute, j'ai passé d'excellents moments à tes côtés lors de ces semestres.

Aux internes que j'ai croisé à Nîmes, Uzès et Montpellier : A Justine, Sylvain, Estelle (les nouveaux chefs, pour vos conseils précieux !!), à Clémence l'aventurière, à Elisa, à Carole, Bruno, Mickael, Margaux, Manu, Marion et Clairon, Charlotte, Cyrielle, Cécile, ...

A Marc, à tes cours particuliers de sutures qui m'auront bien servi sur les gardes... même si tu t'arracherais les cheveux en me voyant à l'œuvre car ce n'est toujours pas mon fort !!

A Henri pour les multiples dépannages informatiques en week end et jours fériés, toujours avec le sourire en prime, tu as réussis maintes fois à sauver mon travail !

A Mr Argod, vous m'avez un jour soufflé l'idée de suivre le chemin de la médecine...

Aux copains de la Drôme : Mily, Emerico, Estelle, Boris, Vivi, Jess, Chab, Charles et Tiff, à ceux qui se sont expatriés Adeline et Jimmy, Adrian et Fanny ... Et à la nouvelle génération qui arrive !! Merci pour toutes les soirées « post examen » après les semaines de révisions sans vous voir, et toutes les soirées depuis... Voici une occasion de plus de se retrouver pour faire la fête !!

A Nico, toi qui passes ta vie sur la route et trouve toujours le moyen de venir nous voir... Cette fois c'est officiel tu vas pouvoir m'appeler Doc' !

A Lucile et Béné, vous qui étiez là depuis le début de la grande aventure... A la « triloque » et au chemin que nous avons parcouru ensemble depuis. Plus les années passent et plus les liens se renforcent... pourvu que cette amitié si précieuse perdure encore des années ! A Morgan pour ces escapades en Lozère, de véritables bouffées d'oxygène Je n'ai pas respecté à la lettre ton fameux planning qui est épinglé au dessus de mon bureau depuis la D2, mais je pense qu'on peut quand même être satisfaits du résultat ;) !! ... à toute ta famille avec qui j'adore partager les moments festifs ! A Faustine, nous sommes tous déjà fan de toi ! A Sylvain, tu es arrivé depuis peu et pourtant c'est comme si tu faisais partie de l'équipe depuis le début, bienvenue à toi !!

A Patricia, mon Chocolat. Une amitié qui dure depuis si longtemps... « Loïn des yeux près du cœur »... ce proverbe nous va à merveille ! Tu me manques et je te promets que nous viendrons te rendre visite à Bâle dès que possible !

A mes beaux-parents, pour m'avoir fait découvrir d'autres horizons ; m'avoir permis de troquer mes cahiers d'anat' contre des clés de 10 pour un cours de mécanique occasionnel... et quelques sensations fortes au pied des pistes de Kart cross.

A mon beau-frère sourire, à nos fiestas, à nos moments de famille, et à tous ceux à venir. Merci aussi à toi d'avoir été le premier « cobaye » de mes essais de vaccinations !! Merci pour ta confiance et ton soutien.

A Laeti, à nos débuts difficiles et notre coloc extra !! Merci pour tes conseils de « thésarde scientifique » précieux ! Tes qualités d'enseignante ne font aucun doute à mes yeux ... Tes futurs élèves auront de la chance d'apprendre à tes côtés !

A Seb, Nelly, Oriana et Lenzo, les années filent, les petits grandissent à vue d'œil... c'est toujours un bonheur de vous retrouver !

A ma famille, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, ma grand-mère...(Annie, Joël et Sylvie, Jean-Marc, Mumu, Patrick, Nathalie, Auré et Mika , Céline et Marine, Manon, Johan et Nathan, Laurette et Gilou, Noé et Tom, Fred et Océane... et la nouvelle génération Apolline et Gauvain !!) j'ai enfin fini ces études qui vous paraissaient si longues, et finalement je ne suis pas la dernière étudiante de la famille ^^.

A Papé, parce que personne n'a été aussi fier que toi d'avoir un docteur dans la famille, j'ai été honorée de faire à ce point briller tes yeux... J'espère que je serais à la hauteur, et que je saurais faire preuve d'autant de bonté que toi. Tu me manques.

A mes parents, ma sœur, mon frère, merci pour votre soutien indéfectible. Au fil des années nous avons appris à savourer les moments de bonheur (grands comme petits) dès qu'ils pointent le bout de leur nez. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui et je tiens à ce que vous le sachiez. Merci particulièrement pour l'aide lors de la P1 (les blagues « remonte-moral » de papa, les petits plats de maman, l'écoute inconditionnelle de Maya, les séances de récitation orchestrées par Guilhem...). Merci Jéjé aussi d'avoir su tenir le cap de ta place de « grand beau-frère ». A mon filleul, Raphaël, qui aura appris à écrire

les ordonnances en même temps que moi... tu nous étonnes de jour en jour ! A Clément et son entrain notoire, toujours plein de malice, vous m'avez motivée à bosser encore et toujours pour avoir des « pauses » avec vous, les meilleures !! Gardez votre joie de vivre, je vous aime fort.

A Mehdi, toi qui me soutiens depuis toutes ces années... C'est aussi grâce à toi que j'ai pu faire ce travail de thèse le plus sereinement possible... Merci de croire en moi et de me suivre dans mes projets. Merci de rendre notre vie plus douce, de toujours pointer le positif et ne jamais baisser les bras, de savoir me faire rire en toutes circonstances... A nous, à Ambre, je vous aime.

A Ambre, toi qui nous combles déjà de bonheur. A l'envie que tu me donnes chaque jour de découvrir de nouvelles choses et de réaliser de nouveaux rêves... Ton sourire nous pousse encore et toujours vers l'avant !!

Sommaire

A.	L'anorexie Mentale.....	21
1)	Description clinique et critères diagnostiques :.....	21
a)	Description clinique :.....	21
b)	Critères diagnostiques :	23
2)	Epidémiologie, évolution	26
a)	Epidémiologie :.....	26
b)	Evolution :	27
c)	Mortalité :.....	30
3)	Outils diagnostiques et de dépistage :.....	30
a)	Repérage ciblé et précoce :	30
b)	Modalités du repérage ciblé de l'anorexie mentale :.....	32
4)	Facteurs de risque :.....	32
a)	Génétiques :.....	32
b)	Facteurs bio-psychologiques :	33
c)	Facteurs socioculturels :	39
d)	Facteurs de maintien :.....	41
5)	Comorbidités psychiatriques	41
a)	Troubles anxieux	42
b)	Dépression.....	43
c)	Trouble bipolaire.....	44
d)	Troubles de personnalité	45
e)	Addictions	46
e)	Autres troubles psychiatriques.....	47

6)	Complications somatiques	48
a)	Complications digestives :	48
b)	Complications endocrinologiques :	50
c)	Complications osseuses :	52
d)	Complications cardiaques :	53
e)	Complications neurologiques :	54
f)	Complications obstétricales et gynécologiques :	54
g)	Complications hématologiques :	56
h)	Complications pulmonaires :	56
i)	Complications dermatologiques :	56
j)	Complications liées aux conduites de purges :	57
7)	Recommandations et prise en charge :	57
a)	Les recommandations actuelles en France :	57
b)	Modalités : Indications d'hospitalisation/ soins ambulatoires :	59
c)	Outils thérapeutiques :	62
B.	La psychoéducation.	66
1)	Définitions :	66
a)	Définition de l'éducation thérapeutique :	66
b)	Définition de la psychoéducation :	68
2)	Psychoéducation en psychiatrie :	69
a)	Dans la schizophrénie :	69
b)	Dans le trouble bipolaire :	72
c)	Dans la dépression unipolaire :	73
d)	Dans les autres troubles psychiatriques :	75
3)	Psychoéducation et troubles du comportement alimentaire :	75
a)	Dans la prise en charge des Binge Eating Disorders (BED) :	75

b)	Dans la prise en charge de la Boulimie Nerveuse exclusivement :.....	76
c)	Dans la prise en charge des TCA globalement (anorexie et boulimie) :	77
d)	Dans l'anorexie mentale exclusivement :.....	80
A.	Contexte scientifique et objectifs du projet :.....	87
B.	Création d'un groupe de psychoéducation destiné aux patientes souffrant d'anorexie mentale.	88
1)	Format du groupe :.....	88
2)	Modalités de création du groupe :.....	89
C.	Etude : évaluation du groupe de psychoéducation chez des patientes souffrant d'anorexie mentale.	92
1)	Objectifs et hypothèse de départ :.....	92
2)	Méthode :.....	92
a)	Design de l'étude.....	92
b)	Population	93
c)	Intervention :.....	93
d)	Critères de jugement :.....	94
e)	Recueil des données.....	94
f)	Outils d'évaluation :.....	95
g)	Analyses statistiques :.....	98
3)	Résultats :.....	98
a)	Caractéristiques de la population :.....	98
b)	Participation au groupe :	100
c)	Evaluation de la satisfaction :.....	101
d)	Evaluation clinique :	105
4)	Vignettes cliniques :	109
a)	Patiente 1 :.....	109
b)	Patiente 2 :.....	112

c)	Patiente 3 :	114
d)	Patiente 4 :	116
e)	Patiente 5 :	118
5)	Discussion :	120
a)	Les résultats :	120
b)	Les limites :	125
c)	Les perspectives :	127
6)	Conclusion :	128
A.	Auto-questionnaires destinés aux patientes lors des évaluations :	149
1)	Questionnaire de Beck :	149
2)	EDE Questionnaire :	151
3)	EDQOL :	154
4)	ANSOCQ :	156
5)	WSAS :	161
6)	Insight :	162
B.	Enquête de satisfaction :	163
1)	Evaluation globale :	163
2)	Evaluation par séance :	165
C.	Entretien semi structuré pour évaluation qualitative :	166

Abréviations :

ACT : Thérapie d'acceptation et d'engagement

AN : Anorexie mentale

ANOSCQ : The Anorexia Nervosa Stage of Change Questionnaire

APA : American Psychiatric Association

ARS : Agence régionale de Santé

BDI : Beck Depression Inventory

BED : Binge eating Disorder

BN : Boulimie nerveuse

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CREST : Cognitive Remediation and Emotion Skills Training

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EAT-26 : Eating Atitude Test

ECHO : Experienced Carers Helping Others

EDE-Q : Eating Disorder Examination Questionnaire

EDI : Eating Disorder Inventory

EDNOS : Eating Disorders Not Otherwise Specified

EDQOL : Eating Disorder Quality of Life

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HSPT : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IMC : Indice de Masse Corporelle

LAEDS : Leicestershire Adult Eating Disorders Service

MANTRA : Maudsley Model of Treatment for Adult with anorexia Nervosa

MOPED : Motivation and Psycho Educational guided self help intervention for people with Eating Disorder

MOSAIC : Maudsley Outpatient Study of Treatment for Anorexia Nervosa and Related Conditions

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation mondiale de la santé

SMR : Standardized mortality rates, taux de mortalité

SSCM : Specialist Supportive Clinical Management

TCA : Trouble du comportement alimentaire

TCC : Thérapie Cognitivo- Comportementale

TDA/H : Trouble avec déficit de l'attention/hyperactivité

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

WSAS : Work and Social Adjustment Scale

Introduction :

Les troubles du comportement alimentaires (TCA) sont un réel problème de santé publique et concernent à la fois la psychiatrie de l'adulte, du jeune adulte et de l'adolescent. Ces troubles se déclinent en différents tableaux cliniques que sont l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse, mais aussi l'hyperphagie boulimique et les troubles non spécifiés.

Cette thèse aborde plus spécifiquement l'anorexie mentale et une piste thérapeutique déjà usuelle dans la prise en charge d'autres pathologies psychiatriques : la psychoéducation.

Lors de mon parcours d'interne en psychiatrie j'ai eu la chance de travailler dans un centre de diagnostic et de prise en charge des troubles du comportement alimentaire et de rencontrer des patients confrontés aux répercussions de l'anorexie mentale. C'est lors de ce stage que j'ai pu comprendre la nécessité du travail en équipe pluridisciplinaire et découvrir l'articulation de la psychiatrie avec d'autres disciplines médicales telles que l'endocrinologie, mais aussi non médicales telles que l'aspect social, psychologique, ou encore familial.

Avec la volonté d'aider au mieux ces jeunes patients, souvent fortement impactés par la maladie, je me suis questionnée sur la façon de leur apporter un soutien. Une des principales difficultés retrouvée dans cette pathologie étant l'ambivalence envers les soins et le « faible insight » (ou le déni des troubles), qui mettent en péril l'alliance thérapeutique.

La tendance actuelle à développer des programmes d'éducation thérapeutique en médecine (d'abord pour le diabète puis d'autres maladies chroniques) et l'émergence de programmes de psychoéducatifs en psychiatrie (dans la prise en charge de la dépression, de la schizophrénie...) m'ont amenée à me demander si ce type d'approche serait aidante lors du début de la prise en soin chez les patients souffrant d'anorexie mentale. C'est dans ce contexte que ce travail de thèse a émergé.

Partie 1 : Revue de la littérature

A. L'anorexie Mentale.

1) Description clinique et critères diagnostiques :

a) Description clinique :

Parmi les symptômes de l'anorexie mentale, l'amaigrissement est le premier signe clinique souvent observable, il est au cœur des critères diagnostiques et des objectifs thérapeutiques. Il est évalué par l'Indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport du poids sur la taille au carré. Chez les adolescents, il est important de se référer aux courbes de croissance pour l'évaluation de l'histoire et du statut pondéral. Il est également important d'évaluer la cinétique de la perte de poids pour une estimation de la gravité des troubles.

Associé à cet amaigrissement, on retrouve une peur intense et excessive de grossir, des ruminations, des préoccupations excessives autour de l'alimentation et de la silhouette, des pesées de plus en plus fréquentes - avec parfois une angoisse majeure lorsque le chiffre augmente -, un décompte des calories, ou encore une culpabilité après les repas. La dysmorphophobie (perception altérée de l'image du corps accompagnée de préoccupations obsédantes et excessives concernant certaines zones corporelles jugées négativement) entretient ces phénomènes, avec une focalisation sur certaines zones du corps, principalement le ventre, les hanches, les cuisses...

Le comportement alimentaire est modifié, deuxième symptôme clé de ce trouble. Il peut être modifié sur le plan quantitatif, il s'agit de restriction alimentaire, avec une réduction des portions, sauts de repas, jeûne, mais également modifié sur le plan qualitatif avec une sélectivité alimentaire, qu'on retrouve avec une éviction des aliments

riches en calories, jusqu'à en arriver à une longue liste d'aliments « interdits ». Les repas sont des temps redoutés, et l'on observe des perturbations du comportement à table (tri, lenteur, découpage des aliments, présentation et horaires ritualisés ...). Des stratégies de lutte contre la prise de poids sont développées ; comme par exemple des conduites de purge, avec des vomissements provoqués ou utilisation de laxatifs/diurétiques, d'autres conduites ascétiques, l'utilisation de coupe faim, une potomanie (consommation de grandes quantités d'eau), l'exposition au froid, l'hyperactivité physique.

Sur le plan physique, les effets de la dénutrition conduisent à une mise en sommeil de l'organisme, secondaire à des perturbations physiologiques et endocriniennes. Le symptôme premier est l'aménorrhée, à savoir l'absence de menstruations, chez les adolescentes et jeunes femmes. Ce symptôme faisait partie des critères diagnostiques dans l'ancienne classification du DSM mais a été abandonné dans la version actuelle. D'autres symptômes sont objectivables en consultation, signant la dénutrition : hypothermie, ralentissement cardiaque, frilosité avec troubles des phanères, troubles digestifs, troubles de la concentration et hypofonctionnement cérébral.

Il est important de souligner qu'il existe une hyper activité physique mais aussi intellectuelle, souvent plus marquée chez les femmes que chez les hommes, avec un surinvestissement scolaire et un désinvestissement pour d'autres domaines comme les loisirs, les sorties, les relations sociales, la vie affective et sexuelle...

L'hyperactivité physique est considérée comme un comportement compensateur utilisé dans le contrôle pondéral et touche 31 à 80% des patients, sans atteinte préférentielle d'un sous type par rapport à l'autre, les études étant contradictoires à ce sujet (1). Elle peut être assimilée à un facteur de risque d'anorexie mentale : un haut niveau d'activité pré morbide est considéré comme facteur prédictif d'hyperactivité au cours de la maladie et facteur de risque en soi de développer un trouble du comportement alimentaire (2).

L'hyperactivité physique est associée à une majoration des complications somatiques (ostéo-articulaires et tendineuses), à une prise de poids plus difficile, une majoration de la durée d'hospitalisation, un plus haut risque de chronicité et de rechute.

Cependant, il est aussi rapporté des effets bénéfiques du maintien d'une activité physique raisonnable chez les patients dénutris, en période de reprise pondérale. Par exemple, des effets positifs ont été observés sur la préservation de la densité minérale

osseuse, la récupération de la fonction musculaire, de la fonction respiratoire, une meilleure restauration de distribution de la masse graisseuse, et des effets bénéfiques sur les symptômes anxio-dépressifs, une amélioration de la qualité de vie (3).

Actuellement, il n'existe pas de consensus concernant la prise en charge de l'hyperactivité physique dans le traitement de l'anorexie mentale. Certaines équipes limitent l'activité physique, d'autres permettent une activité réduite en fonction du statut pondéral. Des programmes d'activité physique personnalisés sont développés, ayant pour but de limiter les conséquences négatives de l'hyperactivité physique tout en optimisant l'activité afin d'en tirer les bénéfices attendus. Ces programmes ne sont pas encore validés et des études ultérieures sont nécessaires afin d'évaluer l'intérêt dans la prise en charge. Ils restent une piste thérapeutique prometteuse.

On note également un certain perfectionnisme qui peut soit apparaître, soit être majoré par la maladie, et s'accompagne d'un défaut de flexibilité mentale, qui peut se retrouver dans des difficultés à faire face aux changements et imprévus dans le quotidien, ou encore une faible tolérance à l'incertitude, ainsi qu'un souci accru du détail.

b) Critères diagnostiques :

Deux principales classifications existent pour le diagnostic des maladies mentales : la classification américaine : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : la *Classification Internationale des Maladies* (CIM). Chacune des classifications compte plusieurs versions du fait de l'actualisation des critères diagnostiques suite à l'évolution des connaissances scientifiques sur les pathologies. Pour l'anorexie mentale, on utilise actuellement les critères diagnostiques du DSM V et de la CIM -10 comme référence, surtout dans la recherche clinique afin que les études soient comparables et que les chercheurs s'accordent sur la définition des troubles.

1) Critères de la CIM-10 (anorexie mentale : F50.0):

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

A. Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou **index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5).**

Chez les patients pré-pubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.

B. La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un **évitement des «aliments qui font grossir** », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.

C. Une psychopathologie spécifique consistant en une **perturbation de l'image du corps** associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : **la peur de grossir**. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.

D. Présence d'un **trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-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.

E. Quand le trouble débute avant la **puberté**, les manifestations de cette dernière sont **retardées ou stoppées** (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

2) Les critères du DSM V :

La cinquième édition du Manuel Diagnostique des troubles mentaux a été publiée en 2013 aux Etats-Unis et en 2015 pour la version française. Actuellement ce sont les critères de cette version qui sont utilisés pour le diagnostic de l'anorexie mentale, critères qui remplacent ceux de la précédente version (DSM IV -TR) datant de 2000.

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale dans le DSM 5 :

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un **poids significativement bas** compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur **l'estime de soi**, ou **manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle**.

Spécifier le type :

- Type restrictif (AN-R) : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et /ou l'exercice physique excessif.
- Type accès hyperphagiques/purgatif (AN-P) : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de glotonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d.- laxatifs, diurétiques, lavements).

Spécifier si :

- En rémission partielle : Après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale, le critère A (poids corporel bas) n'est plus rempli depuis une période prolongée mais le critère B (peur intense de prendre du poids ou

de devenir gros, ou comportement interférant avec la prise de poids) ou le critère C (altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps) est toujours présent.

- En rémission complète : Alors que tous les critères de l'anorexie mentale ont été précédemment remplis, aucun n'est plus rempli depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle :

Seuil de sévérité	IMC (poids/taille ²)
Léger	$\geq 17 \text{ kg/m}^2$
Moyen	16-16.99 kg/m^2
Grave	15- 15.99 kg/m^2
Extrême	$< 15 \text{ kg/m}^2$

2) Epidémiologie, évolution

a) Epidémiologie :

L'étude de la prévalence et de l'incidence de l'anorexie mentale en population générale n'est pas aisée, cette pathologie étant souvent sous-diagnostiquée. Ce sous-diagnostic peut être expliqué par différents facteurs, qu'il soit du déni des troubles, du faible recours aux soins, ou encore d'un mauvais dépistage par les professionnels de santé.

La prévalence vie entière, qui correspond à la proportion de personnes présentant le trouble à quelque moment de sa vie, est d'environ 5% pour l'ensemble des troubles du comportement alimentaire (TCA) (4).

Concernant l'anorexie mentale, la prévalence vie entière est estimée à 0.9% chez les femmes et 0.3% chez les hommes, d'après une revue de la littérature réalisée en 2012 (5) . Le sex-ratio chez les adultes est de 1/8 avec une nette prédominance féminine (6).

Chez les adolescents âgés de 11 à 19 ans, on retrouve une prévalence vie entière à 1.7% chez les filles et à 0.1% chez les garçons (7). On retrouve cependant un sex ratio moins déséquilibré, légèrement en dessous de 1/5 en faveur des filles dans une étude britannique de 2011 (8).

L'incidence représente le nombre de nouveaux cas de la maladie dans une population donnée, sur une période définie. Le taux d'incidence serait stable sur les dernières décennies, avec cependant une augmentation de l'incidence pour la tranche d'âge des 15-19 ans, d'environ 40%. Deux hypothèses explicatives sont mises en avant : soit par une détection de la maladie plus précoce, du fait d'un dépistage plus efficace dans un contexte de sensibilisation des médecins généralistes à cette problématique, soit par un début plus précoce des troubles (5).

En effet, le début des troubles survient majoritairement pendant l'adolescence. Une étude en population générale retrouve un âge moyen d'apparition de la maladie à 18 ans, avec aucun cas ne débutant après 30 ans. La durée moyenne de la maladie est estimée à 1.7 ans (9).

b) Evolution :

L'anorexie mentale débute principalement au cours de l'adolescence, chez les jeunes filles. L'histoire du trouble retrouve souvent initialement un régime, une volonté de perdre du poids, avec rapidement une perte de contrôle et une restriction alimentaire de plus en plus drastique.

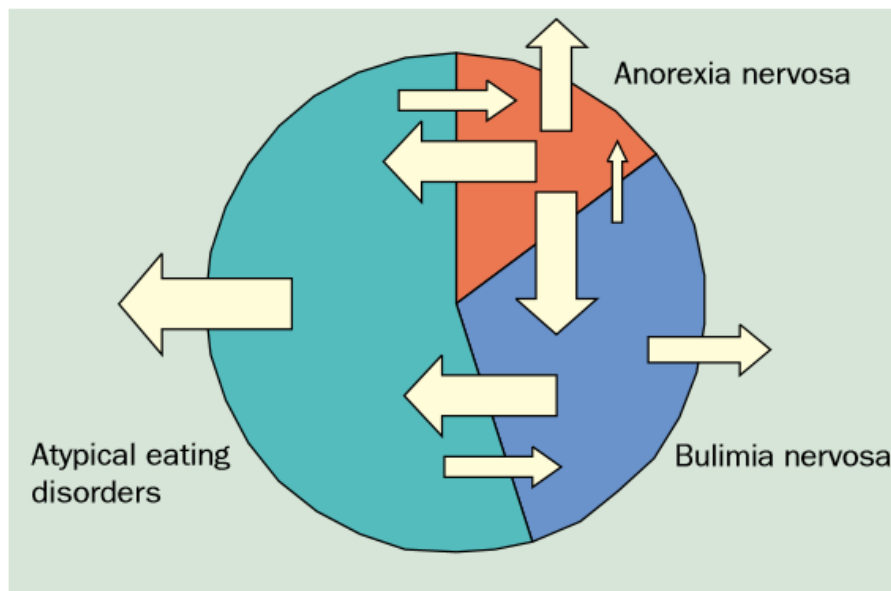
Pour certains patients, l'évolution est courte et suivie d'une guérison qui peut être soit spontanée, soit au décours d'une intervention médicale brève. L'intensité des troubles chez ce groupe de patients est alors limitée. Pour d'autres, on observe un profil différent avec des troubles plus marqués, une évolution longue voire l'absence de rémission. Ce profil évolutif concerne environ 10 à 20 % des patients (10)

Une étude prospective finlandaise sur 21 ans retrouve un taux de guérison totale de 51%, de guérison partielle de 21%, de persistance des critères d'anorexie mentale de 10% et 16% de décès en lien avec la pathologie (Taux de mortalité: Standardized Mortality Rate (SMR) à 9.8) (11). L'évolution est marquée par la présence de complications somatiques et de comorbidités psychiatriques (décrites en paragraphes 5 et 6, partie A) qui péjorent le

pronostic. Des symptômes résiduels sont fréquemment observés tels que des préoccupations autour du poids, de la silhouette et de l'alimentation.

Les TCA peuvent fréquemment évoluer entre les différentes catégories diagnostiques: anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique et TCA non spécifiés ou atypiques. La boulimie nerveuse est caractérisée par des épisodes répétés de crises de boulimies suivies de comportements compensatoires inappropriés (vomissements provoqués, abus de laxatifs ou diurétiques). L'hyperphagie boulimique correspond à des crises répétées de boulimie sans comportement compensatoire au décours, conduisant généralement à un surpoids voire une obésité. Les TCA atypiques sont quand à eux des troubles alimentaires ne remplissant pas les critères diagnostiques des 3 TCA cités ci dessus. Il est commun d'observer un passage vers le diagnostic de boulimie nerveuse ou de trouble non spécifié. Il est plus rare d'observer une évolution vers une hyperphagie boulimique (ou Binge eating disorder) (12).

Schémas représentant les mouvements diagnostiques entre les différents troubles du comportement alimentaire au cours de l'évolution des troubles (10).



La taille des flèches est proportionnelle au taux de changement diagnostique.

Les facteurs influant le pronostic sont nombreux, le tableau ci-après résume les principaux facteurs retrouvés dans la littérature :

Facteurs de bon pronostic	Facteurs de mauvais pronostic
<i>Age de début précoce</i> (10,13)	<i>Âge avancé à la première hospitalisation</i> (12,13)
<i>Courte durée d'évolution de la maladie</i> (10)	<i>Longue durée d'évolution de la maladie</i> (10)
<i>Maternité</i> (12)	<i>Perte de poids importante</i> (10) <i>ou IMC bas à l'admission</i> (11,12)
<i>Long séjour en hospitalisation</i> (13)	<i>Suivi de courte durée</i> (12)
	<i>Score élevé à EDI MF scale , symptomatologie sévère</i> (12)
	<i>Vomissements ou de crises de boulimie associées</i> (10)
	Comorbidités psychiatriques ou somatiques <i>Hospitalisation répétées pour ces comorbidités ou pour l'anorexie mentale.</i> (13)

Les caractéristiques sociodémographiques des patients souffrant de cette maladie ont été étudiées et comparées à celles de la population générale. On ne retrouve pas de différence significative sur le niveau d'étude, le taux d'absentéisme pour maladie, le taux de chômage et la réversion de pension d'invalidité. Comparé à la population générale, on retrouve plus de femmes encore étudiantes lors de l'évaluation à 10 ans chez les femmes ayant souffert d'anorexie mentale (15% versus 4%). Par ailleurs elles sont moins nombreuses à être mariées ou vivre en concubinage (68% versus 78%), ou à avoir des enfants, ce qui concerne la moitié des patientes, contre 66% de la population générale (14) . Ces chiffres mettent en évidence un impact important de la maladie sur le quotidien des patients, leur qualité de vie, et ce des années après le diagnostic.

c) Mortalité :

L'anorexie mentale est la pathologie psychiatrique présentant le plus haut taux de mortalité, avec un taux de décès 10 à 12 fois supérieur au taux retrouvé en population générale (15) .

Le taux de mortalité (Standardized Mortality Rate=SMR) dans l'anorexie mentale est estimé à 5.86 (IC95%= 4.17-5.86) selon une méta analyse de 2011 (16), revu plus récemment à 5.2 (IC95%= 3.7-7.5) (17) . Il reste significativement élevé comparé à celui de la population générale 20 ans après la première hospitalisation pour une anorexie mentale (13). Cette surmortalité est secondaire aux complications somatiques de l'anorexie mentale (décrites ci-après) d'une part, et due au suicide d'autre part. On note que l'âge avancé lors de la première hospitalisation majore le taux de décès avec un taux de mortalité doublé pour les 20-29 ans et quadruplé pour les 30-39 ans comparé au taux de mortalité pour les patients âgés de 10 à 19 ans lors de leur premier séjour (13).

Le risque suicidaire est majeur dans cette pathologie. En effet, un malade sur 5 meurt par suicide (16). Le taux de mortalité par suicide est estimé à 31 (IC95%= 21.0-44.0)(18). Une étude montre que chez les patients souffrant d'anorexie mentale le taux de suicide abouti est plus élevé que chez des patients souffrant d'autre trouble mental, avec des gestes graves utilisant des moyens à haute létalité (par pendaison, arme à feu, noyade ou entraînant une hospitalisation en unité de soins intensifs au décours) (19).

3) *Outils diagnostiques et de dépistage :*

a) Repérage ciblé et précoce :

Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)(20), le repérage et la prise en charge précoces permettent de prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales. Ils permettent également une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et

facilitent l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique avec le patient et ses proches.

Ce repérage doit être ciblé :

- Sur les populations à risque : adolescentes, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs, notamment de niveau de compétition, et sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale, etc. ;
- Lors de la présence de signe(s) d'appel :

Signes évocateurs d'une anorexie mentale :	
Chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Ralentissement de la croissance staturale • Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle) • Nausées ou douleurs abdominales répétées
Chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie • Adolescent ayant un retard pubertaire • Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel
Chez l'adulte	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids > 15 % • IMC < 18,5 kg/m² • Refus de prendre du poids malgré un IMC faible • Femme ayant une aménorrhée secondaire • Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel • Infertilité

b) Modalités du repérage ciblé de l'anorexie mentale :

Il est recommandé pour les populations à risque :

➤ De poser une ou deux questions sur l'existence de TCA telles que :

- « Avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? »
- « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? »

➤ D'utiliser le questionnaire SCOFF-F (initialement DFTCA (définition française des troubles du comportement alimentaire), traduction française validée du SCOFF), où 2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA:

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes gros (se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

4) Facteurs de risque :

a) Génétiques :

Il est difficile de faire la part entre les facteurs génétiques et environnementaux impliqués dans la genèse de l'anorexie mentale. Les études se sont multipliées ces dernières années, centrées sur les aspects génétiques de la maladie, et les progrès dans le domaine sont en constante évolution.

Actuellement, ni les études sur génome entier (genome-wide association studies), ni les études de gènes candidats ne permettent de mettre en avant de résultats reproductibles, répliquables et significatifs(21-23). La limite majeure de ces études est le

manque de puissance du fait d'échantillons trop faibles. Cependant, il semblerait que des régions sur le chromosome 1 soient impliquées et puissent être associées à l'anorexie mentale, et notamment au sous-type restrictif. D'autres régions sur les chromosomes 2 et 13 pourraient respectivement conférer une susceptibilité à des traits obsessionnels et à la recherche de minceur (24,25).

Les études familiales, et notamment celles chez les jumeaux, mettent en évidence une héritabilité pouvant aller jusqu'à 74%. Le risque relatif est de 4 pour les apparentés de sujets présentant une anorexie mentale, et de 11,3 pour les apparentés de sexe féminin (26,27). A noter qu'une forte héritabilité a été retrouvée chez des jumeaux élevés séparément, ce qui suppose que l'influence de l'environnement n'a pas modifié chez eux le risque de développer la maladie (28).

Les troubles du comportement alimentaire ont donc une part de facteurs génétiques, avec sans doute plusieurs régions impliquées et de nos jours encore mal connues. L'environnement influe également dans le développement de cette pathologie ce qui rend complexe l'individualisation de ces facteurs de risques.

b) Facteurs bio-psychologiques :

1) Traumatismes :

Les traumatismes, qu'ils soient sexuels, physiques, ou émotionnels, sont fréquemment rapportés par les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Des études ont montré un lien entre certains traumatismes survenant dans l'enfance et l'émergence de TCA(29,30). On retrouve en effet une plus forte prévalence de traumatismes dans l'enfance chez les patients avec un trouble du comportement alimentaire qu'en population générale, mais également par rapport aux patients souffrant d'autres troubles mentaux. Les patients qui présentent à la fois un trouble alimentaire et des histoires de traumatismes dans l'enfance ont plus de comorbidités psychiatriques et de conduites suicidaires, une symptomatologie plus précoce et sévère ainsi que des conduites de purge plus fréquentes(31).

Il semblerait que les abus émotionnels soient plus spécifiquement pourvoyeurs d'un moins bon fonctionnement au quotidien, ainsi que de préoccupations autour de la silhouette, du poids, et de l'alimentation. Les abus sexuels et physiques sont associés à

des préoccupations alimentaires principalement. Par ailleurs, il y aurait un effet-dose entre le nombre d'abus rapportés et la sévérité des troubles du comportement alimentaire (32).

Le lien entre les traumatismes précoces et la psychopathologie des troubles du comportement alimentaire a été étudié et il semblerait que la dissociation et la dysrégulation émotionnelle en soient des vecteurs principaux. Les abus émotionnels en particuliers sont associés à un hypofonctionnement de la régulation émotionnelle(33,34). La stratégie de *coping* de tentative de suppression de la pensée, utilisée par certaines femmes entrant dans l'âge adulte et ayant subi un viol ou une tentative de viol récente, est associée à une augmentation du risque de développer par la suite un trouble du comportement alimentaire(35). Enfin, l'interaction entre un génotype particulier (allèle court du gène impliqué dans le transport de la sérotonine) et la survenue d'un événement de vie traumatique suggère que les individus présentant ce génotype et exposés à des traumatismes seraient moins résilients à ces facteurs de stress environnementaux, et plus vulnérables aux troubles du comportement alimentaire(36).

2) Education et attitude parentale :

Un autre facteur classiquement mis en cause serait l'attitude parentale, et surtout maternelle, concernant les repas et l'alimentation. Des études se sont ainsi intéressées à l'impact de l'éducation et de l'attitude maternelle autour de l'alimentation chez les enfants de jeune âge : chez les nourrissons de 12-14 mois par exemple, les mères ayant présenté un comportement alimentaire perturbé durant l'année suivant la naissance seraient plus intrusives au moment des repas et des temps de jeux. Ces temps-là sont plus conflictuels et elles expriment plus d'émotions négatives au moment des repas, au contraire des moments de jeux par exemple. L'ampleur des conflits au cours des repas et le degré de préoccupation maternelle concernant sa propre silhouette est inversement proportionnel au poids de l'enfant (37).

Une étude plus récente chez les enfants en âge préscolaire montre que les mères ayant un antécédent d'anorexie mentale ont tendance à être moins pressantes envers leurs enfants pour qu'ils finissent leur assiette, ou pour qu'ils mangent un peu plus, et que leurs enfants ont tendance à modifier leur prise alimentaire en fonction du contexte et à majorer leurs apports suite à des émotions stressantes ou négatives(38).

Chez les enfants de 8 ans, les scores élevés de restriction chez les mères et le fait que leur comportement alimentaire soit très influencé par un contact émotionnel est associé à des conduites de contrôle et une plus forte insatisfaction corporelle chez leurs filles, ce qui n'est pas observé chez les fils. Il n'y avait pas de lien établi entre des troubles du comportement alimentaire chez le père et des perturbations alimentaires ou émotionnelles chez les enfants(39).

Enfin, une étude réalisée chez des enfants de 10 ans montre qu'ils ont les scores globaux, ainsi que 3 des 4 sous-scores de l'EDE (Eating Disorder Examination, auto-questionnaire évaluant l'intensité des symptômes alimentaires sur les 28 derniers jours) version enfants (restrictions, préoccupations concernant le poids et la silhouette) plus élevés quand leurs mères souffrent de troubles du comportement alimentaire, sans toutefois présenter les critères diagnostiques d'un trouble du comportement alimentaire, ni présenter de différence significative avec le groupe contrôle sur l'IMC (40).

Une récente étude prospective de cohorte sur 20 ans met en évidence que les régimes maternels et les commentaires paternels sur le poids et l'alimentation sont deux facteurs conduisant à la recherche de minceur chez les jeunes femmes, ce qui n'est pas répliqué chez les jeunes hommes. Les deux genres rapportent cependant un plus haut niveau de restrictions alimentaires chez la mère que chez le père (41).

D'autres études ont cherché à comparer les attitudes et la psychopathologie des mères de jeunes filles présentant un trouble du comportement alimentaire par rapport aux mères de jeunes filles non malades. Pour Hill et Franklin, il n'y avait pas de différences significatives entre les mères des deux groupes, en dehors de plus fréquents grignotages et sauts de repas chez les mères de patientes ayant un haut niveau de restrictions. Pour ce groupe, les mères trouvaient aussi leur filles moins attrayantes et rapportaient une insatisfaction concernant la cohésion familiale, son organisation, et l'accent était mis sur les dimensions religieuses et morales dans le système familial(42). Une étude similaire retrouvait que les mères d'adolescentes avec un comportement alimentaire perturbé étaient moins satisfaites du fonctionnement familial, jugeaient leur filles moins attirantes, pensaient qu'elles devaient perdre du poids et avaient plus fréquemment elle-même un trouble du comportement alimentaire (43).

Le comportement alimentaire des enfants et adolescents est donc influencé par le comportement et l'attitude parentale au moment des temps de repas, ainsi que par leurs attitudes et la dynamique familiale. Cependant, il est évident que ce facteur seul ne peut

induire un trouble du comportement alimentaire, et que les troubles sont d'origine multifactorielle.

3) Facteurs psychologiques individuels :

Il semblerait que l'ensemble des troubles du comportement alimentaire compterait comme facteur de risque les difficultés dans les relations interpersonnelles et la présence d'affects négatifs (anxio-dépressifs par exemple).

En revanche, si l'on s'intéresse à l'anorexie mentale plus spécifiquement, un IMC initialement bas, des conduites restrictives, un haut niveau de perfectionnisme, la peur de la maturité et un faible niveau de méfiance interpersonnelle seraient identifiés comme facteurs potentiellement déclencheurs (44,45). La recherche de la minceur, son idéalisation, l'insatisfaction corporelle, les restrictions et utilisation de techniques de contrôle pondéral majorent quant à eux le risque de TCA de sous-type binge/purging (45).

➤ L'insatisfaction corporelle :

Chez les adolescentes, on observe l'émergence d'une insatisfaction corporelle quand l'IMC est autour du 50^{ème} percentile, et de façon bien plus marquée que pour celles dont l'IMC est en dessous du 50^{ème} percentile, ou quand il dépasse le 75^{ème} percentile. Chez les adolescents, l'insatisfaction corporelle est associée à la maigreur (pour des valeurs d'IMC sous le 10^{ème} percentile). Cette insatisfaction corporelle devient plus marquée avec l'âge, et pour les adolescents en surpoids ou en obésité.

Cependant les adolescentes plus âgées, rapportent fréquemment des préoccupations concernant le poids et la silhouettes alors qu'elles ont un IMC dans la norme(46).

Il existe des différences selon le sexe : les filles sont plus préoccupées par le poids, la silhouette, et ce de façon croissante avec l'âge ; les garçons par les muscles, mais sans influence de l'âge, ceci restant stable durant toute l'adolescence. Ceci s'accroît avec l'émergence de préoccupation alimentaires, tant chez les filles que chez les garçons (47).

La pression perçue à être mince, l'internalisation de l'idée de la minceur comme idéal et un IMC élevé sont des facteurs favorisant l'émergence de l'insatisfaction corporelle. Cette insatisfaction serait elle-même un facteur de risque de trouble du comportement alimentaire via l'augmentation des conduites de régimes et l'installation d'affects négatifs

(48). Les adolescents qui perçoivent des moqueries concernant leur poids développent des stratégies comportementales de contrôle pondéral (conduites de purges, restrictions ...) et des compulsions alimentaires de façon significativement plus élevée que ceux ne percevant pas de moqueries (49).

➤ Préoccupations corporelles :

Chez les adolescents on retrouve une forte corrélation entre la surestimation du poids, l'insatisfaction et les préoccupations concernant le poids/la silhouette. Chez les filles, les préoccupations sont prépondérantes avec une forte association au niveau de détresse et aux conduites de restrictions, de purges et les compulsions alimentaires. Chez les garçons, les trois dimensions psychologiques sont au même plan (50).

La perception corporelle du corps d'autrui est également modifiée chez les patients souffrant d'anorexie mentale comparée aux sujets sains : les femmes anorexiques ont tendance à trouver plus attrayantes des silhouettes de corps en sous-poids, et ont tendance à surestimer le poids des autres femmes en regardant leur corps. Cet effet est plus marqué chez les adultes que chez les adolescentes(51). Plus l'IMC de l'observateur décroît, plus la perception est erronée concernant l'IMC de l'autre (surestimé systématiquement), ce qui suggérerait que ce phénomène serait secondaire à l'amaigrissement (52). De plus, les auteurs ne trouvent pas de différences entre le groupe de patients ayant un diagnostic d'anorexie, de boulimie et le groupe contrôle, une fois les résultats ajustés sur leur propre IMC ce qui amène à penser que la surestimation de l'IMC en observant le corps d'autrui est basé sur son propre niveau d'IMC et n'est pas corrélé à d'autres facteurs cognitifs.

Il existe des similitudes cliniques entre l'évaluation corporelle dans l'anorexie et l'obsession d'une dysmorphie corporelle (trouble classé avec les troubles obsessionnels compulsifs et apparentés dans le DSM V). Ce trouble est caractérisé par des préoccupations centrées sur les aspects du visage (cheveux, peau, nez..) mais 30% des patients rapportent aussi des préoccupations corporelles et pondérales. Pour ces deux troubles on retrouve une sur-évaluation pondérale dans l'observation de corps d'autres personnes sur support photographique, avec le déclenchement de pensées centrées sur sa propre apparence lors de cette exposition. Ce phénomène est corrélé avec la sévérité des troubles dans l'anorexie mentale (53).

Une équipe a étudié l'effet de l'exposition brève à des modèles féminins très minces et avec des rondeurs sur l'appréciation portée sur son corps et le corps de l'autre chez des patientes souffrant d'anorexie mentale comparé à un groupe contrôle(54). L'exposition brève à des modèles féminins présentant des rondeurs favorise les jugements positifs sur les personnes ayant une silhouette plus ronde pour les deux groupes. En revanche, seul le groupe de patientes anorexiques présente au décours de l'exposition une majoration simultanée des jugements positifs pour les silhouettes très minces, en corrélation avec une majoration des préoccupations concernant les régimes. Les auteurs rapportent une majoration de la distorsion de l'image corporelle perçue et un abaissement du seuil pour la « silhouette idéale ».

4) *Profil neuropsychologique :*

On retrouve un profil neurocognitif particulier chez les patients souffrant d'anorexie mentale avec notamment au premier plan un défaut de cohérence centrale et de flexibilité mentale, associé aux traits de personnalité obsessionnels, perfectionnisme et rigidité (voir les comorbidités psychiatriques).

Le manque de cohérence centrale se traduit par le fait de se focaliser sur les détails pour traiter l'information plutôt que d'utiliser une approche globale. La cohérence centrale est moins bonne chez les patients souffrant d'anorexie mentale et pourrait expliquer le fonctionnement des patients avec un souci extrême du détail, un besoin de rituels et des traits obsessionnels(55). Le défaut de cohérence centrale, de même que les autres atteintes neurocognitives, ont un impact sur la qualité de vie des patients (56).

Le défaut de flexibilité mentale semble être un facteur de risque de développer un trouble du comportement alimentaire. Il s'agit d'altération de la capacité à changer de tâche, de stratégie mentale. Les patients souffrant d'anorexie mentale présentent de moins bonnes performances aux tests évaluant la flexibilité mentale comparé aux sujets sains (57). Ces résultats concernent essentiellement les adultes souffrant d'anorexie, il n'est pas retrouvé une telle baisse de performance chez les adolescents(58).

Ce défaut de flexibilité mentale s'améliore avec la rémission de l'anorexie, sans pour autant s'amender totalement. En effet les performances en terme de flexibilité mentale sont meilleures après rémission comparé aux résultats obtenus par les patients encore

atteint d'anorexie, mais elles restent inférieures aux performances obtenues par les sujets contrôles(59).

De manière intéressante, les apparentés de patients atteints d'anorexie présentent également un profil neuropsychologique perturbé avec une altération de la flexibilité mentale. Les sœurs et mères de patientes atteintes d'anorexie ont également de moins bonnes performances en terme de flexibilité mentale comparées aux résultats obtenus en population générale (57,60). Ceci suggère un terrain familial, des traits neuropsychologiques qui pourraient être des facteurs favorisant l'émergence des troubles du comportement alimentaire de type anorexie mentale. Le manque de flexibilité est également un facteur de maintien de la maladie.

c) Facteurs socioculturels :

Il existe de nombreux facteurs environnementaux et socioculturels discutés par les différents auteurs et identifiés comme pouvant contribuer à l'installation d'un trouble du comportement alimentaire. Cependant, les liens de cause à effets sont peu démontrés par les études scientifiques.

Parmi les facteurs environnementaux, on retrouve en premier lieu l'influence des médias. L'image de la femme mince, idéal de beauté féminine exposé dans les magazines, les publicités ou la télévision est omniprésente dans notre société occidentale. Des études font le lien entre la pression médiatique qui résulte de l'exposition permanente à ces images que l'on présente comme l'idéal à atteindre, et le développement d'une insatisfaction corporelle chez les femmes. L'exposition à ces images ainsi que l'explosion publicitaire concernant les denrées alimentaires dans nos pays industrialisés entraîne une confusion et une insatisfaction corporelle chez un grand nombre de jeunes adultes (61).

Une étude réalisée à partir des années 1995 aux îles Fidji évalue l'impact de l'introduction de la télévision chez une population relativement naïve de cette exposition et où la fréquence des troubles du comportement alimentaire était initialement assez rare. En 1998, le recours à des vomissements provoqués dans un but de contrôler son poids est rapporté par 11.3% des jeunes filles alors qu'il n'y en avait aucun en 1995. De plus, le risque de développer un TCA (score >20 au questionnaire de dépistage EAT-26) augmentait avec le temps puisque 12.7% des jeunes filles présentaient ce risque en 1995 contre 29.2% en 1998(62). Quelques années plus tard, l'impact de l'exposition à la

pression des médias via les réseaux sociaux est évalué chez la même population. Indépendamment d'autres facteurs socioculturels, cette exposition est associée à une augmentation du risque de développer un trouble du comportement alimentaire (63). Les clips vidéo mettant en scène des femmes très minces et idéalisées favorisent la comparaison sociale et ont un impact négatif sur l'image de soi chez les femmes qui les regardent(64). Les hommes ayant un comportement alimentaire perturbé sont plus exposés aux programmes télévisés et magazines traitant de santé, les femmes à ceux sur la mode, l'alimentation, et le sport. Les deux sexes sont touchés par l'insatisfaction corporelle, une plus grande tendance à se comparer aux autres, une plus forte internalisation du modèle de minceur, et une plus faible estime de soi(65).

Les adolescents sont également touchés par ce phénomène(66,67), modifiant leur comportement et allant jusqu'à utiliser des substances dans le but de perdre du poids, ou de modifier leur silhouette pour gagner en masse musculaire par exemple. L'utilisation de réseaux sociaux tel que Facebook chez ces adolescents est associée à une majoration des préoccupations corporelles et inversement. Le nombre de personnes « amies » avec l'adolescent, la taille de son réseau social, peut être prédicteur de la propension à la recherche de la minceur (68).

D'autres facteurs sont étudiés comme par exemple l'influence de l'école chez les filles qui développent un trouble du comportement alimentaire. Le taux de TCA varie en fonction des écoles, et ce indépendamment des variations individuelles(69). Les étudiants les plus à risque seraient ceux dont les parents ont un haut niveau d'éducation. Ces résultats sont en accord avec ceux d'une précédente étude qui met en évidence que l'incidence des troubles du comportement alimentaire (et de l'anorexie mentale) chez les femmes suédoises est corrélé à un haut niveau d'éducation chez les parents mais aussi les grands-parents, alors que la classe sociale parentale et le niveau de revenu parental n'a pas d'impact. Les mêmes résultats concernant le risque de développer une anorexie mentale sont retrouvés chez les hommes(70). Une autre étude chez les adolescents retrouve qu'ils ont environ 2 fois plus de risque de faire un régime permanent si la minceur est un critère important chez les parents. L'influence des médias était aussi importante que l'influence des parents, mais celle des pairs était négligeable (66).

Un autre facteur favorisant la survenue d'un trouble du comportement alimentaire serait l'appartenance à un groupe où l'esthétique est mise en avant comme les mannequins, les gymnastes, les athlètes, les danseurs, il s'agit de ceux dont le sport

comporte des catégories de poids, ou bien où la perte de poids permet d'améliorer ses performances. Parmi les athlètes masculins, 27% ont un comportement alimentaire perturbé et 15% rapportent une insatisfaction corporelle (71). Chez les danseurs on retrouve 12% de troubles du comportement alimentaire (dont 16% chez les danseurs de ballet)(72). Chez les mannequins et professionnels de la mode, il n'y aurait pas d'augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire mais on retrouve un IMC plus bas chez plus de la moitié d'entre eux comparé à la population générale, et une plus grande fréquence de troubles du comportement alimentaire « partiels » (73,74).

d) Facteurs de maintien :

Il est important de distinguer les facteurs de maintien des facteurs de risque de développer un trouble du comportement alimentaire, notamment parce qu'une fois individualisés, ils peuvent servir de cibles soit pour un programme préventif (facteurs de risques) soit dans un but thérapeutique (facteurs de risques et de maintien).

Il semblerait qu'un haut niveau de perfectionnisme soit un facteur de maintien de l'anorexie mentale(44). Concernant les conduites compensatoires et de contrôle du poids (vomissements provoqués, usage de laxatifs/diurétiques, jeûne, exercice physique) elles seraient entretenues par l'impulsivité, l'abus de substances, une forte pression socioculturelle à être mince, et la sensation d'être peu attirant sur le plan sexuel (75).

5) Comorbidités psychiatriques

Les troubles du comportement alimentaire sont fréquemment associés à d'autres troubles psychiatriques. On retrouve 41.9 à 56% de comorbidités psychiatriques chez les patients présentant une anorexie mentale, avec 19% des patients ayant au moins un diagnostic, 9.7% avec 2 diagnostics et 13% avec au moins 3 diagnostics posés de trouble psychiatrique associé (9,76).

Les comorbidités apparaissent tôt au cours de l'évolution de la maladie, puisque parmi les adolescentes souffrant d'anorexie mentale, 47.3% présentent au moins une comorbidité psychiatrique.

Le sous-type accès hyperphagique/purgatif est corrélé à un plus fort taux de comorbidités psychiatriques ainsi que de comportements d'automutilations et un risque suicidaire plus élevé (77).

Il a également été décrit que plus l'anorexie mentale est sévère, plus les troubles psychiatriques associés sont graves(78). Enfin, la mortalité est plus élevée chez les patients anorexiques ayant des comorbidités psychiatriques associées par rapport à ceux sans comorbidité psychiatrique associée. Le décès par mort non naturelle est particulièrement fréquent chez ces patients, reflet d'un risque suicidaire accru par la potentialisation des troubles psychiatriques et le fait que les patients souffrant d'anorexie mentale ont recours à des gestes à forte létalité (19,76). Il est donc primordial de connaître et de dépister ces troubles chez les patients suivis pour une anorexie mentale, afin de les prendre en charge au même titre que le trouble du comportement alimentaire, au vu des conséquences potentielles majeures sur le pronostic.

a) Troubles anxieux

Parmi les patients souffrant de TCA, deux tiers présenteront un trouble anxieux au cours de leur vie (79). On retrouve par ailleurs chez une partie des patients un haut niveau d'anxiété, de perfectionnisme et d'évitement du danger comparé à la population générale, sans qu'un diagnostic de trouble anxieux ne puisse être posé, selon les critères du DSM.

Ainsi, la prévalence des troubles anxieux est plus importante chez les patients souffrant d'anorexie mentale qu'en population générale. La dénutrition exacerbe les manifestations anxieuses et dépressives, et des symptômes légers à modérés peuvent persister malgré la reprise de poids(80). L'amélioration des symptômes avec la renutrition ne s'observe pas pour les symptômes de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) (81).

Une étude de 2004 rapporte que parmi les patients souffrant d'anorexie mentale, 55% ont également un diagnostic de trouble anxieux. Il s'agit dans 35% des cas de TOCs, 33% de phobie sociale, 14% de phobies spécifiques, 13% de trouble anxieux généralisé, 9% de

trouble panique et entre 3 – 5% d'agoraphobie et d'état de stress post traumatique(79). Le TOC est le trouble anxieux le plus fréquemment associé à l'anorexie mentale. Il est possible que ces deux pathologies aient des facteurs génétiques communs(82). Les individus avec un premier diagnostic de TOC ont un risque significativement élevé de présenter par la suite une anorexie mentale (RR= 53.6) et inversement (RR = 59.6) ; le risque de développer une anorexie mentale chez les apparentés de premier et second degré d'individus ayant un TOC est élevé et proportionnel au rang de parenté (22). Ces patients-là présenteront des symptômes plus sévères pour les deux pathologies et un risque suicidaire plus important (83). Il y a également une corrélation entre la sévérité du TOC et l'hyperactivité physique chez les patientes anorexiques (84).

Une étude s'est intéressée au risque de développer une anorexie mentale pour des patients souffrant de trouble anxieux. Il s'avère que les patients ayant un diagnostic de trouble anxieux sévère sont plus à risque de présenter par la suite une anorexie mentale. Le risque est majoré chez les hommes et les patients souffrant de TOC. De plus, le risque est majoré chez les enfants de parents souffrant de trouble panique(85).

b) Dépression

On retrouve dans la littérature de nombreuses études s'intéressant à la présence de troubles dépressifs chez les patients souffrant d'anorexie mentale. Les méthodes sont hétérogènes mais les résultats s'accordent dans un sens : la dépression est plus fréquente chez les patients anorexiques qu'en population générale. La prévalence vie entière d'un épisode dépressif est 2,6 à 4 fois plus élevée chez les patients présentant une anorexie que dans la population générale.

Selon les études on retrouve 9,4 à 64,7% de trouble dépressif pour les anorexies de type restrictif et 50 à 71,3% pour le sous-type purging (86). Une étude plus récente retrouve une prévalence vie entière pour un épisode dépressif à 63,9% chez les anorexiques de sous type restrictif et 74.5% pour le sous type purging (87). Le risque dépressif est plus marqué pour le sous type purging que restrictif.

Peu d'études se penchent sur la chronologie d'apparition de ces troubles de l'humeur. Il semblerait que dans 25 à 61% des cas les patients aient présenté au moins un trouble thymique avant le début de l'anorexie mentale(86). Plus récemment, les mêmes auteurs

ont retrouvé qu'environ un tiers des épisodes dépressifs débutaient avant l'apparition du trouble du comportement alimentaire, et un tiers après(87). Plusieurs hypothèses en découlent : dans le cas où la dépression apparaît en premier, elle pourrait constituer un facteur de risque de développer ultérieurement un trouble du comportement alimentaire, avec notamment une altération de l'image de soi, ou des perturbations biologiques notamment concernant la sérotonine ; dans le cas où ces deux troubles sont simultanés, il est probable que la dépression découle de la dénutrition(88). Enfin, dans le cas où le trouble du comportement alimentaire est préexistant, il est possible que la dépression soit secondaire aux conséquences sociales et psychologiques de la maladie devenue chronique. Il est aussi envisagé que la dépression survienne en tant que rechute d'un épisode antérieur, ou soit une comorbidité propre. Les symptômes dépressifs seraient également un facteur prédictif de futures crises de boulimie, alors que la présence de ces crises n'est pas prédictive de dépression(89).

L'impact de la présence de comorbidités dépressive ou anxieuse a été étudié chez des adolescentes souffrant d'anorexie mentale sévère. Il s'avère que celles ayant ces comorbidités présentaient une symptomatologie du trouble alimentaire plus marquée, étaient plus souvent hospitalisées et faisaient plus de tentatives de suicide(90). De même, la concomitance de ces troubles a montré une aggravation du pronostic. On rappelle que l'anorexie mentale représente la maladie mentale ayant le plus haut taux de mortalité(91), qu'un malade sur 5 meurt par suicide(16), et que les patients ont recours à des gestes graves(19). Il existerait des facteurs génétiques communs pour l'anorexie et le suicide et la dépression, avec un phénomène d'agrégation familiale retrouvé dans les études, qui pourrait expliquer l'augmentation de la suicidalité chez ces patients qui cumulent ces troubles psychiatriques (22).

c) Trouble bipolaire

Certaines études s'intéressent à la prévalence des TCA chez les patients bipolaire, et retrouvent environ 0.2% d'anorexie mentale associée, pour 27% de troubles du comportement alimentaire (tous diagnostics confondus)(92). A noter que la boulimie nerveuse et l'hyperphagie sont plus fréquemment associées au trouble bipolaire. Il n'y aurait pas de différence significative entre les types de troubles bipolaires en terme d'association aux troubles du comportement alimentaire (93).

D'autres études se sont penchées sur la prévalence des troubles thymiques, et donc bipolaire, chez les patients ayant un diagnostic de TCA. Parmi les patients avec un diagnostic d'anorexie mentale, 66.7% présentaient une dépression unipolaire, 16.7% un trouble bipolaire (11.1% de type I et 5.6% de type II). Ces taux étaient nettement plus élevés que ceux retrouvés dans le groupe contrôle c'est-à-dire sans trouble du comportement alimentaire (94).

Il est donc admis que ces deux troubles présentent une forte association. Il est également rapporté que les patients présentant les deux troubles ont un risque suicidaire plus élevé, plus de comorbidités psychiatriques associées, une sévérité du trouble bipolaire plus marquée, et présentaient les caractéristiques démographiques suivantes : femmes jeunes, début précoce des troubles (92,94).

Le parallélisme entre trouble bipolaire et trouble du comportement alimentaire est étudié. Certains aspects symptomatologiques sont communs comme la dysrégulation alimentaire, la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité, le craving ou la compulsivité, et l'hyperactivité physique (95).

d) Troubles de personnalité

Les traits de personnalité sont impliqués dans la genèse, l'expression, le développement et le maintien de la symptomatologie des troubles du comportement alimentaire. On retrouve parmi les traits de personnalité associés à l'anorexie mentale le perfectionnisme, la tendance obsessionnelle-compulsive, l'évitement, la coopération, l'autodétermination, un niveau de contrainte élevé, la persistance, et une faible recherche de la nouveauté(96,97).

L'évitement et la persistance seraient les traits les plus associés à l'anorexie de type restrictif (98,99).

Certains de ces traits sont modifiés après la guérison, tels l'évitement du danger plus faible et la dépendance à la récompense plus marquée, chez les sujets guéris d'anorexie mentale comparé aux résultats d'évaluations réalisées au cours de la maladie (98).

Concernant les troubles de la personnalité tels que décrits dans le DSM, on retrouve 27 à 93% de troubles de la personnalité associés aux troubles du comportement alimentaire dans la littérature. Les études sont hétérogènes en terme de population et de méthodologie ce qui expliquerait cette grande variabilité dans les résultats. Les troubles

de personnalité les plus fréquemment associés à l'anorexie de type restrictive sont la personnalité évitante (53%), dépendante (37%), obsessionnelle-compulsive (33%) pour le cluster C et borderline (29%) pour le cluster B (96).

Il est important de noter que l'autoévaluation pour le diagnostic de trouble de la personnalité entraîne une surestimation de l'occurrence de ces troubles. Une étude avec questionnaire par hétéro-évaluation retrouve des taux plus faibles avec personnalité évitante (25%), obsessionnelle-compulsive (9%), dépendante (2%) pour le cluster C, et borderline (13%) et histrionique (2%) pour le cluster B (100).

e) Addictions

La prévalence vie entière d'abus de substances chez les femmes est estimée à 18% dans la population générale, et varie entre 17 et 46 % chez les patients ayant un trouble du comportement alimentaire, selon le type de trouble alimentaire et la substance(101) . La consommation et l'abus de substances est plus importante chez les patients ayant des conduites de purges ou des crises de boulimie. Pour le sous-type restrictif pur, avec conduite de purge seul ou avec crises de boulimie seules, on retrouve respectivement 13.7%, 19% et 23.9% d'abus d'alcool ; et 6.4%, 14.1% et 17.4% d'abus d'autres substances. Après l'alcool, le cannabis est la deuxième substance la plus utilisée (102).

Chez les adolescentes souffrant d'anorexie mentale, 15% rapportent une utilisation régulière à pathologique de substances. La plus fréquente est l'alcool, suivie par le tabac puis le cannabis et enfin la cocaïne. Le sous-type purging et les crises de boulimies ainsi que l'âge sont des facteurs de risques d'abus de ces toxiques (103).

Dans la majorité des cas, le trouble du comportement alimentaire débute avant la consommation d'alcool (un tiers seulement des patients rapportent un début de consommation antérieur au TCA). La consommation d'alcool est associée à la présence de troubles dépressifs, anxieux, et de traits de personnalité du cluster B (104).

Le pronostic est défavorable en cas de comorbidité addictive chez les patients avec TCA. La co-occurrence de ces deux troubles majore la mortalité. Une étude prospective sur 6 ans retrouve des taux de mortalité à 27.7% pour le groupe TCA et abus d'alcool, contre 19.4% pour le groupe abus d'alcool seul et 3.5% pour celui TCA seul(105).

Même si ces deux troubles ont des caractéristiques communes, et que la symptomatologie du sevrage en substances a des aspects similaires à celle de la restriction

alimentaire, il semblerait que les modèles étiologiques soient en faveur de troubles distincts (tant sur le plan psychosocial, génétique, biologique, que sur les aspects de traits de personnalité). On peut cependant noter que l'on retrouve chez ces patients une forte prévalence en terme d'antécédents de traumatisme et d'abus physique ou sexuel(101).

e) Autres troubles psychiatriques

Quelques études ont permis de mettre en évidence une augmentation du risque de trouble du spectre autistique dans la population de patients ayant un trouble du comportement alimentaire, comparé au risque en population générale(106). Il existe également un sur-risque pour les parents du premier et second degré des patients ayant un trouble autistique. On peut noter que ces deux troubles partagent des caractéristiques neuropsychologiques communes telles que le défaut de cohérence centrale, le manque de flexibilité mentale et des difficultés concernant la théorie de l'esprit (107).

D'autres auteurs se sont intéressés à la question du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), et ont observé un risque majoré de TCA chez les patients souffrant de TDAH et inversement. Le risque est plus élevé si le diagnostic de TDAH est posé par un entretien clinique qu'avec un auto questionnaire (108). Récemment, une étude rapporte qu'un tiers des patients ayant un trouble du comportement alimentaire ont un score indiquant un possible TDAH après avoir complété un auto questionnaire sur les symptômes de ce trouble (109).

Peu d'études s'intéressent au lien entre la schizophrénie et les troubles du comportement alimentaire. Il s'avère que cette comorbidité est possible mais peu fréquente, et le trouble du comportement alimentaire est souvent atypique. On retrouverait 1 à 4% de cas d'anorexie mentale chez les patients souffrants de schizophrénie (110) avec une prévalence chez les hommes de 10 à 35% pour la schizophrénie chez les patients ayant un trouble du comportement alimentaire(111). Les hommes anorexiques ont 3,6 fois plus de risque que les femmes de développer une schizophrénie. Il existe plusieurs hypothèses concernant le lien entre les deux pathologies : l'anorexie précède la schizophrénie en tant que symptôme précurseur du trouble psychotique ; l'anorexie est un symptôme secondaire à des manifestations psychotiques (hallucinations, injonctions dictant un comportement alimentaire), ce peut

être un effet iatrogène, un épisode psychotique aigu peut survenir dans un contexte de dénutrition (112).

6) Complications somatiques

Les complications somatiques dans l'anorexie mentale sont nombreuses et fréquentes, elles assombrissent le pronostic de cette pathologie. Tous les organes sont affectés par la dénutrition, et certaines lésions peuvent perdurer malgré une restauration pondérale. L'importance de la perte de poids et la durée d'évolution de la maladie sont des facteurs de risque de complication somatique (15). Une étude de suivi sur 21 ans (113) retrouve des complications médicales chez un quart des patients ; avec des complications liées à l'anorexie mentale chez 7,7% des cas, 15,4% des cas représentaient des complications somatiques indépendantes de l'anorexie mentale. De manière logique, la mortalité est plus fréquente chez les patients qui ont présenté ces complications.

a) Complications digestives :

Parmi les complications somatiques de l'anorexie mentale, on retrouve les complications digestives qui ont été largement étudiées dans la littérature. Certaines de ces plaintes sont fonctionnelles, c'est à dire sans lésion organique objectivée. Une étude de 2005 retrouve une prévalence de 97% de plaintes fonctionnelles digestives exprimées par les patients souffrant d'anorexie mentale à leur admission en hospitalisation (77% à 12 mois), avec une évolution variable dans le temps (concernant leur disparition, l'apparition de nouvelles plaintes, les régions désignées ...)(114).

Une méta analyse récente de Norris et al. regroupe les données actuelles concernant cet aspect de la maladie (115):

On note d'une part des troubles moteurs œsophagiens conduisant à une dysphagie fonctionnelle, l'achalasie. Il est important de tenir compte de ces plaintes et de questionner les patients sur la déglutition et les troubles associés qui pourraient être un véritable diagnostic différentiel de l'anorexie mentale.

De même, les symptômes du reflux gastro-œsophagien (reflux, brûlures..) sont très fréquemment associés aux troubles du comportement alimentaire. Il n'y a pas nécessairement d'amélioration de ces symptômes avec la reprise de poids.

Depuis plus d'un siècle, il est documenté dans la littérature des cas de dilatation gastrique aiguë compliquant l'anorexie mentale. Ce phénomène peut résulter du syndrome de l'artère mésentérique supérieure (voir infra), d'un volvulus, d'une hernie hiatale, d'une réanimation traumatique ou être iatrogène. Il existe un risque accru de dilatation gastrique aiguë après un épisode de compulsions alimentaires ou un repas copieux, et ceci en raison du ralentissement de la vidange gastrique et de la gastroparésie. Les complications propres de la dilatation gastrique aiguë sont la perforation gastrique, la nécrose, ou plus rarement l'iléus duodénal, la pancréatite aiguë, le syndrome de l'artère mésentérique supérieure, un bas débit cardiaque, une insuffisance rénale aiguë ou l'ischémie aiguë de membre inférieur.

La gastroparésie s'exprime par des ballonnements, une sensation de plénitude gastrique, des nausées, un inconfort épigastrique, et apparaît en post prandial immédiat et peut même être majorée à distance du repas. Aucun seuil de poids n'est déterminé pour l'apparition de gastroparésie mais il semblerait que les facteurs impliqués dans son apparition soient la durée d'évolution de la maladie et la sévérité de la dénutrition. Il n'y a pas de lien à ce jour mis en évidence entre le sous-type de l'anorexie mentale et cette complication. Ces troubles se normalisent avec la reprise pondérale. Le traitement médicamenteux par métoprolol est conseillé en première ligne (116).

Concernant les complications hépatiques, on retrouve une perturbation du bilan avec élévation des ASAT et ALAT, des perturbations du bilan de coagulation et parfois des hypoglycémies sévères. Le dysfonctionnement hépatique chez les patients hospitalisés est corrélé à l'âge jeune, au sexe masculin, au sous type restrictif, à un IMC bas et au faible pourcentage de masse grasseuse, ainsi qu'à une renutrition trop brutale. Le traitement dans la majorité des cas est la renutrition progressive ainsi que l'hydratation.

Il existe également des complications pancréatiques moins documentées, avec une atteinte des fonctions endocrines et exocrines de la glande, associées à un aspect de fibrose non inflammatoire.

Enfin, les complications intestinales sont également étudiées dans cette méta analyse. Le syndrome de l'artère mésentérique supérieure y est décrit. Il s'agit de la compression du duodénum entre l'artère mésentérique supérieure en antérieur et l'aorte et la colonne

vertébrale en postérieur. Ceci est dû à la perte de la masse graisseuse rétro-péritonéale qui sépare habituellement l'artère mésentérique supérieure et la portion transverse du duodénum. Ce phénomène entraîne un syndrome occlusif haut avec une obstruction partielle à totale du duodénum, nécessitant une décompression gastrique avec correction des troubles hydro-électrolytiques et support nutritionnel. La chirurgie n'est envisagée qu'en dernier recours.

L'absorption intestinale a été étudiée avec l'hypothèse que l'altération des muqueuses et des villosités intestinales pourrait impacter sur la barrière immunitaire d'une part et diminuer l'absorption des nutriments d'autre part. Cette hypothèse n'est pas vérifiée actuellement.

Le transit est cependant ralenti, ce qui occasionne des plaintes fréquentes de constipation chez les patients. Le temps de transit intestinal est significativement plus long (1.5 fois plus lent comparé aux sujets contrôles) mais se normalise après renutrition (117).

b) Complications endocrinologiques :

La restriction alimentaire, et par la suite la dénutrition, ont des conséquences sur le fonctionnement endocrinien.

Parmi les altérations du système endocrinien, on retrouve une atteinte hypothalamo hypophysaire ayant un impact sur les différents axes, gonadotrope, thyrotrope, somatotrope et corticotrope (118):

L'axe gonadotrope : La GnRH n'est plus sécrétée de façon pulsatile du fait de la dénutrition, ce qui entraîne une diminution du taux de LH. Ce taux devient souvent insuffisant pour engendrer un fonctionnement normal de l'appareil reproducteur amenant à une raréfaction des ovulations, une baisse du taux d'œstradiol et une aménorrhée secondaire. Cette aménorrhée secondaire est l'un des symptômes qui alerte souvent et permet un dépistage du trouble du comportement alimentaire chez les adolescentes et jeunes adultes. Les hommes sont aussi concernés car les taux de testostérone sont abaissés entraînant un hypo oestrogénisme, la testostérone étant transformée de façon périphérique en œstrogène par aromatisation.

L'axe thyroïdienne : La restriction alimentaire conduit à une atrophie de la glande thyroïde. La fonction de la glande est aussi altérée puisqu'on retrouve un taux de T₃ bas chez les patients avec un IMC inférieur à la normale. Il faut savoir que les taux de TSH et T₄ sont plus souvent proches de la norme, moins impactés.

L'axe corticotrope : On observe dans l'anorexie mentale une hypercortisolémie qui a un impact sur le métabolisme osseux, entre autres.

L'axe somatotrope : L'altération hépatique secondaire à la dénutrition provoque une moins bonne sécrétion de l'IGF1. De ce fait, les taux de GH sont majorés par défaut de rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. Un autre phénomène s'ajoute à cela, la résistance à la GH qui apparaît au fil de la dénutrition. Il faut savoir que les changements hormonaux et les carences nutritionnelles entraînent un retard de croissance chez les adolescents souffrant d'anorexie mentale. Ce retard staturo-pondéral n'est pas toujours rattrapé après la reprise d'une alimentation correcte. L'âge de début des troubles, et le fait que ceux-ci surviennent avant ou après la puberté est important sur le plan pronostique, l'atteinte staturale étant plus importante pour les cas d'anorexie pré pubère (119).

D'autres modifications ont lieu lors de la dénutrition : la leptine a un taux abaissé par exemple, contrairement à la ghréline et au peptide YY qui sont élevés. Ces modifications neuroendocrines ont un rôle sur le comportement alimentaire, la formation osseuse, la régulation énergétique.

Enfin, les hypoglycémies sont fréquentes et asymptomatique la plupart du temps. Des hypoglycémies sévères peuvent survenir en cas de dénutrition sévère, avec un pronostic effroyable. Elles peuvent être dues à l'exercice physique, la dysfonction hépatique ou bien une infection(120). Il est primordial de surveiller étroitement la glycémie chez les patientes hospitalisées qui sont à haut risque d'hypoglycémies sévères.

Toutes ces modifications, qui sont secondaires à la restriction alimentaire, sont réversibles avec la reprise de poids. Le meilleur traitement des complications secondaires à ces dérèglements endocriniens est donc la reprise d'une alimentation diversifiée et équilibrée afin de satisfaire les besoins énergétiques du corps.

c) Complications osseuses :

Les complications osseuses sont directement liées à la dénutrition, mais aussi à d'autres facteurs comme les modifications hormonales retrouvées dans l'anorexie mentale (hypofonctionnement hypothalamique, hypercortisolémie, résistance à l'hormone de croissance) ou bien les habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool, faible activité physique, régime végétarien strict...) De plus, il existe une variabilité phénotypique dans la composition osseuse liée à des facteurs génétiques.

Plus de 90% des femmes souffrant d'anorexie mentale présentent une déminéralisation osseuse. Cette atteinte est d'autant plus sévère que la maladie s'est déclarée tôt. Ces altérations ne sont que partiellement réversibles avec la reprise pondérale, laissant potentiellement des lésions à vie(118). Contrairement à l'ostéoporose post ménopausique, la déminéralisation dans l'anorexie est due à la fois à un excès de résorption osseuse et à un ralentissement de la formation osseuse.

Les hommes sont également touchés puisque 26% présentent une ostéopénie et 36% une ostéoporose, avec une atteinte osseuse plus sévère que chez les femmes(15).

Une récente étude chez les adolescents ne trouve pas de différence significative selon le sexe dans le degré d'atteinte osseuse, et ce quel que soit le site de mesure en ostéodensitométrie, une fois les résultats ajustés sur l'âge, la durée d'évolution de la maladie, et l'IMC (121).

Le meilleur traitement de ces affections osseuses est la restauration du poids avec reprise d'une alimentation correcte. Il existe d'autres thérapeutiques plus spécifiques dont le résultat est peu concluant, comme la prise d'œstrogène-progestérone orale, la supplémentation en calcium et en vitamine D. D'autres thérapeutiques sont plus prometteuses comme la prise d'œstrogènes transdermiques chez les adolescentes, l'œstrogène associé à la DHEA ; les biphosphonates, la tériperatide (hormone parathyroïdienne recombinante), l'administration de contraception orale associée à IGF-1 ; la prise de leptine recombinée ou encore la testostérone chez les patients ayant une testostéronémie abaissée (15,118,122).

d) Complications cardiaques :

Plus de 80% des patients souffrant d'anorexie mentale présentent une complication cardiaque qui serait responsable d'environ 30% de la mortalité(123). Une revue de la littérature s'intéresse aux séquelles cardiaques en lien avec l'anorexie mentale. Les différentes complications (124) sont regroupées dans un tableau dont la traduction ci-dessous permet une vue d'ensemble :

Complications cardiaques dans l'anorexie mentale :			
Complications structurales :	Troubles de la conduction et de la repolarisation :	Modifications hémodynamiques :	Troubles vasculaires périphériques :
<ul style="list-style-type: none"> -Epanchement péricardique -Athérosclérose vasculaire -Atrophie myocardique -Prolapsus valvulaire -Fibrose myocardique 	<ul style="list-style-type: none"> -Allongement de l'espace QT -Retards de conduction -Rythmes d'échappement jonctionnels 	<ul style="list-style-type: none"> -Bradycardie sinusale -Hypotension -Modifications liées à l'orthostatisme -Dysautonomie 	<ul style="list-style-type: none"> -Dysrégulation de la vasoconstriction/vasodilatation périphérique -Acrocyanose -Vasospasme artériel

Les troubles de la conduction, les modifications hémodynamiques, les épanchements péricardiques sont réversibles avec la reprise de poids (15).

Les épanchements péricardiques sont fréquents (20 à 30 % des patients) mais la plupart du temps asymptomatiques, avec une découverte fortuite à l'échocardiographie trans-thoracique, et réversibles avec la reprise de poids.

L'atrophie myocardique touche préférentiellement le ventricule gauche et ce proportionnellement à la baisse de T₃ libre, un lien entre cette hormone et l'altération du tissu cardiaque a été mis en évidence par certaines études. De ce fait, les fonctions

cardiaques sont impactées, le rendement de la pompe cardiaque amoindri par les effets de la dénutrition (124).

e) Complications neurologiques :

On retrouve chez les patients souffrant d'anorexie mentale une altération fonctionnelle avec des difficultés attentionnelles et de concentration, une altération du raisonnement, de moins bonnes performances dans la prise de décision.

Morphologiquement, on retrouve en imagerie une atrophie corticale variable mais significative avec élargissement des espaces ventriculaires. Les lésions observées sont similaires à celles de la maladie d'Alzheimer (15,125) . Le volume de matière grise est lui aussi significativement abaissé. Les études sont contradictoires concernant l'évolution de ces lésions avec la reprise de poids, certaines mettant en avant une amélioration sur l'imagerie un an après rémission, et d'autres la persistance de différences anatomiques (15).

f) Complications obstétricales et gynécologiques :

Une récente méta analyse a étudié les complications obstétricales et gynécologiques liées aux troubles du comportement alimentaire(126). Pour l'anorexie mentale, il ressort dans la littérature ces quelques données :

Concernant l'obstétrique : le risque de grossesse non programmée est doublé chez ces patientes. On ne retrouve pas de majoration de l'infertilité ou du recours à l'aide médicale à la procréation, mais certaines études retrouvent une baisse de la fécondité. Pour rappel, 66 à 84% des patientes ont une aménorrhée secondaire liée à l'hypogonadisme hypothalamo-hypophysaire fonctionnel engendré par la dénutrition, 6 à 11% présentent une oligo-ménorrhée. Les plus forts prédicteurs en sont le faible apport calorique, un IMC bas et un haut niveau d'activité physique. Le risque de grossesse imprévue est plus élevé car malgré l'aménorrhée, l'ovulation n'est pas toujours suspendue. Seule la reprise de poids est efficace pour restaurer un fonctionnement hormonal correct et donc la reprise des cycles menstruels. La contraception orale ou la supplémentation oestrogénique n'ont

pas montré d'efficacité sur l'hypogonadisme fonctionnel, ni même sur les conséquences osseuses du dysfonctionnement hormonal. La leptine pourrait en revanche apporter une aide à la prise en charge de ces complications mais son efficacité reste à confirmer par de prochaines études.

Durant la grossesse, le trouble du comportement alimentaire est en rémission pour 60 % des patientes, la prise de poids pendant la grossesse est dans les normes des recommandations, et on ne retrouve pas plus de carence nutritionnelle notamment en vitamines et minéraux. L'incidence de l'hyperémésis gravidique est cependant augmentée par rapport à la population sans trouble du comportement alimentaire, surtout pour les formes purging. Aucune étude ne retrouve de majoration du risque de diabète gestationnel, d'hypertension gravidique, de pré-éclampsie, d'hémorragie du post-partum, d'accouchement déclenché, ni de recours aux instruments pour l'accouchement, associé à l'anorexie mentale. En revanche, on retrouve plus de prématurité, de retard de croissance intra utérin avec petit poids de naissance, de microcéphalie, de recours à la césarienne, et la mortalité périnatale est plus élevée chez les nouveaux nés de mère souffrant d'anorexie mentale.

Concernant le post-partum, les femmes ayant souffert d'anorexie mentale perdent plus rapidement du poids mais le poids se normalise à 36 mois de l'accouchement. Le risque de dépression du post-partum est majoré chez les patientes qui présentent une anorexie. On ne retrouve pas de différence significative en terme de taux de femmes ayant choisi l'allaitement maternel comparé à la population générale mais les femmes souffrant d'anorexie mentale arrêtent l'allaitement plus précocement, le taux d'arrêt avant le 6ème mois de vie du bébé est significativement plus élevé, ce qui n'est pas retrouvé pour les autres troubles du comportement alimentaire.

Concernant les aspects gynécologiques : on retrouve plus fréquemment des dysfonctions sexuelles : baisse de libido, majoration de l'anxiété en lien avec la sexualité, mais majoration des conduites sexuelles à la reprise de poids. On retrouve une plus forte mortalité pour les cancers gynécologiques malgré le fait que l'incidence de ces cancers reste identique à celle de la population générale pour les femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

g) Complications hématologiques :

La moelle osseuse est également impactée par la dénutrition, avec une atteinte possible sur les trois lignées cellulaires. On retrouve ainsi une anémie ou une leucopénie chez un tiers des patients et une thrombopénie chez 10% des patients(127). L'anémie est souvent normocytaire et il n'y a pas de carence martiale systématiquement associée.

On ne retrouve pas de vulnérabilité supérieure à la population générale concernant le risque infectieux (15). Il est important de noter que les signes cliniques habituels d'infection sont tronqués chez ces patients, avec notamment une absence de fièvre, ou d'hyperleucocytose, et peuvent donc en rendre le diagnostic plus difficile.

Les anomalies de la coagulation, qui cliniquement engendrent des purpuras ou pétéchies, sont liées à un défaut de synthèse des facteurs de coagulation secondaire au dysfonctionnement hépatique.

h) Complications pulmonaires :

On observe une altération fonctionnelle pulmonaire avec l'évolution de la maladie, caractérisée par une moins bonne diffusion de l'oxygène et perte des capacités respiratoires (128). Dans la littérature, des cas d'emphysèmes ont été rapportés, même sans consommation tabagique associée (129). Quelques cas, rares mais sévères, de pneumothorax ou pneumo médiastin spontanés ont également été rapportés (15).

i) Complications dermatologiques :

Les altérations cutanées et des phanères sont fréquentes dans l'anorexie mentale et souvent l'objet d'une plainte de la part des patients. On retrouve parmi ces affections une sécheresse cutanée (xérose) une fragilité des ongles et des cheveux, l'apparition de lanugo, une acrocyanose - liée à des phénomènes vasculaires qui ont pour effet de redistribuer les apports sanguins vers les fonctions vitales plutôt qu'en périphérie -, des ulcères de décubitus en regard des reliefs osseux (15).

j) Complications liées aux conduites de purges :

Les vomissements provoqués induisent des altérations dentaires (érosions de l'émail, sensibilité dentaire, caries, atteintes gingivales), une hypertrophie parotidienne, une atteinte digestive (reflux gastro-œsophagien, œsophagite, majoration du risque de cancer œsophagien, syndrome de Mallory Weiss, syndrome de l'intestin irritable...), des complications cardiaques (allongement du QT dû à l'hypokaliémie), et des altérations de la cavité buccale par utilisation d'ustensiles pour induire les vomissements (130).

Quelques mesures permettent de prévenir les altérations dentaires ; comme éviter le brossage des dents après un épisode de vomissement et préférer un rinçage à l'eau, utiliser du dentifrice fluoré, et faire contrôler sa dentition régulièrement par son dentiste.

La prise de diurétiques ou de laxatifs à outrance entraîne des lésions rénales (inflammation, néphrite tubulo-interstitielle...), gastro-intestinales, cardiovasculaires (arrêts cardiaques et torsades de pointes liés à l'hypokaliémie), des cas de rhabdomyolyse et ostéomalacie (130)

7) Recommandations et prise en charge :

a) Les recommandations actuelles en France :

Les recommandations de bonnes pratiques énoncées par l'HAS en 2010 concernant l'anorexie mentale servent actuellement de référence en France pour guider les différents intervenants dans la prise en soins (20).

L'intérêt du dépistage précoce et ensuite du diagnostic y est souligné, afin d'éviter les retards de prise en charge qui péjorent le pronostic. Les soins sont prioritairement ambulatoires (sauf en cas d'urgence somatique ou psychique, voir paragraphe suivant), et les premières rencontres permettent une évaluation globale (somatique, nutritionnelle, psychiatrique et psychologique, familiale et environnementale) , l'installation d'une alliance thérapeutique, l'information du patient et de son entourage sur la maladie, son

pronostic et les soins adaptés à organiser en fonction du degré de sévérité du trouble, de sa durée d'évolution, de l'âge et du niveau de développement du patient.

La multidisciplinarité est de rigueur, avec au moins deux soignants (un psychiatre/pédopsychiatre/psychologue, et un médecin généraliste ou endocrinologue) intervenant auprès du patient. Un médecin parmi eux sera désigné au sein de l'équipe pour coordonner les soins ambulatoires. Il est bien évidemment nécessaire que les équipes échangent régulièrement autour de la situation du patient pour optimiser les soins proposés.

La prise en charge thérapeutique se décline en trois aspects : l'aspect nutritionnel et diététique, l'aspect somatique et l'aspect psychique.

Les objectifs sont les suivants :

Nutritionnels	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atteindre et maintenir un poids et un statut nutritionnel adaptés pour les adultes, ou une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents. ✓ Obtenir une alimentation spontanée, régulière, diversifiée avec un retour à des comportements, des choix alimentaires, des apports énergétiques plus adaptés, et la capacité à s'alimenter en société. ✓ Obtenir une attitude détendue et souple face à l'alimentation. ✓ Obtenir la réapparition des sensations de faim et de satiété ainsi qu'une réponse adaptée à l'éprouvé des patients. ✓ Éviter les complications potentielles de la renutrition, en cas de dénutrition sévère.
Somatiques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Surveiller l'état clinique du patient, prévenir, dépister et traiter les complications tout en s'inscrivant dans les objectifs de la prise en charge globale.
Psychologiques	<p>Aider le patient à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprendre et à coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle, pour réduire le risque physique. ✓ Comprendre et à modifier les attitudes dysfonctionnelles

	<p>liées au trouble alimentaire, pour encourager le gain de poids et tendre vers une alimentation équilibrée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Améliorer ses relations sociales et interpersonnelles, et lui permettre de façon plus globale de se sentir plus en confiance et en sécurité pour avancer dans sa vie. ✓ Traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques, le mode de fonctionnement des personnalités pathologiques ou les dimensions de personnalité et les conflits psychiques qui contribuent à renforcer ou à maintenir les troubles du comportement alimentaire. <p>Lorsque les patients sont très dénutris, l'abord psychologique est surtout une aide à l'adhésion et à la motivation au traitement.</p>
--	---

b) Modalités : Indications d'hospitalisation/ soins ambulatoires :

L'hospitalisation à temps plein est indiquée en cas d'urgence somatique ou psychiatrique, d'épuisement familial ou de crises familiales, avant que le risque vital ne soit engagé ou en cas d'échec des soins ambulatoires. Elle repose sur un examen clinique complet du patient (évaluation somatique, psychiatrique et des facteurs environnementaux). Elle se décide au cas par cas, et repose sur l'association de différents critères ainsi que leur évolution.

Critères somatiques d'hospitalisation chez l'adulte :

Anamnestiques:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Importance et vitesse de l'amaigrissement: perte de 20% du poids en 3 mois ✓ Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance. ✓ Vomissements incoercibles. ✓ Échec de la renutrition ambulatoire.
Cliniques :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Signes cliniques de déshydratation. ✓ IMC < 14 kg/m². ✓ Amyotrophie importante avec hypotonie axiale.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hypothermie < 35°C . ✓ Hypotension artérielle <90/60 mmHg. ✓ Fréquence cardiaque : Bradycardie sinusale (FC< 40/min) ou 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 (< 0,6g/L) ou asymptomatique si <0,3 g/L. ✓ Cytolyse hépatique > 10× N. ✓ Hypokaliémie < 3 mEq/L. ✓ Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L. ✓ Insuffisance rénale: clairance de la créatinine < 40mL/min. ✓ Natrémie: < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) ou >150 mmol/L (déshydratation). ✓ Leucopénie < 1000/mm³ (ou neutrophiles < 500/mm³).

Critères psychiatriques d'hospitalisation chez l'adulte :

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.
---------------------------	--

Critères environnementaux d'hospitalisation chez l'adulte :

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).

Afin de veiller à la cohérence et la continuité des soins il est recommandé que les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires soit séquentiels, soit en hospitalisation de jour, soit au minimum par des consultations. Certaines modalités de soins particulières peuvent être proposées conjointement aux soins ambulatoires ou en relais de l'hospitalisation comme le CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), les hébergements et post-cures thérapeutiques, les soins études, les familles d'accueil.

c) Outils thérapeutiques :

1) Psychothérapies :

Il existe différents types de psychothérapies qui peuvent être proposées aux patients au cours de leur prise en soin, et qui peuvent d'ailleurs être complémentaires. Le choix de la psychothérapie dépend de l'âge, du choix du patient, voire de son entourage, de sa motivation, du stade d'évolution de la maladie. En cas de dénutrition sévère, ou lorsque le pronostic vital est mis en jeu à court terme, la priorité doit être donnée à la prise en charge somatique. L'approche psychothérapeutique se limite alors à la psychothérapie de soutien. En cas d'antécédent d'abus sexuel, une approche spécifique est à envisager.

Il est recommandé de poursuivre la thérapie au moins 1 an après une amélioration clinique significative. En raison de la chronicité de l'anorexie mentale, les soins s'étendent souvent sur plusieurs années.

Parmi les psychothérapies les plus courantes on retrouve :

- ✓ Les thérapies de soutien
- ✓ Les psychothérapies d'inspiration analytiques ou psychodynamiques
- ✓ Les thérapies cognitives et comportementales
- ✓ Les thérapies systémiques et familiales
- ✓ Les approches motivationnelles
- ✓ La remédiation cognitive
- ✓ Les approches corporelles, l'art thérapie, la musicothérapie etc
(proposées en association)

Les thérapies familiales sont recommandées (grade B) chez les enfants et adolescents. Il n'y a pas de preuve solide d'efficacité d'une psychothérapie en particulier dans le traitement de l'anorexie mentale chez l'adulte. Les essais randomisés contrôlés comparent principalement des programmes de TCC, de thérapie interpersonnelle ou de traitements psychodynamiques, mais aucun ne montre de supériorité en terme d'efficacité, tous présentent en revanche une bonne acceptabilité (131). La remédiation cognitive dans l'anorexie mentale a pour but de développer la flexibilité mentale et de travailler le défaut de cohérence centrale engendré par la maladie. Cette thérapie montre des résultats prometteurs sur les performances neurocognitives des patients qui en bénéficient avec

une amélioration de la qualité de vie à 6 mois chez les adultes (132) et des résultats prometteurs chez les adolescents (133).

2) *Pharmacothérapie :*

Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de l'anorexie mentale. Les données actuelles de la littérature retrouvent des résultats peu concluants en terme d'efficacité sur la reprise de poids ou la psychopathologie du trouble du comportement alimentaire, que ce soit pour les antidépresseurs ou les antipsychotiques (134-136). Certains traitements sont à utiliser avec précaution notamment en raison du risque d'allongement du QT (pour les tricycliques et les antipsychotiques) et du terrain fragile présentés par les patients du fait de la dénutrition.

Les antipsychotiques ont été étudiés et comparés entre eux mais on ne retrouve pas d'effet significatif sur la reprise pondérale ; les effets sur la psychopathologie de l'anorexie mentale, les symptômes anxio-dépressifs sont quant à eux controversés mais semblent minimes quand ils sont observés (137,138). Il semblerait que l'aripiprazole en traitement potentialisateur d'un ISRS chez l'adulte ait un bénéfice sur la réduction des préoccupations alimentaires et des rituels (139) et pourrait aider à la reprise de poids chez les adolescents (140). L'olanzapine à faible dose et en monothérapie pourrait aider à la diminution de l'hyperactivité chez les adolescents souffrant d'anorexie mentale de sous type restrictif (141).

Les antidépresseurs sont utilisés principalement dans le traitement des comorbidités (dépression et anxiété, TOC...). Leur efficacité reste limitée probablement à cause de la dénutrition qui empêche la synthèse de sérotonine. Les symptômes s'atténuent d'ailleurs avec la reprise pondérale la plupart du temps. Les ISRS sont les molécules les plus utilisées, les mieux tolérées.

Toutes les études s'accordent sur le faible niveau de preuve des résultats et sur l'absence de preuve robuste d'efficacité des traitements médicamenteux dans l'anorexie mentale.

3) *Stimulation cérébrale :*

En cas de syndrome dépressif sévère associé à une anorexie mentale réfractaire, la rismothérapie ou électro-convulsivothérapie est parfois utilisée en dernière intention. Les

publications à ce sujet sont surtout des « case report » et cette option thérapeutique reste rare (142,143).

Plus récemment, d'autres techniques à l'étude comme la rTMS (stimulation magnétique transcranienne) déjà utilisée dans certaines indications en psychiatrie et en neurologie ; ou encore la tDCS (stimulation transcranienne à courant direct) et la stimulation cérébrale profonde (procédure neurochirurgicale plus invasive) sont soit encore du domaine de la recherche soit en cours d'évaluation clinique (144).

Points Importants :

- L'anorexie mentale est une **pathologie fréquente** dont la prévalence vie entière s'approche de 0.9% chez les femmes et 0.3% chez les hommes. Le **sex ratio est de 1/8 avec une nette prédominance féminine**.
- Les troubles apparaissent à l'adolescence, avec une évolution vers la guérison dans 50% des cas, ou vers la rémission partielle dans 20% des cas, vers la chronicisation pour les autres patients avec 16% de décès imputables à la maladie.
- Le taux de **mortalité est de 10 à 12 fois plus élevé qu'en population générale avec 1 décès sur 5 par suicide**.
- Les critères diagnostiques selon le DSM V sont la **restriction** des apports énergétiques conduisant à une **perte de poids significative**, une **peur intense de prendre du poids** et une **altération de la perception corporelle** et de l'estime de soi. On retrouve un manque de reconnaissance de la maigreur.
- Il existe deux sous types : **restrictif pur ou avec accès hyperphagiques/purgatifs** (compulsions alimentaires, vomissements provoqués et autres conduites de purges)
- On retrouve chez les patients des **comorbidités psychiatriques**, avec en tête la dépression et les troubles anxieux, les TOCs, puis les troubles de personnalité (cluster C et personnalité de type borderline) et addictions plutôt associées au sous type purging.
- L'évolution est marquée par les **complications somatiques** nombreuses et potentiellement mortelles avec atteinte multi viscérale : digestives, osseuses, endocrinologiques, cardiaques, neurologiques, atteinte des phanères... Certaines lésions sont irréversibles malgré la reprise pondérale. Les troubles hydro électrolytiques et complications stomatologiques et ORL compliquent les conduites de purges.
- La **prise en charge** doit être **précoce et multidisciplinaire** selon les recommandations de la HAS en 2010. Les objectifs sont à la fois nutritionnels, psychologiques et somatiques.
- L'arsenal thérapeutique est moindre à ce jour : il n'existe aucun traitement médicamenteux pour cette pathologie ; quelques psychothérapies ont montré une efficacité relative mais le niveau de preuve reste modéré en dehors de la thérapie familiale qui reste recommandée en première intention chez les adolescents.

B. La psychoéducation.

1) Définitions :

a) Définition de l'éducation thérapeutique :

Selon la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1998, l'éducation thérapeutique « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

La HAS (Haute Autorité de Santé) a ensuite en 2007 rédigé des recommandations spécifiques concernant l'éducation thérapeutique (145). Les objectifs d'un programme d'ETP, pour éducation thérapeutique du patient, ainsi que la méthode d'élaboration d'un programme et la façon de réaliser l'intervention y sont détaillés.

1) Les objectifs de l'ETP :

L'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique et clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches.

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto soins. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur

caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient.

➤ La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

2) Modalités de l'ETP :

L'ETP est très encadrée et règlementée par la HAS. Elle s'adresse aux patients ayant une maladie chronique (de tout âge, quel que soit le stade de la maladie) et à ses proches. Elle est dispensée par un professionnel de santé ou une équipe multi professionnelle formée à l'ETP et peut se faire via des séances individuelles ou collectives. Cette intervention doit être intégrée à la prise en charge thérapeutique et en être complémentaire. Elle doit tenir compte des besoins spécifiques du patient.

Elle se déroule en 4 étapes :

1. Elaboration d'un diagnostic éducatif (connaître le patient, ses besoins, ses attentes, prendre en compte ses demandes et son projet...)
2. Définition d'un programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage (formuler les compétences à acquérir et planifier avec lui un programme individuel).
3. Planification et mise en œuvre de séances individuelles/collectives.
4. Réalisation d'évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme.

Une coordination des différents acteurs impliqués dans la prise en charge du patient doit s'ajouter à ces critères.

La HAS définit des critères de qualité d'une ETP.

3) Cadre législatif de l'ETP :

En France, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009 donne un cadre légal à l'éducation thérapeutique du patient (146). Elle inscrit cette intervention dans le parcours de soins du patient. Elle précise qu'elle sera réalisée dans le cadre de programmes conformes à un cahier des charges et soumise à autorisation par les Agences

Régionales de Santé. Des financements peuvent être accordés pour l'élaboration de tels programmes.

b) Définition de la psychoéducation :

1) Historique :

Le terme de psychoéducation fait son apparition dans la littérature scientifique dans les années 1970, où les auteurs présentent un programme psychoéducatif individualisé pour aider les enfants ayant un trouble mental à surmonter leurs difficultés d'apprentissage (147).

Ce terme est ensuite employé dans les années 1980 dans un article d'Anderson et al, et se réfère à une intervention réalisée auprès de familles de patients atteints de schizophrénie (148). Les premiers programmes s'adressent aux familles puis aux patients dans le cadre de la schizophrénie, et les premières études sur l'efficacité de cette démarche concernent principalement cette population.

Le terme de psychoéducation se répand peu à peu puis s'étend aux autres troubles psychiatriques à la fin des années 1990. On y associe l'idée de rétablissement et de réhabilitation.

2) Définition :

La psychoéducation peut être actuellement définie comme « une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face » (149).

Ce n'est pas seulement une transmission d'information sur le trouble psychiatrique et son traitement, il s'agit également de favoriser l'acceptation de la maladie et la collaboration active du patient (et des familles) dans la prise en charge, de le rendre acteur de ses soins, de l'aider à développer des compétences qui lui permettront de mieux vivre avec la maladie.

Pour cela, la psychoéducation est une intervention complexe qui allie un travail pédagogique, psychologique et cognitivo-comportemental :

« La pédagogie est centrée sur la nature de l'information et la manière de la délivrer. La dimension psychologique concerne la révélation du diagnostic, la personnalisation de la transmission d'information, le soulagement du fardeau émotionnel et l'accompagnement du travail de deuil. La dimension comportementale et cognitive s'attache à restaurer les compétences et mobiliser les ressources du sujet dans un fonctionnement quotidien » (150).

Cette intervention s'adresse aux patients mais aussi aux familles, en individuel ou en groupe ; et elle peut être menée par des professionnels de différentes disciplines ou même par des pairs pour certains auteurs (151).

La psychoéducation vient en complémentarité de la psychothérapie, des traitements médicamenteux et interventions de réhabilitation psychosociale pour être efficace.

2) Psychoéducation en psychiatrie :

Sur le fond, il est difficile de différencier l'éducation thérapeutique de la psychoéducation. Pour la plupart des auteurs, l'éducation thérapeutique est rattachée aux interventions d'éducation menées auprès de patients atteints de troubles somatiques chroniques (tel que le diabète). En psychiatrie, le terme de psychoéducation est plus répandu et c'est ce terme qui est employé dans la littérature scientifique, c'est pourquoi ce terme sera celui utilisé pour les prochains paragraphes pour décrire les interventions menées en psychiatrie.

a) Dans la schizophrénie :

Le terme de psychoéducation est apparu dans les années 1980, utilisé par Anderson qui décrit un programme élaboré pour des familles de patients souffrant de schizophrénie. Ce programme avait pour objectif de promouvoir la stabilité dans l'environnement familial, d'abaisser l'anxiété des familles concernant leur proche atteint de schizophrénie, de permettre aux proches d'avoir confiance en eux, de mieux connaître la maladie, ses traitements, de favoriser l'émergence de compétences pour que les proches réagissent de façon plus constructive vis à vis du patient et enfin d'améliorer le fonctionnement social du patient (148).

Aujourd'hui, c'est d'ailleurs dans le traitement de la schizophrénie que la psychoéducation a été le plus largement étudiée et a montré son efficacité.

Il existe de multiples programmes avec des variations sur la durée, sur le contenu, sur les modalités : en individuel ou en groupes de patients ; familiales (mono ou multi familiales, avec ou sans les patients).

1) *Les programmes destinés aux patients atteints de schizophrénie :*

Les programmes de psychoéducation doivent comporter un volet d'information permettant au patient de développer ses connaissances autour de la maladie, des traitements à disposition et du pronostic. Ils doivent également permettre l'acquisition de compétences en terme de gestion du stress, de stratégies de coping et de techniques de communication. Récemment, les nouveaux programmes intègrent également des thématiques comme l'hygiène de vie, la sexualité, ou encore la qualité de vie(152). L'association à des techniques de remédiation cognitive serait également une piste prometteuse, permettant de cibler les troubles cognitifs observés dans cette maladie (153). (154)En effet, ces troubles cognitifs influent sur le maintien des troubles fonctionnels, des difficultés relationnelles et sociales, et aussi sur l'apprentissage. C'est en ce sens que la psychoéducation est adaptée dans le traitement de la schizophrénie, et que des outils spécifiques sont employés afin d'optimiser l'acquisition des connaissances chez les patients notamment avec l'utilisation de jeux de rôles, de renforcements positifs, de répétitions, reformulations, soutien à la motivation, entraînement à la communication et aux habiletés sociales et résolution de problèmes.

Ces programmes de psychoéducation permettraient une meilleure compliance aux soins, un taux plus faible de rechutes et de réadmissions en hospitalisation ainsi que l'amélioration du fonctionnement global et social et de la qualité de vie(154). Ces résultats sont à nuancer car de petite taille d'effet, et les programmes sont souvent différents en termes de durée, intensité, modalité et contenu. De plus, cette revue incluait des programmes destinés aux patients seuls et d'autres destinés aux patients et leur famille. Il est donc impossible de conclure à l'efficacité de la psychoéducation pour les patients seuls, la psychoéducation à destination des familles ayant montré une efficacité avec un plus fort niveau de preuve dans d'autres études. Les groupes animés par d'autres patients

ont été évalués et montreraient une efficacité comparable à ceux menés par des professionnels (155).

2) Les programmes destinés aux familles de patients atteints de schizophrénie :

La psychoéducation des familles est très développée dans la prise en charge de la schizophrénie. Elle a été largement décrite et évaluée dans la littérature. Elle s'appuie sur l'idée que les patients souffrant de schizophrénie n'atteignent souvent qu'un statut de rémission partielle avec le traitement médicamenteux et que les familles peuvent avoir un rôle important dans le parcours de soin et l'aide à la guérison (156). Les programmes mêlent information autour de la maladie, guidance clinique et soutien, et s'appuient sur l'utilisation de techniques cognitives, comportementales et motivationnelles.

D'après plusieurs revues de la littérature, la psychoéducation des familles a montré son efficacité dans l'amélioration des connaissances et des stratégies de coping, et est recommandée dans la thérapie de la schizophrénie, en association au traitement usuel (157). Elle a montré son efficacité sur la réduction des ré-hospitalisations, sur la réduction du taux de rechutes, sur l'amélioration de la compliance aux soins (158). Il n'y aurait pas de différences en terme d'efficacité entre les différents modèles (mono ou multi familiale, avec ou sans les patients) ; mais les programmes associant à l'information sur la maladie l'enseignement de techniques de gestion du stress, techniques de communication et de résolution de problème seraient plus efficaces (157).

En milieu francophone, le programme le plus répandu est Profamille, élaboré par le Pr H. Cormier et ses collaborateurs en 1987, largement diffusé depuis 1991. Ce programme comporte 14 séances, de fréquence hebdomadaire, animées par deux professionnels pour des familles de patients souffrant de schizophrénie. Récemment, il a été démontré que ce programme permettait une réduction significative du niveau de dépression chez les participants du groupe (159). Il est également démontré une diminution de la durée d'hospitalisation lors de ré admission ainsi qu'un faible taux d'absentéisme (157).

b) Dans le trouble bipolaire :

Un des premiers programmes de psychothérapie pour les patients ayant un trouble bipolaire est le Life Goal Program créé par l'équipe de Bauer aux Etats Unis dans les années 1996(160). Une équipe Barcelonaise a par la suite créé un programme spécifique structuré de psychoéducation qui a été évalué dans un essai contrôlé et randomisé(161). Il se déroulait sur 21 séances de 90 minutes, en groupe de 8-12 patients au sein du service spécifique à l'Hôpital de Barcelone. Il a ensuite été utilisé pour développer d'autres programmes adaptés dans d'autres pays.

La psychoéducation est délivrée en individuel ou en groupe, sur des durées variables selon les interventions. Elle est menée par une équipe pluridisciplinaire (infirmière, psychologue, psychiatre en général) formés aux psychothérapies et au trouble bipolaire. Il est préférable que cette intervention soit proposée en dehors de décompensation thymique aiguë. La psychoéducation doit être délivrée en adjonction à un traitement médicamenteux (162,163).

La psychoéducation en groupe a montré son efficacité dans différentes études sur ces dernières années. Certains auteurs notent une efficacité en terme de prévention de la rechute que ce soit pour les épisodes dépressifs, mixtes, maniaques ou hypomaniaques (164). Récemment, une méta analyse modère ces résultats en ne trouvant une efficacité en terme de prévention de la rechute uniquement pour les épisodes maniaques et hypomaniaques (et non pour les épisodes dépressifs) (165). La psychoéducation donnerait de meilleurs résultats pour les interventions en groupe plutôt qu'en individuel.

Cette thérapie permettrait de réduire le nombre et la durée des hospitalisations, et de réduire la durée des décompensations thymiques. Les effets sont observés sur des suivis de 2 à 5 ans, ce qui montre que les bénéfices sont aussi présents à long terme (161,166) .

La réponse à une intervention de psychoéducation est moins bonne, voire nulle en cas de trop nombreux épisodes. En effet, au-delà de 7 épisodes, cette thérapie est moins efficace avec des résultats nettement moins bons pour les patients comptant plus de 14 épisodes avant l'intervention (167)

Elle permettrait également une meilleure observance thérapeutique et connaissance sur les traitements. Une étude a montré que les patients bénéficiant de psychoéducation

avaient des taux plus élevés et plus stables de lithium plasmatique que ceux n'ayant pas participé à cette thérapie (168).

La psychoéducation délivrée aux familles est aussi un atout dans la prise en charge, bien que moins largement étudiée que dans la schizophrénie. Elle permettrait d'améliorer les connaissances des familles sur le trouble bipolaire, de réduire le stress rapporté par les familles et de modifier leurs croyances sur le lien entre la maladie de leur proche et les dysfonctionnements et perturbations dans leur vie (169).

Actuellement, des recherches sont en cours pour évaluer des programmes de psychoéducation utilisant internet ou bien une application sur smart phone (170,171). Un modèle de psychoéducation délivrée par manuel a également été comparé à de la psychoéducation menée par un thérapeute. Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes en terme de niveau de symptomatologie, de rechutes ou de réadmission à 12 mois mais les connaissances sur le trouble bipolaire étaient meilleures dans le groupe ayant bénéficié de la psychoéducation avec un thérapeute (172).

c) Dans la dépression unipolaire :

L'efficacité de la psychoéducation dans le traitement des dépressions unipolaires est moins étudiée. Les études sont hétérogènes, et l'on retrouve notamment des interventions en individuel, en groupe, avec ou sans les familles. Les résultats sont peu généralisables. Pourtant, la psychoéducation dans ce trouble psychiatrique est en plein essor, et largement instaurée dans les services hospitaliers en Europe, presque à niveau comparable à l'offre retrouvée pour les patients atteints de schizophrénie (173). La psychoéducation des familles est cependant moins accessible et reste un point à améliorer.

Une méta analyse de 2013 rapporte que favoriser les connaissances sur la dépression et son traitement serait associé à un meilleur pronostic et à une réduction de la surcharge psychosociale que les proches ressentent (174). La psychoéducation associée au traitement usuel chez les patients souffrant de dépression récurrente serait efficace sur la réduction de la symptomatologie à 9 mois et efficace en terme de prévention de rechute, on retrouve en effet un délai plus long avant rechute chez les patients ayant bénéficié de psychoéducation (175).

L'efficacité de la psychoéducation n'est pas si franche selon les études. En effet, chez des patients souffrant de dépression récurrente au Danemark, une équipe ne retrouve pas de différence significative en terme d'amélioration symptomatique (évalué par le score à l'échelle BDI, Beck Depression Inventory) et de réduction du recours aux services d'hospitalisation à 2 ans entre le groupe recevant le traitement usuel et celui recevant le même traitement associé à 8 sessions de psychoéducation. Ils retrouvent cependant une meilleure compliance aux soins et moins de perdus de vue chez ceux ayant suivi la psychoéducation (176). La psychoéducation a été comparée à d'autres thérapeutiques diverses (traitement usuel, association avec des consultations psychiatriques, association à une thérapie TCC brève et psychoéducation seule) mais, là encore, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur le suivi à 10 ans en terme de symptomatologie et de taux de rechute. Cependant, les rechutes étaient moins sévères pour les patients du groupe TCC + psychoéducation, et la période asymptomatique était plus longue pour les patients ayant bénéficié de psychoéducation en général (177).

Une autre revue ne s'intéressant qu'à la psychoéducation « passive », c'est-à-dire sans exercices de relaxation, tâches à réaliser entre les séances, apprentissages de techniques de coping, retrouve une efficacité de ces interventions sur la symptomatologie anxio-dépressive avec un effet faible mais significatif, préconisant leur utilisation en première intention (178). Ces interventions sont décrites comme peu coûteuses et applicables immédiatement.

La psychoéducation des familles est également évaluée, ayant montré son efficacité dans la schizophrénie puis par la suite dans le trouble bipolaire. Elle inclut la plupart du temps des informations sur le trouble ainsi que l'apprentissage de gestion des émotions dans les situations à haut impact émotionnel. Elle permettrait de réduire le risque de rechute des patients et de réduire la charge psychologique ressentie par les proches (179-181). Chez les adolescents, la psychoéducation serait à privilégier en traitement de première ligne ou en traitement associé au traitement usuel de dépressions. Il y aurait un possible bénéfice en terme de prévention dans cette population (182).

d) Dans les autres troubles psychiatriques :

La psychoéducation est également proposée dans la prise en charge d'autres troubles psychiatriques, mais beaucoup moins étudiée.

Dans les troubles anxieux, la psychoéducation peut faire partie des étapes lors d'une thérapie cognitivo-comportementale (psychothérapie actuellement recommandée dans le traitement des troubles anxieux), ou bien être proposée indépendamment. Seulement 8 % des institutions en Allemagne, Suisse et Autriche compteraient dans leur offre de soin un programme de psychoéducation pour les troubles anxieux mais 77% des patients y ayant accès y participeraient (183). Ces programmes sont donc une piste thérapeutique intéressante à promouvoir dans les années à venir et à évaluer.

Pour le TDA/H (Trouble avec déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité), des interventions sont proposées aux parents, aux enseignants, aux proches, parfois aux pairs ainsi qu'aux enfants et adolescents eux-mêmes touchés par le trouble. Elles permettraient d'améliorer les connaissances sur la maladie et ses traitements, de permettre une meilleure adhésion au soin, et favoriseraient l'émergence de comportements positifs de la part des parents et enseignants envers les patients (184,185). Il n'y a pas d'étude sur l'efficacité à long terme et devant le faible nombre d'études et leur hétérogénéité ces résultats sont peu généralisables. Les enfants, adolescents et leur famille sont en revanche satisfaits lorsqu'ils bénéficient de cette intervention.

3) Psychoéducation et troubles du comportement alimentaire :

a) Dans la prise en charge des Binge Eating Disorders (BED) :

Des groupes de psychoéducation sont mis en place dans le traitement des BED.

Un essai randomisé et contrôlé a comparé une intervention brève d'entretien motivationnel et de psychoéducation, chacun suivi de l'administration d'un manuel de *self-help*. Le groupe ayant reçu l'entretien motivationnel était significativement plus

confiant dans sa capacité au changement et sa capacité à contrôler les crises d'hyperphagies comparé au groupe ayant reçu la psychoéducation. Il n'y avait pas de différence sur la symptomatologie entre les deux groupes, ni dans le changement de comportement alimentaire en soi (186).

La psychoéducation délivrée sous format de groupe en 10 sessions a été évaluée chez des patients en traitement ambulatoire. Tous les patients se sont améliorés sur le plan de la symptomatologie en fin de protocole, après 10 semaines d'intervention, et 30% des patients ne présentaient plus les critères diagnostiques du TCA à 10 semaines. Les patients les plus aidés par le programme étaient ceux avec l'IMC le plus haut, ceux ayant la plus forte fréquence de crises d'hyperphagie, et peu alexithymiques (187).

b) Dans la prise en charge de la Boulimie Nerveuse exclusivement :

Quelques données de la littérature concernent des interventions menées auprès de patients souffrant de boulimie nerveuse exclusivement. Ces interventions, menées auprès de groupes de patientes en ambulatoire principalement montrent une efficacité en terme de réduction de la symptomatologie du TCA. On retrouve une réduction des crises d'hyperphagie, des conduites de purges, amélioration des scores lors d'évaluations de la psychopathologie à EDE et EDI par exemple (188) .

La psychoéducation associée à un traitement par fluoxétine comparée à un traitement par TCC seul ne montre pas de supériorité (189). Les auteurs rapportent une amélioration significative sur la fréquence des crises et le recours à des comportements compensatoires, ainsi que sur la symptomatologie anxio-dépressive, dans les deux groupes. Seule la TCC permet une amélioration significative des scores à l'EDE.

Une équipe a également évalué que la psychoéducation brève (sur 5 sessions de groupe), suivie de 7 sessions de groupes plutôt axées sur la TCC ne montrait pas de supériorité comparé à la psychoéducation seule. Les patients étaient satisfaits de manière identique dans les deux groupes, et il n'y avait pas de différence en terme d'efficacité sur le TCA ni en terme de taux d'arrêt prématuré du programme (190).

c) Dans la prise en charge des TCA globalement (anorexie et boulimie) :

1) Pour les proches des patients :

Il existe des groupes destinés aux parents et proches des patients atteints de troubles du comportement alimentaire. Certains sont évalués par des études contrôlées et randomisées. Ces groupes sont appréciés et jugés utiles par les proches en bénéficiant(191-193).

Au Canada, une intervention de 2h est proposée aux proches des patients sur liste d'attente pour des soins. Il s'agit principalement de patients souffrant de boulimie nerveuse, d'anorexie mentale, ou bien de troubles non spécifiés (EDNOS). Cette intervention permet d'accroître significativement le sentiment d'efficacité personnelle chez les proches et d'améliorer leurs connaissances sur la pathologie. Les proches de ce groupe étaient plus enclins à accéder à des supports tels que livres ou DVD pour se documenter sur le sujet par la suite, comparé au groupe témoin (193).

De même, l'Aachen Program, programme allemand de 5 sessions de 90 minutes de psychoéducation destiné aux parents d'adolescents souffrant de TCA, a également été évalué (192). Les adolescents présentaient, là encore, soit un diagnostic de boulimie, soit d'anorexie, soit de trouble alimentaire non spécifié (EDNOS). Ce groupe a été jugé utile par la plupart des parents. Les résultats de l'enquête de satisfaction sont regroupés dans le tableau ci-dessous.

TABLE 1 Results (in Percentages) of an Anonymous Questionnaire Completed by the Participants ($n = 115$) at the End of the Group Psychoeducation Program

	Yes	Fairly	Hardly	No
The information on the illness was comprehensible to me.	93	7	0	0
The time taken up by the sessions was reasonable.	91	7	2	0
The information was helpful in helping me to cope with my child's illness better.	88	11	0	1
I received enough information.	69	31	0	0
My expectations of the course were fulfilled.	63	33	2	2
The presence of other parents was helpful.	51	23	24	2
Taking part in the group was distressing.	3	4	13	80
I now have a better understanding of the treatment.	84	16	0	0
The information was too medical in Nature.	2	6	24	68
I would recommend participation to other parents.	98	2	0	0

Sur l'ensemble du groupe, 93% des patients ont jugé l'information concernant la maladie compréhensible, et 88% la trouvaient utile, 84% estimaient avoir de meilleures connaissances sur le traitement après ce groupe. Le format de groupe était également évalué et 74% des parents étaient modérément à pleinement satisfait de la présence d'autres parents lors de cette intervention. De plus, 91% trouvaient que la durée des sessions était satisfaisante. Enfin, 88% des participants recommanderaient ce groupe à d'autres parents.

Plus spécifiquement, un groupe ciblé sur le changement de l'expression des émotions dans les familles de patients a montré une diminution de la détresse familiale avec réduction de l'expression d'émotions chez les parents et majoration des interactions positives (194).

Globalement, ces groupes destinés aux familles sont acceptables et accessibles (nécessitant peu de moyens pour être mises en place, bien que peu développés). Ils permettent de réduire la détresse ressentie par les proches, d'alléger le fardeau lié au rôle qu'ils tiennent auprès des patients et de réduire les comportements qui pourraient contribuer à maintenir la maladie (195). Cependant les études sont peu nombreuses, souvent observationnelles et rarement avec des design d'essais randomisés et contrôlés. De plus, les interventions sont hétérogènes avec des propositions de *self help* ou *self help* guidés par un thérapeute, de groupes (ouverts ou fermés), avec supports divers

(workbook, formats virtuels...). Ces interventions sont donc à développer dans la prise en charge des TCA et les études scientifiques afin d'en évaluer les bénéfices également.

2) *Pour les patients :*

D'autre part, il existe de rares groupes destinés aux patients eux-mêmes. Il y a peu de données dans la littérature concernant l'évaluation de ces interventions.

Un programme appelé MOPED (Motivation and Psycho Educational guided self help intervention for people with Eating Disorder) a été créé au Royaume Uni par le Leicestershire Adult Eating Disorders Service (LAEDS). Il a pour but de combiner la psychoéducation et les techniques d'entretien motivationnel, sous forme de manuel de self help avec des activités structurées, afin de réduire l'absentéisme thérapeutique lorsque les patients sont placés sur une liste d'attente pour un traitement. Il est développé pour tous les types de troubles de l'alimentation (Binge eating disorder, boulimie nerveuse, anorexie mentale, troubles alimentaires non spécifiés). Ce groupe a été évalué en pré-traitement avant traitement usuel du TCA, sur les taux d'engagement dans les soins par la suite, et les taux de complétion du traitement proposé ultérieurement. L'hypothèse des auteurs était que le groupe permettrait un meilleur engagement, accroissant la motivation aux soins et l'observance ultérieure (196). En effet, les participants au groupe MOPED se sont significativement plus engagés dans les soins, 83,5% contre 67,1% pour le groupe témoin placé sur liste d'attente classique. En revanche, il n'y avait pas de différence significative concernant la complétion du traitement proposé. Les auteurs ont réalisé en analyse secondaire une évaluation de la complétion en fonction du diagnostic de TCA. Seuls les patients souffrant d'anorexie mentale montraient un engagement et une complétion du traitement significativement plus importante comparé au groupe témoin.

Un programme informatique appelé DIET a été élaboré pour les patients souffrant d'anorexie mentale et de boulimie. Il a été évalué par un essai randomisé, contrôlé(197). Les deux groupes de patients étaient comparables en terme de sévérité des symptômes et de proportions de diagnostics de chaque TCA. Le groupe ayant bénéficié du programme DIET montrait de meilleures connaissances sur la maladie lors des évaluations finales,

avec un changement dans les attitudes alimentaires et était plus enclin à accepter les soins, comparé au groupe ayant suivi un programme informatique « placebo ».

Sous un format aussi original, mais plus récent, un groupe de « recherche en psychoéducation » a été monté dans un service d'hospitalisation, visant à présenter des articles scientifiques traitant des TCA, et à les discuter avec les patients afin d'encourager à suivre le traitement fondé sur les données de la littérature et à restructurer leur manière de penser à propos des troubles. Ce groupe a été évalué comme acceptable et faisable à faible coût, bénéfique d'après les patients (198).

D'autres interventions moins spécifiques sont citées dans la littérature. Par exemple, un programme de consultations externes (médicales, psychiatriques, nutritionnelles) avec 3 consultations de psychoéducation a été proposé à des patients ayant un TCA (anorexie et boulimie) et a prouvé son efficacité à 6 mois avec une rémission de la symptomatologie du TCA chez plus de la moitié des patients ayant suivi le programme (199).

De la même manière, un groupe de psychoéducation ciblé sur la régulation des émotions chez les patients atteints de TCA, en adjonction au traitement habituel, permet une amélioration des capacités de régulation émotionnelle chez les patients souffrant de boulimie et d'anorexie mentale, à 3 et 12 mois, comparé à l'absence d'intervention (200).

Enfin, il existe des interventions de psychoéducation à visée préventive pour les patients à risque de TCA. Par exemple, une intervention via internet est menée chez des étudiantes à risque, qui sont d'une part satisfaites du programme proposé, et d'autre part montrent une meilleure estime de soi en fin de programme et une réduction des comportements alimentaires pathologiques (201). Une autre étude présente des résultats similaires, des adolescentes bénéficiant d'un groupe, cette fois ci non virtuel, avec session mensuelle de 2h de psychoéducation présentent une amélioration à l'EDI en fin de programme comparé aux adolescentes n'en ayant pas bénéficié (202).

d) Dans l'anorexie mentale exclusivement :

Les données de la littérature actuelle sont très rares concernant les interventions de psychoéducation destinées aux patients souffrant d'anorexie. Il n'existe à ce jour aucun

programme spécifique pour les patients en France malgré les dispositions prises par l'ARS pour promouvoir l'ETP.

1) Pour les patients souffrant d'anorexie mentale :

Pour les patients eux-mêmes, il existe peu de groupes ou d'interventions proposés à ce jour. Ceux que l'on retrouve dans la littérature ne sont souvent pas purement psychoéducatifs et mêlent d'autres styles thérapeutiques. La principale intervention est le programme « *Maudsley Model of Treatment for Adult with anorexia Nervosa* », MANTRA.

Il est basé sur le modèle cognitif et interpersonnel de maintenance de l'anorexie mentale (203). Le modèle qui sous-tend cette thérapie est fondé sur l'hypothèse que la maladie survient chez des personnes ayant des traits anxieux/obsessionnels, et est maintenue par 4 facteurs généraux :

- Un style cognitif de traitement de l'information avec manque de flexibilité, et attention prononcée aux détails.
- Des déficiences dans le domaine socio émotionnel (évitement expérientiel et dans l'expression des émotions dans les relations interpersonnelles)
- Le développement de croyances sur l'utilité de l'anorexie dans sa vie.
- Le maintien involontaire du trouble par les proches via des niveaux élevés d'expression émotionnelle, des comportements favorisants, accommodants.

Cette thérapie est destinée aux patients anorexiques ambulatoires, et consiste en une psychothérapie de soutien, un aspect éducatif, un management dans la renutrition avec définition d'objectifs de reprise pondérale et de normalisation du comportement alimentaire. Un manuel destiné aux patients a été développé dans le cadre de cette thérapie et regroupe des tâches à réaliser en dehors des séances avec le thérapeute. La thérapie comporte 20 séances hebdomadaires d'une heure puis 5 séances délivrées à un rythme mensuel. Les thérapeutes ont reçu une formation spécifique et utilisent dans les premières séances des outils motivationnels.

Cette thérapie a été évaluée dans deux études préliminaires(204,205). Par la suite, un large essai randomisé et contrôlé (MOSAIC) (206), a comparé cette psychothérapie à une autre thérapie « Specialist Supportive Clinical Management » (SSCM), qui avait montré sa supériorité dans un essai versus la thérapie interpersonnelle et la TCC (207).

L'essai contrôlé MOSAIC met en évidence une efficacité significative pour les deux groupes à 12 mois, avec une amélioration de l'IMC, de la symptomatologie du TCA, et une réduction du niveau de détresse, sans différence entre les deux groupes. Les patients ayant suivi la thérapie MANTRA ont un meilleur taux de complétion de la thérapie et ont été plus enclin à fournir une évaluation qualitative avec des retours positifs de cette intervention (208). Les résultats étaient similaires lors de l'évaluation à 24 mois (209). Des études qualitatives ont également été réalisées, s'intéressant au vécu des patients pour chaque groupe d'une part, permettant d'obtenir des axes d'amélioration pour chaque thérapie; et au vécu des thérapeutes d'autre part (210–212). Ces thérapies ont été jugées acceptables par les deux parties. Un essai a comparé ces deux thérapies à de la TCC, les patients se sont améliorés sur le plan clinique sans différence entre les 3 groupes. Les taux de rémission à 12 mois étaient sensiblement similaires autour de 28% et les taux de retour à un poids sain autour de 50% (213).

D'autres programmes plus spécifiques à un aspect de la psychopathologie de l'anorexie mentale sont cités dans la littérature. Par exemple, le programme BodyWise, destiné aux patients hospitalisés en sous poids, combinant de la psychoéducation, des principes de TCC et de remédiation cognitive, pour travailler sur l'image du corps et les distorsion dans les perceptions corporelles et préparer à la participation à un groupe plus intensif de travail sur ce thème une fois la restauration pondérale effectuée. Ce programme permet une amélioration significative sur les préoccupations concernant le poids et la silhouette et une réduction de comportements de vérification corporelle (214).

D'autres groupes ciblent plus spécifiquement le perfectionnisme. Le premier, alliant de la remédiation cognitive et de la psychoéducation, a montré une efficacité chez les patients hospitalisés (215). Le second, combinant de la psychoéducation à de la TCC est également bénéfique chez des patients ambulatoires. La psychoéducation seule n'a en revanche pas montré d'efficacité sur le perfectionnisme (216).

La gestion des émotions est également une cible de programmes thérapeutiques tels que le programme CREST qui combine de la remédiation cognitive et un travail sur la reconnaissance des émotions. Ce programme a permis une amélioration de la capacité à identifier les émotions, une réduction significative des scores d'anhédonie et alexithymie ainsi qu'une majoration de la motivation aux soins avec augmentation du sentiment de capacité au changement chez des patients hospitalisés pour anorexie mentale sévère.

Cette intervention est efficace en groupe mais son impact est plus marqué en individuel (217,218).

Un groupe de psychoéducation centré sur l'ostéoporose dans l'anorexie a été instauré dans un service d'hospitalisation et intégré à la prise en charge habituelle (219).

2) Pour les familles et proches de patients souffrant d'anorexie mentale :

Le travail avec les familles est un axe principal de la prise en charge dans l'anorexie mentale, d'après les recommandations NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) (220). Les familles rapportent souvent un haut niveau de détresse psychologique, des difficultés dans l'accompagnement de leur proche malade, un temps important passé au soutien psychologique et émotionnel et un manque de technique pour faire face à ces difficultés (221,222).

La thérapie familiale, largement répandue dans la prise en charge de ce trouble du comportement alimentaire a été comparée à un groupe de psychoéducation pour les familles chez les parents d'adolescentes ayant reçu un diagnostic récent d'anorexie de type restrictif. La reprise de poids était observée sans différence significative entre les deux groupes. La psychoéducation a été évalué plus coûteuse à mettre en place pour les services de soin lors de cette étude (223).

Il existe un programme élaboré pour les familles et proches de patients atteints d'anorexie mentale sévère, appelé ECHO (*Experienced Carers Helping Others*) (224). Il a été évalué à plusieurs stades de sa confection et a été proposé aux familles et proches de patients atteints initialement hospitalisés. L'objectif de ce programme était d'apporter des informations et un soutien aux aidants ainsi que leur permettre l'acquisition de compétences qui permettraient, selon les auteurs, de modifier les facteurs de maintien de la maladie (selon le modèle interpersonnel d'entretien des troubles alimentaires (225,226) , tels que l'expression forte d'émotions, les comportements accommodants, des attitudes en réponse à la maladie qui involontairement pérennisent les troubles.

Il s'agit d'une intervention comprenant un manuel écrit destiné aux aidants principaux, 5 DVD (3 théoriques et 2 pratiques) et 5 séances de *coaching* téléphonique réalisées par des psychologues ou des personnes ayant eu une expérience personnelle ou professionnelle d'anorexie mentale, à savoir des proches de patients atteints d'anorexie ou

des patients ayant guéri de la maladie, formés aux techniques d'entretien motivationnel (225).

Ce programme a montré un bénéfice chez les aidants qui en ont bénéficié en terme de réduction de stress, réduction de l'expression des émotions et réduction du temps passé à s'occuper du patient et de la maladie. Ces résultats étaient significatifs à 6 mois, mais l'amélioration avait un effet faible à modéré et non significatif à 12 et 24 mois, bien que notable comparé au groupe n'ayant pas suivi ce programme. Chez les patients, les auteurs ont également pu observer des effets indirects de l'intervention avec une amélioration sur la symptomatologie du TCA lui-même (à l'EDE) et sur la qualité de vie, ainsi qu'une réduction du temps d'hospitalisation. L'amélioration clinique chez les patients et les soignants est également observée à 2 ans mais sans significativité des résultats du fait de perdus de vue et d'un manque de puissance (227-229).

Une version de ECHO avec guidance téléphonique a dernièrement été comparée à la version initiale et au traitement usuel. Les auteurs rapportent un léger bénéfice à l'addition de la guidance (230).

Un autre programme élaboré pour les familles des patients a également été conçu, appelé « *Maudsley eating disorder collaborative care skills workshop* ». Le postulat initial étant que les proches des patients sont en première ligne pour les accompagner lors du traitement ambulatoire. Les familles, aidants principaux, ont pu rapporter un stress important quand à cette responsabilité et au fardeau lié à cette tâche. Ils sont souvent en demande d'information sur les signes précoces du trouble, sur la prise en charge et des conseils de guidance pour gérer le retour au domicile des patients après une hospitalisation. Ce programme est délivré par des infirmières spécialisées dans les TCA ou bien d'autres professionnels ayant une expérience avec les TCA, et vise à l'apprentissage de techniques et compétences favorisant le bien être des aidants principaux, comme l'apprentissage d'entretien motivationnel pour améliorer les modes de communication, l'apprentissage de techniques de gestion des émotions, de résolution de problème et analyse fonctionnelle des comportements problématiques.

Une étude a par la suite mis en évidence la faisabilité et l'acceptabilité de ce programme auprès de parents d'adultes atteints d'anorexie mentale (231). Aucun programme n'avait été évalué auprès de parents d'adultes atteints d'anorexie auparavant, les études étant principalement axées sur les interventions auprès des parents

d'adolescents. Ce programme a ensuite été évalué chez les patients eux-mêmes, interrogés sur leur vécu concernant la participation de leur proche à ce groupe (226). Les retours d'expérience étaient généralement positifs, avec une meilleure compréhension entre les deux parties, une amélioration dans la communication et les relations, une meilleure compréhension du trouble. Les aspects critiqués étaient le manque de spécificité par rapport au trouble du comportement alimentaire avec des éléments abordés qui parfois ne correspondaient pas au profil psychopathologique du patient, et des difficultés des proches à faire le tri dans les informations. Certains patients suggéraient de participer au groupe avec leur famille afin de pointer ensemble les éléments pertinents qui pourraient leur être utile pour la prise en charge.

Points Importants :

- L'éducation thérapeutique selon l'OMS « vise à **aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences** dont ils ont besoin pour **gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique** ». La HAS a diffusé des recommandations en France en 2007 pour réglementer l'élaboration de ces programmes spécifiques.
- La **psychoéducation** est apparue dans les années 1970, destinée à un groupe d'enfants avec troubles des apprentissages, puis à destination des familles dans la schizophrénie et enfin plus largement diffusée à l'ensemble de la psychiatrie depuis quelques années.
- La psychoéducation consiste en une **intervention didactique et psychothérapeutique visant à informer les patients et les familles sur leur trouble psychiatrique et à promouvoir leur capacité à faire face**. Elle est basée sur un mode collaboratif et mêle psychologie, pédagogie et travail cognitivo comportemental.
- Elle a montré un **bénéfice dans la prise en charge de la schizophrénie** (meilleure compliance, baisse du taux de rechute et de ré hospitalisations, amélioration du fonctionnement et de la qualité de vie) et est encore **évaluée dans d'autres troubles tels que le trouble bipolaire, la dépression...**
- **Peu d'interventions de psychoéducation** sont retrouvées dans la littérature **chez les TCA**, elles sont souvent hétérogènes, intégrées au sein de programmes comportant de la TCC, de la remédiation cognitive, de la thérapie de soutien etc. Les quelques programmes évalués, menés auprès de familles ou de patients, sont jugés positivement, acceptables et accessibles mais il y a peu de preuves scientifiques d'efficacité.
- Il n'y a **pas de programme d'éducation thérapeutique (ETP) pur destiné aux patients souffrant d'anorexie mentale décrit à ce jour en France**.

Partie 2 : Création et évaluation d'un groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant d'anorexie mentale.

A. Contexte scientifique et objectifs du projet :

Actuellement il n'existe pas, en France, de programme d'Éducation Thérapeutique (ETP) destiné à la prise en charge de l'anorexie mentale tel que le conçoit l'ARS. A notre connaissance, les services spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire n'ont pas publié de données concernant un tel projet. Dans le centre de recours des troubles du comportement alimentaires du CHU Lapeyronie à Montpellier, une telle offre n'était pas disponible pour les patients.

Nous avons voulu créer un programme court, accessible aux patients souffrant d'anorexie mentale de tous les sous-types, afin de permettre un accès à ce genre d'intervention sur la région.

L'objectif était de promouvoir l'information concernant la pathologie et de présenter des techniques pouvant aider à faire face à cette maladie et au retentissement fonctionnel qu'elle engendre. Un des objectifs était également de lutter contre l'isolement chez ces patients grâce au format de groupe. Ce programme était principalement adressé aux patients ayant un diagnostic récent d'anorexie mentale, ou tout du moins n'étant pas dans une phase chronique de la maladie.

B. Création d'un groupe de psychoéducation destiné aux patientes souffrant d'anorexie mentale.

1) Format du groupe :

Il s'agit d'un groupe fermé destiné aux patients souffrant d'anorexie mentale quel que soit le sous-type. Le groupe a lieu au CHU Lapeyronie à Montpellier, une fois par semaine pendant 8 semaines. Il y a donc 8 séances de 1h30 qui suivent une progression pré établie et le programme permet d'aborder différentes thématiques autour de la maladie : les conséquences somatiques et psychologiques, le retentissement social, les thérapeutiques existantes.

Chaque séance débute par un temps de relaxation afin de permettre l'apprentissage de techniques aux patientes qui seront ensuite libre de les réemployer chez elles si elles le souhaitent. Ensuite, un résumé de la séance précédente est réalisé par les patients eux-mêmes. C'est l'occasion de répondre à d'éventuelles questions concernant la thématique abordée la semaine précédente. Puis l'exercice à domicile est repris en groupe, les patients sont sollicités afin de partager leurs expériences. Ensuite la thématique de la séance est abordée de manière interactive, souvent par brainstorming ou par le biais d'un exercice de groupe. Les thérapeutes complètent l'apport théorique en fonction de ce qui est déjà connu par les patients. A la fin de la séance, une tâche à réaliser chez soi est donnée pour la séance d'après, permettant de mettre en pratique une technique apprise (par exemple lors de la séance d'affirmation de soi) ou d'approfondir la thématique du jour et de l'explorer sur le plan personnel.

Déroulement d'une séance type :

- Accueil des patients.
- Temps de relaxation.
- Résumé de la séance précédente.
- Revue des tâches à faire à domicile.
- Thème de la séance et apport théorique/pratique.
- Tâche à faire pour la semaine suivante.
- Réponses aux questions.
- Clôture de la séance.

Le programme des séances est le suivant :

- Séance 1: Présentation du groupe, présentation de la matrice ACT et réflexion autour des valeurs
- Séance 2: Les symptômes de l'anorexie mentale
- Séance 3: Les complications somatiques
- Séance 4: Facteurs de risques, facteurs d'entretien de la maladie
- Séance 5: Les relations interpersonnelles et affirmation de soi
- Séance 6: Estime de soi /Perception de soi et de son corps
- Séance 7: Perfectionnisme et hyperactivité
- Séance 8 : Les prises en charge existantes et synthèse du groupe

2) Modalités de création du groupe :

Le groupe a été créé en 2016 par le Dr Ryst (Assistante des Hôpitaux au Centre Expert des Troubles du Comportement Alimentaire au CHU Lapeyronie) et deux internes en psychiatrie ayant réalisé un stage d'un semestre dans le service dédié aux troubles du comportement alimentaire (Mlle Lemaire Prunelle et moi-même).

Nous nous sommes inspirées de la trame d'un groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant de dépression, appelé « Envie » déjà en place dans les services du CHU

Lapeyronie, pour élaborer nos propres séances et avoir une structure pour le support destiné aux thérapeutes (232).

Nous nous sommes appuyées sur les données actuelles de la littérature scientifique afin de déterminer les axes qui constituent le programme du groupe. Les aspects théoriques concernant l'anorexie mentale, tels la symptomatologie, la psychopathologie, l'épidémiologie, les facteurs de risque et d'entretien, les complications, les traitements, sont en accord avec ces données, mais le contenu est adapté au public ciblé.

Selon sa définition, la psychoéducation comporte un volet théorique mais aussi une partie « pratique » avec l'apprentissage de techniques de coping. Nous avons décidé d'incorporer dans le programme des techniques et exercices issus de différents types de psychothérapie.

En premier lieu, nous nous sommes inspirées de livres de self-help et principalement celui d'Alain Perroud, « Faire face à l'anorexie » (233), qui permet aux patients l'utilisant de prendre progressivement conscience des troubles et de leur fonctionnement avec la maladie au travers de lecture et d'exercices à faire en autonomie. Cet ouvrage peut en lui-même déjà être considéré comme un support de psychoéducation à part entière. Nous avons aussi utilisé les supports tels que « Petit cahier d'exercices d'acceptation de son corps » (234) et « 50 exercices pour sortir de l'anorexie » (235).

Nous avons aussi puisé dans les techniques de TCC (thérapie cognitivo-comportementale) qui sont utilisées dans le traitement des troubles du comportement alimentaire. Elles sont surtout efficaces dans le traitement de la boulimie. Nous nous sommes inspirées de cette thérapie dans la structure des séances du groupe, dans le recours à des tâches à domicile qui rendent le patient acteur de sa prise en charge et le dégage de sa posture passive. Mais ce groupe n'est pas un groupe de TCC tel que décrit par les auteurs d'ouvrages spécifiques de TCC (236).

Nous avons également utilisé des techniques empruntées à l'entretien motivationnel dans l'élaboration des séances et des diapositives (237). Chez les patients souffrant de TCA, le taux d'absentéisme est élevé avec environ 1/3 des patients qui ne se présentent pas aux soins alors qu'ils sont inscrits dans un service spécialisé (au Royaume-Uni). Les facteurs déterminants de ce phénomène sont l'ambivalence du patient face au changement ainsi que le manque d'efficacité personnelle (238). L'entretien motivationnel

permet d'accroître la motivation au changement en réduisant l'ambivalence, et majorant le sentiment d'auto-efficacité. Il est utilisé dans les soins chez les patients avec un TCA depuis quelques années mais peu d'essais contrôlés l'ont évalué. Il s'avère cependant que son utilisation permette une meilleure adhésion aux soins, une réduction des taux d'abandon et de meilleurs résultats thérapeutiques ultérieurs (239-241).

Nous avons aussi choisi de présenter la matrice ACT (242) aux patientes et de consacrer une séance à son utilisation sur des « situations-problème » du quotidien en lien avec la maladie. L'initiation à ce modèle nous paraissait intéressante. Quelques études préliminaires montrent que cette thérapie permet aux patients ayant un trouble du comportement alimentaire d'avoir une meilleure conscience des troubles, avec une majoration des capacités de défusion, mais aussi de promouvoir la motivation au changement de comportement afin de privilégier des actions servant ses valeurs plutôt que de céder aux évitements expérientiels. La thérapie ACT est encore peu évaluée mais a donné des résultats prometteurs chez les patients souffrant d'anorexie mentale, en format individuel (243), en groupe (244,245) mais aussi en thérapie familiale de groupe (246,247). Le travail sur les valeurs nous est apparu primordial pour majorer la motivation au changement et permettre une accroche aux soins.

Chaque séance débutait par une courte relaxation, en utilisant divers supports afin de permettre la découverte de différentes techniques. Par exemple, une des séances débute par de la cohérence cardiaque, une autre par de la relaxation de type Jacobson. Les thérapeutes sont libres de choisir quel type de relaxation utiliser en fonction de leurs aptitudes en ce domaine.

C. Etude : évaluation du groupe de psychoéducation chez des patientes souffrant d'anorexie mentale.

1) Objectifs et hypothèse de départ :

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du programme de psychoéducation proposé aux patients souffrant d'anorexie mentale, dans les services du centre de recours des troubles du comportement alimentaire au CHU Lapeyronie à Montpellier.

L'hypothèse de départ est que ce groupe est faisable et acceptable et permettrait aux patients qui en bénéficient de prendre conscience des troubles et de favoriser leur engagement dans les soins.

L'objectif secondaire est l'évaluation de la symptomatologie du TCA afin de voir si le groupe permet une amélioration clinique chez les patients qui en bénéficient. Nous avons également souhaité évaluer l'impact sur la qualité de vie, le fonctionnement et sur la dépression.

2) Méthode :

a) Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective monocentrique non contrôlée, non randomisée, réalisée en ouvert, évaluant la faisabilité et acceptabilité d'une intervention thérapeutique ainsi que l'évolution des facteurs cliniques avant et après l'intervention, puis à 3 mois.

b) Population

Les patients inclus dans cette étude ont un diagnostic d'anorexie mentale selon les critères du DSM V, quel que soit le sous type (restrictive pure ou purging).

Ce sont des femmes âgées de plus de 18 ans dont l'état somatique et l'IMC sont compatibles avec les objectifs du groupe, selon l'avis des thérapeutes réalisant le groupe.

Les critères d'exclusion étaient un refus de participation, une évolution chronique de la maladie, une incapacité à participer au groupe pour des raisons somatiques ou psychiatriques selon l'évaluation des thérapeutes.

27 patientes ont été recrutées au sein du service des troubles du comportement alimentaire du CHU Lapeyronie à Montpellier entre janvier et novembre 2017.

c) Intervention :

Les patientes recrutées ont toutes reçu une information minimale par leur psychiatre avant de débiter le groupe. Il y a eu 3 groupes différents sur la période de janvier 2017 à novembre 2017. Les groupes ont été animés par 2 thérapeutes. Les patientes ont suivi une session hebdomadaire de 1h30 pendant 8 semaines consécutives au CHU Lapeyronie à Montpellier. Les séances suivaient le programme décrit dans la partie B. Chaque séance était structurée de manière identique, comme décrite précédemment : elle débutait par l'accueil, puis de la relaxation, et un retour sur les tâches à réaliser au domicile. Ensuite, la thématique du jour était abordée, avec parfois l'apprentissage d'une technique de coping, ou bien l'initiation à des thérapies (matrice ACT). Pour finir, un exercice à réaliser chez soi était présenté, à faire pour la semaine d'après, permettant de mettre en pratique les apprentissages de la séance ou bien d'amorcer une réflexion sur la séance à venir. Avant de conclure, les patients bénéficiaient d'un temps pour poser d'éventuelles questions sur la séance.

Les séances étaient évaluées par les patientes chaque semaine par un questionnaire de satisfaction.

Les évaluations cliniques ont été réalisées à l'inclusion (T₀), à la fin du groupe (T₁) et à 3 mois (T₂).

d) Critères de jugement :

- Le critère de jugement principal est : le taux de participation aux séances du groupe, et le taux de complétion du groupe, reflétant la faisabilité de l'intervention.
- Les critères de jugement secondaires sont:
 - L'évaluation de l'organisation, du contenu du programme et du déroulement des séances : Analyse des questionnaires de satisfaction par séance et des questionnaires globaux en fin de groupe.
 - L'évaluation de l'évolution pondérale : poids et IMC
 - L'évaluation de la symptomatologie du TCA : Variation du score global et des sous échelles à l'EDE
 - L'évaluation de l'évolution de la symptomatologie dépressive : Variation du score de l'échelle BDI
 - L'évaluation de l'évolution de la motivation aux soins : Variation de score de l'échelle ANSOCQ
 - L'évaluation de l'évolution de la conscience des troubles : Variation des scores à l'échelle visuelle analogique d'insight.
 - L'évaluation de l'évolution du retentissement fonctionnel : Variation des scores à l'échelle WSAS.
 - L'évaluation de l'évolution de la qualité de vie : Variation des scores de l'échelle EDQOL.

e) Recueil des données

- **A l'inclusion, soit à T₀**, les données suivantes étaient recueillies :
 - Données sociodémographiques : âge, sexe, niveau d'éducation, situation familiale, statut professionnel.
 - Données cliniques : Diagnostic, sous-type d'anorexie, histoire pondérale, date de début des troubles, date d'entrée dans les soins, nombre d'hospitalisations en lien avec le TCA, participation à d'autres groupes avant celui-ci.

- Auto évaluations : EDE, BDI, EDQOL, WSAS, Evaluation de la conscience des troubles, ANSOCQ.
- Recueil du poids et IMC.

- **A la fin du groupe, soit à T1 :**

- Auto évaluations : EDE, BDI, EDQOL, WSAS, Evaluation de la conscience des troubles, ANSOCQ.
- Recueil du poids et IMC.
- Enquête de satisfaction globale et évaluations par séance.

- **A 3 mois, soit à T2 :**

- Auto évaluations : EDE, BDI, EDQOL, WSAS, Evaluation de la conscience des troubles, ANSOCQ.
- Recueil du poids et IMC.
- Evaluation qualitative du groupe par questionnaire semi structuré.
- Recueil de données cliniques : poursuite du suivi médical, ré hospitalisation.

f) Outils d'évaluation :

- **Les échelles utilisées :**

-EDE-Q (Eating Disorder Examination) (248) : Auto-questionnaire évaluant l'intensité des symptômes alimentaires sur les 28 derniers jours. Il permet l'obtention d'un score global et de 4 sous scores (restrictions, préoccupations alimentaires, préoccupations concernant la silhouette et préoccupations concernant le poids), variant de 0 à 6.

-ANSOCQ (The Anorexia Nervosa Stage of Change Questionnaire) (249): Auto questionnaire de 20 items évaluant un panel de symptômes de l'anorexie mentale. Pour chaque item, le patient doit sélectionner la proposition qui lui correspond le mieux, chacune étant elle-même rattachée à un des 5 stades des étapes du changement selon le modèle de Prochaska et Diclemente (pré-contemplation, contemplation, préparation au

changement, action, maintien du changement). Pour chaque item, la réponse est cotée de 1 (précontemplation) à 5 (maintien du changement), le score total de ce questionnaire correspond à une moyenne des scores de chaque item (<1.5 = stade de pré contemplation ; entre 1.5 et 2.4 = stade de contemplation ; entre 2.5 et 3.4 = stade de préparation au changement ; entre 3.5 et 4.4 = stade d'action ; >4.5= stade de maintenance du changement)

-**BDI, questionnaire abrégé de Beck** (250) : Auto-questionnaire évaluant l'intensité de la symptomatologie dépressive du patient. Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Le score total est compris entre 0 et 39, avec les seuils suivants : 0-4 : pas de dépression ; 4-7 : dépression légère ; 8-15 : dépression modérée ; 16 et plus : dépression sévère.

-**EDQOL (Eating Disorders Quality of Life)** (251) : Auto-questionnaire évaluant la qualité de vie chez les patients ayant un trouble du comportement alimentaire. Il se décompose en 4 dimensions : Psychologique, Physique/Cognitif, Financier, Travail/École. Chaque item est coté de 0 à 4 donc les moyennes de chaque dimension seront également comprises entre 0 et 4 et peuvent être comparées à différents temps.

-**WSAS (Work and Social Adjustment Scale)** (252): Auto-questionnaire évaluant le retentissement de l'anorexie sur le fonctionnement global du patient. Il comporte 5 items qui sont cotés de 0 (aucun retentissement) à 8 (retentissement maximal) par les patients en fonction de l'intensité du retentissement de la maladie sur le fonctionnement.

- **Evaluation de la conscience des troubles** : Échelle d'autoévaluation créée pour cette étude, comportant 4 items sur la conscience des troubles, à coter de 0 à 10 selon le degré d'accord avec l'affirmation (0 signifie « pas du tout d'accord » et 10 « tout à fait d'accord ».)

Ces échelles sont disponibles en Annexe A.

- **Enquête de satisfaction** :
- **Evaluation par séance** :

Chaque séance était évaluée par les participants grâce à un questionnaire réalisé pour cette étude, en deux parties :

La première partie comporte 7 items concernant la séance et son contenu, permettant une évaluation quantitative grâce à une échelle de type Likert de 1 à 5, de « Oui » à « Pas du tout ».

La seconde partie est libre et qualitative avec les éléments appréciés et utiles qui seront décrits par les patients, puis les éléments inutiles ou non appréciés et enfin des propositions d'axes d'amélioration.

- Evaluation globale :

Le groupe était évalué de façon globale lors de la dernière séance grâce à un questionnaire réalisé également pour cette étude.

Il est composé de deux parties :

- la première comporte 9 items relatifs au groupe : information délivrée sur le groupe, fréquence, durée et nombre des séances, accueil, qualité des échanges, contenu des séances, qualité des réponses des intervenants, évalués grâce à une échelle de type Likert de 1 à 5, de très satisfait à très mécontent.

- la seconde partie du questionnaire comportait une partie libre où les patients étaient invités à décrire les aspects qu'ils avaient appréciés et ceux qu'ils n'avaient pas aimés ainsi que les suggestions concernant les axes d'amélioration.

Ces deux questionnaires sont disponibles en Annexe B.

• Evaluation qualitative du groupe par un entretien semi structuré :

Un entretien téléphonique est réalisé à 3 mois afin d'apprécier le ressenti des patientes vis-à-vis de l'expérience vécue lors de la participation au groupe de psychoéducation. Cet entretien semi structuré suivait une trame préalablement établie (voir Annexe C), dans le but d'une évaluation complémentaire à l'enquête de satisfaction réalisée sur format papier lors des séances.

Lors de cet entretien, les techniques d'entretien usuelles étaient utilisées afin de promouvoir l'empathie et favoriser l'alliance (reformulation, reflets, valorisation, questions ouvertes). Le principe de non jugement et de tolérance était de rigueur. Les

patients pouvaient refuser de répondre à certaines questions, ou écourter l'entretien s'ils le souhaitaient. Les données étaient anonymisées et restaient confidentielles.

Une prise de note concomitantes à cet entretien, avec l'accord des patients, a permis de recueillir les données.

g) Analyses statistiques :

Les caractéristiques de la population sont décrites en utilisant la moyenne (avec l'écart type) ou la médiane (avec le minimum-maximum) pour les variables quantitatives et les effectifs et proportions pour les variables qualitatives.

Pour comparer les scores des échelles passées avant et après le groupe, le test des rangs signés de Wilcoxon pour série appariée est utilisé. Ce test statistique fait l'hypothèse nulle qu'il n'y a pas de différence entre les évaluations et l'hypothèse alternative suggère qu'il existe une différence entre les deux. Les résultats significatifs ($p < 0.05$) apparaissent en gras dans le tableau, ceux qui représentent une tendance sans atteindre le seuil de significativité ($p < 0.1$) sont en italique. Les analyses sont réalisées grâce au logiciel BiostaTGV.

3) Résultats :

a) Caractéristiques de la population :

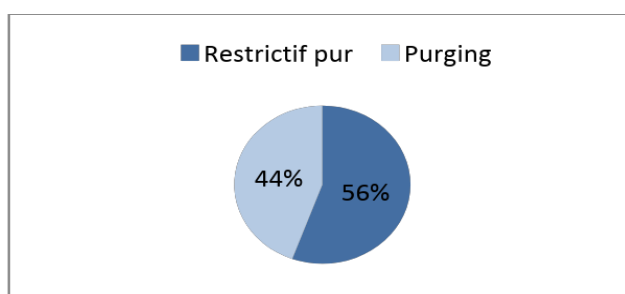
Au total, 27 patientes ont été recrutées pour participer à 3 groupes de psychoéducation. Il y avait 10 participantes dans le premier groupe (de janvier à avril 2017), 11 participantes dans le second (de mai à juillet 2017), et 6 dans le dernier (de septembre à novembre 2017).

Les patientes avaient 23 ans en moyenne. Concernant le sous type d'anorexie mentale, 15 patientes souffraient d'anorexie restrictive pure (56%) et 12 d'anorexie de type purging (44%) (Figure 1). Les principales caractéristiques cliniques sont résumées dans le tableau 1. L'IMC à l'inclusion était en moyenne à 15,96 kg/m². Seulement 5 patientes sur 27 n'avaient jamais été hospitalisées.

Tableau 1 : données cliniques :

		Moyenne (Ecart-type)	Médian e	Min- Max
Age du patient (années)		23,78 (5,26)	23	16-37
Durée évolution maladie (année)		5,46 (5,7)	3,41	0,5-23
IMC à l'inclusion (kg/m ²)		15,96 (2,12)	15,55	12,1-22
IMC le plus bas (kg/m ²)		13,81 (1,78)	14	10,1- 16,8
Nombre d'hospitalisations		2,74 (2,81)	2	0-10
Scores à l'EDE à l'inclusion	Total	3,12 (1,39)	3,52	0,25- 5,32
	Restrictions	2,98 (1,78)	3	0-6
	Préoccupations alimentaires	2,44 (1,38)	2,6	0,2-5
	Préoccupations poids	3,26 (1,47)	3,6	0,8-6
	Préoccupation silhouette	3,8 (1,47)	4,25	0-5,87
Motivation évaluée par ANSOCQ		3,15 (0,66)	3,25	1,75- 4,4
Dépression évaluée par BDI		15,19 (6,92)	15	2-32
Retentissement fonctionnel évalué par WSAS	Travail	5,07 (1,77)	6	0-7
	Domestique	3,25 (2,31)	4	0-7
	Loisir social	5,96 (1,70)	6	1-8
	Loisir personnel	5,29 (1,73)	5	1-8
	Relationnel	5,11 (1,83)	5	0-8
Qualité de vie évaluée par EDQOL	Psychologique	2,44 (0,69)	2,55	0,88- 3,66
	Physique et cognitif	2,21 (0,66)	2,33	1-3,5
	Financier	0,43 (0,52)	0,2	0-1,8
	Travail ou études	0,90 (0,82)	0,8	0-2,8

Figure 1 : Sous type d'anorexie mentale :



Concernant les données sociodémographiques, elles sont résumées dans le tableau 2. La plupart des patientes vivaient seules, étaient étudiantes. Seulement 2 patientes avaient des enfants (1 enfant pour chacune). Le niveau d'études après le brevet des collèges était de 5 ans en moyenne (2 ans au minimum et 8 ans au maximum). Certaines ont changé d'orientation au cours de leur parcours et comptaient des années inachevées du fait de la maladie.

Tableau 2 : situation familiale et professionnelle

Caractéristiques sociodémographiques		nombre	%
Situation familiale	Mariée ou pacsée	2	7.41
	En couple	6	22.2
	célibataire	19	70.37
Statut professionnel	Etudiante	11	40.74
	Stagiaire	1	3.70
	Sans emploi	5	18.52
	Employée active	5	18.52
	Employée en arrêt maladie	5	18.52
Niveau d'éducation (nombre d'années d'études après le brevet des collèges)*		5.11 (1.87)	

*Moyenne (écart type)

b) Participation au groupe :

La faisabilité de ce programme de psychoéducation est principalement évaluée par la participation à l'ensemble des séances. Les taux de participation pour l'ensemble de l'effectif (27 patientes) sont décrits dans la figure 1. Au total, 37% des patientes ont suivi le groupe dans son intégralité (soit les 8 séances) ; 26% des patientes ont suivi 7 séances sur 8 ; 14% ont participé à 6 séances et 11% environ ont assisté à 4 à 5 séances soit au moins la moitié du programme. Aucune patiente n'a suivi moins de 4 séances. Les taux de participation par séance sont décrits dans la figure 3.

Figure 2 : Assiduité au groupe :

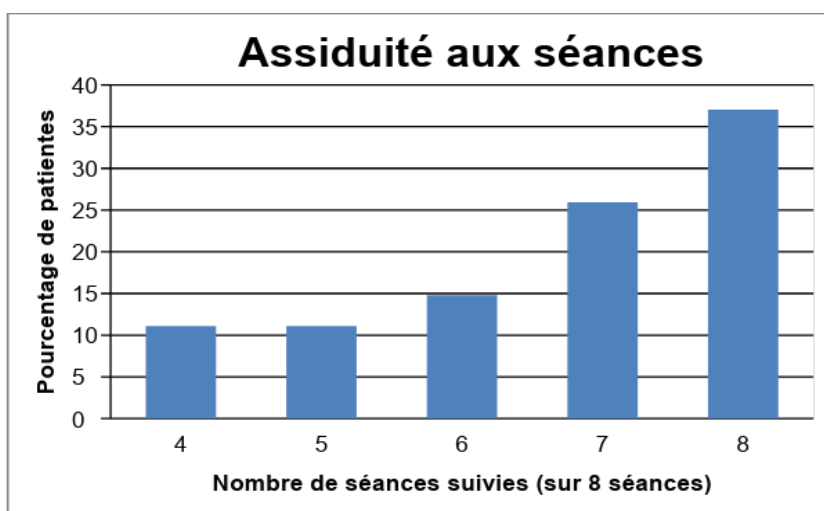
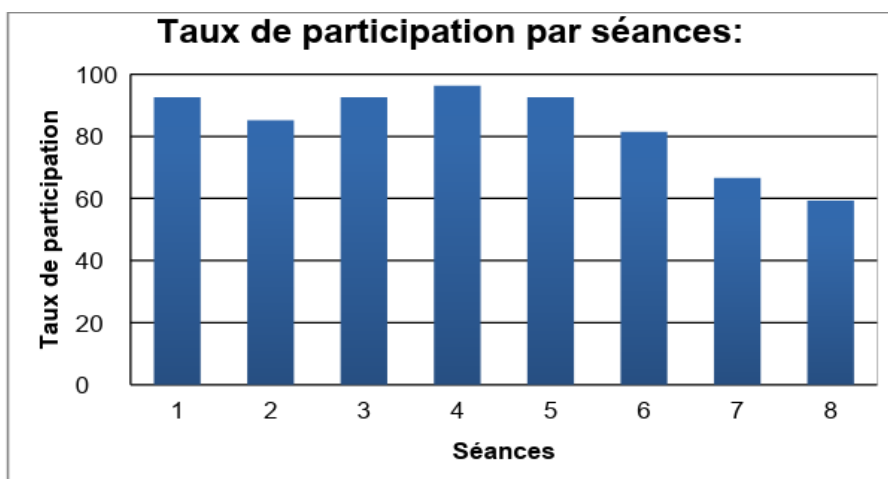


Figure 3 : Taux de participation par séance :



Plus de 80% des patientes ont participé aux séances 1 à 6. Les séances 7 et 8 étaient les moins suivies avec des taux de participation de 66 et 59% respectivement.

c) Evaluation de la satisfaction :

1) Evaluation quantitative par questionnaires :

Tableau 3 : Evaluation globale de satisfaction :

■ très satisfait ■ plutôt satisfait ■ moyennement satisfait ■ plutôt mécontent ■ mécontent

Informations et explications données avant la participation au groupe		Contenu des séances (informations, outils)	
Fréquence des séances		Qualité des échanges au sein du groupe	
Durée des séances		Disponibilité et écoute des intervenants	
Nombre de séances		Réponses des intervenants	
Accueil en début du groupe			

Au total, 21 patientes sur les 27 recrutées ont répondu à l'enquête globale de satisfaction (9 du groupe 1, 7 du groupe 2 et 5 du groupe 3). Au vu du tableau ci-dessus, nous pouvons dire qu'elles sont globalement satisfaites des différents items sur lesquels elles ont été interrogées. Les points sur lesquels elles sont le moins satisfaites sont

l'information donnée avant le groupe, la durée et le nombre de séances et enfin la qualité des échanges au sein du groupe.

2) *Evaluation qualitative par entretien à 3 mois :*

Le groupe de psychoéducation a été évalué grâce aux entretiens téléphoniques réalisés à 3 mois. Les patientes étaient globalement satisfaites du groupe, et toutes ont pu trouver des points qui les ont intéressées. Selon elles, le groupe permettait principalement :

-un partage d'expérience, des échanges avec les autres patientes, sortir de l'isolement (13)

-prendre conscience des troubles et mieux se connaître et connaître son fonctionnement (8)

- Améliorer ses connaissances sur la maladie, ses conséquences (physiques, psychologiques, sur le comportement et les relations...) (22)

-avoir une prise en charge régulière et un soutien, se motiver pour l'adhésion aux soins (5)

Deux patientes n'ont pas trouvé le groupe utile, l'une disant qu'elle avait déjà les notions théoriques abordées lors des séances, et la seconde expliquant que participer à ce groupe lui a « *rappelé trop de choses désagréables* »...

Les thèmes les plus utiles selon les patientes étaient :

Thèmes cités	Nombre de patientes ayant cité le thème (%)
les conséquences de la maladie	10 (37%)
les relations avec l'entourage	8 (29,6%)
l'affirmation de soi	7 (25,9%)
La matrice ACT et les valeurs	6 (22,2%)
Le travail sur le corps et la silhouette	5 (18,5%)
Le perfectionnisme et l'hyperactivité	5 (18,5%)

Certains exercices ont été réutilisés par les patientes depuis la fin du groupe :

Exercices cités	Nombre de patientes les ayant réutilisés (%)
Matrice ACT	16 (59,3%)
Affirmation de soi	13 (48,1%)
Silhouette	7 (25,9%)
Hyperactivité	4 (14,8%)
Relaxation et cohérence cardiaque	4 (14,8%)
Perfectionnisme	3 (11,1%)
Pensées alternatives	3 (11,1%)
Symptômes de la maladie (Iceberg)	3 (11,1%)
Estime de soi	2 (7,4%)
Frise chronologique	1 (3,7%)

Lors des entretiens à 3 mois, les patientes ont pu relater des changements dans leur quotidien, apparus dans l'intervalle entre la fin du groupe et le contact téléphonique.

Concernant le comportement alimentaire, certaines patientes (12) ont remarqué des modifications : moins de crises de boulimie, réduction des restrictions, apparition de plaisir lors des repas, réduction des rituels et de la culpabilité (« *j'ai moins de rigidité sur les horaires, les temps de repas prennent moins de place dans mon quotidien* ».).

Sur le plan de la santé physique, celles qui se sentaient mieux ont principalement noté une modification des phanères et de la peau, une disparition de douleurs en lien avec des œdèmes des membres inférieurs (liés à la dénutrition), le retour à un cycle menstruel régulier ainsi qu'une reprise pondérale. Sur le plan psychique, elles ont noté une amélioration thymique, une régression de l'anxiété, l'une d'entre elles a accepté un traitement pharmacologique qui lui était proposé depuis quelques mois. Certaines ont précisé pouvoir faire face à l'imprévu, avoir de meilleures capacités en terme d'adaptabilité et de flexibilité, « *pouvoir supporter que l'on bouscule les routines* » .

L'amélioration des relations avec les proches est un second point largement évoqué par les participantes, s'accompagnant d'une régression de l'isolement, d'une reprise de loisirs, de sorties voire même de reprise de contact avec des proches (« *j'ai repris contact avec des amis dont je m'étais éloignée du fait de la maladie, la maladie prend moins de place dans ma*

vie et je retrouve une vie sociale »). Une patiente a déclaré se sentir mieux comprise par son entourage et bénéficier d'un meilleur soutien de la part de ses parents.

Cinq patientes ont également rapporté une reprise d'activité professionnelle ou bien un début de recherche d'emploi alors qu'elles étaient sans activité auparavant. Deux étudiantes ont rapporté une amélioration des résultats scolaires suite à une diminution de l'asthénie et de meilleures capacités de concentration.

Au total, 4 patientes ont déclaré que leur état de santé s'était aggravé depuis le groupe (perte de poids, crises de boulimie plus fréquentes, nouvelle hospitalisation, dépression plus intense, arrêt des études ...), 8 ont au contraire jugé leur évolution favorable (points cités ci-dessus) et 10 ont évalué leur état stable (nuançant avec des améliorations souvent sur le fonctionnement mais sans véritable reprise pondérale).

Dans les **axes d'amélioration**, 5 patientes étaient en demande d'une séance abordant les comportements compensatoires et les crises d'hyperphagie. Il a aussi été suggéré d'approfondir certains thèmes comme les relations avec l'entourage, les facteurs génétiques et biologiques impliqués dans la maladie, le travail sur l'image du corps, la reprise pondérale et la vie après la guérison. Plusieurs patientes auraient voulu que nous organisions une rencontre avec un patient « qui s'en est sorti », un témoignage qui serait aidant selon elles. Enfin, certaines ont évoqué des difficultés avec le format de groupe, et la réticence à s'exprimer devant les autres et donc à participer à l'oral. Solliciter à la prise de parole, faire participer tous les patients tour à tour serait des pistes que les thérapeutes pourraient suivre d'après ces patientes-là.

d) Evaluation clinique :

L'analyse des scores avant-après et à 3 mois est réalisée pour chaque patient ayant complété l'échelle concernée.

Concernant l'évaluation à T₀, les 27 patientes recrutées ont renseigné tous les questionnaires distribués avant le début du groupe. Pour l'évaluation à T₁, 21 patientes ont répondu aux questionnaires sauf pour l'ANSOCQ et le WSAS qui ont été complétés par seulement 20 patientes (1 patiente n'avait pas complété tout le livret qui lui a été remis).

Pour l'évaluation à 3 mois (T₂), 18 patientes ont renseigné le BDI, 19 l'ANOSQ et 20 patientes ont complété l'ensemble des autres échelles.

Un calcul de moyenne (avec écart type) a été utilisé. Les résultats significatifs ($p < 0.05$) apparaissent en grisés dans les tableaux. Ceux qui représentent une tendance sans atteindre le seuil de significativité ($p < 0.1$) sont en italiques dans les tableaux.

A la fin du groupe (T₁), on observe une légère amélioration du score global à l'EDE qui est significative. La variation des sous échelles en revanche ne l'est pas. L'amélioration de la qualité de vie et le redressement thymique sont également observés grâce à l'EDQOL et au BDI respectivement et ceci de façon significative.

A 3 mois (T₂), on observe une amélioration clinique chez les patientes ayant suivi le groupe.

Concernant la symptomatologie du TCA, on note une amélioration à l'EDE pour le score total et toutes les sous-échelles. L'amélioration sur le score total est significative dès la fin du groupe, alors que celle des sous scores le devient à 3 mois.

L'évolution est marquée par une reprise pondérale (Voir Tableau 4, 5 et 6) chez les 20 patientes pour qui nous avons pu recueillir les données. Le poids évolue de 44,5 à 45,9 kg entre T₀ et T₁ puis 47 kg à 3 mois soit une prise de 2,5 kg en moyenne entre l'inclusion et l'évaluation à 3 mois et ce de façon significative. Il en est de même pour l'IMC. Dans le tableau 2 est détaillée la variation relative du poids et de l'IMC. On note une variation pondérale de 9% en moyenne pour chaque patiente (de même que pour l'IMC) avec une variation maximale de 25% de son poids (et IMC) pour la patiente ayant le plus repris de poids.

On note également une amélioration thymique significative dès la fin du groupe avec un score qui passe de 15 à 8 (sur un score total maximal à 39) à la BDI. Les patientes présentent toujours un état dépressif modéré en fin d'évaluation malgré cette tendance à l'amélioration clinique.

Concernant le retentissement des troubles, on observe également une amélioration dans le fonctionnement avec une baisse des scores à la WSAS et une amélioration de la qualité de vie.

Pour la motivation aux soins, évaluée par l'ANSOCQ, les scores sont peu modifiés et le changement n'est pas significatif. Les patientes se trouvent en moyenne au stade de préparation (entre 2.5 et 3.4) de Prochaska et Diclemente.

Tableau 4: Evaluation clinique, comparaison des scores à To,T1 :

Echelles	Sous-scores	Evaluation T0	Evaluation T1	p (T0-T1)
Insight	conscience de la maladie	8,89 (1,80)	8,86(1,85)	0,95
	besoin de soins	8,81 (2,04)	7,76 (2,1)	0,12
	suivi psychiatrique	8,89 (2,14)	8,86 (1,49)	0,54
	poids insuffisant	6,59 (3,8)	6,33 (2,96)	0,32
ANOSQ		3,15 (0,66)	3,12 (0,83)	0,96
EDE-Q	total	3,12 (1,39)	2,69 (1,39)	0,04
	restrictions	2,98 (1,87)	2,27 (1,78)	0,056
	préoccupations alimentaires	2,44 (1,38)	2,27 (1,53)	0,36
	préoccupations poids	3,27 (1,47)	2,74 (1,61)	0,074
	préoccupations silhouette	3,80 (1,47)	3,46 (1,51)	0,16
WSAS	travail	5,07 (1,77)	4,25 (2,27)	0,209
	domestique	3,26 (2,31)	2,8 (2,6)	0,72
	loisir social	5,96 (1,70)	5,3 (1,73)	0,28
	loisir perso	5,30 (1,73)	3,9 (2,6)	0,031
	relationnel	5,11 (1,82)	3,9 (2,47)	0,075
EDQOL	psychologique	2,44 (0,69)	1,97 (0,90)	0,025
	physique et cognitif	2,21 (0,66)	1,83 (0,80)	0,022
	financier	0,43 (0,52)	0,15 (0,28)	0,024
	travail études	0,9 (0,82)	0,43 (0,56)	0,005
BDI		15,19 (6,92)	11,15 (6,99)	0,002
poids		44,53 (6,28)	46,03 (4,49)	0,041
IMC		15,99 (2,14)	16,40 (1,65)	0,045

Tableau 5 : Evaluation clinique, comparaison des scores à To-T2 :

Echelles	Sous-scores	Evaluation T0	Evaluation T2	p (T0-T2)
Insight	conscience de la maladie	8,89 (1,80)	7,6 (3,76)	0,085
	besoin de soins	8,81 (2,04)	5,65 (4,17)	0,008
	suivi psychiatrique	8,89 (2,14)	7,6 (3,15)	0,019
	poids insuffisant	6,59 (3,8)	5,15 (3,81)	0,019
ANOSQ		3,15 (0,66)	3,47 (0,88)	0,21
EDE-Q	total	3,12 (1,39)	1,97 (1,33)	0,004
	restrictions	2,98 (1,87)	1,62 (1,65)	0,003
	préoccupations alimentaires	2,44 (1,38)	1,63 (1,36)	0,007
	préoccupations poids	3,27 (1,47)	1,96 (1,34)	0,014
	préoccupations silhouette	3,80 (1,47)	2,66 (1,49)	0,007
WSAS	travail	5,07 (1,77)	3,15 (2,23)	0,015
	domestique	3,26 (2,31)	1,5 (1,47)	0,009
	loisir social	5,96 (1,70)	3,65 (2,81)	0,005
	loisir perso	5,30 (1,73)	2,9 (2,29)	0,0003
	relationnel	5,11 (1,82)	2,85 (2,54)	0,003
EDQOL	psychologique	2,44 (0,69)	1,31 (0,97)	0,0008
	physique et cognitif	2,21 (0,66)	1,25 (0,90)	0,001
	financier	0,43 (0,52)	0,14 (0,20)	0,135
	travail études	0,9 (0,82)	0,4 (0,77)	0,026
BDI		15,19 (6,92)	8,74 (6,3)	0,018
poids		44,53 (6,28)	47,08 (6,13)	0,007
IMC		15,99 (2,14)	16,88 (2,13)	0,008

Tableau 6 : Variation du poids et de l'IMC entre T0 et T2 :

	variation relative IMC (%)	variation relative poids (%)
Moyenne	9,25	9,57
Médiane	7,25	7,25
Ecart type	6,77	6,48
Min-max	1,6 – 25,2	1,28 - 25

4) Vignettes cliniques :

a) Patiente 1 :

Mlle B. a 22 ans, est célibataire et sans enfant.

Les troubles du comportement alimentaire ont débuté l'été 2016, dans un contexte d'épisode dépressif caractérisé. Son poids avant la maladie était de 53 kg (IMC à 18.1kg/m²). Elle relate une perte d'appétit qui correspond plutôt à une anorexie « symptôme » ; puis le fléchissement thymique s'est aggravé avec majoration des restrictions alimentaires. Peu à peu, Mlle B explique qu'elle s'est mise à penser « à un mode de vie plus sain », et également à trouver un bénéfice à cette perte de poids (initialement non recherchée) « je me trouvais plus jolie et pensais que ça m'aiderait à me sentir mieux dans ma peau ». À cette période, elle décrit une restriction alimentaire sans saut de repas, une sélectivité qui s'est installée progressivement et dans un second temps, jusqu'à une consommation exclusive de légumes et protéines. Il n'y avait pas de conduites de purge. Elle a majoré son activité physique (jusqu'à 6h d'activité par jour, 6 jours sur 7 avec fréquentation de salle de musculation, marche et cours d'agility avec son chien).

Elle n'avait pas d'antécédent psychiatrique personnel ni familial particulier en dehors d'un épisode de perte importante de poids chez sa mère il y a quelques années sans diagnostic formel de trouble du comportement alimentaire. Il n'y a pas de comorbidité.

Elle n'a pas eu recours aux soins dans les premiers mois « *mes parents se sont aperçus de ma dépression, mais je refusais toute aide* ». Elle est conduite par son père aux urgences du CHU Lapeyronie en février 2017, et débute un suivi psychiatrique au décours. La prise en charge est uniquement ambulatoire. Un traitement antidépresseur lui est prescrit mais elle refuse de le prendre. Elle interrompt le suivi pour partir travailler en tant que saisonnière dans une station de ski. Elle atteint alors son poids le plus bas, 42 kg (IMC à 14,4kg/m²) en septembre 2017. Elle reprend alors contact avec son psychiatre et demande une hospitalisation. Elle est admise une semaine en service d'endocrinologie au CHU Lapeyronie pour reprise pondérale et bilan somatique puis les soins se poursuivent à la clinique Stella. C'est dans ce contexte que le groupe de psychoéducation lui est proposé. C'est le seul groupe auquel elle a participé.

Ce groupe lui a permis de mieux comprendre le trouble, de prendre conscience « *des comportements anormaux développés avec la maladie, de l'influence de l'anorexie sur la psychologie, par exemple les idées noires, le perfectionnisme, les réactions en « tout ou rien »...* ». Mlle B n'a pas pu participer à la première séance du fait de son hospitalisation à ce moment-là mais a assisté au reste du programme. Ce qu'elle a jugé le plus utile était les séances sur l'hyperactivité et le perfectionnisme et l'affirmation de soi. Elle a d'ailleurs réutilisé ces exercices dans les semaines qui ont suivi le groupe. Elle ne fait pas de relaxation mais a débuté la pratique du yoga qui lui correspond mieux.

Depuis le groupe, elle rapporte une amélioration de son fonctionnement et de sa qualité de vie (voir l'évolution des scores aux questionnaires WSAS et EDQOL sur le tableau 1). Elle a déménagé sur Lyon où elle a trouvé un emploi en tant qu'assistante administrative dans un restaurant. Dans le cadre de ce travail, elle peut désormais partager des repas avec son équipe et manger les mêmes plats cuisinés que les autres ce qui est une victoire à ses yeux. Elle a « *retrouvé le plaisir alimentaire* » et parle de « *lâcher prise sur le poids et la silhouette* ».

Elle avait repris du poids lors de son hospitalisation à la clinique puis en a reperdu depuis qu'elle a repris la vie active, cependant elle se stabilise sur le plan pondéral. Elle est consciente de la perte de poids liée à la reprise de son activité et dit « *être vigilante à ne pas en perdre plus* ». Nous notons une prise de 3 kg entre l'inclusion et l'évaluation à 3 mois. L'évolution de la symptomatologie du TCA est positive (voir tableau 2) avec une amélioration à l'EDE.

Elle rapporte une amélioration dans ses rapports sociaux : elle vit en appartement en colocation, a un emploi et peut faire des sorties « *il y a moins de place pour la maladie, je suis moins isolée* », elle signale en effet avoir repris contact avec des proches qu'elle avait perdu de vue et dont elle s'était éloignée.

Elle peut également décrire une amélioration thymique avec une disparition des idées noires. Le score à la BDI passe de 8 à 4 entre le début du groupe et l'évaluation à 3 mois, soit une amélioration de la symptomatologie dépressive (dépression modérée à légère)

Elle n'a plus de suivi depuis son déménagement, mais pense garder un suivi avec un nouveau médecin traitant dans sa région.

Figure 1 : Evolution des scores au WSAS et EDQOL :

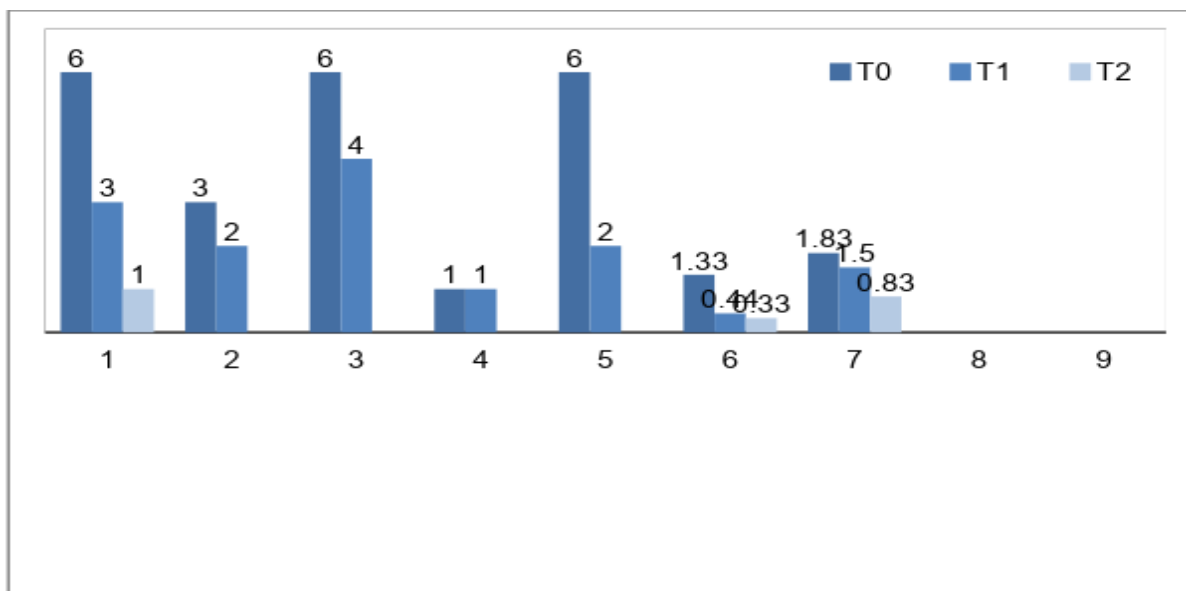
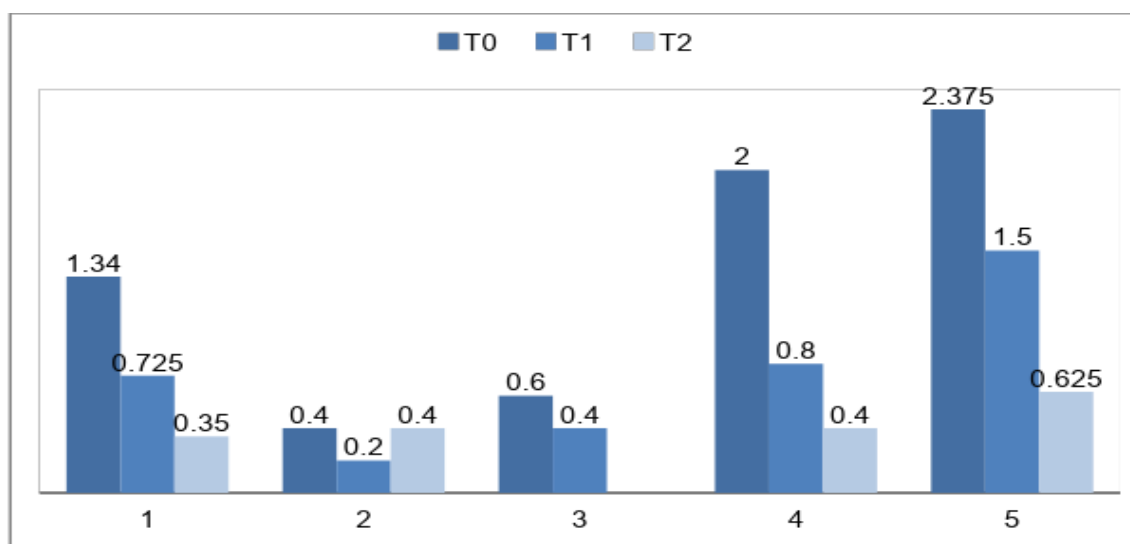


Figure 2 : Evolution des scores à l'EDE :



b) Patiente 2 :

Mlle F. 19 ans, et étudiante dans une école de théâtre, vit avec sa sœur. Elle a un compagnon, pas d'enfants. Elle relate une histoire des troubles qui débute par un régime alimentaire de type restrictif et sélectif quand elle avait 11 ans, dans un contexte de mauvaise estime d'elle-même. Elle a alors perdu rapidement du poids passant de 45 à 35 kg en 5 mois. Elle a été hospitalisée en pédiatrie d'août à octobre 2010, ce qui a permis une reprise pondérale pour atteindre 44 kg lors de sa sortie. Elle a ensuite été suivie sur le plan psychiatrique dans sa région en Ardèche. Elle a reperdu du poids suite à cette sortie, les comportements restrictifs et sélectifs persistants ainsi que les préoccupations autour de sa silhouette. Elle décrit l'apparition de comportements de purge à type de vomissements vers l'âge de 13 ans. Elle a arrêté ensuite suite à la découverte de ce comportement par sa sœur. Elle rapporte une période « asymptotique » de quelques années, où son poids variait de 60 à 46 kg.

Il y a 3 ans, la maladie a pris un tournant avec l'apparition de crises de boulimie suivies de vomissements provoqués, plusieurs fois par semaine. Elle conserve une alimentation restreinte avec sélectivité et une peur intense de prendre du poids. Elle participe à une journée d'évaluation en hôpital de jour, adressée par son diététicien, puis débute un suivi psychiatrique et accepte de participer au groupe de psychoéducation dans ce contexte. Elle n'a pas participé à d'autres groupes auparavant.

Elle juge que ce groupe ne lui a « *pas apporté grand-chose* ». Elle a pu bénéficier des « *quelques informations nouvelles notamment sur les conséquences physiques de la maladie* ». Elle explique ne pas s'être sentie très concernée par les séances, étant elle-même plutôt dans une période marquée par des accès d'hyperphagie avec conduites de purge... elle regrette que le programme ne prévoit pas de séances qui abordent les crises de boulimie. Elle n'a pas réutilisé les exercices proposés en dehors de la relaxation et de la cohérence cardiaque.

Selon elle, il n'y a pas eu de changement ni dans son fonctionnement, ni dans la symptomatologie du TCA depuis la fin du groupe.

D'après les évaluations quantitatives, elle présente des scores plus élevés à T1 pour l'EDE, ce qui n'est pas le cas à T2 où ses scores s'améliorent par rapport à l'inclusion (voir figure 1). Sur le plan pondéral, elle passe de 47 kg à T0, à 49kg en fin de groupe et 45 kg à

3 mois (voir figure 2). Elle rapporte une amélioration dans son fonctionnement sur certains domaines à la WSAS (loisirs personnel et domestique) et une aggravation pour le loisir social et l'aspect relationnel (voir figure 3). Elle semble avoir une meilleure qualité de vie au niveau physique et cognitif, financier et professionnel. Sa motivation au changement est en baisse. Elle a arrêté le suivi médical avec sa psychiatre, à son initiative. Elle estime que son état de santé est stable lors de l'entretien téléphonique pour l'évaluation qualitative du groupe.

Figure 1 : Evolution des scores à l'EDE :

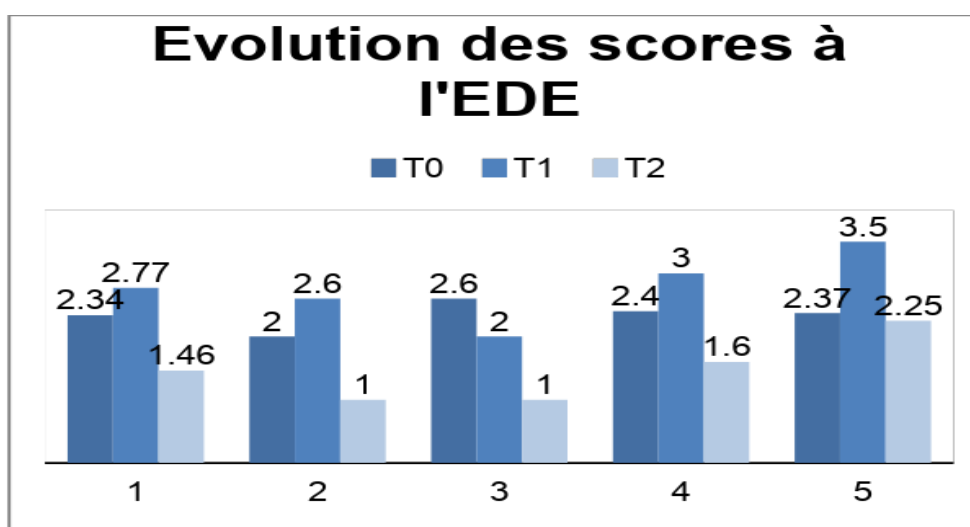


Figure 2 : Evolution du poids et de l'IMC :

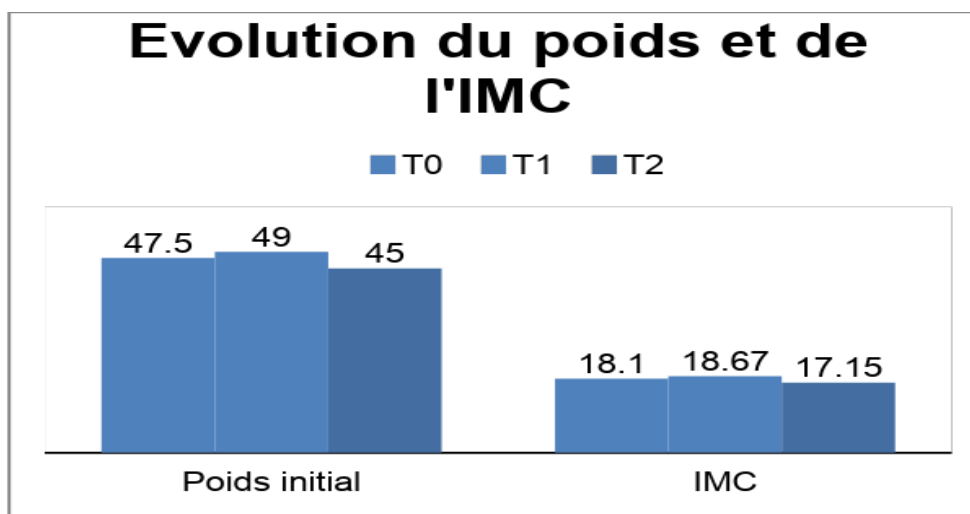
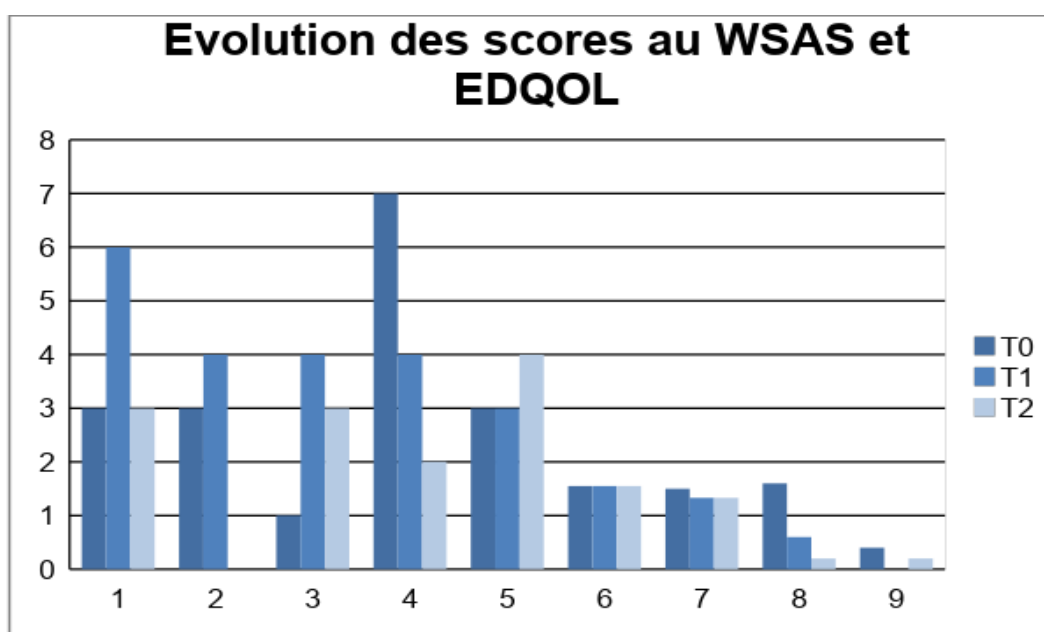


Figure 3 : Evolution des scores au WSAS et EDQOL :



c) Patiente 3:

Mlle G. 21 ans, a présenté les premiers symptômes de la maladie en juillet 2015. C'est après quelques mois d'évolution des troubles qu'elle a pris contact avec le service de soins ambulatoires. Elle a ensuite été hospitalisée 5 mois. Son poids le plus bas était 37kg (IMC à 14.3kg/m²). Elle a participé au groupe de psychoéducation l'été 2017. Elle avait l'expérience d'un groupe de parole pour patients souffrant d'un trouble du comportement alimentaire auquel elle a participé au CHU de Grenoble.

Elle est en recherche d'emploi, a fini des études dans le commerce et vit chez ses parents. Elle est célibataire et sans enfant.

Le groupe de psychoéducation a été utile selon elle, lui permettant de partager son expérience avec d'autres patientes, mais aussi d'aborder la maladie sous un autre angle avec elles, et de mieux comprendre ce trouble. Elle souligne l'intérêt des discussions autour des conséquences de la maladie telles que l'impact sur les relations, l'estime de soi, le perfectionnisme...

Ella a pu réutiliser certains exercices réalisés en séances, surtout ceux concernant le perfectionnisme et travaillant la flexibilité mentale (« j'avais beaucoup de rituels pour le ménage ».) Elle rapporte des changements depuis la fin du groupe, tant dans son

comportement et son fonctionnement. Elle se décrit « plus ouverte, plus confiante... je cherche à prendre des initiatives : je dépose des CV pour rechercher du travail. J'ai repris certains loisirs comme la lecture et le chant, je sors plus. » Elle estime que son état s'améliore, tant sur le plan alimentaire « je mange avec moins de culpabilité » que sur le plan relationnel.

D'un point de vue quantitatif, on note une reprise pondérale et une amélioration de la symptomatologie du TCA à l'évaluation par l'EDE. (Figure 1 et 2).

Elle poursuit son suivi psychiatrique et un travail avec une psychologue, mais n'a pas de suivi somatique. Elle n'a pas été ré hospitalisée lors de l'évaluation à 3 mois.

Figure 1 : Evolution pondérale :

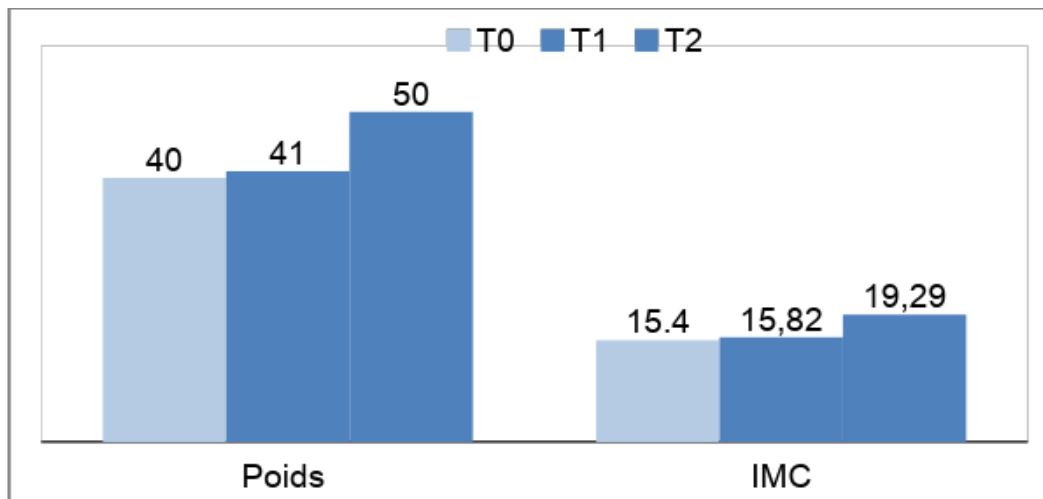
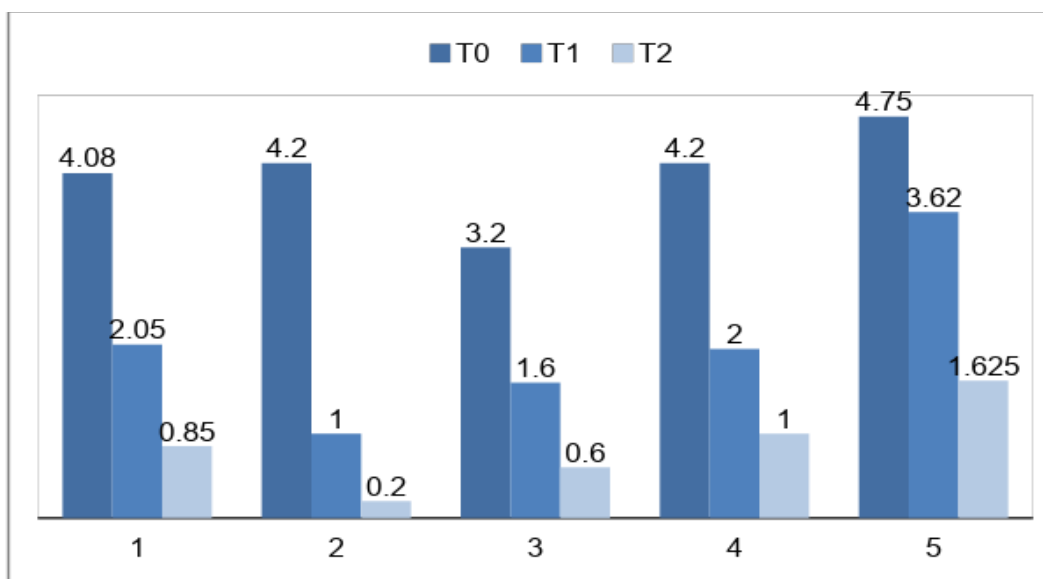


Figure 2 : Evolution des scores à l'EDE :



d) Patiente 4 :

Mlle R. 18 ans, lycéenne en terminale, a présenté les premiers symptômes de la maladie à l'âge de 12 ans avec des sauts de repas dans un contexte de moqueries et insultes subies au collège de la part de ses camarades. Les conduites de purges à type de vomissements ont débuté 1 an plus tard. Puis, les troubles ont évolué et les crises d'hyperphagie sont apparues lorsqu'elle était en seconde. Elle décrit une période d'apaisement jusqu'à l'été 2016 où elle perd du poids jusqu'à atteindre 44kg pour 1.60m soit un IMC à 17.2kg/m². Les crises de boulimie reprennent, suivies de vomissements. Les restrictions et la sélectivité sont aussi majeures, elle ne prend qu'un repas le soir. Elle a alors une faible estime d'elle-même et une dysmorphophobie marquée. Elle a pris contact avec un psychiatre pour débiter un suivi en novembre 2016. Elle a une bonne motivation et conscience des troubles. Elle n'a jamais été hospitalisée.

Elle a participé au groupe de psychoéducation lors de la deuxième session. « *Grâce à ce groupe, je me suis sentie moins seule, moins isolée* ». Elle explique s'être sentie mal à l'aise au début, puis avoir pu intervenir peu à peu au fil des séances, prenant confiance en elle. Ce groupe lui a permis d'approfondir ses connaissances sur la maladie : « *les conséquences corporelles, mais aussi relationnelles, l'impact sur l'activité, sur les pensées.... Les facteurs favorisants, les facteurs d'entretien, les liens avec notre passé* ».

Elle n'a pas du tout ré utilisé les exercices proposés « *j'étais plutôt dans une phase d'écoute, mais je n'ai rien mis en application pour le moment* ».

Depuis la fin du groupe, elle rapporte des modifications dans ses habitudes alimentaires « *je ne mange pas à tous les repas mais je fais actuellement des efforts sur les repas du midi. Je fais beaucoup moins de crises de boulimie, je peux les contrer ...* » et également un changement dans d'autres domaines de vie « *je m'ouvre plus aux autres, je fais en sorte de sortir plus souvent. Au lycée, je me sens bien, je suis plus concentrée en cours et j'arrive à tenir la journée. Je suis plus heureuse qu'avant* ».

Sur le plan pondéral on observe une évolution défavorable (figure 1) avec une perte de 3 kg au total. Cependant en terme de psychopathologie la patiente va mieux, et ceci peut s'observer à la fois dans son témoignage et au travers de l'évolution des scores à l'EDE (Figure 2). Le retentissement de la maladie s'amointrit et la qualité de vie s'améliore

(Figure 3). La thymie s'améliore nettement (score au BDI passant de 23 à l'inclusion à 7 à T2). La patiente était sous antidépresseur pendant cette période.

Figure 1 : Evolution de l'IMC

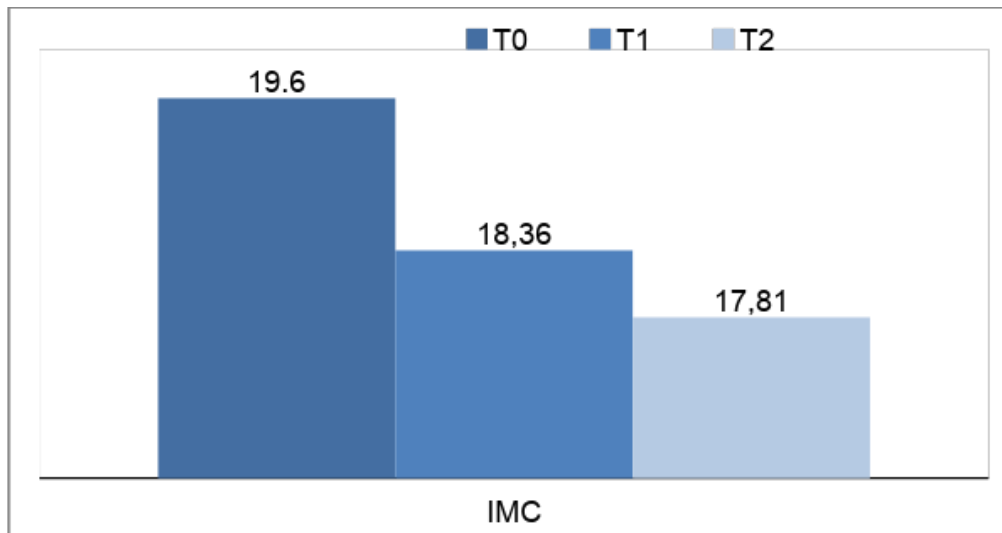


Figure 2 : Evolution des scores à l'EDE :

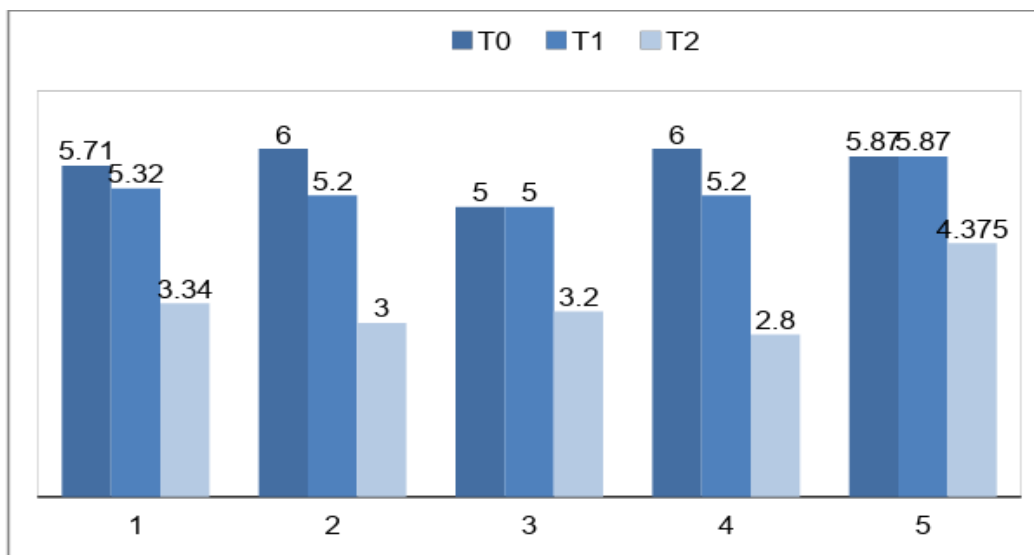
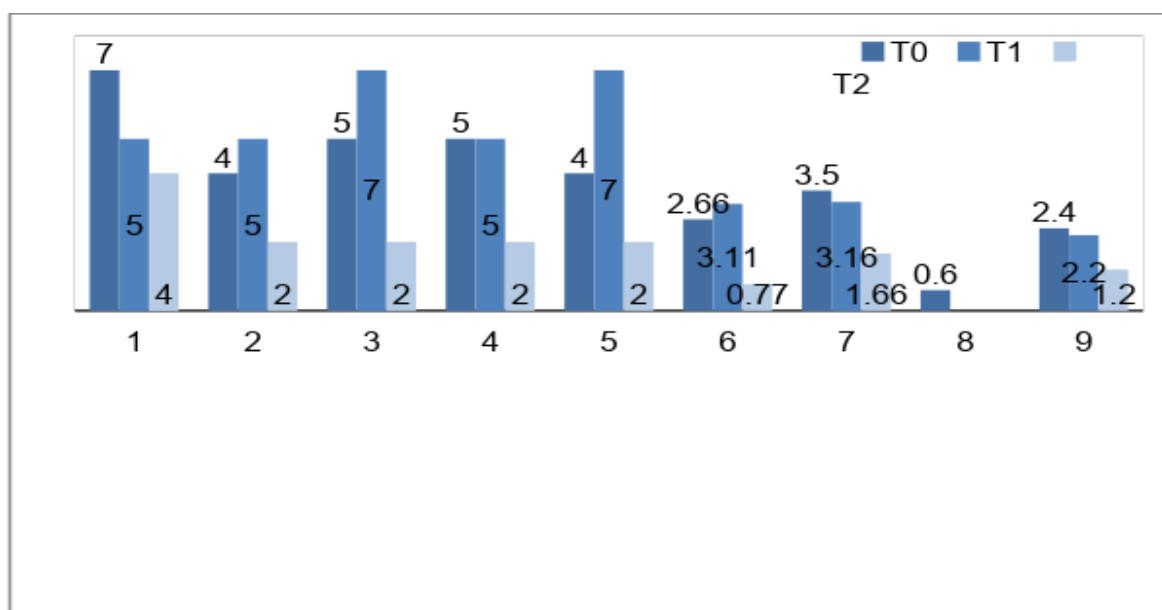


Figure 3 : Evolution des scores au WSAS et EDQOL :



Elle est toujours suivie par sa psychiatre et son endocrinologue.

e) Patiente 5 :

Mlle G. 30 ans, présente un trouble du comportement alimentaire de type anorexie-purging évoluant depuis 5 ans. La maladie débute au décours d'une rupture sentimentale et d'un retour de vacances à l'étranger où la patiente dit avoir pris 3 kg. Son poids avant la maladie était 52 kg pour 1.69m (IMC). Elle saute des repas, majore son activité physique et perd du poids rapidement (5-6 kg le premier mois). Trois mois plus tard apparaissent les premières compulsions alimentaires en fin de journée suivies de vomissements. Elle atteint rapidement 35 kg et est hospitalisée. Puis elle est suivie en ambulatoire en endocrinologie et psychiatrie. L'ambivalence est marquée et malgré sa motivation elle demande fréquemment sa sortie contre avis médical au cours des prochaines hospitalisations. Elle adhère à son suivi ambulatoire. Depuis 2015, son poids est relativement stable autour de 42-43 kg.

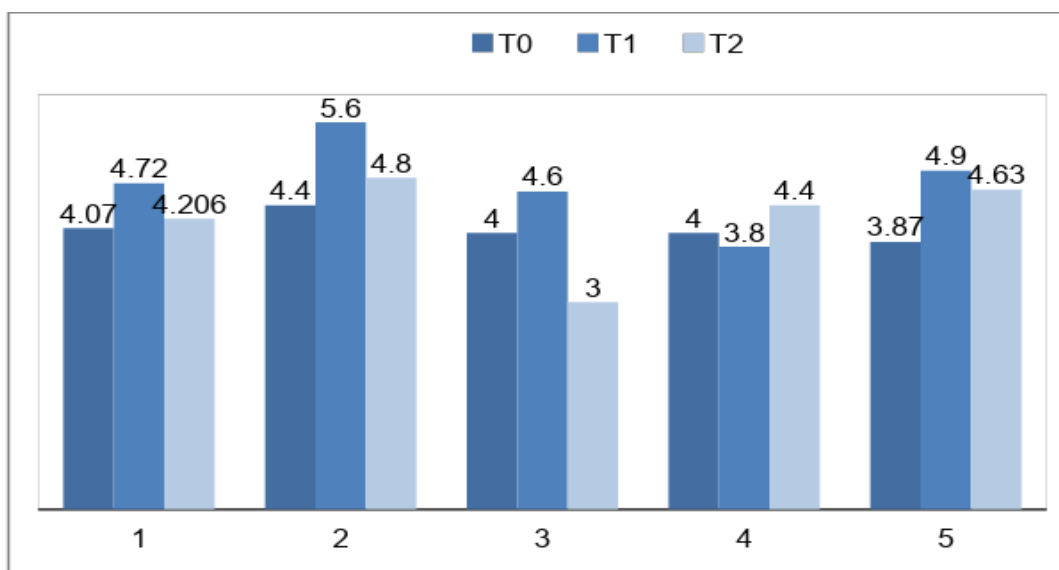
On note chez elle un hyper investissement professionnel. Elle est en arrêt de travail depuis 2015 mais un de ses principaux moteurs et objectifs est la reprise du travail.

Elle a participé au groupe de psychoéducation lors de la première session en février 2017. Ce groupe lui a permis de rencontrer des personnes souffrant de la même pathologie

et rencontrant des problématiques similaires. Elle a surtout retenu les bénéfices de la relaxation et de la séance abordant la thématique du corps, de la silhouette, des images dans les médias et des retouches... Elle a beaucoup ré employé les exercices comme la matrice ACT qu'elle pratique également en individuel lors des consultations avec sa psychiatre ; les exercices d'affirmation de soi. Elle signale qu'elle trouve que beaucoup de tâches à domicile étaient demandées au fil des séances et qu'elle a trouvé cela angoissant.

Elle n'a pas noté de changement dans sa vie depuis la fin du groupe, elle a poursuivi son suivi médical et a été hospitalisée en endocrinologie suite à une aggravation de son état somatique. Son poids n'a pas changé elle pèse toujours 34 kg. L'évolution de la symptomatologie à l'EDE est présentée dans la figure 1. On note un fléchissement thymique rapporté par la patiente en entretien et quantifié à la BDI (score passant de 11 à l'inclusion à 21 à T2) Elle est consciente de sa rechute.

Figure 1 : Evolution des scores à l'EDE :



5) Discussion :

Cette étude est la première de ce genre en France. A l'heure actuelle, il n'existe pas de programme de psychoéducation destiné aux patients souffrant d'anorexie mentale. C'est donc une étude pilote qui permet une première évaluation de la faisabilité et acceptabilité de ce groupe, et qui pourra par la suite être complétée par une étude de plus grande envergure, de type essai contrôlé et randomisé, afin de permettre une évaluation objective des implications cliniques.

a) Les résultats :

- La faisabilité du groupe :

Sur les 27 patientes, 21 (soit 77.7% de l'échantillon) ont suivi au moins 6 séances soit 75% du programme. La totalité des patientes ont suivi au moins 50% du programme (ont assisté à au moins 4 séances). Plus de 37 % des patientes ont suivi le groupe dans son intégralité. Dans la littérature, la complétion d'un traitement dans le cadre de l'anorexie mentale est définie par le suivi de 75% des soins prévus initialement. On retrouve environ 60% de patients qui remplissent ces conditions et sont observants et environ 30 à 40 % qui arrêtent prématurément les soins (253,254). Les résultats de notre étude montrent un taux de rétention satisfaisant comparé à ceux retrouvés dans la littérature (77,7% vs 60%). Les facteurs identifiés comme pouvant influencer sur la complétion du traitement sont l'alliance thérapeutique, la cote de crédibilité du traitement, la capacité au dépassement de soi (« self-transcendence »),

La participation aux séances est détaillée dans la figure 2. On retrouve un taux de participation supérieur à 80% de l'effectif (27 patientes) aux séances 1 à 6 et même un taux de participation dépassant les 90% de l'effectif pour les séances 1, 3,4 et 5. Le taux de participation chute à 66 et 59% pour les séances 7 et 8 respectivement. Ces séances portaient sur l'hyperactivité et perfectionnisme et sur les prises en charge et le *brain storming* de fin de groupe respectivement.

Les patientes ayant participé à l'intégralité du groupe ont des caractéristiques cliniques similaires à celles ayant abandonné le programme ou n'ayant pas suivi toutes les séances (en terme d'âge, de durée d'évolution des troubles, de poids et IMC initiaux et de sévérité

de la symptomatologie du TCA). Nous n'avons pas mis en évidence de profil particulier qui pourrait nous guider sur l'indication ultérieure de tels groupes.

- Résultats qualitatifs et enquêtes de satisfaction :

Les enquêtes de satisfaction ont permis de montrer que le groupe apporte une aide aux patientes. La majorité des patientes a jugé le groupe utile, et ce sur différents aspects.

L'évaluation globale rapporte que 95% des patientes sont satisfaites de l'accueil en début de groupe. Cependant, seulement 47% sont satisfaites de l'information et des explications données sur le programme avant d'y participer. Ceci peut être expliqué par le fait que le groupe est présenté aux patientes par leur psychiatre traitant et non par les intervenants du groupe. Il peut être difficile pour eux de décrire ce groupe qu'ils ne connaissent que par quelques descriptions faites par les intervenants. Parfois le psychiatre traitant était aussi un des intervenant du groupe donc on peut penser que l'information donnée aux patientes a été hétérogène. Dans tous les cas, il est intéressant de réfléchir à une manière plus satisfaisante de présenter le groupe aux patientes.

A propos du contenu des séances, 74% des patientes en sont satisfaites et 26% plutôt satisfaites, certaines ont suggéré d'aborder les crises d'hyperphagie, les conduites de purges de façon plus approfondie. Les points abordés qui semblent les plus utiles selon les participantes sont les informations sur la maladie, ses symptômes et ses conséquences somatiques et psychiatriques. Les séances sur les relations avec l'entourage et l'affirmation de soi, sur l'image du corps, la silhouette et l'impact des médias, et enfin le travail sur les valeurs et la matrice ACT, le travail sur le perfectionnisme, l'hyperactivité et le fonctionnement de pensée (manque de flexibilité mentale) sont aussi cités par quelques patientes.

Les exercices et techniques réutilisés entre la fin du groupe et la prise de contact téléphoniques étaient majoritairement l'affirmation de soi et la matrice ACT. Puis de façon moins prononcée, les exercices sur le perfectionnisme, l'hyperactivité, la silhouette et la relaxation étaient réutilisés par les patientes. Il semble pertinent de noter que certaines patientes ne faisaient pas ces exercices de manière « scolaire » mais plutôt mentalement sans support matériel.

Toutes les patientes sont satisfaites de l'écoute et la disponibilité des intervenants. Concernant les modalités du groupe, seulement 35% des patientes sont satisfaites du

nombre de séances 55% en sont plutôt satisfaites et 10% moyennement satisfaites. Elles souhaitaient dans la majorité des cas un nombre plus élevé de séances et certaines ont suggéré de faire une séance « rappel » à distance de la fin du groupe. 90% d'entre elles étaient satisfaites de la fréquence des séances ce qui nous conforte sur le choix de séances hebdomadaires. Concernant la durée des séances, 63% du groupe en était satisfait, 32% plutôt satisfait et 5% moyennement satisfait. Aucune ne précisait si les séances leur paraissaient trop courtes ou trop longues.

Concernant les échanges au sein du groupe, 62% ont évalué en être satisfait, 29% plutôt satisfait et 10% moyennement satisfait. En général, les patientes ont rapporté avoir trouvé les échanges bénéfiques, permettant de se sentir moins seule face à la maladie et d'avoir un partage d'expérience. Certaines ont signifié qu'elles auraient souhaité participer d'avantage mais n'ont pas osé car ne se sentaient pas à l'aise à l'oral. Elles ont aussi déclaré qu'il était aidant que les intervenants fassent circuler la parole pour aider à des échanges plus harmonieux au sein du groupe. Enfin, certaines ont noté que la première séance dédiée uniquement à la présentation du groupe et des intervenants et participantes était utile pour apprendre à se connaître et permettre ensuite de participer plus sereinement.

Chaque séance a été évaluée par les patientes par un questionnaire de satisfaction. Globalement, elles ont trouvé les thématiques pertinentes, les informations claires et compréhensibles, les exercices adaptés et les séances aidantes. Parfois, les patientes expriment le besoin de plus de pratique lors des séances. La relaxation en début de séance a été appréciée et jugée utile pour certaines patientes.

- Résultats quantitatifs :

On retrouve une amélioration clinique sur certains points en regardant l'évolution des scores aux échelles entre T₀, T₁ et T₂.

● Pour l'EDE-Q, on note une amélioration significative du score total dès T₁ ($\Delta T_0-T_1 = 0.43$) et plus prononcée à T₂ ($\Delta T_0-T_2=1.15$). L'amélioration des sous scores n'est significative qu'à T₂, avec une diminution des scores plus marquée pour les restrictions, les préoccupations alimentaires et autour de la silhouette ($\Delta T_0-T_2= 1.36 ; 1.31$ et 1.14 respectivement). L'amélioration du sous score est moins prononcée pour les préoccupations pondérales avec seulement une variation de 0.81 entre T₀ et T₂.

Selon les recommandations, le cut-off est fixé à 4 pour le score total de l'EDE afin de discriminer les patients souffrant de TCA des sujets sains. Si l'on adopte ce cut-off pour notre étude, 7 patientes sur 27 présentent les critères de TCA à l'inclusion et seulement 2 sur 20 à T2. Il est rapporté dans la littérature que ce seuil sous-estime le nombre de sujets malades. Un nouveau cut-off a été proposé à 2.09 pour l'anorexie mentale, sachant que plus l'IMC est faible, plus il diminue (cut-off à 1.62 si $IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$) (255). Si l'on se fie à ce cut-off, on compte 20 patientes sur 27 présentant les critères de TCA à l'inclusion et 8 patientes sur 20 en fin d'évaluation à T2. En terme d'évolution, l'amélioration est définie par Machado et al (256) par des scores inférieurs aux cut-off suivants : 2,12 pour le score global et 1.49, 1.37, 2.63 et 2.12, respectivement, pour la restriction, l'alimentation, les inquiétudes concernant le poids et la silhouette. Si l'on regarde nos résultats à T2, on peut parler d'amélioration sur le score global et sur le sous score évaluant les préoccupations autour du poids.

D'un point de vue qualitatif, la prise alimentaire est citée par les patientes parmi les domaines où elles ont observé des changements depuis la fin du groupe. Certaines parlent de « *manger sereinement* », d'autres de « *moins de culpabilité associée aux temps de repas et de prise de plaisir* ». Une patiente a également observé qu'elle avait moins de rituels autour des repas, ayant mis en place des exercices pour favoriser la flexibilité mentale (elle a adapté les exercices donnés pour le perfectionnisme et l'hyperactivité physique au comportement alimentaire en lui-même).

- Pour l'évolution pondérale on observe une prise de poids d'environ 9% du poids de base (à T0) en moyenne. Ceci correspond sur la moyenne des poids des 21 patientes évaluées une prise de plus de 2.5kg en 3 mois. Ces résultats sont significatifs.

- Concernant le fonctionnement, évalué par la WSAS, on retrouve une amélioration significative à T2 pour toutes les dimensions. La variation du score est plus importante pour la dimension domestique (diminution de 53% du score initial), autour de 45% du score initial pour les dimensions relationnelles et les loisirs personnels, et autour de 38% du score initial pour le travail et le loisir social.

Concernant la qualité de vie, l'amélioration des scores est significative pour toutes les dimensions à T1 mais ne l'est plus pour la dimension financière à T2. Les scores

diminuent de 47% du score initial pour la dimension psychologique, 43.4% pour la dimension physique et cognitive et 55% pour la dimension du travail ou des études.

Les patientes rapportent également une amélioration de leur qualité de vie et de leur fonctionnement à 3 mois lors des entretiens téléphoniques. Elles décrivent des changements dans leur quotidien entre la fin du groupe et les entretiens téléphoniques, qui peuvent être attribuables à de nombreux facteurs et pas simplement au groupe auquel elles ont participé bien entendu. Une partie des patientes décrit une amélioration des relations avec leurs proches, le sentiment d'être mieux comprises et soutenues. Certaines soulignent l'utilité des techniques d'affirmation de soi, d'autres la prise de conscience de leur propre fonctionnement grâce au groupe ayant pu faciliter les rapports avec leurs proches. Un groupe de patientes rapporte également comme changement notable le retour à une vie sociale, se traduisant par la reprise de sorties et de loisirs. Les patientes rapportent souvent une amélioration de la qualité de vie au travail (soit reprise de la recherche d'emploi alors qu'elles étaient démotivées, soit amélioration des capacités cognitives suite à une reprise de poids, soit une meilleure prise d'initiative et une plus forte confiance en soi en milieu professionnel).

- Concernant l'humeur, on note que les patientes ont des scores élevés au BDI à To avec une moyenne de 15 qui correspond à une dépression moyenne (sachant que le cut-off pour une dépression sévère est un score >16). En fin d'évaluation la moyenne des scores au BDI est à 8,7, soit une perte de 6,5 points en moyenne et une diminution de 42,7 % par rapport au score initial. A T2, les patientes ont un score qui correspond à la limite basse de la tranche « dépression moyenne », la tranche « dépression légère correspondant à un score compris entre 4 et 7). On peut dire que l'amélioration thymique est tout de même cliniquement significative. D'un point de vue qualitatif, un grand nombre de patientes a rapporté lors des entretiens se sentir moins asthénique, moins triste, avoir un sommeil de meilleure qualité ou bien avoir noté une disparition d'idées suicidaires ce qui est très intéressant d'un point de vue pronostique étant donné que le suicide est l'une des causes majeures de mortalité chez les sujets anorexiques. Lors de l'évaluation téléphonique à 3 mois les patientes rapportaient également moins d'anxiété.

- La motivation est évaluée par l'ANSOCQ. A l'inclusion les patientes avaient un score moyen de 3,15 à ce questionnaire ce qui se traduisait par un stade de motivation au changement de l'ordre de la préparation au changement selon Prochaska et Diclemente.

En fin d'évaluation, le score est quasiment similaire (à 3,47) et il n'existe pas de variation significative. On peut donc conclure qu'il n'y a pas de modification significative de la motivation au changement en fin d'évaluation. Nous pensions que ce groupe permettrait d'accroître la motivation au changement et ce n'est pas le cas. Il est possible qu'il faille plus de temps pour voir les effets en terme de motivation chez les patients car l'ambivalence ne se résout pas en 3 mois. Il est aussi possible que les patientes recrutées aient déjà atteint un stade de motivation avancé (elles ne sont plus ni dans la pré-contemplation ni dans la contemplation) et que le groupe ne permette pas de les motiver davantage pour qu'elles atteignent le stade ultérieur qui correspond à la mise en action.

•La question de l'insight dans l'anorexie est souvent posée. Pourtant il n'existe aucune échelle validée permettant de l'évaluer spécifiquement à ce jour. Pour explorer cette dimension nous avons créé un outil avec des questions cotées de 0 à 10 par les patientes afin d'évaluer l'évolution des scores au fil du temps. La variation du score pour la dimension « conscience de la maladie » n'est pas significative. Pour les 3 autres dimensions (« le besoin de soins », « la nécessité d'un suivi psychiatrique » et la notion d'avoir « un poids insuffisant »), on note une variation significative des scores avec une tendance à la diminution des scores pour les 3 questions. Ceci signifie que les patientes pensent être moins malades, avoir moins besoin de soin, de suivi psychiatrique, et ne pensent pas que leur poids est insuffisant par rapport à leur taille. On peut penser que les patientes ont un moins bon insight à 3 mois, ou bien on peut faire l'hypothèse qu'elles vont mieux et ont en effet moins besoin de soins.

b) Les limites :

Les limites de ce travail sont multiples. On peut tout d'abord parler du design, en ouvert, sans randomisation, ce qui ne correspond pas à une étude à haut niveau de preuve. Il faudrait prévoir un essai contrôlé et randomisé ultérieur, avec un nombre plus élevé de patients recrutés pour permettre une évaluation de l'impact clinique de ce groupe sur cette population.

Il n'y a pas de groupe contrôle, ce qui amène à se poser la question de la part attribuable aux effets du groupe dans l'amélioration clinique observée. Cette amélioration clinique peut provenir des effets thérapeutiques du groupe mais également résulter des

conséquences du reste de la prise en charge. Les patients de cette études sont recrutés via l'hospitalisation de jour du centre de recours TCA, la plupart sont en début de prise en charge et le suivi se met en place de façon concomitante à cette intervention de psychoéducation.

De même, le faible nombre de sujets recrutés pour cette étude ne permet pas d'obtenir des résultats généralisables à l'ensemble des sujets présentant une anorexie. La population recrutée est assez hétérogène en terme de staging (durée d'évolution de la maladie, poids, âge, prises en charge précédentes...) il serait intéressant de réaliser des groupes plus homogènes afin de déterminer à quel stade de la maladie et à quels profils de patients le groupe est le plus bénéfique, ou bien de réaliser des ajustements sur ces variables, si le nombre de patients était plus élevé. On peut se demander si le stade de la maladie, ou le niveau de sévérité, influent sur la rétention, ou sur l'évolution observée lors des évaluations quantitatives à 3 mois. On pourrait se dire que le groupe est plus utile et bénéfique pour les patientes en début de parcours, avec un stade peu avancé et qui n'ont pas encore bénéficié de prise en charge. Les patientes ayant atteint un stade de sévérité plus élevé n'ont en effet plus les mêmes objectifs thérapeutiques (lors de chronicité on parle plus de qualité de vie que de guérison). Elles ont aussi sans doute participé à d'autres groupes et reçu lors de leur prise en charge l'information que nous dispensons dans ce groupe. Nous n'avons pas tenu compte de la participation en parallèle à d'autres groupes (affirmation de soi, remédiation cognitive), ni de l'intensité du suivi psychiatrique concomitant. La rythmicité de ce suivi, sa nature, sa durée sont des paramètres dont il faudrait tenir compte pour pouvoir pleinement apprécier les effets liés au groupe en soi.

Les patientes hospitalisées lors du groupe ont de fait dû participer aux séances, contrairement à celles en ambulatoire, plus libres de venir ou non au groupe ; cela biaise probablement les résultats concernant la participation au groupe.

Enfin, on peut aussi discuter l'absence de spécificité de ce programme, qui utilise différentes techniques psychothérapeutiques. Il est difficile de déterminer quels outils auront permis une amélioration clinique chez certaines patientes. Au vu de l'ensemble des thèmes abordés lors du programme, il est également difficile d'évaluer l'impact clinique de chacune de séances, de l'apport de chaque notion prise de façon individuelle.

Le programme de psychoéducation est évalué ici dans sa globalité, sachant que certaines notions sont sans doute plus utiles et aidantes que d'autres pour les patients.

c) Les perspectives :

Comme axes d'amélioration, nous pouvons retenir un travail sur la forme du groupe avec peut être une modification du nombre de séances ou bien faire une séance de rappel à distance comme le demandaient plusieurs patientes. Concernant le contenu, certaines ont exprimé le désir d'approfondir leurs connaissances sur les facteurs génétiques et biologiques de la maladie, d'autres sur les pronostics et l'évolution, et d'autres encore sur l'image du corps et la dysmorphophobie. Nous pourrions donc améliorer les séances correspondantes pour la suite du groupe. On retrouve également plusieurs patients qui ont souligné le fait que les crises d'hyperphagie ne sont pas abordées dans le programme. Ceci peut s'expliquer par le fait que lors de l'élaboration du programme nous avons pensé le dédier à des patients souffrant d'anorexie de type restrictif pur. Dans un second temps, nous avons élargi nos critères d'inclusion à tous les sous types d'anorexie sans ajouter un volet spécifique aux crises de boulimie et aux conduites de purges. Ceci est à réfléchir pour la suite du groupe.

Enfin, certaines patientes ont exprimé le fait qu'elles auraient souhaité rencontrer une patiente « *qui s'en est sorti* » ou au moins avoir un témoignage, afin de comprendre comment se passe « *la vie après la guérison* », ou du moins d'aborder la reprise de poids et le parcours vers la rémission. Ceci a ensuite pu être instauré sur les groupes suivants.

Ce groupe de psychoéducation est l'un des premiers élaborés en France mais semble être facile à mettre en place dans les services de soins et accessible aux patients souffrant d'anorexie mentale. Il est court, le support est adapté afin de permettre à de nouveaux thérapeutes de le prendre en main. Il serait intéressant qu'un nombre plus important de patients puissent en bénéficier afin de connaître les réels effets cliniques sur cette population. Enfin, il serait nécessaire d'évaluer ce programme grâce à une étude randomisée contrôlée avec un nombre de sujet élargi.

6) Conclusion :

Cette étude permet de montrer un certain intérêt de la mise en place d'un programme de psychoéducation auprès des patients souffrant d'anorexie mentale. Les résultats qualitatifs mettent en avant le bénéfice et le soutien rapportés par la majorité des patients ayant participé à ce groupe. Cette intervention courte et accessible, est facile à mettre en place dans un service de soin et permet un apport d'information sur la psychopathologie aux patients ayant débuté les soins depuis peu. Elle permet également un soutien et un partage d'expérience qui semble être apprécié par les participants. Sur le plan quantitatif, nous avons noté une amélioration significative sur le plan pondéral qui reste à confirmer par une étude de plus grande envergure et surtout par une étude de type essai randomisé et contrôlé afin d'avoir un meilleur niveau de preuve.

Références :

1. Davis C, Katzman DK, Kaptein S, Kirsh C, Brewer H, Kalmbach K, et al. The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: etiological implications. *Compr Psychiatry*. déc 1997;38(6):321-6.
2. Davis C, Kennedy SH, Ravelski E, Dionne M. The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychol Med*. nov 1994;24(4):957-67.
3. Achamrah N, Coëffier M, Déchelotte P. Physical activity in patients with anorexia nervosa. *Nutr Rev*. mai 2016;74(5):301-11.
4. Treasure J, Claudino AM, Zucker NL. Eating disorders. *The Lancet*. 19 févr 2010;19(9714):583-93.
5. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. août 2012;14(4):406-14.
6. Steinhausen H-C, Jensen CM. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *Int J Eat Disord*. nov 2015;48(7):845-50.
7. Smink FRE, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord*. sept 2014;47(6):610-9.
8. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. avr 2011;198(4):295-301.
9. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 1 févr 2007;61(3):348-58.
10. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet*. 1 févr 2003;361(9355):407-16.
11. Löwe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med*. juill 2001;31(5):881-90.
12. Fichter MM, Quadflieg N, Crosby RD, Koch S. Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord*. 23 juin 2017;
13. Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1 janv 2009;194(1):10-7.
14. Mustelin L, Raevuori A, Bulik CM, Rissanen A, Hoek HW, Kaprio J, et al. Long-term outcome in anorexia nervosa in the community. *Int J Eat Disord*. nov 2015;48(7):851-9.

15. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa - medical complications. *J Eat Disord.* 2015;3:11.
16. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry.* juill 2011;68(7):724-31.
17. Keshaviah A, Edkins K, Hastings ER, Krishna M, Franko DL, Herzog DB, et al. Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: a meta-analysis redux. *Compr Psychiatry.* nov 2014;55(8):1773-84.
18. Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand.* juill 2011;124(1):6-17.
19. Guillaume S, Jaussent I, Olié E, Genty C, Bringer J, Courtet P, et al. Characteristics of Suicide Attempts in Anorexia and Bulimia Nervosa: A Case-Control Study. *PLoS ONE.* août 2011;6(8):1-7.
20. Haute Autorité de santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique, juin 2010. *Nutr Clin Métabolisme.* 1 juin 2011;25(2):57-74.
21. Boraska V, Franklin CS, Floyd J a B, Thornton LM, Huckins LM, Southam L, et al. A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Mol Psychiatry.* oct 2014;19(10):1085-94.
22. Bulik CM, Kleiman SC, Yilmaz Z. Genetic epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* nov 2016;29(6):383-8.
23. Wang K, Zhang H, Bloss CS, Duvvuri V, Kaye W, Schork NJ, et al. A genome-wide association study on common SNPs and rare CNVs in anorexia nervosa. *Mol Psychiatry.* sept 2011;16(9):949-59.
24. Devlin B, Bacanu S-A, Klump KL, Bulik CM, Fichter MM, Halmi KA, et al. Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates. *Hum Mol Genet.* 15 mars 2002;11(6):689-96.
25. Grice DE, Halmi KA, Fichter MM, Strober M, Woodside DB, Treasure JT, et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Hum Genet.* mars 2002;70(3):787-92.
26. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry.* mars 2000;157(3):393-401.
27. Yilmaz Z, Hardaway JA, Bulik CM. Genetics and Epigenetics of Eating Disorders. *Adv Genomics Genet.* 2015;5:131-50.
28. Klump KL, Suisman JL, Burt SA, McGue M, Iacono WG. Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *J Abnorm Psychol.* nov 2009;118(4):797-805.

29. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med.* janv 2016;78(1):79-90.
30. Trottier K, MacDonald DE. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Curr Psychiatry Rep.* août 2017;19(8):45.
31. Molendijk ML, Hoek HW, Brewerton TD, Elzinga BM. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med.* juin 2017;47(8):1402-16.
32. Guillaume S, Jaussent I, Maimoun L, Ryst A, Seneque M, Villain L, et al. Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Sci Rep.* 2 nov 2016;6:35761.
33. Mills P, Newman EF, Cossar J, Murray G. Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse Negl.* 1 janv 2015;39(Supplement C):156-66.
34. Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse Negl.* 1 janv 2015;39(Supplement C):167-74.
35. Collins B, Fischer S, Stojek M, Becker K. The relationship of thought suppression and recent rape to disordered eating in emerging adulthood. *J Adolesc.* 1 févr 2014;37(2):113-21.
36. Rozenblat V, Ong D, Fuller-Tyszkiewicz M, Akkermann K, Collier D, Engels RCME, et al. A systematic review and secondary data analysis of the interactions between the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism and environmental and psychological factors in eating disorders. *J Psychiatr Res.* 1 janv 2017;84:62-72.
37. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An Observational Study of Mothers with Eating Disorders and Their Infants. *J Child Psychol Psychiatry.* mai 1994;35(4):733-48.
38. de Barse LM, Tharner A, Micali N, Jaddoe VVW, Hofman A, Verhulst FC, et al. Does maternal history of eating disorders predict mothers' feeding practices and preschoolers' emotional eating? *Appetite.* févr 2015;85:1-7.
39. Jacobi C, Agras WS, Hammer L. Predicting Children's Reported Eating Disturbances at 8 Years of Age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1 mars 2001;40(3):364-72.
40. Stein A, Woolley H, Cooper S, Winterbottom J, Fairburn CG, Cortina-Borja M. Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders: Longitudinal study. *Br J Psychiatry.* 1 oct 2006;189(4):324-9.
41. Klein KM, Brown TA, Kennedy GA, Keel PK. Examination of parental dieting and comments as risk factors for increased drive for thinness in men and women at 20-year follow-up. *Int J Eat Disord.* 1 mai 2017;50(5):490-7.

42. Hill AJ, Franklin JA. Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *Br J Clin Psychol.* févr 1998;37 (Pt 1):3-13.
43. Pike KM, Rodin J. Mothers, daughters, and disordered eating. *J Abnorm Psychol.* mai 1991;100(2):198-204.
44. Holland LA, Bodell LP, Keel PK. Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* sept 2013;21(5):405-10.
45. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psychol.* janv 2017;126(1):38-51.
46. Calzo JP, Sonnevile KR, Haines J, Blood EA, Field AE, Austin SB. The development of associations among body mass index, body dissatisfaction, and weight and shape concern in adolescent boys and girls. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* nov 2012;51(5):517-23.
47. Hoffmann S, Warschburger P. Weight, shape, and muscularity concerns in male and female adolescents: Predictors of change and influences on eating concern. *Int J Eat Disord.* févr 2017;50(2):139-47.
48. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *J Psychosom Res.* nov 2002;53(5):985-93.
49. Neumark-Sztainer D, Falkner N, Story M, Perry C, Hannan PJ, Mulert S. Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes.* janv 2002;26(1):123-31.
50. Mitchison D, Mond J, Hay P, Griffiths S, Murray SB, Bentley C, et al. Disentangling body image: The relative associations of overvaluation, dissatisfaction, and preoccupation with psychological distress and eating disorder behaviors in male and female adolescents. *Int J Eat Disord.* févr 2017;50(2):118-26.
51. Horndasch S, Heinrich H, Kratz O, Mai S, Graap H, Moll GH. Perception and evaluation of women's bodies in adolescents and adults with anorexia nervosa. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* déc 2015;265(8):677-87.
52. Tovée MJ, Emery JL, Cohen-Tovée EM. The estimation of body mass index and physical attractiveness is dependent on the observer's own body mass index. *Proc Biol Sci.* 7 oct 2000;267(1456):1987-97.
53. Moody TD, Shen VW, Hutcheson NL, Sheen CL, Strober M, Feusner JD, et al. Appearance evaluation of others' faces and bodies in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Int J Eat Disord.* févr 2017;50(2):127-38.
54. Cazzato V, Mian E, Mele S, Tognana G, Todisco P, Urgesi C. The effects of body exposure on self-body image and esthetic appreciation in anorexia nervosa. *Exp Brain Res.* mars 2016;234(3):695-709.

55. Hamatani S, Tomotake M, Takeda T, Kameoka N, Kawabata M, Kubo H, et al. Impaired central coherence in patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 30 sept 2017;259:77-80.
56. Hamatani S, Tomotake M, Takeda T, Kameoka N, Kawabata M, Kubo H, et al. Influence of cognitive function on quality of life in anorexia nervosa patients. *Psychiatry Clin Neurosci.* mai 2017;71(5):328-35.
57. Roberts ME, Tchanturia K, Treasure JL. Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res.* oct 2010;44(14):964-70.
58. Lang K, Stahl D, Espie J, Treasure J, Tchanturia K. Set shifting in children and adolescents with anorexia nervosa: an exploratory systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* mai 2014;47(4):394-9.
59. Tchanturia K, Davies H, Roberts M, Harrison A, Nakazato M, Schmidt U, et al. Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PloS One.* 2012;7(1):e28331.
60. Lang K, Treasure J, Tchanturia K. Is inefficient cognitive processing in anorexia nervosa a familial trait? A neuropsychological pilot study of mothers of offspring with a diagnosis of anorexia nervosa. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* juin 2016;17(4):258-65.
61. Hogan MJ, Strasburger VC. Body image, eating disorders, and the media. *Adolesc Med State Art Rev.* déc 2008;19(3):521-46, x-xi.
62. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 2002;180:509-14.
63. Becker AE, Fay KE, Agnew-Blais J, Khan AN, Striegel-Moore RH, Gilman SE. Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* janv 2011;198(1):43-50.
64. Tiggemann M, Slater A. Thin ideals in music television: a source of social comparison and body dissatisfaction. *Int J Eat Disord.* janv 2004;35(1):48-58.
65. Calado M, Lameiras M, Sepulveda AR, Rodríguez Y, Carrera MV. The mass media exposure and disordered eating behaviours in Spanish secondary students. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* oct 2010;18(5):417-27.
66. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics.* janv 2001;107(1):54-60.
67. Field AE, Austin SB, Camargo CA, Taylor CB, Striegel-Moore RH, Loud KJ, et al. Exposure to the mass media, body shape concerns, and use of supplements to improve weight and shape among male and female adolescents. *Pediatrics.* août 2005;116(2):e214-220.

68. Tiggemann M, Slater A. Facebook and body image concern in adolescent girls: A prospective study. *Int J Eat Disord.* janv 2017;50(1):80-3.
69. Bould H, De Stavola B, Magnusson C, Micali N, Dal H, Evans J, et al. The influence of school on whether girls develop eating disorders. *Int J Epidemiol.* avr 2016;45(2):480-8.
70. Goodman A, Heshmati A, Koupil I. Family history of education predicts eating disorders across multiple generations among 2 million Swedish males and females. *PloS One.* 2014;9(8):e106475.
71. Goltz FR, Stenzel LM, Schneider CD. Disordered eating behaviors and body image in male athletes. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. sept 2013;35(3):237-42.
72. Arcelus J, Witcomb GL, Mitchell A. Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2014;22(2):92-101.
73. Preti A, Usai A, Miotto P, Petretto DR, Masala C. Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Res.* 30 mai 2008;159(1-2):86-94.
74. Zancu SA, Enea V. Eating disorders among fashion models: a systematic review of the literature. *Eat Weight Disord EWD.* 2 juin 2016;
75. Rohde P, Stice E, Gau JM. Predicting persistence of eating disorder compensatory weight control behaviors. *Int J Eat Disord.* mai 2017;50(5):561-8.
76. Kask J, Ekselius L, Brandt L, Kollia N, Ekblom A, Papadopoulos FC. Mortality in Women With Anorexia Nervosa: The Role of Comorbid Psychiatric Disorders. *Psychosom Med.* oct 2016;78(8):910-9.
77. Bühren K, Schwarte R, Fluck F, Timmesfeld N, Krei M, Egberts K, et al. Comorbid Psychiatric Disorders in Female Adolescents with First-Onset Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 1 janv 2014;22(1):39-44.
78. Aspen V, Weisman H, Vannucci A, Nafiz N, Gredysa D, Kass AE, et al. Psychiatric comorbidity in women presenting across the continuum of disordered eating. *Eat Behav.* 1 déc 2014;15(4):686-93.
79. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry.* 1 déc 2004;161(12):2215-21.
80. Kaye WH, Weltzin TE. Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* mai 1997;21(4):367-76.
81. Mattar L, Thiébaud M-R, Huas C, Cebula C, Godart N. Depression, anxiety and obsessive-compulsive symptoms in relation to nutritional status and outcome in severe anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 30 déc 2012;200(2):513-7.

82. Mas S, Plana MT, Castro-Fornieles J, Gassó P, Lafuente A, Moreno E, et al. Common genetic background in anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder: preliminary results from an association study. *J Psychiatr Res.* juin 2013;47(6):747-54.
83. Sallet PC, de Alvarenga PG, Ferrão Y, de Mathis MA, Torres AR, Marques A, et al. Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Int J Eat Disord.* mai 2010;43(4):315-25.
84. Błachno M, Bryńska A, Tomaszewicz-Libudzc C, Jagielska G, Srebnicki T, Wiśniewski A, et al. Obsessive-compulsive symptoms and physical activity in patients with anorexia nervosa - possible relationships. *Psychiatr Pol.* 2016;50(1):55-64.
85. Meier SM, Bulik CM, Thornton LM, Mattheisen M, Mortensen PB, Petersen L. Diagnosed Anxiety Disorders and the Risk of Subsequent Anorexia Nervosa: A Danish Population Register Study. *Eur Eat Disord Rev.* 1 nov 2015;23(6):524-30.
86. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P, et al. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *J Affect Disord.* 1 janv 2007;97(1):37-49.
87. Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdereau F, Lang F, et al. Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *J Affect Disord.* 1 oct 2015;185:115-22.
88. Mattar L, Huas C, Duclos J, Apfel A, Godart N. Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: a critical review of the literature. *J Affect Disord.* août 2011;132(3):311-8.
89. Spoor STP, Stice E, Bekker MHJ, Van Strien T, Croon MA, Van Heck GL. Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study. *Int J Eat Disord.* déc 2006;39(8):700-7.
90. Brand-Gothelf A, Leor S, Apter A, Fennig S. The impact of comorbid depressive and anxiety disorders on severity of anorexia nervosa in adolescent girls. *J Nerv Ment Dis.* oct 2014;202(10):759-62.
91. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 1998;173:11-53.
92. McElroy SL, Crow S, Blom TJ, Biernacka JM, Winham SJ, Geske J, et al. Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* févr 2016;191:216-21.
93. McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altshuler L, Leverich GS, Suppes T, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 1 févr 2011;128(3):191-8.
94. Tseng M-CM, Chang C-H, Chen K-Y, Liao S-C, Chen H-C. Prevalence and correlates of bipolar disorders in patients with eating disorders. *J Affect Disord.* 15 janv 2016;190:599-606.

95. McElroy SL, Kotwal R, Keck PE, Akiskal HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord.* 1 juin 2005;86(2):107-27.
96. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev.* nov 2005;25(7):895-916.
97. Klump KL, Strober M, Bulik CM, Thornton L, Johnson C, Devlin B, et al. Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychol Med.* nov 2004;34(8):1407-18.
98. Atiye M, Miettunen J, Raevuori-Helkamaa A. A meta-analysis of temperament in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2015;23(2):89-99.
99. Tomotake M, Ohmori T. Personality profiles in patients with eating disorders. *J Med Investig JMI.* août 2002;49(3-4):87-96.
100. von Lojewski A, Fisher A, Abraham S. Have personality disorders been overdiagnosed among eating disorder patients? *Psychopathology.* 2013;46(6):421-6.
101. Harrop EN, Marlatt GA. The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addict Behav.* 1 mai 2010;35(5):392-8.
102. Root TL, Pinheiro AP, Thornton L, Strober M, Fernandez-Aranda F, Brandt H, et al. Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* janv 2010;43(1):14-21.
103. Mann AP, Accurso EC, Stiles-Shields C, Capra L, Labuschagne Z, Karnik NS, et al. Factors Associated With Substance Use in Adolescents With Eating Disorders. *J Adolesc Health.* 1 août 2014;55(2):182-7.
104. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, et al. Alcohol Use Disorder Comorbidity in Eating Disorders: A Multicenter Study. [CME]. *J Clin Psychiatry.* 1 juill 2004;65(7):1000-6.
105. Suzuki K, Takeda A, Yoshino A. Mortality 6 years after inpatient treatment of female Japanese patients with eating disorders associated with alcoholism. *Psychiatry Clin Neurosci.* juin 2011;65(4):326-32.
106. Huke V, Turk J, Saeidi S, Kent A, Morgan JF. Autism spectrum disorders in eating disorder populations: a systematic review. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* sept 2013;21(5):345-51.
107. Koch SV, Larsen JT, Mouridsen SE, Bentz M, Petersen L, Bulik C, et al. Autism spectrum disorder in individuals with anorexia nervosa and in their first- and second-degree relatives: Danish nationwide register-based cohort-study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mai 2015;206(5):401-7.

108. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* déc 2016;49(12):1045-57.
109. Svedlund NE, Norring C, Ginsberg Y, von Hausswolff-Juhlin Y. Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among adult eating disorder patients. *BMC Psychiatry.* 17 janv 2017;17(1):19.
110. Kouidrat Y, Amad A, Lalau J-D, Loas G. Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management. *Schizophr Res Treat.* 2014;2014:791573.
111. Foulon C. [Schizophrenia and eating disorders]. *L'Encephale.* oct 2003;29(5):463-6.
112. Bou Khalil R, Hachem D, Richa S. Eating disorders and schizophrenia in male patients: a review. *Eat Weight Disord EWD.* sept 2011;16(3):e150-156.
113. Erdur L, Kallenbach-Dermutz B, Lehmann V, Zimmermann-Viehoff F, Köpp W, Weber C, et al. Somatic comorbidity in anorexia nervosa: First results of a 21-year follow-up study on female inpatients. *Biopsychosoc Med.* 2 févr 2012;6:4.
114. Perkins SJ, Keville S, Schmidt U, Chalder T. Eating disorders and irritable bowel syndrome: is there a link? *J Psychosom Res.* 1 août 2005;59(2):57-64.
115. Norris ML, Harrison ME, Isserlin L, Robinson A, Feder S, Sampson M. Gastrointestinal complications associated with anorexia nervosa: A systematic review. *Int J Eat Disord.* mars 2016;49(3):216-37.
116. Camilleri M, Parkman HP, Shafi MA, Abell TL, Gerson L, American College of Gastroenterology. Clinical guideline: management of gastroparesis. *Am J Gastroenterol.* janv 2013;108(1):18-37; quiz 38.
117. Hirakawa M, Okada T, Iida M, Tamai H, Kobayashi N, Nakagawa T, et al. Small bowel transit time measured by hydrogen breath test in patients with anorexia nervosa. *Dig Dis Sci.* 1 juin 1990;35(6):733-6.
118. Donaldson AA, Gordon CM. Skeletal complications of eating disorders. *Metabolism.* sept 2015;64(9):943-51.
119. Katzman DK. Medical Complications in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Int J Eat Disord.* 2 avr 2005;37:52-9.
120. Shuttleworth E, Sharma S, Lal S, Allan PJ. Medical complications of anorexia nervosa. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005. mai 2016;77(5):287-93.
121. Nagata JM, Golden NH, Peebles R, Long J, Leonard MB, Chang AO, et al. Assessment of sex differences in bone deficits among adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1 avr 2017;50(4):352-8.
122. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med.* janv 2016;129(1):30-7.

123. Spaulding-Barclay MA, Stern J, Mehler PS. Cardiac changes in anorexia nervosa. *Cardiol Young*. avr 2016;26(4):623-8.
124. Sachs KV, Harnke B, Mehler PS, Krantz MJ. Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review. *Int J Eat Disord*. mars 2016;49(3):238-48.
125. Lázaro L, Andrés S, Calvo A, Cullell C, Moreno E, Plana MT, et al. Normal gray and white matter volume after weight restoration in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. déc 2013;46(8):841-8.
126. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord*. mars 2016;49(3):260-75.
127. Hütter G, Ganepola S, Hofmann W-K. The hematology of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. mai 2009;42(4):293-300.
128. Gardenghi GG, Boni E, Todisco P, Manara F, Borghesi A, Tantucci C. Respiratory Function in Patients With Stable Anorexia Nervosa. *CHEST*. 1 nov 2009;136(5):1356-63.
129. Coxson HO, Chan IHT, Mayo JR, Hlynsky J, Nakano Y, Birmingham CL. Early Emphysema in Patients with Anorexia Nervosa. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 oct 2004;170(7):748-52.
130. Forney KJ, Buchman-Schmitt JM, Keel PK, Frank GKW. The medical complications associated with purging. *Int J Eat Disord*. mars 2016;49(3):249-59.
131. Hay PJ, Claudino AM, Touyz S, Abd Elbaky G. Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. juin 2015;(7):CD003909.
132. Tchanturia K, Lounes N, Holttum S. Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: a systematic review. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. nov 2014;22(6):454-62.
133. Tchanturia K, Giombini L, Leppanen J, Kinnaird E. Evidence for Cognitive Remediation Therapy in Young People with Anorexia Nervosa: Systematic Review and Meta-analysis of the Literature. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. juill 2017;25(4):227-36.
134. Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S, WFSBP Task Force On Eating Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry*. sept 2011;12(6):400-43.
135. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, Keck PE. Psychopharmacologic treatment of eating disorders: emerging findings. *Curr Psychiatry Rep*. mai 2015;17(5):35.
136. Miniati M, Mauri M, Ciberti A, Mariani MG, Marazziti D, Dell'Osso L. Psychopharmacological options for adult patients with anorexia nervosa. *CNS Spectr*. avr 2016;21(2):134-42.

137. Kishi T, Kafantaris V, Sunday S, Sheridan EM, Correll CU. Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? Results from a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. juin 2012;73(6):e757-766.
138. McKnight RF, Park RJ. Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. janv 2010;18(1):10-21.
139. Marzola E, Desedime N, Giovannone C, Amianto F, Fassino S, Abbate-Daga G. Atypical antipsychotics as augmentation therapy in anorexia nervosa. *PloS One*. 2015;10(4):e0125569.
140. Frank GKW, Shott ME, Hagman JO, Schiel MA, DeGuzman MC, Rossi B. The partial dopamine D2 receptor agonist aripiprazole is associated with weight gain in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. avr 2017;50(4):447-50.
141. Leggero C, Masi G, Brunori E, Calderoni S, Carissimo R, Maestro S, et al. Low-dose olanzapine monotherapy in girls with anorexia nervosa, restricting subtype: focus on hyperactivity. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. avr 2010;20(2):127-33.
142. Andrews JT, Seide M, Guarda AS, Redgrave GW, Coffey DBJ. Electroconvulsive therapy in an adolescent with severe major depression and anorexia nervosa. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. mars 2014;24(2):94-8.
143. Ferguson JM. The Use of Electroconvulsive Therapy in Patients with Intractable Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*. mars 1993;13(2):195-201.
144. Cleary DR, Ozpinar A, Raslan AM, Ko AL. Deep brain stimulation for psychiatric disorders: where we are now. *Neurosurg Focus*. juin 2015;38(6):E2.
145. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. 2007 [cité 7 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
146. Ministère de la santé et des sports. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
147. Neff L, Hayward R. Reciprocal contributions between psychoanalysis and psychoeducation. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1971;10(2):204-41.
148. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach. *Schizophr Bull*. 1 janv 1980;6(3):490-505.
149. Bonsack C, Favrod J. Qu'est ce que la psychoéducation? *Santé Ment*. 2008;(126):26-32.
150. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2011;169(3):184-7.
151. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoeducation: Definition, history, interest and limits. *Ann Med Psychol (Paris)*. févr 2015;173(1):79-83.

152. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Curr Opin Psychiatry*. mars 2008;21(2):168-72.
153. Maurel M, Belzeaux R, Adida M, Fakra E, Cermolacce M, Da Fonseca D, et al. [Schizophrenia, cognition and psychoeducation]. *L'Encephale*. déc 2011;37 Suppl 2:S151-154.
154. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 juin 2011;(6):CD002831.
155. Rummel CB, Hansen W-P, Helbig A, Pitschel-Walz G, Kissling W. Peer-to-peer psychoeducation in schizophrenia: a new approach. *J Clin Psychiatry*. déc 2005;66(12):1580-5.
156. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther*. avr 2003;29(2):223-45.
157. Hodé Y. [Psychoeducation of patients and their family members during episode psychosis]. *L'Encephale*. sept 2013;39 Suppl 2:S110-114.
158. Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 8 déc 2010; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/www.ezp.biu-montpellier.fr/doi/10.1002/14651858.CD000088.pub3/abstract>
159. Valladier E, Willard D, Romo L, Hodé Y, Morvan Y. La dépression chez les proches de patients souffrant de schizophrénie : effets longitudinaux sur 8 mois du programme ProFamille. *L'Encéphale* [Internet]. 7 janv 2017; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700616302779>
160. Bauer MS, McBride L, Chase C, Sachs G, Shea N. Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. *J Clin Psychiatry*. sept 1998;59(9):449-55.
161. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Arch Gen Psychiatry*. 1 avr 2003;60(4):402-7.
162. Colom F, Vieta E. [Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation]. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. oct 2004;26 Suppl 3:47-50.
163. Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Sedlackova Z, Cerna M, Mainerova B, et al. Bipolar affective disorder and psychoeducation. *Neuro Endocrinol Lett*. 2013;34(2):83-96.
164. Stafford N, Colom F. Purpose and effectiveness of psychoeducation in patients with bipolar disorder in a bipolar clinic setting. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2013;(442):11-8.

165. Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord.* juin 2015;17(4):349-62.
166. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry.* 1 mars 2009;194(3):260-5.
167. Colom F, Reinares M, Pacchiarotti I, Popovic D, Mazzarini L, Martínez-Arán A, et al. Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up *post hoc* analysis. *Acta Neuropsychiatr.* avr 2010;22(2):50-3.
168. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea J, et al. Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disord.* 1 déc 2005;7:32-6.
169. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom.* oct 2004;73(5):312-9.
170. Gonzalez A, Peris TS, Vreeland A, Kiff CJ, Kendall PC, Compton SN, et al. Parental anxiety as a predictor of medication and CBT response for anxious youth. *Child Psychiatry Hum Dev.* févr 2015;46(1):84-93.
171. Hidalgo-Mazzei D, Mateu A, Reinares M, Undurraga J, Bonnín C del M, Sánchez-Moreno J, et al. Self-monitoring and psychoeducation in bipolar patients with a smart-phone application (SIMPLe) project: design, development and studies protocols. *BMC Psychiatry* [Internet]. 20 mars 2015;15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4379950/>
172. Bilderbeck AC, Atkinson LZ, McMahon HC, Voysey M, Simon J, Price J, et al. Psychoeducation and online mood tracking for patients with bipolar disorder: A randomised controlled trial. *J Affect Disord.* 15 nov 2016;205:245-51.
173. Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. [Psychoeducation in Depression: Results of two Surveys five Years Apart in Germany, Austria and Switzerland]. *Psychiatr Prax.* sept 2015;42(6):309-12.
174. Tursi MF de S, Baes C von W, Camacho FR de B, Tofoli SM de C, Juruena MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* nov 2013;47(11):1019-31.
175. Morokuma I, Shimodera S, Fujita H, Hashizume H, Kamimura N, Kawamura A, et al. Psychoeducation for major depressive disorders: a randomised controlled trial. *Psychiatry Res.* 30 nov 2013;210(1):134-9.
176. Aagaard J, Foldager L, Makki A, Hansen V, Müller-Nielsen K. The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: a randomized trial with a 2-year follow-up. *Nord J Psychiatry.* avr 2017;71(3):223-9.

177. Conradi HJ, Bos EH, Kamphuis JH, de Jonge P. The ten-year course of depression in primary care and long-term effects of psychoeducation, psychiatric consultation and cognitive behavioral therapy. *J Affect Disord.* 1 août 2017;217:174-82.
178. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med.* 16 déc 2009;7:79.
179. Brady P, Kangas M, McGill K. « Family Matters »: A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. *J Marital Fam Ther.* avr 2017;43(2):245-63.
180. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, et al. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mai 2011;198(5):385-90.
181. Timmerby N, Austin S, Bech P, Csillag C. [Family psychoeducation for affective disorders]. *Ugeskr Laeger.* 8 mai 2017;179(19).
182. Bevan Jones R, Thapar A, Stone Z, Thapar A, Jones I, Smith D, et al. Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 24 oct 2017;
183. Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Kissling W. Psychoeducation in anxiety disorders: Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Psychiatry Res.* 30 sept 2009;169(2):180-2.
184. Montoya A, Colom F, Ferrin M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* avr 2011;26(3):166-75.
185. Nussey C, Pistrang N, Murphy T. How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Care Health Dev.* sept 2013;39(5):617-27.
186. Vella-Zarb RA, Mills JS, Westra HA, Carter JC, Keating L. A Randomized controlled trial of motivational interviewing + self-help versus psychoeducation + self-help for binge eating. *Int J Eat Disord.* avr 2015;48(3):328-32.
187. Balestrieri M, Isola M, Baiano M, Ciano R. Psychoeducation in Binge Eating Disorder and EDNOS: a pilot study on the efficacy of a 10-week and a 1-year continuation treatment. *Eat Weight Disord EWD.* mars 2013;18(1):45-51.
188. Davis R, Olmsted MP, Rockert W. Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: assessing the clinical significance of change. *J Consult Clin Psychol.* déc 1990;58(6):882-5.
189. Ricca V, Mannucci E, Mezzani B, Bernardo MD, Barciulli E, Moretti S, et al. Cognitive-behavioral therapy versus combined treatment with group psychoeducation and fluoxetine in bulimic outpatients. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 1 juin 1997;2(2):94-9.

190. Davis R, Olmsted M. Group psychoeducation for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process... *Int J Eat Disord.* juill 1997;22(1):25-34.
191. Hagenah U, Vloet T. [Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* avr 2005;54(4):303-17.
192. Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B, Vloet T, Hagenah U. Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen program. *Eat Disord.* sept 2005;13(4):381-90.
193. Spettigue W, Maras D, Obeid N, Henderson KA, Buchholz A, Gomez R, et al. A psycho-education intervention for parents of adolescents with eating disorders: a randomized controlled trial. *Eat Disord.* 2015;23(1):60-75.
194. Uehara T, Kawashima Y, Goto M, Tasaki SI, Someya T. Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Compr Psychiatry.* avr 2001;42(2):132-8.
195. Hibbs R, Rhind C, Leppanen J, Treasure J. Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: a meta-analysis. *Int J Eat Disord.* mai 2015;48(4):349-61.
196. Brewin N, Wales J, Cashmore R, Plateau CR, Dean B, Cousins T, et al. Evaluation of a Motivation and Psycho-Educational Guided Self-Help Intervention for People with Eating Disorders (MOPED). *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mai 2016;24(3):241-6.
197. Andrewes DG, O'Connor P, Mulder C, McLennan J, Derham H, Weigall S, et al. Computerised psychoeducation for patients with eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* août 1996;30(4):492-7.
198. Belak L, Deliberto T, Shear M, Kerrigan S, Attia E. Inviting eating disorder patients to discuss the academic literature: a model program for psychoeducation. *J Eat Disord.* 2017;5:49.
199. García-García E, Rocha-Velis I, Vázquez-Velázquez V, Kaufer-Horwitz M, Reynoso R, Méndez JP. Experience of an eating disorders out-patient program in an internal medicine hospital. *Eat Weight Disord EWD.* déc 2013;18(4):429-35.
200. Storch M, Keller F, Weber J, Spindler A, Milos G. Psychoeducation in affect regulation for patients with eating disorders: a randomized controlled feasibility study. *Am J Psychother.* 2011;65(1):81-93.
201. Zabinski MF, Wilfley DE, Calfas KJ, Winzelberg AJ, Taylor CB. An interactive psychoeducational intervention for women at risk of developing an eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* oct 2004;72(5):914-9.
202. Rocco PL, Ciano RP, Balestrieri M. Psychoeducation in the prevention of eating disorders: An experimental approach in adolescent schoolgirls. *Br J Med Psychol.* sept 2001;74 Part 3:351-8.

203. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol.* sept 2006;45(Pt 3):343-66.
204. Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, Sternheim L, Startup H, McIntosh V, et al. Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* nov 2012;201(5):392-9.
205. Wade TD, Treasure J, Schmidt U. A case series evaluation of the Maudsley Model for treatment of adults with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* oct 2011;19(5):382-9.
206. Schmidt U, Magill N, Renwick B, Keyes A, Kenyon M, Dejong H, et al. The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* août 2015;83(4):796-807.
207. McIntosh VVW, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry.* avr 2005;162(4):741-7.
208. Schmidt U, Renwick B, Lose A, Kenyon M, Dejong H, Broadbent H, et al. The MOSAIC study - comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA) with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified, anorexia nervosa type: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 30 mai 2013;14:160.
209. Schmidt U, Ryan EG, Bartholdy S, Renwick B, Keyes A, O'Hara C, et al. Two-year follow-up of the MOSAIC trial: A multicenter randomized controlled trial comparing two psychological treatments in adult outpatients with broadly defined anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* août 2016;49(8):793-800.
210. Lose A, Davies C, Renwick B, Kenyon M, Treasure J, Schmidt U, et al. Process evaluation of the maudsley model for treatment of adults with anorexia nervosa trial. Part II: Patient experiences of two psychological therapies for treatment of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2014;22(2):131-9.
211. Waterman-Collins D, Renwick B, Lose A, Kenyon M, Serpell L, Richards L, et al. Process evaluation of the MOSAIC Trial, Part I: Therapist experiences of delivering two psychological therapies for treatment of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2014;22(2):122-30.
212. Zainal KA, Renwick B, Keyes A, Lose A, Kenyon M, DeJong H, et al. Process evaluation of the MOSAIC trial: treatment experience of two psychological therapies for out-patient treatment of Anorexia Nervosa. *J Eat Disord.* 2016;4:2.

213. Byrne S, Wade T, Hay P, Touyz S, Fairburn CG, Treasure J, et al. A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychol Med.* 29 mai 2017;1-11.
214. Mountford VA, Brown A, Bamford B, Saeidi S, Morgan JF, Lacey H. BodyWise: evaluating a pilot body image group for patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* janv 2015;23(1):62-7.
215. Tchanturia K, Larsson E, Adamson J. Brief Group Intervention Targeting Perfectionism in Adults with Anorexia Nervosa: Empirically Informed Protocol. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* nov 2016;24(6):489-93.
216. Steele AL, Waite S, Egan SJ, Finnigan J, Handley A, Wade TD. Psycho-education and group cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: a case-series evaluation. *Behav Cogn Psychother.* mars 2013;41(2):129-43.
217. Tchanturia K, Doris E, Fleming C. Effectiveness of cognitive remediation and emotion skills training (CREST) for anorexia nervosa in group format: a naturalistic pilot study. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mai 2014;22(3):200-5.
218. Tchanturia K, Doris E, Mountford V, Fleming C. Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: self-reported outcomes. *BMC Psychiatry.* 20 mars 2015;15:53.
219. Dewandeleer K, Vandereycken W. [Psycho-education about osteoporosis in anorexia nervosa patients]. *Tijdschr Voor Psychiatr.* 2007;49(2):105-9.
220. NICE : National clinical practice guideline. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. London [Internet]. Londres; 2004 [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
221. Anastasiadou D, Medina-Pradas C, Sepulveda AR, Treasure J. A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eat Behav.* août 2014;15(3):464-77.
222. Raenker S, Hibbs R, Goddard E, Naumann U, Arcelus J, Ayton A, et al. Caregiving and coping in carers of people with anorexia nervosa admitted for intensive hospital care. *Int J Eat Disord.* mai 2013;46(4):346-54.
223. Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* mars 2000;45(2):173-8.
224. Sepulveda AR, Lopez C, Macdonald P, Treasure J. Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching-based skills training for carers of people with an eating disorder. *Int J Eat Disord.* mai 2008;41(4):318-25.
225. Goddard E, Raenker S, Macdonald P, Todd G, Beecham J, Naumann U, et al. Carers' assessment, skills and information sharing: theoretical framework and trial protocol for a randomised controlled trial evaluating the efficacy of a complex

- intervention for carers of inpatients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* janv 2013;21(1):60-71.
226. Goddard E, Macdonald P, Sepulveda AR, Naumann U, Landau S, Schmidt U, et al. Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* sept 2011;199(3):225-31.
227. Hibbs R, Magill N, Goddard E, Rhind C, Raenker S, Macdonald P, et al. Clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe anorexia nervosa: pragmatic randomised controlled trial. *BJPsych Open.* juin 2015;1(1):56-66.
228. Magill N, Rhind C, Hibbs R, Goddard E, Macdonald P, Arcelus J, et al. Two-year Follow-up of a Pragmatic Randomised Controlled Trial Examining the Effect of Adding a Carer's Skill Training Intervention in Inpatients with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2016;24(2):122-30.
229. Rhind C, Hibbs R, Goddard E, Schmidt U, Micali N, Gowers S, et al. Experienced Carers Helping Others (ECHO): protocol for a pilot randomised controlled trial to examine a psycho-educational intervention for adolescents with anorexia nervosa and their carers. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* juill 2014;22(4):267-77.
230. Hodsoll J, Rhind C, Micali N, Hibbs R, Goddard E, Nazar BP, et al. A Pilot, Multicentre Pragmatic Randomised Trial to Explore the Impact of Carer Skills Training on Carer and Patient Behaviours: Testing the Cognitive Interpersonal Model in Adolescent Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* nov 2017;25(6):551-61.
231. Sepulveda AR, Lopez C, Todd G, Whitaker W, Treasure J. An examination of the impact of « the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops » on the well being of carers: a pilot study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* juill 2008;43(7):584-91.
232. Schwan R, Courtet P. *Envie, accompagner les patients déprimés.* 2014.
233. Perroud A. *Faire face à l'anorexie.*
234. Marrez A, Oda M, Lambda S. *Petit cahier d'exercices d'acceptation de son corps.* JOUVENCE; 2015. 64 p.
235. Cook-Darzens S, Doyen C. *50 Exercices pour sortir de l'anorexie.* Paris: Editions Odile Jacob; 2008. 211 p.
236. Cottraux J. *Les psychothérapies cognitives et comportementales.* 6^{ème}. Elsevier Masson; 2017. 480 p.
237. Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel - 2e éd. - Aider la personne à engager le changement.* 2e édition. Paris: InterEditions; 2013. 448 p.
238. Muir S, Newell C, Griffiths J, Walker K, Hooper H, Thomas S, et al. *MotivATE: A Pretreatment Web-Based Program to Improve Attendance at UK Outpatient Services*

Among Adults With Eating Disorders. *JMIR Res Protoc* [Internet]. 26 juill 2017 [cité 9 févr 2018];6(7). Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5550733/>

239. Feld R, Woodside DB, Kaplan AS, Olmsted MP, Carter JC. Pretreatment Motivational Enhancement Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study. *Int J Eat Disord*. mai 2001;29(4):393-400.
240. Gowers SG, Smyth B. The impact of a motivational assessment interview on initial response to treatment in adolescent anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 1 mars 2004;12(2):87-93.
241. Wade TD, Frayne A, Edwards S-A, Robertson T, Gilchrist P. Motivational Change in an Inpatient Anorexia Nervosa Population and Implications for Treatment. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 mars 2009;43(3):235-43.
242. Harris R, Hayes SC, Penet C, Milleville L. *Passez à l'ACT : Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Bruxelles: De Boeck; 2012. 352 p.
243. Berman MI, Boutelle KN, Crow SJ. A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. nov 2009;17(6):426-34.
244. Juarascio A, Shaw J, Forman E, Timko CA, Herbert J, Butryn M, et al. Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behav Modif*. juill 2013;37(4):459-89.
245. Parling T, Cernvall M, Ramklint M, Holmgren S, Ghaderi A. A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):272.
246. Merwin RM, Zucker NL, Timko CA. A Pilot Study of an Acceptance-Based Separated Family Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Cogn Behav Pract*. nov 2013;20(4):485-500.
247. Timko CA, Zucker NL, Herbert JD, Rodriguez D, Merwin RM. An open trial of Acceptance-based Separated Family Treatment (ASFT) for adolescents with anorexia nervosa. *Behav Res Ther*. juin 2015;69:63-74.
248. Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG. The validity of the eating disorder examination and its subscales. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juin 1989;154:807-12.
249. Rieger E, Touyz SW, Beumont PJV. The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): Information regarding its psychometric properties. *Int J Eat Disord*. 1 juill 2002;32(1):24-38.
250. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. juin 1961;4:561-71.

251. Engel SG, Wittrock DA, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Kolotkin RL. Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *Int J Eat Disord.* janv 2006;39(1):62-71.
252. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JM. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry.* 1 mai 2002;180(5):461-4.
253. Jordan J, McIntosh VVW, Carter FA, Joyce PR, Frampton CMA, Luty SE, et al. Predictors of premature termination from psychotherapy for anorexia nervosa: Low treatment credibility, early therapy alliance, and self-transcendence. *Int J Eat Disord.* août 2017;50(8):979-83.
254. Sly R, Morgan JF, Mountford VA, Lacey JH. Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: the roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eat Behav.* avr 2013;14(2):119-23.
255. Rø Ø, Reas DL, Stedal K. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* sept 2015;23(5):408-12.
256. Machado PPP, Martins C, Vaz AR, Conceição E, Bastos AP, Gonçalves S. Eating disorder examination questionnaire: psychometric properties and norms for the Portuguese population. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* nov 2014;22(6):448-53.

Annexes :

A. Auto-questionnaires destinés aux patientes lors des évaluations :

1) Questionnaire de Beck :

QUESTIONNAIRE ABREGÉ DE BECK	
Date []-[]-[]-[]-[]-[]	
Instructions : Ce questionnaire comporte plusieurs séries de 4 propositions. Pour chaque série, lisez les 4 propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel. Entourez le numéro correspondant à la proposition choisie. Si dans une série plusieurs propositions paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.	
A.	Je ne me sens pas triste. 0
	Je me sens cafardeux ou triste. 1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir. 2
	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter. 3
B.	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir. 0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir. 1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. 2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer. 3
C.	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie. 0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens. 1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs. 2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants). 3
D.	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait. 0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances. 1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit. 2
	Je suis mécontent de tout. 3
E.	Je ne me sens pas coupable. 0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps. 1
	Je me sens coupable. 2
	Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien. 3
F.	Je ne suis pas déçu par moi-même. 0
	Je suis déçu par moi-même. 1
	Je me dégoûte moi-même. 2
	Je me hais. 3

G.	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libérerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H.	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I.	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J.	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
K.	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L.	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M.	Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

2) EDE Questionnaire :

EDE-Q

Consignes : Les questions suivantes concernent seulement les quatre dernières semaines (28 jours). Veuillez lire chaque question attentivement. Veuillez répondre à toutes les questions. Merci.

Questions 1 à 12 : Veuillez entourer le chiffre approprié à droite. Rappelez-vous que les questions se réfèrent seulement aux quatre dernières semaines (28 jours).

	Pendant combien de jours durant les 28 jours passés ...	Aucun jour	1-5 jours	6-12 jours	13-15 jours	16-22 jours	23-27 jours	Chaque jour
1	Avez-vous intentionnellement essayé de limiter la quantité de nourriture que vous mangez pour influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?	0	1	2	3	4	5	6
2	Avez-vous déjà passé de longues périodes (8 heures de veille ou plus) sans rien manger du tout dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids?	0	1	2	3	4	5	6
3	Avez-vous essayé d'exclure de votre alimentation des aliments que vous aimez dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids ? (que vous ayez réussi ou non)?	0	1	2	3	4	5	6
4	Avez-vous essayé de suivre des règles précises concernant votre alimentation (par exemple, une limitation de calories) dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?	0	1	2	3	4	5	6
5	Avez-vous eu fermement envie d'avoir l'estomac vide dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids?	0	1	2	3	4	5	6
6	Avez-vous eu fermement envie d'avoir un ventre complètement plat ?	0	1	2	3	4	5	6
7	Est-ce que le fait de penser à la nourriture, au fait de manger ou aux calories vous a beaucoup gêné(e) pour vous concentrer sur les choses qui vous intéressent (par exemple, travailler, suivre une conversation, ou lire)?	0	1	2	3	4	5	6
8	Est-ce que le fait de penser à votre silhouette ou à votre poids vous a beaucoup gêné(e) pour vous concentrer sur les choses qui vous intéressent (par exemple, travailler, suivre une conversation, ou lire)?	0	1	2	3	4	5	6
9	Avez-vous clairement eu peur de perdre le contrôle sur votre alimentation?	0	1	2	3	4	5	6
10	Avez-vous clairement eu peur d'une possible prise de poids?	0	1	2	3	4	5	6
11	Vous êtes-vous senti(e) gros(se)?	0	1	2	3	4	5	6
12	Avez-vous eu une forte envie de perdre du poids?	0	1	2	3	4	5	6

Questions 13-18 : Veuillez compléter l'espace pointillé à droite avec les chiffres appropriés. Rappelez-vous que les questions se réfèrent seulement aux quatre dernières semaines (28 jours).

Durant les quatre semaines passées (28 jours) ...

13	Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous mangé ce que d'autres personnes considéreraient comme une quantité anormalement grande de nourriture (étant donné les circonstances)?
14 Lors de ces épisodes, combien de fois avez-vous eu le sentiment de perdre le contrôle sur votre comportement alimentaire (au moment où vous mangiez)?
15	Durant les 28 derniers jours, pendant combien de JOURS ont eu lieu ces épisodes d'excès de nourriture (c.-à-d., vous avez mangé une quantité anormalement grande de nourriture et vous avez eu le sentiment de perdre le contrôle à ce moment)?
16	Durant les 28 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous fait(e) vomir comme moyen de contrôler votre silhouette ou votre poids?
17	Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous pris des laxatifs comme moyen de contrôler votre silhouette ou votre poids?
18	Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous fait de l'exercice sans pouvoir vous en empêcher, de façon irrésistible, pour contrôler votre poids, votre silhouette ou votre quantité de graisse, ou pour brûler des calories?

Questions 19 à 21 : Veuillez entourer le chiffre approprié. Nous vous prions de noter que pour ces questions le terme « crises de boulimie » signifie manger une quantité de nourriture que les autres considéreraient comme anormalement grande pour les circonstances, accompagné d'un sentiment d'avoir perdu le contrôle sur le comportement alimentaire.

19	Durant les 28 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous mangé en secret (c.-à-d., en cachette)? Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie	Aucun jour	1-5 jours	6-12 jours	13-15 jours	16-22 jours	23-27 jours	Chaque jour
		0	1	2	3	4	5	6
20	Combien de fois vous êtes-vous senti(e) coupable de manger (avez-vous ressenti avoir fait quelque chose de mal) en raison des conséquences de ces prises d'aliments sur votre silhouette ou votre poids?..... Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie	Aucune fois	Quelques fois	Moins de la moitié	La moitié des fois	Plus de la moitié	La plupart du temps	Chaque fois
		0	1	2	3	4	5	6
21	Durant les 28 derniers jours, est ce que l'idée que d'autres personnes pourraient vous voir manger vous a inquiété(e)?..... Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie	Pas du tout		Légèrement		Modérément		Fortement
		0	1	2	3	4	5	6

Questions 22 à 28: Veuillez entourer le chiffre approprié à droite. Rappelez-vous que les questions se réfèrent seulement aux quatre dernières semaines (28 jours).

Durant les 28 jours passés		Pas du tout		Légèrement		Modérément		Fortement	
22	Est-ce que votre poids a influencé l'idée (jugement) que vous avez de vous-même en tant que personne?	0	1	2	3	4	5	6	
23	Est-ce que votre silhouette a influencé l'opinion (jugement) que vous avez de vous-même en tant que personne?	0	1	2	3	4	5	6	
24	A quel point cela vous aurait-il contrarié(e) si on vous avait demandé de vous peser une fois par semaine (pas plus ou moins souvent) pendant quatre semaines?	0	1	2	3	4	5	6	
25	A quel point avez-vous été insatisfait(e) de votre poids?	0	1	2	3	4	5	6	
26	A quel point avez-vous été insatisfait(e) de votre silhouette?	0	1	2	3	4	5	6	
27	A quel point étiez-vous mal à l'aise à la vue de votre corps (par exemple, voir votre silhouette dans le miroir, dans le reflet d'une vitrine de magasin, en train de vous déshabiller ou de prendre un bain ou une douche)?	0	1	2	3	4	5	6	
28	A quel point étiez-vous mal à l'aise du fait que les autres voient votre silhouette ou vos formes (par exemple, dans des vestiaires communs, quand vous nagez, ou portez des habits serrés)?	0	1	2	3	4	5	6	

Quel est votre poids actuel? (Veuillez, s'il vous plaît, estimer votre poids au mieux.)

Quelle est votre taille? (Veuillez, s'il vous plaît, donner estimer votre taille au mieux.)

Si vous êtes une femme : Durant les trois à quatre derniers mois, avez-vous eu une absence de règles?

.....

Si oui, combien de fois?

Avez-vous pris ou prenez-vous actuellement la pilule?

3) EDQOL :

EDQOL

Merci de répondre aux questions suivantes en fonction de la pertinence selon laquelle elles vous décrivent dans les **30 jours précédents** en cochant la réponse dans la case correspondante. Soyez aussi tranquille que possible. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. **Pour les items qui ne vous concernent pas, merci de ne pas les compléter.**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
PSYCHOLOGIQUE					
1/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont-ils eu pour résultat de vous sentir embarrassée ou « différente » ?					
2/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont conduit à vous sentir plus mal face à vous-même ?					
3/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont conduit à ne pas vouloir être avec des gens ?					
4/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont eu pour résultat que vous croyiez ne jamais aller mieux ?					
5/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont conduit à vous sentir seul(e) ?					
6/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont eu pour conséquence d'avoir moins d'intérêt ou de plaisir dans les activités ?					
7/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont amené à ne pas vous occuper de vous ?					
8/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont fait sentir bizarre, étrange ou dans un état inhabituel ?					
9/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont eu pour résultat d'éviter de manger devant des autres ?					
PHYSIQUE/COGNITIF					
10/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont causé des mains ou des pieds froids ?					
11/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont causé des maux de tête ?					
12/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont rendu faibles ?					
13/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont affecté votre capacité à faire attention quand vous le souhaitiez ?					
14/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont affecté votre capacité à comprendre des informations orales ou écrites ?					
15/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont réduit votre capacité à vous concentrer ?					

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
FINANCIER					
16/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont amené à avoir des problèmes avec ceux qui vous soignent ou l'administration des lieux de soins du fait du coût de votre traitement ?					
17/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont amené à avoir des difficultés pour payer vos échéances/factures mensuelles ?					
18/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont pour résultat des dettes financières importantes ?					
19/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont amené à avoir besoin de dépenser de l'argent de vos économies (ou de l'argent).					
20/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont eu pour résultat le besoin d'emprunter de l'argent ?					
TRAVAIL/ECOLE					
21/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont amené à prendre un congé exceptionnel ?					
22/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont mené à de mauvaises notes					
23/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont eu pour résultat de diminuer vos heures de travail ?					
24/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids ont eu pour résultat de vous faire perdre un travail ou arrêter l'école ?					
25/ A quelle fréquence votre alimentation/votre poids vous ont mené à un échec dans un cours ou plusieurs cours ?					

4) ANSOCQ :

QUESTIONNAIRE DE MOTIVATION POUR LES ANOREXIQUES D'APRES L'ANSOCQ

Consignes orales de passation :

Ce test sert à quantifier le niveau de motivation que vous avez à vous soigner.

Chez les patient(e)s atteint(e)s de troubles du comportement alimentaire, le niveau de motivation est souvent bas.

Dans ce questionnaire, il sera question d'un poids minimum normal calculé à partir de votre taille et d'un Indice de Masse Corporelle de 19 : c'est le poids qui vous permettrait d'être dans la norme de la population et de sortir de la maladie.

Votre taille : ... Votre poids minimal normal : ...

Vous entourerez pour chaque item la phrase (voire les phrases) qui vous correspond(ent) le plus :

- 1) Les énoncés suivants concernent votre prise de poids :
 - a) A mon avis, je n'ai pas besoin de prendre du poids.
 - b) Je pense que je me sentirais mieux si je prenais du poids.
 - c) J'ai décidé d'essayer de prendre du poids.
 - d) En ce moment, je fais beaucoup d'efforts pour prendre du poids.
 - e) Je travaille à conserver le poids que j'ai réussi à prendre.

- 2) Les énoncés suivants concernent votre poids :
 - a) En ce qui me concerne, je n'ai pas besoin de peser au moinskg.
 - b) Je pense que je me sentirais mieux si je pesais au moins kg.
 - c) J'ai décidé d'essayer d'atteindre un poids d'au moinskg.
 - d) En ce moment, je fais beaucoup d'efforts pour atteindre un poids d'au moins kg.
 - e) Je travaille à conserver un poids dekg.

- 3) Les énoncés suivants concernent les parties de votre corps que vous considérez très sensibles au niveau de la prise de poids (comme les hanches, les cuisses, l'estomac, les fesses...) :
 - a) Je ne me sens pas prête à prendre du poids au niveau de ces différentes parties du corps.
 - b) Quelquefois je pense que je suis prête à prendre du poids sur ces différentes parties du corps.
 - c) J'ai décidé d'être prête à prendre du poids sur ces différentes parties du corps.
 - d) J'essaie actuellement de prendre du poids sur ces différentes parties du corps.
 - e) Je travaille à maintenir le poids gagné sur ces différentes parties du corps.

- 4) Les énoncés suivants concernent votre apparence :
 - a) Je ne veux pas avoir un poids normal parce que je me sentirais moins satisfaite de mon apparence à un poids d'au moinskg.
 - b) Je souhaite quelquefois atteindre un poids normal parce que je me sentirais plus satisfaite de mon apparence à un poids d'au moinskg.
 - c) J'ai décidé d'atteindre un poids normal parce que je me sentirais plus satisfaite de mon apparence à un poids d'au moinskg.
 - d) Actuellement j'essaie d'atteindre un poids normal parce que je serai plus satisfaite de mon apparence à un poids d'au moinskg.
 - e) Je travaille à me maintenir à un poids normal parce que je suis plus satisfaite de mon apparence à un poids d'au moinskg.

- 5) Les énoncés suivants concernent votre santé :
- Je n'ai pas besoin d'atteindre un poids normal parce qu'il n'y a pas de risques pour ma santé d'avoir un poids inférieur à kg.
 - Je pense quelquefois à atteindre un poids normal à cause des risques pour ma santé d'avoir un poids inférieur à kg.
 - J'ai décidé d'atteindre un poids normal à cause des risques pour ma santé d'avoir un poids inférieur à kg.
 - J'essaie en ce moment d'atteindre un poids normal à cause des risques pour ma santé d'avoir un poids inférieur à kg.
 - Je travaille à me maintenir à un poids normal à cause des risques pour ma santé d'avoir un poids inférieur à kg.
- 6) Les énoncés suivants concernent l'importance de la forme de mon corps et de son poids :
- Je n'exagère pas du tout l'importance que j'attribue à la forme de mon corps ou à mon poids sur mon bonheur ou ma réussite.
 - Quelquefois je pense que j'exagère l'importance que j'attribue à la forme de mon corps ou à mon poids sur mon bonheur ou ma réussite.
 - J'ai décidé que j'avais besoin de réduire l'importance que j'attribue à la forme de mon corps ou à mon poids sur mon bonheur ou ma réussite.
 - J'essaie souvent de remettre en question l'importance que j'attribue à la forme de mon corps ou à mon poids sur mon bonheur ou ma réussite.
 - J'ai réussi à réduire ma tendance à donner trop d'importance à la forme de mon corps ou à mon poids sur mon bonheur ou ma réussite et je veux rester ainsi.
- 7) Les énoncés suivants concernent la peur de grossir :
- Ma peur de grossir n'est pas excessive.
 - Je pense de temps en temps que ma peur de grossir est excessive.
 - J'ai décidé que j'avais besoin de travailler sur ma peur de grossir parce que je n'en ai pas le contrôle.
 - Je sais que ma peur de grossir me cause du tort et j'essaie maintenant de le corriger.
 - J'ai réussi à réduire ma peur de grossir et je veux rester ainsi.
- 8) Les énoncés suivants concernent ma perte de poids :
- Je préférerais perdre plus de poids.
 - Je pense quelquefois qu'il serait temps d'arrêter de perdre du poids.
 - J'ai décidé que c'était le moment d'arrêter de perdre du poids.
 - J'essaie d'arrêter de perdre du poids.
 - J'ai réussi à arrêter de perdre du poids et j'espère rester ainsi.
- 9) Les énoncés suivants concernent ma masse grasseuse et ma masse musculaire :
- Je pourrais imaginer me donner comme objectif de gagner du muscle mais pas celui de gagner du gras.
 - Je pense quelquefois que j'aurais besoin de prendre un peu de gras même si je préférerais n'avoir que des muscles.
 - J'ai décidé que pour être en forme j'avais besoin que mon corps prenne un peu de gras.
 - Je sais que mon corps a besoin de prendre un peu de gras et j'y travaille.
 - J'ai réussi à augmenter le niveau de graisse de mon corps et j'essaie de rester ainsi.

- 10) Les énoncés suivants concernent l'évolution de ma prise de poids :
- a) Je ne suis absolument pas prête à prendre au moins un kilo par semaine.
 - b) Je pense parfois être prête à prendre au moins un kilo par semaine.
 - c) J'ai décidé que de façon générale ce serait mieux pour moi de prendre au moins un kilo par semaine.
 - d) Je fais beaucoup d'efforts pour prendre au moins un kilo par semaine.
 - e) Je travaille à maintenir mon poids mais je serais prête à prendre encore un kilo par semaine si cela était nécessaire.
- 11) Les énoncés suivants concernent certaines normes auxquelles vous vous référez pour évaluer la forme et le poids de votre corps (comme être satisfaite de votre corps seulement quand votre estomac est plat ou seulement après avoir perdu un certain poids) :
- a) Les normes que j'utilise pour évaluer mon corps ne sont pas trop strictes.
 - b) Je pense parfois que les normes que j'utilise pour évaluer mon corps sont trop strictes.
 - c) J'ai décidé que les normes que j'utilise pour évaluer mon corps sont trop strictes et que j'ai besoin de les changer.
 - d) Je fais de gros efforts pour changer les normes strictes qui me servent à évaluer mon corps.
 - e) J'ai réussi à mettre de côté mes normes strictes que j'utilisais avant pour évaluer mon corps et j'espère continuer ainsi.
- 12) Les énoncés suivants concernent certains aliments que vous pouvez éviter de manger (comme les aliments riches en calories ou gras, les viandes rouges ou les produits laitiers) :
- a) Il existe certains aliments que j'évite strictement et que je n'envisagerais même pas de manger.
 - b) Il existe certains aliments que j'essaie d'éviter bien que quelquefois je pense qu'il serait possible de les manger occasionnellement.
 - c) Je pense que je suis trop stricte au niveau des aliments que je m'autorise à manger et j'ai décidé d'essayer de manger les aliments que d'habitude j'évite.
 - d) Je fais de gros efforts pour manger régulièrement des aliments que d'habitude j'évite.
 - e) J'avais l'habitude d'éviter de manger certains aliments mais maintenant je les mange régulièrement.
- 13) Les énoncés suivants concernent la consommation quotidienne de nourriture :
- a) Je n'ai pas besoin de manger trois repas de taille standard et une collation chaque jour.
 - b) Je pense quelquefois que je devrais manger trois repas de taille standard et une collation chaque jour.
 - c) J'ai décidé que j'avais besoin de manger trois repas de taille standard et une collation chaque jour.
 - d) Je fais de gros efforts pour manger trois repas de taille standard et une collation chaque jour.
 - e) Je fais en sorte de maintenir mes habitudes alimentaires actuelles qui incluent trois repas de taille standard et une collation chaque jour.
- 14) Les énoncés suivants concernent le temps passé à penser à la nourriture et à mon poids (les pensées comme devenir grosse, compter les calories ou la teneur en graisse des aliments ou calculer la quantité d'énergie dépensée pour un exercice) :
- a) Il n'y a rien de mal à passer du temps à penser à la nourriture et à mon poids comme je le fais.
 - b) Le temps que je passe à penser à la nourriture et à mon poids peut quelquefois poser problème.
 - c) J'ai décidé que j'avais besoin d'utiliser des stratégies pour m'aider à réduire le temps passé à penser à la nourriture et à mon poids.
 - d) J'utilise des stratégies pour m'aider à réduire le temps passé à penser à la nourriture et à mon poids.
 - e) J'avais l'habitude de passer beaucoup de temps à penser à la nourriture et à mon poids. Maintenant, j'ai pris l'habitude de moins y penser et je travaille à la garder.

- 15) Les énoncés suivants concernent certains de mes comportements alimentaires (comme avoir besoin de manger la nourriture dans certaines proportions ou nombres de fois, déplacer la nourriture à l'intérieur de l'assiette, prendre plus de temps que les autres pour manger, avoir des difficultés à manger avec les autres, avoir besoin de mâcher la nourriture un certain nombre de fois ou besoin de réaliser le même rituel chaque jour) :
- a) Je n'ai rien besoin de changer concernant ma manière de manger les aliments.
 - b) Je pense quelquefois que j'ai besoin de changer certains éléments concernant ma manière de manger les aliments.
 - c) J'ai décidé d'essayer de changer certains éléments concernant ma manière de manger les aliments.
 - d) Je fais de gros efforts pour changer certains éléments concernant ma manière de manger les aliments.
 - e) J'ai réussi à changer certains éléments concernant ma manière de manger les aliments et je tiens à continuer.
- 16) Les énoncés suivants concernent mes sentiments associés à l'acte de manger (comme se sentir coupable) ou de ne pas manger (comme avoir le sentiment de contrôler) :
- a) Il n'est pas nécessaire pour moi de changer mes sentiments associés à l'acte de manger ou de ne pas manger.
 - b) Je pense parfois qu'il est nécessaire pour moi de changer mes sentiments associés à l'acte de manger ou de ne pas manger.
 - c) J'ai décidé d'essayer de changer mes sentiments associés à l'acte de manger ou de ne pas manger.
 - d) Je fais de gros efforts pour changer mes sentiments associés à l'acte de manger ou de ne pas manger.
 - e) J'ai réussi à changer mes sentiments associés à l'acte de manger ou de ne pas manger et je veux rester ainsi.
- 17) Les énoncés suivants concernent les méthodes que vous pouvez utiliser pour contrôler votre poids (comme limiter votre alimentation, faire de l'exercice, vomir, prendre des laxatifs ou d'autres pilules) :
- a) Il n'y a rien de grave dans les méthodes que j'utilise pour contrôler mon poids.
 - b) Je pense qu'il peut y avoir des problèmes en rapport avec les méthodes que j'utilise pour contrôler mon poids.
 - c) J'ai décidé d'essayer d'arrêter d'utiliser certaines méthodes pour contrôler mon poids.
 - d) Je fais de gros efforts pour arrêter d'utiliser certaines méthodes pour contrôler mon poids.
 - e) J'ai réussi à arrêter d'utiliser certaines méthodes pour contrôler mon poids et je souhaiterais rester ainsi.
- 18) Les énoncés suivants concernent certains problèmes émotionnels (comme se sentir déprimé, anxieux ou irritable) :
- a) Je n'ai aucun problème émotionnel sur lequel j'aurais besoin de travailler.
 - b) Je pense parfois avoir certains problèmes émotionnels sur lesquels j'aurais besoin de travailler.
 - c) J'ai certains problèmes émotionnels sur lesquels j'ai décidé de travailler.
 - d) Je travaille activement sur mes problèmes émotionnels.
 - e) Mes problèmes émotionnels se sont améliorés et j'essaie de rester ainsi.

- 19) Les énoncés suivants concernent certaines caractéristiques personnelles (comme le perfectionnisme, la faible estime de soi ou le sentiment d'avoir besoin de contrôler) :
- a) Je n'ai aucun problème dans ma manière d'appréhender la vie, sur lequel j'aurais besoin de travailler.
 - b) Je pense quelquefois avoir certains problèmes dans ma manière d'appréhender la vie, sur lesquels j'aurais besoin de travailler.
 - c) J'ai certains problèmes dans ma manière d'appréhender la vie, sur lesquels j'ai décidé de travailler.
 - d) Je travaille activement sur les problèmes concernant ma manière d'appréhender la vie.
 - e) Les problèmes concernant ma manière d'appréhender la vie se sont améliorés et j'essaie de rester ainsi.
- 20) Les énoncés suivants concernent mes problèmes relationnels (par exemple mes relations avec ma famille ou mes amis) :
- a) Je n'ai aucun problème relationnel avec les autres nécessitant un travail.
 - b) Je pense quelquefois avoir certains problèmes relationnels avec les autres, sur lesquels j'aurais besoin de travailler.
 - c) J'ai certains problèmes relationnels avec les autres sur lequel j'ai décidé de travailler.
 - d) Je travaille activement sur mes problèmes relationnels avec les autres.
 - e) Mes problèmes relationnels avec les autres se sont améliorés et j'essaie de rester ainsi.

5) WSAS :

WSAS

*Instructions : Évaluez les questions suivantes en leur donnant un score entre 0 et 8.
0 signifie aucune difficulté et 8 des difficultés très sévères.*

1. En raison de ma « maladie », ma capacité à travailler est altérée.

0 signifie aucune altération et 8 des difficultés très importantes, jusqu'à l'incapacité de travailler.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

2. En raison de ma « maladie », mes capacités à m'occuper des affaires domestiques sont altérées (ménage, achats, repas, s'occuper de sa maison, s'occuper des enfants, faire les paiements).

0 signifie aucune altération et 8 des altérations très importantes.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

3. En raison de ma « maladie », mes activités sociales de loisirs (activités avec d'autres personnes, telles que fêtes, bars, réunions, sorties, visites, rencontres, activités à domicile) sont altérées.

0 signifie aucune altération et 8 des altérations très importantes.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

4. En raison de ma « maladie », mes activités personnelles de loisirs (activités pratiquées seul(e), telles que lire, faire du jardinage, couture, promenades) sont altérées.

0 signifie aucune altération et 8 des altérations très importantes.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

5. En raison de ma « maladie », mes capacités à former et à maintenir des relations étroites avec les autres, notamment les personnes avec qui je vis, sont altérées.

0 signifie aucune altération et 8 des altérations très importantes.

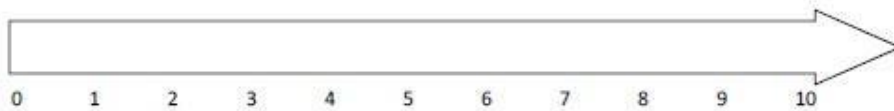
0 1 2 3 4 5 6 7 8

6) Insight :

EVALUATION DE LA CONSCIENCE DES TROUBLES :

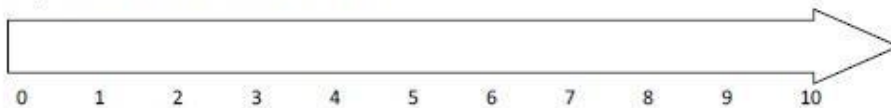
Sur ces échelles de 0 à 10, en disant que 0 signifie que vous êtes « en désaccord » avec les affirmations suivantes et 10 signifie que vous êtes « tout à fait d'accord » avec les affirmations, notez votre avis concernant les différentes propositions.

- 1) Pensez-vous souffrir d'une maladie ? (0 signifie « pas du tout d'accord » et 10 signifie « tout à fait d'accord »)



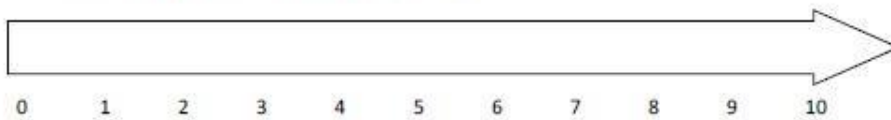
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 2) Pensez-vous avoir besoin de soins ?



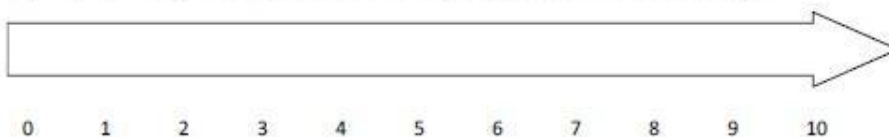
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 3) Pensez-vous avoir besoin d'un suivi psychiatrique ?



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 4) Pensez-vous que votre poids est insuffisant par rapport à votre taille et votre âge ?



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B. Enquête de satisfaction :

1) Evaluation globale :

Questionnaires de satisfaction

Groupe de psychoéducation :

Evaluation globale :

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Moyennement satisfait	Plutôt mécontent	Très mécontent
Informations et explications données avant la participation au groupe					
Fréquence des séances					
Durée des séances					
Nombre de séances					
Accueil en début du groupe					
Contenu des séances (informations, outils)					
Qualité des échanges au sein du groupe					
Disponibilité et écoute des intervenants					
Réponses des intervenants					

Ce que vous avez apprécié ou qui vous a semblé utile dans ce groupe :

.....
.....
.....
.....
.....

Ce que vous souhaiteriez que l'on améliore :

.....
.....
.....
.....
.....

Commentaires éventuels :

.....
.....
.....
.....
.....

2) Evaluation par séance :

Evaluation du contenu par séances :

Numéro de la séance :

	<u>Oui</u>	<u>Plutôt oui</u>	<u>Pas assez</u>	<u>Plutôt non</u>	<u>Pas du tout</u>
J'ai pu renforcer mes connaissances sur le sujet traité :					
Les informations données étaient claires et compréhensibles :					
Le sujet traité était pertinent, je me suis senti (e) concerné(e) :					
La séance m'a été utile pour améliorer mes difficultés au quotidien :					
La séance m'a donné envie de m'impliquer dans les soins					
Les exercices faits lors de cette séance m'ont parus faisables					
Les exercices faits lors de cette séance m'ont parus intéressants et adaptés au thème abordé					

Ce que vous avez apprécié ou qui vous a semblé utile dans ce groupe :

.....
.....
.....
.....

Ce que vous souhaiteriez que l'on améliore :

.....
.....
.....
.....

C. Entretien semi structuré pour évaluation qualitative :

Questionnaire d'évaluation du Groupe de Psychoéducation à 3 mois :

Comment avez-vous vécu cette expérience de groupe, est ce que cela vous a apporté quelque chose et si oui quoi ? sur quel plan ? (personnel, santé, relations etc...) (*Evaluation du groupe*)

Quels points abordés dans le groupe vous paraissent aujourd'hui essentiels ou marquants ? (*Evaluation du groupe*)

Avez-vous essayé d'utiliser des outils ou techniques abordées au cours du groupe et si oui lesquelles ? (*Evaluation du groupe*)

Affirmation de soi, faire une critique / compliment

ACT

Petits pas pour perfectionnisme et hyperactivité physique

Estime de soi avec cercle

Silhouette et mise en valeur des zones qu'on aime bien

Observation et prise de distance par rapport aux symptômes

Qu'est ce qui pourrait être amélioré selon vous ? Y a-t-il des points non abordés que vous auriez aimé traiter ? (*Evaluation du groupe*)

Depuis la fin du groupe, avez-vous noté des changements dans votre vie, notamment dans les soins, dans le rapport entre la maladie et votre vie quotidienne (Est-ce que la maladie influe de la même façon sur vos relations, votre travail ou vos études, sur vos loisirs, sur vos finances...) (*Qualité de vie*)

Avez-vous gardé contact ou revu les autres participantes du groupe depuis la

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *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.*

Résumé :

L'anorexie mentale est une pathologie psychiatrique fréquente dont l'évolution tend vers une chronicisation, au pronostic assombri par les complications somatiques et la mortalité liée au suicide. La psychoéducation consiste en l'apport théorique de notions sur la pathologie, son évolution, ses complications et également les thérapeutiques. Cette intervention est aussi basée sur l'apprentissage de techniques de coping ou de stratégies aidant le patient à gérer son trouble dans le quotidien. La psychoéducation pourrait être utile en *add-on* des soins habituels pour cette maladie pour laquelle les perspectives thérapeutiques sont actuellement encore limitées.

Cette étude vise à évaluer un programme de psychoéducation créé pour les patients souffrant d'anorexie mentale dont la pathologie n'est pas encore chronique. Au total 27 patientes ont participé au programme de 8 séances hebdomadaires (3 sessions distinctes) entre janvier et novembre 2017 au CHU Lapeyronie de Montpellier.

Il résulte de cette étude pilote que le groupe de psychoéducation est faisable et facile à mettre en place dans un service de soin. 78% des patientes ont assisté à plus de 75% des séances ce qui est au-dessus des attentes au vu des taux de rétention pour d'autres prises en charge groupales dans cette pathologie.

On note une amélioration clinique significative à 3 mois (EDE-Q total) et une prise pondérale de 9% du poids de base à 3 mois, significative également.

Sur le plan qualitatif les patientes sont satisfaites de la proposition de soin. Elles ont pu apprécier le soutien apporté et le partage d'expérience que permet la formule de groupe. Elles rapportent pour la plupart des changements dans leur quotidien, soit dans leur rapport aux soins et à la maladie, soit dans les relations avec leurs proches, leurs loisirs/travail, leur humeur ou encore leur comportement alimentaire.

Ce groupe est à réévaluer avec une méthode plus rigoureuse pour s'assurer du soutien qu'il peut apporter aux patientes et dans quelles mesures il permet une amélioration sur la psychopathologie et le parcours de soin. Il est nécessaire de réfléchir à quel profil de patiente il pourrait être le plus bénéfique afin de cibler cette intervention et la rendre plus pertinente.

Mots clefs : TCA, Anorexie mentale, Psychoéducation, Groupe, Participation, EDE-Q,