

*Université de POITIERS*

**Faculté de Médecine et de Pharmacie**

ANNEE : 2024

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
(Arrêté du 8 avril 2013)

Présentée et soutenue publiquement  
Le 17/01/2024 à POITIERS  
Par Monsieur **KACI Rafaël**  
Né le **31/12/2000**

LA DEPENDANCE AUX LAXATIFS POUR LES PATIENTS AYANT DES  
TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE A L'OFFICINE ET LA  
PLACE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE

**Composition du jury :**

**Président** : Monsieur FAUCONNEAU Bernard, Professeur en toxicologie

**Membres** : Monsieur GUILLARD Jérôme, Professeur en pharmacochimie  
Madame QUESADA Louise, Docteur en pharmacie  
Madame FOURMY Christine, Docteur en pharmacie

**Directeur de thèse** : Monsieur GUILLARD Jérôme

*Université de POITIERS*

*Université de POITIERS*

**Faculté de Médecine et de Pharmacie**

ANNEE : 2024

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
(Arrêté du 8 avril 2013)

Présentée et soutenue publiquement  
Le 17/01/2024 à POITIERS  
Par Monsieur **KACI Rafaël**  
Né le 31/12/2000

LA DEPENDANCE AUX LAXATIFS POUR LES PATIENTS AYANT DES  
TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE A L'OFFICINE ET LA  
PLACE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE

**Composition du jury :**

**Président** : Monsieur FAUCONNEAU Bernard, Professeur en toxicologie

**Membres** : Monsieur GUILLARD Jérôme, Professeur en pharmacochimie  
Madame QUESADA Louise, Docteur en pharmacie  
Madame FOURMY Christine, Docteur en pharmacie

**Directeur de thèse** : Monsieur GUILLARD Jérôme

*Université de POITIERS*



## LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

### SECTION MEDECINE

#### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Asseseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Asseseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Asseseur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Asseseur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Asseseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Asseseur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Asseseur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Asseseur 1<sup>er</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

#### Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Asseseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale



- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

**Maître de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

**Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

**Professeur associé des universités des disciplines odontologiques**

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

**Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

**Professeurs émérites**

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale



## SECTION PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guyliène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### *Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

### *Maîtres de conférences*

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmaceutique (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maîtres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

### *A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)*

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

### *Professeur émérite*

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie



# Remerciements

Merci,

A Monsieur **Bernard Fauconneau**, d'avoir accepté d'être président du jury pour la soutenance de ma thèse.

A Monsieur **Jérôme Guillard**, professeur de l'université de Poitiers, de m'avoir encadré durant l'écriture de cette thèse, de m'avoir apporté ses conseils, d'y avoir consacré du temps et enfin d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse.

A Madame **Louise Quesada**, pour avoir accepté de faire partie de mon jury, de m'avoir conseillé pour la rédaction de ma thèse mais aussi supporté de long samedi à la pharmacie.

A Madame **Christine Fourmy**, pour avoir accepté de faire partie de mon jury ainsi que de m'avoir transmis son savoir-faire.

A la **pharmacie de Châtillon**, où j'ai pu apprendre les prémices du métier qui sera le mien. De m'avoir permis de faire des stages de formation de qualité et d'avoir toujours été à l'écoute. Un merci tout particulièrement à Monsieur Gargadennec, titulaire de la pharmacie.

A la **pharmacie Delhumeau**, et surtout à Anne et Antoine, qui m'ont permis de travailler dans une pharmacie à taille humaine et de découvrir une toute autre organisation.

A la **pharmacie du Thouet**, Madame Ludeau, Alina, Joan, mais aussi Florence, Pamela, Héloïse et Sophie, de m'avoir permis de rejoindre votre équipe et de pouvoir travailler à vos côtés.

A mes parents, qui ont financé mes études, encore jusqu'aujourd'hui et sans qui je serais là aujourd'hui.

A ma sœur Cassandra et mon frère Benjamin pour leurs conseils et leur soutien sans faille.

A mon amie Catalina, qui a toujours été présente quand j'avais besoin, et qui sera toujours un soutien.

A mon ami Thomas, qui m'a soutenu durant ces 6 années intensives et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

A mes amis, Thithaonhi, Lise, Marie, Thibault, Adrien, Lina, William, Tony, Anthony, Océane et j'en oublie sûrement. Merci de m'avoir fait passer des années à la fac inoubliable.

# Table des matières

<b>La dépendance aux laxatifs pour les patients ayant des troubles du comportement alimentaire à l'officine et la place du pharmacien dans la prise en charge:</b>	<b>1</b>
Introduction :	4
I/ L'anorexie mentale :	5
1) Présentation de l'anorexie mentale:	5
2) Epidémiologie:	5
3) Les facteurs de risques	6
4) Sémiologie de l'anorexie mentale:	7
5) Les conséquences physiopathologiques:	8
6) Les diagnostics différentiels et les comorbidités:	9
7) Zoom sur l'association de la boulimie et de l'anorexie:	10
8) Le pronostic et l'évolution de l'anorexie mentale:	10
9) La prise en charge/ le suivi pluridisciplinaire:	11
a) Multidisciplinarité de la prise en charge:	11
b) Prise en charge thérapeutique:	12
c) Zoom sur la nutrition:	15
d) Syndrome de renutrition inapproprié:	17
II/ Les différentes classes de médicament laxatif :	19
1) Les différentes étapes de la digestion: (voir schéma en annexe)	19
a) Etape 1: La mastication:	19
b) Etape 2: La digestion gastrique	19
c) Etape 3: La digestion intestinale	19
d) Etape 4: La digestion colique	20
2) Présentation de la constipation: diagnostic, PEC, complications, causes	21
a) Définition:	21
b) Causes:	21
c) Prise en charge de la constipation:	23
3) La présentation des laxatifs:	24



a) Les mécanismes communs des laxatifs:	24
b) Les différentes classes de laxatifs:	25
4) La croissance de puissance d'action:	26
III/ La dépendance aux laxatifs :	28
1) Définitions générales:	28
a) Addictologie :	28
b) Toxicomanie :	28
c) Tolérance/ Dépendance psychique/ Dépendance physique:	28
2) De la consommation occasionnelle à la dépendance:	29
3) La dépendance aux laxatifs pour les personnes boulimiques/ anorexique	30
a) Différence en dépendance et maladie des laxatifs:	30
b) Les troubles digestifs chez les personnes anorexiques:	30
c) La dépendance aux laxatifs pour les personnes anorexiques:	31
V/ Loi sur les droits et devoirs du pharmacien et du patient :	33
1) Présentation d'une officine	33
2) Les missions du pharmacien d'officine	33
3) Exclusivité du pharmacien: le monopôle pharmaceutique	34
4) Règles lors d'une installation: Innover au mieux tous les habitants	35
5) Les droits et devoirs du pharmacien:	35
a) Les droits:	36
b) Les devoirs/interdictions:	36
6) Les droits et devoirs du patient	38
a) Droit d'obtenir une qualité de prise en charge:	38
b) L'information au patient:	39
c) La personne de confiance:	39
d) Le consentement aux soins:	40
7) Pourquoi toutes ces directives?	40
VI/ Importance du conseil du pharmacien en officine :	41
1) Organisation du conseils du pharmacien de manière générale pour des médicaments sur ordonnance et hors ordonnance	41
a) Accueil, écoute et identification des besoins :	41
b) Les étapes du processus de dispensation:	42



c) La place du pharmacien dans la prévention et promotion de la santé:	45
2) Les conseils du pharmacien lors de la vente de laxatif	46
a) La place des laxatifs à l'officine:	46
b) Conseils spécifique lors de la délivrance de laxatifs:	46
c) Les alternatives aux laxatifs:	47
d) Présentation d'un cas au d'abus au comptoir d'une officine:	48
VIII/ Bilan personnel :	50
Conclusion :	51
<b>Annexe 1:</b>	<b>52</b>
<b>Annexe 2:</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 3:</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 4:</b>	<b>55</b>
<b>Annexe 5:</b>	<b>56</b>
<b>Annexe 6:</b>	<b>57</b>
<b>Liste des abréviations:</b>	<b>58</b>

## Liste des abréviations

- ACROPOLE : Accueillir, Collecter, Rechercher, Ordonner, Préconiser, Optimiser, Libeller, Entériner
- ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- ARFID: Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder
- AOD : Anticoagulant Oraux Direct
- CIF : Contre-Indication Formelle
- CSP : Code de la Santé Publique
- DP : Dossier Pharmaceutique
- HTA : Hypertension Artérielle
- MST : Maladie Sexuellement Transmissible
- MTE : Marge Thérapeutique Étroite
- RCP : Résumé Caractéristique du Produit
- SONCAS : Sécurité, Orgueil, Nouveauté, Confort, Argent, Sympathie
- TCC : Thérapie cognitivo-Comportementale

# Introduction

Les problèmes liés à l'alimentation, comme l'anorexie mentale et la boulimie, ont un impact important sur la santé physique et mentale de nombreuses personnes dans le monde. Ces troubles se caractérisent par des habitudes alimentaires problématiques et une obsession excessive pour le poids et l'apparence, ce qui affecte profondément la qualité de vie de ceux qui en souffrent. De plus, ils ne se limitent pas aux aspects mentaux, mais ont également des conséquences sur le corps, ce qui nécessite une approche globale pour les traiter.

Au sein de ces troubles alimentaires, il y a un problème moins connu mais tout aussi important : la dépendance aux laxatifs. Les laxatifs, disponibles sans ordonnance en pharmacie, sont souvent utilisés de manière inappropriée par les personnes ayant ces troubles. Cette mauvaise utilisation peut créer une dépendance, à la fois physique et mentale, aux laxatifs, ce qui rend la gestion de ces troubles encore plus difficiles.

Ce travail se propose d'examiner en détail la question de la dépendance aux laxatifs chez les patients atteints de troubles alimentaires, plus spécifiquement pour les personnes anorexiques, en mettant en évidence l'impact significatif de ce problème sur leur bien-être global. Dans ce contexte, il est important de souligner le rôle essentiel des pharmaciens. En tant que professionnels de la santé accessible au public et responsables de la distribution de médicaments, y compris les laxatifs, les pharmaciens ont un rôle crucial dans la prévention, la détection précoce et la gestion de la dépendance aux laxatifs chez les patients atteints de troubles alimentaires.

Ce travail sera divisé en plusieurs parties, abordant des aspects spécifiques tels que l'anorexie mentale principalement et la boulimie qui peut être associée, la constipation, les laxatifs et la dépendance qui en découle pour les personnes anorexiques. Il examinera également les droits et les responsabilités des pharmaciens et des patients, en mettant en évidence l'importance de la communication et du conseil lors de la distribution de médicaments, en particulier les laxatifs, aux personnes vulnérables.



En résumé, cette thèse vise à approfondir notre compréhension de la dépendance aux laxatifs chez les patients souffrant de troubles alimentaires, tout en soulignant l'importance cruciale des pharmaciens dans la prise en charge globale de ces patients. Grâce à une analyse approfondie, nous cherchons à fournir des informations essentielles pour mieux comprendre, prévenir et traiter la dépendance aux laxatifs dans le contexte complexe de ces troubles alimentaires.



# I/ L'anorexie mentale

## 1) Présentation de l'anorexie mentale

Il existe plusieurs types de troubles des conduites alimentaires, dont l'**anorexie mentale**, la **boulimie** et l'**hyperphagie boulimique**. Dans ce travail, on va principalement s'intéresser à l'anorexie mentale. (1)(2)

Les individus souffrant de **troubles des conduites alimentaires**, aussi appelés TCA, présentent des attitudes et des rapports avec la nourriture qui diffèrent considérablement de ceux de leur entourage, que ce soit leur famille, leurs amis ou leurs collègues. Ces troubles ont des conséquences significatives sur leur santé physique et mentale à long terme. (1)

Dans le cas de l'anorexie mentale, on observe une restriction alimentaire sévère qui peut durer plusieurs mois, voire des années, entraînant une perte de poids importante. Cette perte de poids est accompagnée d'une sensation de satisfaction liée à cet amaigrissement, ainsi que d'une peur intense de grossir. En conséquence, les personnes souffrant d'anorexie mentale cherchent constamment à diminuer leur poids par tous les moyens en raison de leur perception continue d'être en surpoids. (1)(2)

La gestion de ce poids et de cette restriction alimentaire implique généralement le suivi strict des calories de tous les aliments consommés, ainsi qu'une pratique intense d'activité physique, qui suscite des émotions positives et contribue à la perte de poids. (1)

Les individus atteints d'anorexie mentale peuvent également éprouver de la **dysmorphophobie**, caractérisée par une perturbation de leur perception de leur propre corps et un manque de conscience de la gravité de leur maigreur. Parfois, des épisodes boulimiques peuvent s'ajouter, aggravant ainsi les comportements à risque. (1)



L'anorexie mentale est une maladie nécessitant une prise en charge spécifique. Cette obsession excessive pour la perte de poids, influencée par des facteurs psychologiques et comportementaux, requiert une approche pluridisciplinaire pour une prise en charge adéquate. (1)

## 2) Épidémiologie

En France, on estime que de 0,9 à 1,5 % des femmes et de 0,2 à 0,3 % des hommes souffrent d'anorexie mentale, ce qui en fait une affection relativement peu fréquente. (1)

Notamment, cette maladie affecte principalement les femmes, avec un ratio de près d'un homme pour huit femmes parmi les cas recensés en France. En effet, au moins 80 % des cas d'anorexie mentale sont des femmes. Bien que des cas rares puissent survenir chez les enfants de 6 à 7 ans ou chez les adultes, l'âge de début de la maladie se situe généralement entre 15 et 25 ans. Dans des cas exceptionnels, même des nourrissons peuvent présenter des troubles alimentaires. (1)

Parmi toutes les affections psychiatriques, l'anorexie mentale présente le taux de mortalité le plus élevé, avec environ 5 à 10 % de décès après le diagnostic. De plus, il est important de noter que le taux de suicide est le plus élevé parmi toutes les maladies psychiatriques. (1)

Il n'est pas rare que l'anorexie s'accompagne de comportements boulimiques et de comportements compensatoires tels que les vomissements, avec au moins 20 % des cas d'**anorexie-boulimie**. (1)



### 3) Les facteurs de risques

Les origines des troubles du comportement alimentaire, en particulier de l'anorexie, demeurent encore insuffisamment comprises et résultent de divers facteurs interdépendants :(3)

- La génétique et des prédispositions biologiques peuvent contribuer à la vulnérabilité à ces troubles.
- Certains déclencheurs peuvent être associés à ces comportements, tels qu'un événement significatif de la vie, des régimes alimentaires excessivement restrictifs, la puberté ou une perturbation hormonale due à un excès d'œstrogènes.
- En outre, des facteurs peuvent perpétuer ces troubles alimentaires, notamment des déséquilibres biologiques résultant du trouble lui-même et des bénéfices relationnels liés à l'environnement.

Les mécanismes adaptatifs en réponse à des périodes de stress psychologique significatif peuvent également être à l'origine de ces troubles alimentaires. Cependant, ces mécanismes d'adaptation peuvent finir par entraîner des comportements nuisibles et préjudiciables à la santé du patient. (3)

Différents groupes de personnes présentent un risque accru de développer des troubles du comportement alimentaire, notamment : (3)

- Les adolescentes.
- Les jeunes femmes.
- Les mannequins.
- Les danseurs et les sportifs, en particulier dans les disciplines esthétiques ou les sports à catégorie de poids, où le contrôle du poids est essentiel. Cela inclut également les sports d'endurance, avec une prévalence plus élevée chez les athlètes de haut niveau.
- Les individus atteints de pathologies nécessitant des régimes alimentaires spécifiques, comme le diabète de type 1 ou l'hypercholestérolémie familiale, entre autres...

Ou en présence de signes d'appels définis suite à l'entretien suivant : (3)

- Poser systématiquement une ou deux questions simples sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? ».
- Ou d'utiliser le questionnaire **SCOFF-F (voir annexe)** en tête à tête avec le patient, où deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA. Les questions posées lors de l'interrogatoire sont citées dans l'annexe numéro 2.

## 4) Sémiologie de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale présente des caractéristiques conformes aux **critères du DSM-5** (voir annexe 3), qui comprennent les éléments suivants : (3)

- Un poids nettement insuffisant associé à une restriction importante des apports énergétiques par rapport aux besoins de la personne.
- Une peur intense de prendre du poids, malgré une insuffisance pondérale évidente.
- La présence d'une dysmorphophobie, caractérisée par une altération de la perception du poids et de la forme corporelle personnels. Cela peut s'accompagner d'une faible estime de soi, influencée par le poids et la forme corporelle, ainsi qu'un manque de reconnaissance de la gravité de la maigreur.

L'anorexie mentale se décline en deux types : (3)

- L'anorexie de type restrictif, caractérisée par une perte de poids due à un régime, un jeûne et/ou un exercice physique excessif au cours des trois derniers mois.
- L'anorexie de type accès hyperphagiques ou purgatif, marquée par la récurrence de crises d'hyperphagie et/ou le recours à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs au cours des trois derniers mois.

L'évolution clinique de l'anorexie mentale se manifeste progressivement de la manière suivante : (3)

Initialement, surtout chez les adolescentes et certains groupes à risque tels que les sportifs, mannequins et danseurs, l'entrée dans la maladie se fait généralement par un régime restrictif, souvent en réaction à un léger surpoids préexistant. (3)



Ensuite, la perte de poids, plus ou moins rapide, devient banale pour le patient, entraînant une réassurance initiale, une absence apparente de fatigue, voire un sentiment d'euphorie ou de toute-puissance. Cela conduit à l'effacement des caractéristiques sexuées du corps et à des problèmes trophiques, tels qu'une hypertrichose (augmentation de la quantité de poils), un lanugo, une acrocyanose (décoloration bleutée persistante et indolore principalement des mains) et des œdèmes carentiels. Ces symptômes entraînent une hypotension, une bradycardie et une hypothermie. (3)

Par la suite, une restriction calorique et qualitative des aliments se développe progressivement, commençant par les aliments caloriques, puis les viandes, et finissant par les féculents. Cela conduit à l'adoption de règles alimentaires très rigides. (3)

Les patients peuvent également adopter d'autres stratégies de contrôle du poids, notamment des vomissements provoqués (la méthode la plus courante), qui entraînent un risque d'hypokaliémie et de troubles du rythme cardiaque, ainsi qu'une prise de laxatifs pouvant entraîner une hypokaliémie et des problèmes gastro-intestinaux. Dans certains cas, d'autres substances telles que les diurétiques, les coupe-faim, les hormones thyroïdiennes ou même les dérivés amphétaminiques peuvent être utilisées pour perdre du poids. (3)

Certains patients peuvent également développer une **potomanie**, caractérisée par une consommation excessive et compulsive de liquides non caloriques, pouvant entraîner une hyponatrémie grave avec le risque de convulsions et de coma. (3)

Enfin, l'hyperactivité physique et l'exposition prolongée au froid sont d'autres moyens utilisés par les patients pour perdre du poids. (3)

De plus, les patients atteints d'anorexie mentale présentent des distorsions cognitives qui altèrent leur perception d'eux-mêmes. Ils ont tendance à ne pas reconnaître leur trouble et à avoir une image corporelle perturbée, se percevant comme en surpoids malgré leur maigreur. Le poids devient une obsession, entraînant une préoccupation excessive à propos de l'alimentation et du poids. Certains patients peuvent développer des croyances erronées sur le fonctionnement digestif et les aliments. Des anomalies neuropsychologiques des fonctions exécutives peuvent également être observées. (3)



L'aménorrhée, qu'elle soit primaire ou secondaire, est fréquemment constatée chez les femmes atteintes d'anorexie mentale. Elle résulte d'un dysfonctionnement de l'hypothalamus et de l'hypophyse, entraînant une infertilité. Ces perturbations peuvent parfois être absentes au début de la maladie ou persistantes, mais elles sont caractéristiques de la gravité de la condition.

(3)

En outre, l'anorexie mentale est associée à certains traits de personnalité, tels que le perfectionnisme, l'ascétisme, la perte de flexibilité et le désir de contrôler l'environnement. Les patients peuvent également présenter un surinvestissement intellectuel au détriment des relations interpersonnelles et une altération significative de la sexualité, se traduisant soit par un désintérêt soit par une hyperactivité sexuelle. (3)



## 5) Les conséquences physiopathologiques

L'anorexie est donc une pathologie qui va entraîner divers troubles chez les patients atteints. Ces troubles seront plus ou moins réversibles à des vitesses relativement variables: (3)

- Retard de croissance
- Infertilité et grossesse
- Ostéopénie et ostéoporose
- Surveillance des conduites à risques (purge par exemple)
- Amyotrophie
- Œdèmes
- Troubles hydro électrolytiques
- Insuffisance rénale fonctionnelle
- Hypoglycémie
- Anémie carencielle (Fer, B9, B12...)
- Thrombopénie, Leucopénie et lymphopénie
- Atteintes cardiovasculaires



## 6) Les diagnostics différentiels et les comorbidités

Il est essentiel d'établir un diagnostic précis avant de considérer la possibilité d'anorexie mentale. Le questionnaire **SCOFF** est couramment utilisé pour déterminer si le patient ou la patiente interrogé(e) présente cette condition. (3)

Il convient de souligner que diverses affections médicales peuvent entraîner une perte de poids significative voire une dénutrition sévère, et c'est à ce stade que poser le bon diagnostic devient essentiel, en particulier lors de l'élaboration d'un plan de prise en charge. (3)

Les pathologies concernées sont : (3)

- Certaines tumeurs cérébrales, notamment celles situées dans le tronc cérébral ou les craniopharyngiomes.
- Certaines hémopathies comme les leucémies.
- Maladies du tractus digestif, telles que la maladie de Crohn, l'achalasie de l'œsophage
- Hyperthyroïdie
- Diabète insulino-dépendant
- Panhypopituitarisme, maladie d'Addison
- Trouble obsessionnel compulsif (c'est aussi une comorbidité fréquente)
- Trouble psychotique chronique et notamment la schizophrénie avec des idées délirantes d'empoisonnements ou encore des formes hébéphrènes.



- Il est également important de noter qu'il existe d'autres troubles du comportement alimentaire qui ne doivent pas être confondus avec l'anorexie mentale. Bien que ces troubles présentent des symptômes similaires, leur étiologie étant différente, leur prise en charge diffère également. On retrouve notamment les troubles de restriction ou d'évitement de l'ingestion alimentaire, plus couramment désignés sous le terme **ARFID** (Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder), incluent des phobies liées aux vomissements, à la déglutition, ainsi que le "petit mangeur", caractérisé par une restriction alimentaire sans présenter de cognition ou de comportement anorexique.

De plus, l'anorexie mentale, bien qu'intrinsèquement dangereuse, peut être associée à des comorbidités non seulement psychiatriques, mais également addictives. Ces comorbidités sont fréquentes et doivent systématiquement être recherchées, car elles peuvent influencer la prise en charge. Parmi ces comorbidités, on trouve les épisodes dépressifs caractérisés, les troubles obsessionnels compulsifs, la phobie sociale, les troubles anxieux généralisés, les troubles de la personnalité borderline et les troubles liés à l'abus de substances. En ce qui concerne ces derniers, on constate moins de dépendance à l'alcool, mais plutôt des abus et/ou une dépendance aux psychotropes psychostimulant. (3)



## 7) Zoom sur l'association de la boulimie et de l'anorexie

Les troubles alimentaires se divisent en deux principales catégories : les **troubles boulimiques**, caractérisés par une consommation excessive de nourriture, et les **troubles anorexiques**, marqués par des restrictions alimentaires variables. Il est possible que ces deux formes de troubles se manifestent simultanément, ce que l'on nomme communément **l'anorexie-boulimie**. (2)

Les individus souffrant de troubles boulimiques éprouvent des périodes de crises où ils consomment de manière excessive de grandes quantités de nourriture de manière rapide et incontrôlable. Ces épisodes se produisent fréquemment, souvent plusieurs fois par semaine. En ce qui concerne les personnes atteintes d'anorexie-boulimie, elles alternent entre des phases d'anorexie, où elles restreignent sévèrement leur alimentation, et des crises de boulimie, au cours desquelles elles absorbent une grande quantité de nourriture. Pour compenser ces crises, elles peuvent recourir à des pratiques telles qu'une activité sportive intense, des vomissements ou la prise de médicaments. Les individus atteints d'anorexie perdent régulièrement du poids au point de mettre leur vie en danger. (2)

Les crises de boulimie observées chez les individus anorexiques sont appelées "crises boulimiques non hyperphagiques" (en opposition aux crises boulimiques hyperphagiques, qui sont principalement associées aux personnes obèses et non anorexiques). (2)

Pour faire face à ces crises, elles adoptent divers comportements tels que les vomissements immédiatement après les repas (d'où le terme parfois utilisé de "boulimie vomitive"), le jeûne, une activité sportive intense, ou encore la prise de médicaments laxatifs ou diurétiques. Ces personnes souffrent de problèmes d'estime de soi et sont excessivement préoccupées par leur apparence physique. (2)



## 8) Le pronostic et l'évolution de l'anorexie mentale

Il est clairement observé que l'anorexie mentale présente le taux de mortalité le plus élevé parmi tous les troubles mentaux. Cela peut résulter soit de suicides, soit de complications médicales. Cependant, il est important de noter que tous les cas ne se terminent pas de cette manière, et la plupart du temps, le trouble évolue vers une forme chronique ou persiste de manière durable. En fait, le terme "**anorexie mentale chronique**" est utilisé après environ 5 ans d'évolution de la maladie. (3)

De plus, lorsque cela est nécessaire, un traitement médicamenteux est prescrit aux patients. L'évolution sous traitement montre qu'environ la moitié des patients atteignent une rémission complète, tandis que 30 % connaissent une amélioration partielle, et entre 20 et 30 % continuent à lutter contre une forme chronique ou, malheureusement, connaissent un décès. (3)

La prise en charge de l'anorexie mentale est complexe, et malheureusement, les rechutes sont fréquentes, avec près de 30 à 50 % de rechutes en moyenne dans l'année qui suit une hospitalisation. (3)

L'évolution de la prise en charge de l'anorexie mentale est particulièrement délicate, notamment lorsque la maladie débute chez un enfant pré pubère. (3)



## 9) La prise en charge/ le suivi pluridisciplinaire

### MULTIDISCIPLINARITE DE LA PRISE EN CHARGE

Il est essentiel de diagnostiquer et de traiter ce trouble le plus tôt possible. Le principal objectif est de prévenir la progression vers une forme chronique et les complications médicales qui peuvent survenir, ainsi que les problèmes de santé mentale ou sociale, en particulier chez les adolescents. (4)

Le plan de traitement, qu'il soit en milieu ambulatoire ou hospitalier, doit toujours impliquer une équipe multidisciplinaire. En effet, la prise en charge dépend d'une collaboration avec divers professionnels de la santé, notamment les psychiatres et d'autres spécialistes cliniques nécessaires. Ce plan doit être bien coordonné, sans interruption (en accordant une importance particulière à la transition entre les équipes) et doit se poursuivre pendant au moins un an après la rémission, car près de 50 % des patients rechutent au cours de l'année suivant la rémission. (4)

Les recommandations suggèrent que, dans la mesure du possible, la prise en charge initiale devrait se faire en ambulatoire en premier lieu, sauf en cas de nécessité d'une hospitalisation en cas d'urgence médicale, qu'elle soit psychiatrique ou non psychiatrique.

Comme la prise en charge implique une équipe pluridisciplinaire, divers intervenants sont impliqués. En effet, il est conseillé que : (4)

- Les professionnels de la santé qui ne sont pas spécialisés avec les troubles des conduites alimentaires ou qui ont des doutes quant à la prise en charge, consultent un collègue expérimenté pour obtenir des conseils.
- Le professionnel de premier recours coordonne la mise en place de soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic établi, tout en préservant une relation thérapeutique solide avec le patient.



Il est conseillé que la prise en charge soit effectuée par une équipe constituée d'au moins deux professionnels de la santé partageant un ensemble de compétences essentielles, à savoir: (4)

- Un professionnel de la santé spécialisé en santé mentale, tel qu'un psychiatre, un pédopsychiatre ou un psychologue, en raison de la détresse psychologique fréquente et des comorbidités psychiatriques associées.
- Un professionnel de la santé spécialisé en médecine somatique, qui peut être le médecin de première ligne (comme un médecin généraliste ou un pédiatre), s'il est prêt à répondre aux exigences nécessaires.

La mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire est essentielle pour garantir une coordination efficace des soins. En effet, la coordination des soins repose sur un médecin coordinateur, dont les responsabilités incluent : (4)

- Prescrire les interventions spécifiques requises à un moment donné.
- Maintenir une vue globale de la prise en charge.
- Assurer la communication et la liaison avec les autres professionnels impliqués.

La désignation du médecin coordinateur au sein de l'équipe de soins doit être basée sur les critères suivants : (4)

- La situation spécifique du patient, y compris son âge, l'évolution et la gravité de sa maladie, son parcours de soins, et ses préférences personnelles.
- La sélection de l'intervenant au sein de l'équipe multidisciplinaire qui possède la plus grande expérience et la disponibilité la plus adaptée à la situation.



Il est préconisé que la coordination des soins repose sur des échanges réguliers entre les professionnels de santé, que ce soit par des interactions directes (comme des discussions informelles, des appels téléphoniques, ou des réunions cliniques) ou par le biais de communications sécurisées telles que les courriers et les courriels. L'utilisation de réseaux de santé impliquant l'ensemble des intervenants peut grandement faciliter la mise en place d'une approche multidisciplinaire, notamment grâce à l'utilisation d'un dossier médical partagé. (4)

Lorsqu'un patient change de cadre de soins ou lors de toute transition, il est recommandé d'identifier la nouvelle équipe de soins et de mener des entretiens spécifiques avec le patient à cet égard. La présence de structures institutionnelles offrant plusieurs niveaux de prise en charge peut être particulièrement bénéfique pour cette transition, en particulier pour les enfants et les adolescents. (4)

L'implication de l'entourage, en particulier de la famille, revêt une grande importance. Ils jouent un rôle essentiel dans le succès du traitement et devraient être étroitement associés à la prise en charge autant que possible. C'est pourquoi une attention particulière doit être portée à l'entourage familial, en les aidant à comprendre et à soutenir leur proche atteint de la maladie, par exemple en les orientant vers des associations de patients ou de familles de patients, ou vers des groupes de soutien. (4)

## PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Les principaux objectifs à établir pour tous les patients sont les suivants :(4)

- Encourager l'adhésion avec les soins médicaux et le renforcement de l'alliance thérapeutique.
- Reconnaître et accepter l'importance de la renutrition.
- Réintégrer le concept de désir, de plaisir et d'appétence dans le domaine de la nutrition.
- Rectifier les distorsions de la pensée et les comportements dysfonctionnels que les patients peuvent présenter.
- Il est essentiel de promouvoir la confiance en soi et la perception positive de soi chez les patients.
- L'amélioration des relations avec autrui, que ce soit dans un contexte social ou familial, revêt une importance cruciale pour le bien-être des patients et leur rétablissement.
- Il est indispensable de prendre en compte le traitement des éventuelles affections psychiatriques co-existantes afin d'améliorer l'adhésion au traitement.

En plus de ces objectifs, il convient de recommander des interventions spécifiques en fonction des caractéristiques du patient : (4)

- La thérapie familiale, dont l'approche doit être validée, en particulier chez les enfants et les adolescents.
- Les **thérapies cognitivo-comportementales** ou **TCC** ont démontré leur efficacité à travers des études randomisées.



- Les entretiens motivationnels, les psychothérapies de soutien, les thérapies d'inspiration psychanalytique, ainsi que les approches impliquant la médiation corporelle, sont des options à envisager pour le patient.

Il est recommandé de maintenir ces interventions psychothérapeutiques pendant une période d'un an après que l'état de la clinique s'est nettement amélioré. (4)

L'aspect médicamenteux de la gestion de l'anorexie mentale n'est pas systématique. En réalité, le recours à des médicaments est nécessaire lorsque des troubles concomitants, tels que la dépression, sont présents et contribuent à aggraver l'anorexie. (4)

L'élément central de l'approche thérapeutique repose sur la nutrition. Dans le cadre de la gestion de l'anorexie mentale, il est nécessaire, en premier lieu, d'établir les objectifs nutritionnels à long terme pour le patient : (4)

- Il faut viser à atteindre et à maintenir un poids et un statut nutritionnel appropriés pour les adultes, ou à assurer une croissance adéquate pour les enfants et les adolescents.
- Il est essentiel de favoriser une alimentation spontanée, régulière et diversifiée, ainsi que de rétablir des comportements alimentaires sains, des choix alimentaires adaptés et une consommation en société.
- Il est primordial d'encourager une relation détendue et flexible avec la nourriture, réduisant ainsi son importance dans la vie du patient.
- Il est nécessaire de rétablir les sensations de faim et de satiété, ainsi que d'encourager une réponse adaptée aux signaux corporels
- En cas de dénutrition sévère, il convient de procéder à une renutrition progressive pour éviter les complications potentielles, car le risque de syndrome de renutrition est lié à la gravité de la dénutrition.



Après avoir établi les objectifs nutritionnels, il est conseillé d'engager une conversation avec le patient concernant le poids cible à atteindre de manière graduelle, dans le but de le rassurer. En effet, dans le cas de l'anorexie mentale, le poids représente une préoccupation majeure pour le patient, et ses propres objectifs ne correspondent pas nécessairement aux recommandations. (4)

Ce poids cible est déterminé en prenant en considération plusieurs facteurs, notamment : (4)

- De l'âge du patient.
- Des antécédents pondéraux.
- Le poids nécessaire pour rétablir les menstruations et l'ovulation chez les femmes.

Dans la plupart des cas, afin de favoriser une meilleure adhésion du patient au processus de reprise de poids, il est recommandé de commencer par stopper la perte de poids. C'est la première étape avant de considérer un gain de poids. (4)

Pendant la phase de rétablissement, viser un gain de poids de 1 kg par mois en traitement ambulatoire semble être un objectif raisonnable et adaptable en fonction des besoins individuels. (4)

Étant donné l'importance de la dimension psychologique dans la prise en charge de l'anorexie mentale, il est préconisé de mettre en avant les aspects positifs de la reprise de poids tout en évitant de définir un poids minimal prédéterminé, ce qui pourrait devenir une préoccupation majeure pour le patient. (4)



En ce qui concerne les enfants et les adolescents, les objectifs de poids sont réévalués de manière régulière en fonction des percentiles de l'Indice de Masse Corporelle (voir annexe 1), en prenant en compte plusieurs paramètres : (4)

- L'âge.
- La taille.
- L'étape de puberté.
- Le poids avant l'apparition de la maladie (pré morbide).
- Les courbes de croissance.

Les modalités et la fréquence des pesées sont déterminées en suivant un calendrier rigoureux. La cadence des pesées est adaptée à l'état clinique du patient. Selon le niveau de dénutrition, une surveillance pondérale bihebdomadaire est préconisée, voire quotidienne en cas de dénutrition sévère (grade III), puis passant à une fréquence hebdomadaire lorsque l'état nutritionnel se stabilise. (4)

Voici une classification du niveau de sévérité d'une dénutrition en fonction de l'IMC : (4)

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

Il est préconisé de réintroduire ou d'améliorer les repas de manière progressive et prudente, afin de garantir des apports nutritionnels adéquats. Des apports alimentaires inférieurs à 1 600 kcal par jour (pour un adulte) ne permettent pas de couvrir tous les besoins en micronutriments. L'ajout de compléments alimentaires peut temporairement augmenter l'apport calorique. (4)

Lorsqu'une personne souffrant d'anorexie mentale (et par conséquent de dénutrition) commence à se réalimenter, il est recommandé de surveiller l'équilibre hydrique et électrolytique, notamment la teneur en phosphore, afin de prévenir d'éventuelles complications cardiovasculaires. (4)

En cas de dénutrition sévère, il est conseillé de suivre ces directives : (4)

- Amorcer la renutrition de manière prudente et progressive.
- Compléter l'alimentation par voie orale avec du phosphore, des vitamines et des oligoéléments pour éviter le syndrome de renutrition inappropriée.
- Effectuer une surveillance clinique fréquente, incluant la mesure du pouls, de la tension artérielle et de la température.



## ZOOM SUR LA NUTRITION

La nutrition représente une fonction essentielle pour maintenir l'organisme, assurer sa survie et favoriser sa croissance en lui fournissant les substances essentielles ainsi que l'énergie nécessaire. (5)

Elle englobe la digestion et l'absorption des aliments, la transformation de ces derniers, l'assimilation des nutriments, leur utilisation pour la croissance, l'entretien, le fonctionnement, la production de chaleur et d'énergie, ainsi que l'élimination des déchets. (5)

Les aliments que nous consommons libèrent les nutriments indispensables au bon fonctionnement des cellules. Ces cellules ont besoin d'une variété de nutriments et d'un équilibre quantitatif pour assurer leur santé et leurs fonctions. (5)

Chaque aliment se compose à la fois de matière organique et de minéraux. Ces composants sont essentiels pour maintenir les fonctions physiologiques normales de l'organisme, ainsi que pour garantir un niveau d'énergie adéquat. De plus, certains nutriments jouent un rôle fondamental dans la construction des cellules. (5)



➤ **Les constituants organiques :** (5)

● **Les glucides :**

Les glucides jouent un rôle essentiel en fournissant de **l'énergie**.

Il existe deux catégories de glucides : ceux qui sont rapidement disponibles, appelés oses (sucres simples, molécules de base), et ceux qui sont libérés lentement, connus sous le nom de polysides (sucres complexes, de plus grande taille, comme l'amidon). Le glucose est un exemple d'ose. Il peut être immédiatement et facilement absorbé au niveau de l'intestin grêle, car il est déjà une forme nutritive complète et n'a pas besoin d'être simplifié.

● **Les lipides :**

Les lipides servent principalement de source **d'énergie** essentielle, mais ils jouent également un rôle dans la **construction** des membranes cellulaires. Ils sont indispensables pour le bon fonctionnement de l'organisme et ne se dissolvent pas dans l'eau. La plupart des acides gras peuvent être synthétisés par les animaux, à l'exception de ceux qui sont qualifiés d'essentiels. Ces acides gras essentiels, qu'ils soient saturés ou insaturés, jouent un rôle fondamental dans le fonctionnement optimal des cellules.

● **Les protéines :**

Les protéines, quant à elles, jouent principalement un rôle de **construction**. Elles constituent un élément majeur de la structure des cellules, représentant environ 50% du poids sec de la plupart d'entre elles. De plus, elles assurent un soutien, notamment pour les muscles. De manière additionnelle, les protéines ont également une fonction opérationnelle dans l'organisme. Les anticorps, par exemple, sont responsables de la défense immunitaire, les enzymes catalysent des réactions chimiques, et leur présence dans l'hémoglobine facilite le transport de substances dans le corps.



- Les vitamines :

Les vitamines sont essentielles au bon fonctionnement de l'organisme, nécessitant de faibles quantités qui doivent être obtenues par le biais de l'alimentation. Elles jouent un rôle fonctionnel crucial dans la **régulation des réactions enzymatiques**.

Les vitamines sont classées en deux groupes distincts :

- Une famille hydrosoluble, comprenant les vitamines B1, B2, B3, B12, C, PP.
- Une famille liposoluble, englobant les vitamines A, D, E, K.

➤ Les constituants minéraux : (5)

- Les sels minéraux nécessaires en grande quantité
- Les sels minéraux nécessaires en faible quantité

L'alimentation doit être équilibrée, ce qui signifie qu'elle doit fournir tous les éléments essentiels à notre organisme pour garantir une croissance saine pendant l'enfance et l'adolescence, satisfaire nos besoins énergétiques quotidiens, prévenir certaines maladies telles que les maladies cardiovasculaires et l'obésité, éviter les carences nutritionnelles responsables de troubles de la santé, et favoriser une sensation de bien-être grâce à un fonctionnement optimal de l'organisme. (5)

Pour maintenir notre corps en bonne santé, il est impératif de respecter les conditions liées à un équilibre alimentaire optimal, en évitant les excès et les carences, et en favorisant une alimentation variée. Une classification des groupes d'aliments représente efficacement les différentes catégories d'aliments nécessaires pour le bon fonctionnement de notre organisme. Pour une meilleure santé, il est essentiel de maintenir une alimentation équilibrée et régulière en consommant des aliments issus de chaque groupe alimentaire. (5)



**La classification est la suivante :** (5)

<b>Groupes</b>	<b>Apports principaux</b>	<b>Exemple</b>	<b>Rôle principal</b>
1/ Les produits laitiers	Calcium, Protéines animales, Lipides, Glucides, Vitamines B	Lait, fromage, yaourt B	Bâtisseur
2/ Viandes, poissons, œufs	Protéines animales, Lipides animales (+/- selon le produit), Glucides, Vitamines A, B, D, fer.	Viandes rouges ou blanches, charcuterie, abats, poissons, crustacés, œufs.	Bâtisseur
3/ Fruits et légumes	Sucres simples, Vitamines C et A, Fibres, Sels minéraux, Eau	Poire, cerise, melon, banane, pomme...	Fonctionnel (+ énergétique)
4/ Glucides	Glucides complexes (amidon), Fibres, Vitamines B, Calcium, phosphore	Pain, farine, pâtes, riz, céréales, légumes secs, pomme de terre	Énergétique (+ fonctionnel)
5/ Corps gras	Lipides végétales, Vitamines A/D.	Beurre, huile, fruits gras, charcuterie.	Énergétique (+ fonctionnel)
6/ Les produits sucrés	s Glucides simples, rapides	Pâtisseries, bonbons	Énergétique
7/ Eau	Eau, sels minéraux	Eau, eau minérale	Fonctionnel

## SYNDROME DE RENUTRITION INAPPROPRIÉE

Le syndrome de renutrition inappropriée est une complication qui survient chez les patients souffrant de dénutrition lorsque la renutrition s'accompagne d'un apport énergétique excessif. (6)

Ce syndrome entraîne une diminution des concentrations de phosphore dans le plasma, ce qui provoque une **hypophosphorémie** (entre 2,7 et 4,5 mg/dl), une baisse du taux de potassium entraînant une **hypokaliémie** (entre 3,5 et 5,5 mmol/l), une réduction des niveaux de magnésium provoquant une **hypomagnésémie** (entre 0,7 et 1,1 mmol/l), ainsi qu'une diminution des niveaux de vitamine B1. (6)

Cette situation découle de la priorisation du métabolisme des glucides au détriment du métabolisme lipidique, ce qui entraîne une augmentation anormale de la concentration d'insuline. (6)

Cette hausse de l'insulinémie provoque ensuite une augmentation de la synthèse du glycogène, des graisses et des protéines, induisant ainsi un déplacement intracellulaire de potassium, de phosphore et de magnésium. En conséquence, on observe une diminution de leur concentration dans le plasma sanguin. (6)

Les symptômes du syndrome de renutrition inappropriée résultent des déséquilibres hydro électrolytiques évoqués précédemment : (6)

- **Manifestations cardiovasculaires** : Durant la phase de dénutrition, une réduction de la taille des cellules musculaires cardiaques, associée à une diminution de l'ATP, entraîne une moindre contractilité du muscle cardiaque. Lors de la renutrition, l'augmentation rapide du volume extracellulaire due à une charge glucidique peut provoquer une dyspnée due à l'augmentation de la charge cardiaque. La diminution de la masse cardiaque est souvent accompagnée d'une bradycardie et d'un allongement de l'intervalle QT.



- **Manifestations musculaires :** La réduction de l'ATP dans les cellules musculaires entraîne une faiblesse musculaire, pouvant déclencher une rhabdomyolyse dans un contexte de douleurs musculaires généralisées. Une myopathie proximale peut se développer, affectant la capacité de marche. Les muscles respiratoires, en particulier le diaphragme, peuvent être atteints, ce qui peut entraîner une insuffisance respiratoire aiguë.
  
- **Symptômes neurologiques :** Les déséquilibres hydro électrolytiques dus aux modifications métaboliques liées au syndrome de renutrition peuvent entraîner des symptômes neurologiques périphériques (paresthésies) ainsi que des symptômes centraux (altérations de la conscience, coma, crises convulsives). Une diminution soudaine des réserves en vitamine B1 est fréquente lors de la reprise de l'apport énergétique après une privation prolongée, ce qui peut entraîner une encéphalopathie de Gayet-Wernicke caractérisée par une ataxie, une ophtalmoplégie, un nystagmus, des troubles de la mémoire et des altérations de la conscience.
  
- **Manifestations hématologiques :** La baisse du 2,3-DPG due à l'hypophosphatémie a tendance à déplacer la courbe de dissociation de l'oxyhémoglobine vers la gauche, perturbant la libération d'oxygène aux tissus périphériques. Une hémolyse a été observée dans ce contexte, en corrélation avec des niveaux intracellulaires d'ATP réduits. Une thrombocytopénie peut également survenir en cas d'hypophosphatémie sévère.

L'anorexie est une maladie complexe et très difficile à diagnostiquer. Cependant, la pluridisciplinarité dans la prise en charge et la collaboration des professionnels de santé entre eux permet une meilleure appréhension de la pathologie qui peut à terme, si elle n'est pas prise en charge, provoquer des effets grave et parfois irréversible. Nous allons par la suite, développer une présentation de la constipation ainsi que les principales classes de laxatifs qui existe en France utilisés pour la traiter.



## II/ Les différentes classes de médicament

### laxatif

#### 1) Les différentes étapes de la digestion : (voir schéma en annexe 4)

La digestion est répartie en quatre phases, du moment que l'individu ingère la nourriture jusqu'à l'évacuation : (7)

##### **ÉTAPE 1 : LA MASTICATION :**

La digestion commence au niveau de la bouche grâce à la première étape du processus, qui est la **mastication**. Cette étape consiste à réduire les aliments en morceaux et à les mélanger avec la salive. Les dents jouent un rôle essentiel en coupant, déchirant et broyant mécaniquement le bol alimentaire tout en le mélangeant à la salive. Ensuite, le bol alimentaire glisse vers le pharynx. La salive agit comme un diluant, en imprégnant les aliments et en pouvant même commencer la dégradation chimique de l'amidon grâce à l'enzyme qu'elle contient, l'amylase. Une fois la mastication terminée, la déglutition envoie les aliments dans l'œsophage, où ils sont propulsés vers l'estomac grâce à des contractions musculaires. (7)

##### **ÉTAPE 2 : LA DIGESTION GASTRIQUE**

Pendant la phase qui traverse l'estomac et l'intestin grêle, les processus de décomposition des aliments (**digestion gastrique**) sont principalement de nature chimique. Dans l'estomac, les aliments subissent un malaxage intense qui les transforme en une bouillie homogène. Ces mouvements péristaltiques favorisent l'action du suc gastrique qui contient de l'acide chlorhydrique ainsi que deux enzymes, la pepsine et la présure, toutes deux responsables de la dégradation des protéines. Cette étape est donc cruciale dans le processus de digestion. (7)



La régulation du flux des aliments, désormais réduits en une substance broyée et liquide, vers les intestins est assurée par la fermeture du pylore, un sphincter situé à l'orifice inférieur de l'estomac. Ce sphincter agit comme une valve, contrôlée par des centres nerveux. En cas d'un repas particulièrement copieux, l'écoulement des aliments est ralenti de manière à prévenir une surcharge au niveau intestinal. (7)

### ÉTAPE 3 : LA DIGESTION INTESTINALE

À la fin de la phase gastrique, les aliments se transforment en une substance appelée chyme, qui est ensuite acheminée vers le duodénum, le premier segment de l'intestin grêle. C'est le début de la **digestion intestinale**. (7)

L'intestin grêle joue un double rôle, à la fois en continuant la dégradation des aliments et en absorbant les nutriments issus de cette digestion. Dans le duodénum, le chyme est soumis à l'action de sécrétions qui décomposent les nutriments : (7)

- Le suc pancréatique est la principale sécrétion digestive et contient une variété d'enzymes telles que les amylases, les lipases, les protéinases et les peptidases.
- Le suc intestinal contribue à la dégradation finale des grosses molécules et contient également des enzymes telles que des peptidases, des sucrases et des phosphatases.
- La bile, bien qu'elle ne contienne pas d'enzymes, joue un rôle essentiel en favorisant l'absorption des graisses. Elle est produite par le foie, stockée dans la vésicule biliaire et contient des sels biliaires qui permettent l'émulsification des lipides, une étape nécessaire à la dégradation chimique.

Les intestins sont constamment en mouvement, alternant entre contractions et relâchements. Ces mouvements ont pour but de mélanger et propulser les aliments grâce à de petites vagues de contractions, un processus appelé péristaltisme, qui pousse le chyme vers l'anus. Le système nerveux joue un rôle important dans la régulation de cette activité digestive, modulant son rythme. (7)



Une fois que les aliments sont entièrement décomposés, les nutriments sont absorbés et passent dans la circulation sanguine. Pour augmenter la surface de contact entre le liquide digestif et la paroi intestinale, celle-ci est dotée de replis microscopiques appelés villosités, qui confèrent à l'intestin grêle une surface de 50 m<sup>2</sup>. Juste en dessous de cette muqueuse se trouvent les capillaires sanguins et lymphatiques. Les aliments dégradés traversent cette fine membrane fragile, qui se régénère tous les deux jours. (7)

#### ÉTAPE 4 : LA DIGESTION COLIQUE

Ce qui reste des aliments est déversé dans le côlon, un organe plus volumineux, et se termine par l'anus. (7)

Pendant son passage de 6 à 12 heures dans l'intestin grêle, le contenu intestinal subit des modifications significatives, et presque toutes les substances nutritives ont été absorbées à ce stade. Il ne reste alors qu'un liquide visqueux composé de résidus végétaux, en particulier des fibres, de résidus animaux non dégradés et de produits issus de la sécrétion digestive, associés au mucus. (7)

Ces résidus non digérés sont pris en charge par la population abondante de bactéries présente dans notre côlon. Le côlon héberge en fait plus de micro-organismes que le nombre total de cellules dans notre corps, soit plusieurs centaines de milliards. Cette flore bactérienne se divise en deux catégories : la flore de **fermentation** et la flore de **putréfaction**. (7)

La fonction principale du côlon est de réabsorber l'eau afin de concentrer les matières fécales, qui sortent de l'intestin grêle sous forme liquide. Toutefois, pour éviter que les selles ne deviennent trop dures, elles doivent contenir suffisamment d'eau à leur sortie du côlon. Les fibres issues des fruits et légumes, telles que la pectine et la cellulose, jouent un rôle essentiel en retenant l'eau. Elles absorbent l'eau et facilitent ainsi le mouvement des selles. (7)

L'élimination des selles marque la conclusion du processus de digestion. (7)



## 2) Présentation de la CONSTIPATION : diagnostic, prise en charge, complications, causes

### DEFINITION

La constipation est définie par une fréquence de moins de trois évacuations de selles par semaine, généralement due à un ralentissement du transit intestinal. (8)

Il est important de noter que le nombre de selles émises peut varier considérablement d'une personne à l'autre, rendant cette définition relative. Pour établir un diagnostic de constipation, il est essentiel de prendre en compte d'autres facteurs. (8)

Par exemple, il est possible qu'un individu ait moins de trois évacuations de selles par semaine sans pour autant être considéré comme constipé. Cependant, si cette réduction de la fréquence des selles s'accompagne d'une sensation de malaise, de vertiges ou de douleurs abdominales basses, un diagnostic de constipation peut alors être envisagé dans ce contexte particulier. (8)

### CAUSES :

Plusieurs facteurs, qu'ils soient d'origine médicamenteuse ou non, peuvent entraîner la constipation : (8)

- Les fibres jouent un rôle essentiel dans la régulation du transit intestinal. Par conséquent, une alimentation déficiente en fibres peut constituer une cause de constipation.
- Un ralentissement du transit intestinal peut être induit par un manque d'activité physique régulière.
- Il est crucial de maintenir une hydratation adéquate pour prévenir le durcissement des selles, ce qui les rendrait plus difficiles à évacuer.



- Le stress peut contribuer à la survenue de la constipation. Par ailleurs, lors de périodes de stress intense, il peut également provoquer des épisodes de diarrhée.
- Des modifications dans l'alimentation ou le mode de vie peuvent également entraîner un ralentissement du transit intestinal, favorisant ainsi la constipation.
- L'arrêt de la consommation de tabac, bien que bénéfique pour la santé, peut provoquer une constipation. En effet, la cigarette est souvent associée à des épisodes de diarrhée chez de nombreux fumeurs. Par conséquent, l'arrêt de la consommation de tabac peut déclencher une constipation réactionnelle liée à ce changement.
- Pendant la grossesse, il existe un risque accru de troubles du transit. L'augmentation du taux de progestérone pendant la grossesse entraîne la relaxation des fibres de l'utérus (pour prévenir les fausses couches) ainsi qu'un relâchement des muscles intestinaux, ce qui provoque un ralentissement du transit. Ce ralentissement peut entraîner des ballonnements et de la constipation.
- En outre, les origines de la constipation peuvent également être liées à des troubles neurologiques tels que la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson ou certaines neuropathies périphériques.
- La constipation peut également résulter de la prise de certains types de médicaments, tels que :
  - **Les antalgiques** : morphine, oxycodone, fentanyl, tramadol, codéine.
  - **Les antihistaminiques** : anti H1 pour le traitement de l'allergie et anti H2 pour le traitement des ulcères).
  - **Les antihypertenseurs** : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion, inhibiteurs calciques, bêtabloquants, diurétiques.
  - **Les antidépresseurs** : Imipraminiques, inhibiteurs recapture sérotonine, duloxétine.

- **Les antiépileptiques** : Prégabaline, Carbamazépine.
- **Les antiagrégants plaquettaires** : Clopidogrel.
- **Les anticancéreux** : Carboplatine, Gemcitabine, Docetaxel, Vincristine, Exemestane.
- **Les antinauséux** utilisés dans le cadre des Nausées et vomissements chimio induits : Granisétron, Ondansétron.
- **Les antidiabétiques oraux** : Gliclazide, répaglinide.
- **Les biphosphates** utilisés dans l'ostéoporose : Acide alendronique, risédronate, acide zolédronique.
- **Les hypolipémiants de la famille des Statines** : Atorvastatine, Fluvastatine, Pravastatine, Rosuvastatine, Simvastatine
- **Les antiulcéreux de la famille des inhibiteurs de la pompe à protons** : Oméprazole, Esoméprazole, Lansoprazole, Pantoprazole, Rabéprazole.
- **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens** : Ibuprofène, Kétoprofène, etc.
- D'autres types de médicament peuvent aussi provoquer une constipation : Méthadone, Ribavirine, Varénicline, Tacrolimus.
- Le supplémentation en **fer**.
- La supplémentation en **calcium**.



## PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION :

Le traitement de la constipation, comme pour de nombreuses autres affections, implique une approche multidisciplinaire et doit être adapté en fonction du patient et des méthodes déjà utilisées. (9)

En premier lieu, nous recommandons des mesures hygiéno-diététiques à la fois pour la prévention et le traitement de la constipation, sans complications supplémentaires :(9)

- Il est conseillé d'augmenter la consommation de fibres alimentaires en incluant des aliments tels que des fruits, des légumes, des céréales complètes, des noix, des pruneaux, du son de blé, des graines de psyllium ou de lin, ce qui favorisera une régulation plus efficace du transit intestinal.
- Il est essentiel d'accroître l'apport hydrique en buvant au moins un à deux litres de liquides par jour, sous forme d'eau, de tisanes, de jus de fruits, de soupes, voire d'eau minérale riche en magnésium. Cela contribue à l'hydratation des selles, facilitant ainsi leur évacuation.
- Il est recommandé de pratiquer régulièrement une activité physique pour prévenir la sédentarité et réduire le risque de constipation, en favorisant une meilleure digestion.
- Si possible, l'interruption des médicaments susceptibles de causer la constipation (comme mentionné précédemment) devrait être envisagée, à moins qu'ils ne soient absolument nécessaires. Dans ce cas, il convient de rechercher d'autres options thérapeutiques, ou d'envisager l'adjonction de laxatifs, tels que des lubrifiants ou des laxatifs osmotiques.
- L'amélioration de la position et de l'aménagement des toilettes est également importante, car une posture adéquate favorise une meilleure évacuation des selles.
- Des compléments alimentaires peuvent être recommandés, tels que des graines de psyllium et de fenugrec, des algues et des pectines ayant des propriétés laxatives liées à leur capacité à retenir l'eau dans les selles. Les algues, par exemple, contribuent à réduire la constipation en maintenant l'hydratation des selles.



- Les pectines extraites des pommes ou des citrons sont utilisées pour traiter la constipation, car elles ont la capacité de retenir l'eau, évitant ainsi que les selles ne deviennent excessivement dures.

Cependant, lorsque les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent malheureusement pas, une consultation médicale peut s'avérer nécessaire dans les cas suivants :(9)

- En présence de sang dans les selles associées à la constipation.
  - En cas de douleurs abdominales persistantes, de nausées ou de vomissements accompagnant la constipation.
  - Si la constipation est accompagnée d'une incapacité à expulser des gaz et de ballonnements importants.
  - En cas de fièvre ou de frissons associés à la constipation.
  - Si des selles présentent une quantité abondante de mucus (glaires).
  - En cas d'épisode de constipation inhabituel, survenant de manière soudaine et se prolongeant au-delà de 48 à 72 heures.
  - Lorsque la constipation et la diarrhée se succèdent.
  - Si la constipation apparaît simultanément à la prise d'un nouveau traitement.
- Cependant, l'automédication est autorisée dans les situations suivantes :
- Si la constipation survient de manière occasionnelle et ne s'accompagne d'aucun signe préoccupant, par exemple, pendant un voyage.

- Si une évaluation médicale antérieure a déjà été réalisée pour la constipation et que des recommandations ont été fournies par le médecin.

En cas de constipation importante qui ne répond pas aux mesures hygiéno-diététiques, des médicaments laxatifs seront prescrits. De plus, sur avis médical, une rééducation réalisée par des kinésithérapeutes spécialisés (utilisant le biofeedback) peut être envisagée pour les cas de constipation distale. (9)

### **3) La présentation des laxatifs**

#### **LES MECANISMES COMMUNS DES LAXATIFS**

Tous les laxatifs partagent un mécanisme d'action commun, qui se divise en deux principaux modes d'intervention :(10,11)

- Lorsqu'on vise à stimuler le péristaltisme intestinal pour remédier à une lenteur du transit, même si les selles ne sont pas nécessairement très dures.
- Ou lorsque l'objectif est d'adoucir le contenu de l'intestin.

Ces deux mécanismes d'action généraux sont exploités par différents médicaments, certains agissant sur l'un, d'autres sur l'autre, voire sur les deux simultanément. (10,11)

De ce fait, on distingue deux grandes catégories de laxatifs :(10,11)

- Laxatifs peu ou pas irritants :
  - Laxatifs de lest
  - Laxatifs osmotiques
  - Laxatifs lubrifiants
  - Laxatifs par voie rectale
- Laxatifs irritants : laxatifs stimulants

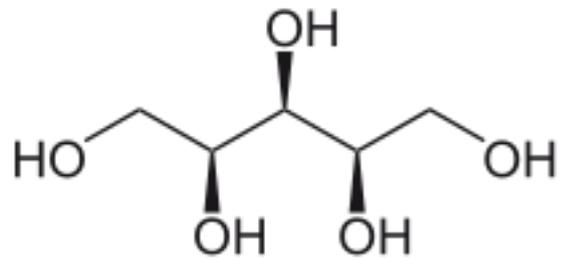


## LES DIFFERENTES CLASSES DE LAXATIFS

**Laxatifs osmotiques** : Ils agissent en ramollissant les selles en induisant un flux d'eau vers l'intestin, ce qui crée un phénomène d'hyper-osmose ou d'augmentation de la pression osmotique. Ces substances exercent une action exclusivement physique et sont éliminées sous forme inchangée, car elles ne sont pas absorbées et demeurent dans le système digestif. (10,11)

Il existe trois catégories de laxatifs osmotiques : (10,11)

- **Laxatifs polyols** : Ces composés ne sont ni digérés ni absorbés dans l'intestin. La flore bactérienne peut les métaboliser, entraînant une fermentation susceptible de provoquer des ballonnements et des flatulences.



Molécule Polyols(12)

- **PEG ou macrogol** : Ces substances à poids moléculaire élevé ne sont ni digérées ni absorbées, et elles ne subissent pas de fermentation intestinale. Elles présentent une forte charge osmotique.



(13)

- **Laxatifs salins (sels de magnésium)** : Ils agissent par mécanisme osmotique et stimulent la libération de cholécystokinine, provoquant ainsi une augmentation de l'eau et des électrolytes dans la lumière intestinale. Ils peuvent induire une diarrhée suivie d'une constipation en raison de leur puissance, qui est presque comparable à celle des laxatifs irritants.



(14)



**Laxatifs de lest :** Ils modifient la consistance des selles en contenant des mucilages ou des fibres alimentaires qui augmentent le volume et la mollesse des selles. Lorsqu'ils gonflent en absorbant de l'eau, ils dilatent la paroi intestinale, stimulant ainsi les mécanorécepteurs et déclenchant le réflexe de défécation. Leur effet se manifeste généralement dans un délai de 24 à 48 heures. Il est important de noter que leur efficacité dépend de l'apport en eau, car une insuffisance hydrique peut entraîner un risque d'obstruction. (10,11)

(15)



**Laxatifs lubrifiants :** Ils favorisent l'évacuation des selles en utilisant des matières grasses, telles que les huiles minérales de paraffine ou de vaseline (hydrocarbures) qui ne sont pas absorbées. Ces laxatifs agissent en ramollissant les selles et en les lubrifiant, ce qui peut être particulièrement utile en cas de douleur anale, car elles facilitent le passage des selles. Leur effet se produit généralement dans un délai d'environ 8 à 72 heures.(10,11)



(16)

**Laxatifs stimulants :** Ils augmentent la motricité de l'intestin, ce qui les rend très efficaces un délai d'action de 6 à 8 heures. Ils agissent en irritant la muqueuse intestinale, stimulant la sécrétion et la motricité, ce qui entraîne une augmentation du péristaltisme et une sortie accrue d'eau. Cette action se caractérise par une stimulation des muscles lisses de la paroi intestinale, provoquant ainsi une dilatation de la muqueuse et une augmentation des sécrétions.(10,11)



(17)

Ce laxatif présente une particularité importante, car il nécessite le respect de précautions d'utilisation liées à sa durée de traitement. En effet, son usage doit être de courte durée, ne dépassant pas 8 à 10 jours, en raison du risque potentiel de développement de tolérance voire de dépendance, ainsi que du risque de développer une maladie associée à l'utilisation prolongée de laxatifs. (10,11)

En cas de développement de cette maladie, l'usage de laxatifs devient impératif pour provoquer la défécation, entraînant des pertes significatives en eau et en électrolytes, ce qui peut être hautement problématique. Ces laxatifs sont indiqués pour les cas de constipation réfractaire à court terme. (10,11)

**Laxatifs par voie rectale :** Également connus sous le nom de laxatifs de contact, sont recommandés en première intention lorsqu'il s'agit de traiter une constipation d'origine rectale (ou constipation distale), caractérisée par des sensations d'obstruction anale, d'évacuation incomplète et d'efforts de poussée. Ils induisent l'expulsion des selles en provoquant des contractions du rectum.(10,11)



(18)

**Laxatifs antagonistes périphériques des récepteurs aux opiacés :** Ils ont une action spécifique. Ils s'opposent aux effets constipants des opiacés en agissant au niveau des récepteurs périphériques. Ces laxatifs sont indiqués pour la constipation induite par les opiacés chez les adultes, en cas d'échec des laxatifs classiques. Toutefois, leur utilisation est généralement envisagée en dernier recours, après l'échec des autres catégories de laxatifs précédemment essayées. (10,11)



(19)



## **4) La croissance de puissance D’ACTION**

La prise en charge de la constipation est régie par une cascade de décisions en fonction de la puissance d’action de chaque laxatif. (9)

En effet lors d’une constipation chronique, le traitement curatif débute par le respect de règles hygiéno-diététiques. (9)

Lorsque ces règles hygiéno-diététiques ne sont pas suffisantes, on utilise des laxatifs de lest ou encore des laxatifs osmotiques. (9)

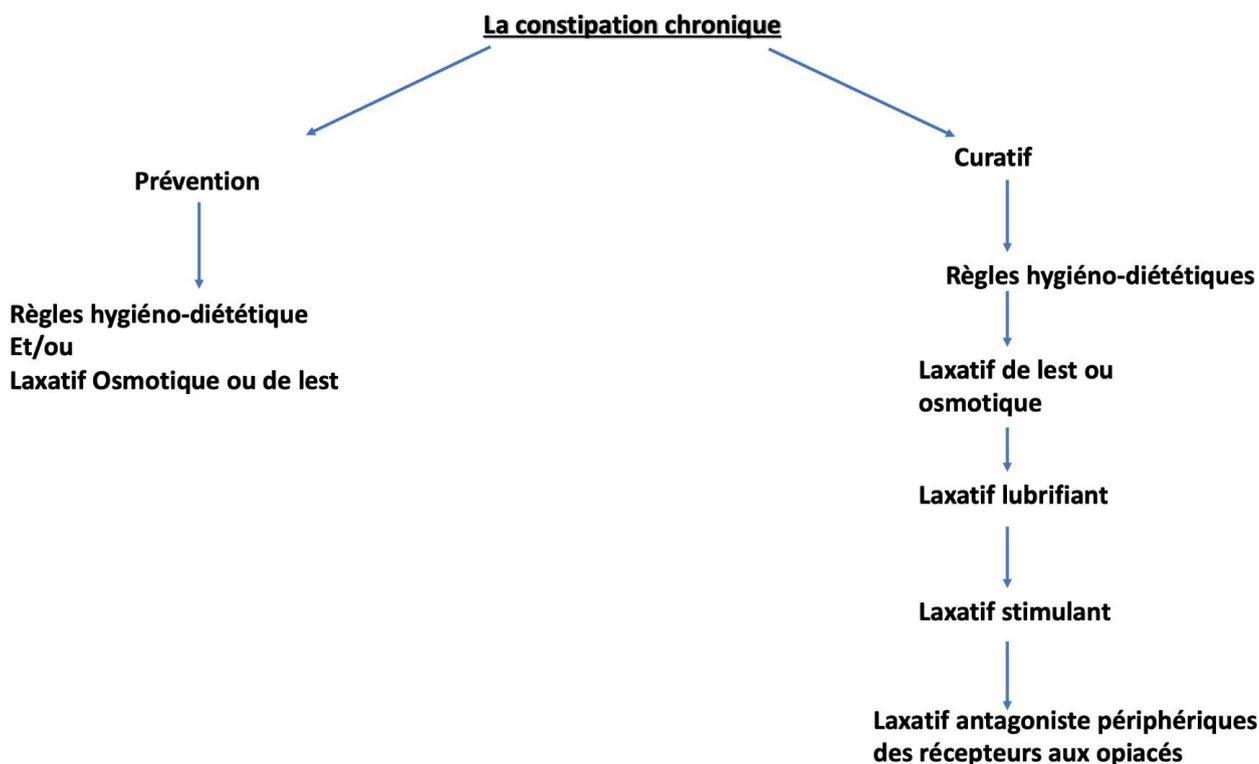
Lorsque ces laxatifs n’ont pas été suffisamment efficaces on utilise des laxatifs lubrifiants. (9)

Enfin, si toutes ces étapes n’ont pas été efficaces, on utilise les laxatifs stimulants. (9)

Deux classes de médicaments sont utilisées pour des cas particuliers :(9)

- Les laxatifs antagonistes des récepteurs aux opiacés sont utilisés en cas de constipation lié aux traitements opioïdes.
  
- Les laxatifs par voie rectale sont eux utilisés pour une action de courte durée.

**Schéma récapitulatif de la prise en charge de la constipation :(9)**



La constipation est une pathologie courante qui résulte d’une perturbation des fonctions physiologiques des organes participants à la digestion. Elle peut être due naturellement à une mauvaise alimentation ou un changement de mode de vie qui nécessitera simplement la mise en place de règles hygiéno-diététiques, ou alors causé par d’autres origines qui va nécessiter la prise de laxatif. Les différentes classes de laxatifs ont divers mécanismes d’action et chacun d’eux, à leur manière, soulage la constipation. Cependant, ils n’ont pas tous la même puissance d’action et la prise en charge recommandée pour la constipation se base sur une initiation de traitement avec la classe de laxatifs les plus doux.



## III/ La dépendance aux laxatifs

### 1) Définitions générales

#### **ADDICTOLOGIE**

L'addictologie englobe l'examen de toutes les formes d'addictions, qu'il s'agisse de dépendances physiologiques ou psychologiques envers des substances ou des comportements, tels que les jeux, le sport et la nourriture. (20)

C'est une science qui examine les phénomènes de dépendance envers une substance ou un comportement. Elle se penche à la fois sur les addictions physiologiques, telles que l'alcoolisme, la toxicomanie ou le tabagisme, ainsi que sur les addictions d'ordre psychologique, comme les troubles du comportement alimentaire ou la dépendance aux jeux. (20)

#### **TOXICOMANIE**

La toxicomanie implique la dépendance physique et psychologique envers une ou plusieurs substances toxiques, sans aucune justification thérapeutique. Il est important de souligner que, pour être qualifiée de toxicomanie, cette dépendance doit absolument être liée à l'usage d'une substance et non à un comportement. (20)



## TOLERANCE/ DEPENDANCE PSYCHIQUE/ DEPENDANCE PHYSIQUE

En cas d'addiction à une substance, on observe l'apparition de tolérance à cette substance, ce qui entraîne une toxicité liée à la capacité des drogues à générer une dépendance et/ou une tolérance (accoutumance) :(20)

- La tolérance, ou accoutumance, est un phénomène qui nécessite l'augmentation des doses pour obtenir des effets de même ampleur. Ce processus met en évidence la capacité de l'organisme à tolérer sans réaction une dose usuelle d'une substance.
- Le phénomène de dépendance psychique se caractérise par un désir intense de répéter la prise de drogue, motivé par la recherche de satisfaction ou l'évitement d'un inconfort, sans qu'il y ait de trouble physique lors du sevrage. Il s'exprime par un sentiment de plaisir intense (craving) et le désir de prolonger la consommation de drogue.
- Le phénomène de dépendance physique implique le besoin impérieux de consommer la substance pour éviter l'apparition de symptômes cliniques graves, constituant ce que l'on appelle "le syndrome de sevrage". En cas de dépendance physique, la substance devient une nécessité au même titre que manger, boire ou dormir, afin d'éviter l'apparition de ces symptômes de sevrage.

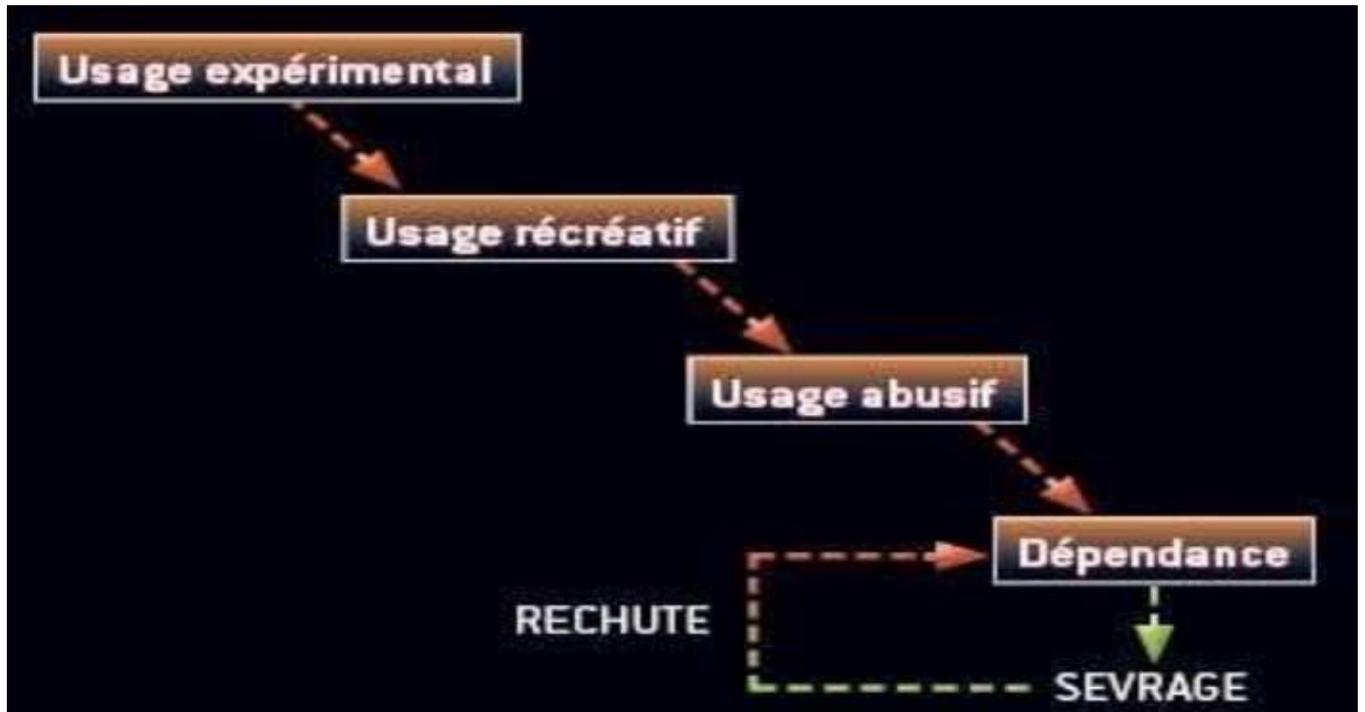


## 2) De la consommation occasionnelle à la DEPENDANCE

Un schéma commun se retrouve chez la plupart des individus qui s'engagent dans une prise de substances présentant un risque de dépendance : (20) (21)

- Tout d'abord, l'utilisation de la substance est initialement expérimentale et ne suscite pas encore de dépendance à ce stade.
- Par la suite, lorsque la personne commence à consommer cette substance de manière régulière lors d'occasions festives ou de soirées, cette phase est généralement qualifiée « d'usage récréatif ».
- Le cycle de la dépendance se poursuit avec une utilisation abusive de la substance, qui n'est plus liée à des événements sociaux (comme les soirées), mais devient une habitude solitaire. À ce moment-là, la consommation de la drogue commence à devenir une nécessité.
- Dans un stade ultérieur, la dépendance s'installe, englobant à la fois une dépendance psychologique et physique à la substance.
- Lorsqu'une personne dépendante d'une substance souhaite arrêter, elle doit passer par l'étape du sevrage. Ce processus correspond à un état physiologiquement difficile qui survient lorsque la consommation de la drogue est interrompue ou lorsque les effets sont inhibés par un antagoniste spécifique. Les symptômes de sevrage varient en intensité en fonction de la substance.
- Le sevrage représente une étape ardue pour le patient, avec un risque significatif de rechute et de reprise de la substance.

**Schéma récapitulatif du cycle de la dépendance :** (20)





### 3) La dépendance aux laxatifs pour les personnes boulimiques/ anorexique

#### DIFFERENCE EN DEPENDANCE ET MALADIE DES LAXATIFS

La prise de laxatifs, de manière générale, est effectuée lors d'une constipation qui n'est pas soignée par la mise en place de mesures hygiéno-diététiques.

Cependant lors d'une prise inadaptée de laxatifs sur du long terme pour certain patients, une adaptation du système digestif se met en place et on peut avoir deux phénomènes qui se mettent en places : (9)

La « dépendance aux laxatifs » est caractérisée par le fait que l'exonération est, au fil des années, déclenchée par ces laxatifs stimulants et que l'interruption du traitement entraîne un « rebond » de constipation. Le patient a le sentiment qu'il ne peut plus interrompre ce traitement et qu'une surenchère thérapeutique avec des doses croissantes de laxatifs stimulants est nécessaire. (9)

La « maladie des laxatifs » est plus rare. Elle accompagne la dépendance et entraîne des anomalies organiques (hypokaliémie, elle-même source d'accentuation de la constipation, atteinte muqueuse marquée par aspect mélanique, parfois colopathie organique induite par les laxatifs). Les accidents graves, devenus rares, surviennent surtout en cas de mésusage (laxatifs pris pour maigrir, quelquefois avec un diurétique). (9)

Plus de 150 spécialités laxatives sont disponibles sans prescription médicale obligatoire. Il est important de rechercher systématiquement une automédication lors d'une suspicion d'abus ou de dépendance (pas toujours annoncée spontanément au médecin). (9)

## LES TROUBLES DIGESTIFS CHEZ LES PERSONNES ANOREXIQUES

Avant de s'intéresser à la dépendance spécifique aux laxatifs pour les personnes anorexiques, on va s'intéresser au problème de constipation lié à l'anorexie.

En effet, les personnes souffrant d'anorexie souffrent très souvent de constipation chronique liée à la baisse de leur alimentation. Différentes études ont prouvé le lien entre l'alimentation des anorexiques et leur constipation. (22)

En effet, une étude dirigée par *G Chiarioni* avec 12 anorexiques et 12 témoins analysant des données manométriques spécifiques (pression anale au repos, seuil d'urgence pour déféquer et dyssynergie du plancher pelvien) a démontré que les personnes anorexiques qui se plaignent de constipation souffrent aussi de troubles de la motricité anorectale avec une pression anale au repos diminuée et un seuil d'urgence pour déféquer plus élevé. De plus, une dyssynergie du plancher pelvien était notée chez 42% d'anorexiques et pas chez les témoins. (22)

Quatre semaines après le début de l'étude, une réalimentation a eu lieu avec des variables qui ont évolué dont le temps de transit qui s'est normalisé. (22)

Cependant, les données manométriques n'ont pas changé, donc il a été conclu que les personnes souffrant d'anorexie pourraient souffrir de trouble au niveau de la motricité intestinale notamment avec un temps de vidange gastrique augmenté. (22)

De plus, l'augmentation du seuil de perception du besoin de déféquer et l'altération au niveau de l'expulsion peuvent s'ajouter aux causes de la constipation chez les personnes anorexiques. (22)

Par ailleurs, on peut notifier que l'augmentation du temps de vidange gastrique peut augmenter les ballonnements et la distension gastrique accentuant la peur "d'être gros(se)". (22)



En outre, une étude dirigée par *Chun et al.* s'est intéressée au fait que la constipation des personnes anorexiques pouvait être liée à un transit colique lent. Cependant, il a été conclu que à la suite d'une réalimentation progressive, le temps de transit colique redevenait normal et dans certains cas, il l'était déjà avant la réalimentation. (23)

Lors de l'étude, ces chercheurs ont compris que lors d'une privation calorique prolongée, une gastroparésie (diminution de la vidange gastrique) peut apparaître. Par conséquent, ce trouble peut donc être un frein car il y aura une sensation que l'estomac ne se vide pas et c'est pour cela qu'il faut que la réalimentation du patient soit progressive. (23)

En conclusion de cette partie, la constipation chez les personnes atteintes d'anorexie est principalement due à une alimentation insuffisante, ce qui entraîne des changements dans la manière dont les aliments se déplacent dans le système digestif. Ces changements s'améliorent lorsque les patients commencent à se réalimenter. Il est donc très important de procéder à une réalimentation progressive pour laisser le temps à l'organisme de fonctionner de manière physiologique (comme précisé dans la prise en charge thérapeutique partie I).

## LA DEPENDANCE AUX LAXATIFS POUR LES PERSONNES ANOREXIQUES

Premièrement, il est important de comprendre que tous les patients anorexiques ne prennent pas de laxatifs et parmi ceux qui en prennent, les raisons sont diverses.

Selon la littérature, 4 à 28% de cette population adulte consomme des laxatifs de manière chronique. Un taux similaire de 19% est retrouvé chez les patients adolescents. D'après les auteurs de l'étude de J Turner, ces résultats sont sous-évalués en raison d'un déni des individus sur leur consommation. (24)



La prise de manière abusives de laxatifs pour ces patients a été observée dans trois principales situations :

**Ralentissement du transit intestinal :** Lorsque l'alimentation est insuffisante et que le bol alimentaire est trop faible pour progresser dans le système digestif, le corps peut entrer en état de gastroparésie, ce qui peut provoquer de la constipation. Dans ce cas, la prise de laxatifs stimulants peut aggraver la situation, car elle ne permet pas au corps de rétablir un transit normal. La solution serait d'augmenter l'apport alimentaire et, si nécessaire, d'utiliser des laxatifs de lest pour faciliter le passage du bol alimentaire. (25)

**Évitement de la prise de poids :** Certains individus atteints d'anorexie se pèsent fréquemment pour surveiller leur poids. Ils prennent des laxatifs dans l'espoir de se débarrasser du poids associé au bol alimentaire. D'autres pensent que les laxatifs empêcheront l'absorption des nutriments et des calories, évitant ainsi une prise de poids. Cependant, la majorité de l'absorption des nutriments se produit dans l'intestin grêle, tandis que le gros intestin n'absorbe principalement que l'eau. (26)

**Sentiment de contrôle :** Les personnes atteintes d'anorexie cherchent souvent à exercer un contrôle strict sur leur alimentation et leur activité physique. La maladie peut commencer par un régime qui devient difficile à abandonner, même après avoir atteint un poids souhaité. Après un repas plus copieux que d'habitude, perçu comme une perte de contrôle, la culpabilité peut surgir, incitant à l'utilisation de laxatifs pour se "vider" et éviter une éventuelle prise de poids. (26)

L'addiction est une pathologie complexe qui nécessite une prise en charge particulière. Dans le cas de ce sujet, on s'est axé sur la dépendance aux laxatifs qui peut toucher n'importe quelle personne qui ne suit pas les bonnes recommandations des laxatifs. Les personnes anorexiques souffrent tout particulièrement de cette dépendance avec trois causes précises : ralentissement du transit, évitement de prise de poids et sentiment de contrôle. La place du pharmacien en France est réglementée avec des droits et des devoirs pour le professionnel de santé pour qu'il puisse au mieux exercer sa profession dans la société. On va donc voir dans la partie suivante, les différentes lois qui régissent la profession de pharmacien.



# V/ Loi sur les droits et devoirs du pharmacien et du patient :

## 1) Présentation d'une officine

En France, les médicaments sont principalement stockés et dispensés dans les pharmacies de ville, où les pharmaciens exercent leur profession.

Selon la définition énoncée dans le Code de la santé publique, partie V, article *L.5125-1*, une pharmacie de ville est un établissement destiné à la distribution au détail de médicaments, ainsi que de produits ou d'articles mentionnés dans l'article *L.4211-1*. De plus, c'est également un endroit où le pharmacien peut préparer ou faire préparer des médicaments magistraux ou officinaux pour les patients qui en ont besoin. (27,28)

Si une pharmacie de ville manque de temps ou de personnel pour effectuer ces préparations, elle a la possibilité de déléguer cette tâche à une autre pharmacie, sous réserve d'obtenir une autorisation préalable délivrée par le représentant de l'État dans le département, après avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. (27)

Dans certaines situations, pour des types de préparations spécifiques, une pharmacie de ville peut conclure un contrat écrit avec un établissement pharmaceutique (à noter que la pharmacie de ville n'est pas considérée comme un établissement pharmaceutique). Cet établissement pharmaceutique doit être autorisé par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé à fabriquer des médicaments. Les activités de sous-traitance font l'objet d'un rapport annuel, soumis par le pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique au directeur général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (27)

## 2) Les missions du pharmacien d'officine

Le pharmacien en officine assume une responsabilité cruciale dans la prise en charge des patients. Grâce à sa disponibilité immédiate et à sa réactivité, il offre au public un premier contact avec un professionnel de la santé.

Dans le cadre du code de la santé publique, chapitre V, les missions du pharmacien sont clairement énoncées, ce qui permet de définir précisément son rôle dans la prise en charge des patients. En effet, l'article *L5125-1-1 A* énumère les responsabilités suivantes :(27)

- Le pharmacien est chargé de contribuer aux soins de premier recours, détaillés dans l'article *L. 1411-11*.
- Il participe à la collaboration entre différents professionnels de la santé, notamment les dentistes et les médecins.
- Il s'engage dans la mission de service public de permanence des soins, assurée par des rotations de garde qui permettent au public d'accéder à un pharmacien en tout temps lorsque cela est nécessaire.
- Il participe aux activités de surveillance et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé.
- Il peut également prendre part à l'éducation thérapeutique et aux activités d'accompagnement des patients, telles que définies dans les articles *L. 1161-1* à *L. 1161-5*.
- Il peut être désigné en tant que pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article *L. 312-1* du code de l'action sociale et des familles, ayant signé une convention pluriannuelle conformément au I de l'article *L. 313-12* du même code, qui ne dispose pas d'une pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas affilié à un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur.

- Il peut être choisi par le patient comme correspondant au sein de l'équipe de soins, conformément aux coopérations prévues par l'article *L. 4011-1* du présent code. À ce titre, il est habilité, à la demande du médecin ou avec son accord, à renouveler périodiquement des traitements chroniques, à ajuster leur posologie si nécessaire, et à effectuer des bilans de médications visant à optimiser leurs effets.
- Il peut fournir des conseils et des services visant à promouvoir l'amélioration ou le maintien de la santé des individus.

### 3) Exclusivité du pharmacien : le monopôle pharmaceutique

En France, contrairement à de nombreux autres pays, la profession de pharmacien détient un monopole sur la gestion et la distribution des médicaments. Le Code de la santé publique explique la justification de cette prééminence du pharmacien. (28)

L'article *L4211-1* du CSP énumère toutes les responsabilités spécifiquement confiées aux pharmaciens. En effet, les pharmaciens ont exclusivement le droit d'accomplir les tâches suivantes, sauf les exceptions prévues dans d'autres articles du présent code : (28)

- Préparer les médicaments destinés à être utilisés en médecine humaine.
- Préparer les objets de pansements ainsi que tous les articles conformes à la pharmacopée. Ils sont également responsables de la préparation des produits destinés à l'entretien ou à l'application de lentilles oculaires de contact.
- Préparer les générateurs, trousseaux ou précurseurs mentionnés à l'article *L. 5121-1*.
- Effectuer la vente en gros, la vente au détail, et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets mentionnés dans les trois précédents points.



- Vendre les plantes médicinales répertoriées dans la pharmacopée, sous réserve des exceptions prévues par décret.
  
- Commercialiser au détail et dispenser au public les huiles essentielles dont la liste est établie par décret, ainsi que leurs dilutions et préparations, à condition qu'ils ne relèvent ni de la catégorie des produits cosmétiques, ni des produits ménagers, ni des denrées ou boissons alimentaires.
  
- Distribuer au détail et dispenser au public les aliments lactés diététiques pour nourrissons et les produits diététiques destinés aux nourrissons âgés de moins de quatre mois, dont les caractéristiques sont définies par arrêté des ministres en charge de la consommation et de la santé.
  
- Assurer la vente au détail et la dispensation au public des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro conçus pour être utilisés par les consommateurs.
  
- La fabrication et la vente en gros de drogues simples et de substances chimiques destinées à la pharmacie sont autorisées, à condition que ces produits ne soient jamais délivrés directement aux consommateurs à des fins pharmaceutiques, et sous réserve des réglementations spécifiques qui peuvent s'appliquer à certains d'entre eux.



## **4) Règles lors d'une installation : Innover au mieux tous les habitants**

Afin de permettre à toute la population de bénéficier d'un accompagnement et de la disposition d'une officine à proximité, l'article de loi *L5125-11* du code de la santé publique mentionne le fait que l'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue peut être autorisée par voie de transfert lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune est au moins égal à 2 500. (29)

En effet, il est important que chaque habitant puisse bénéficier de la présence d'une officine pour la délivrance de ses médicaments.

Par ailleurs, il existe des nuances dans ce texte. En effet, l'ouverture d'une nouvelle officine dans une commune de plus de 2 500 habitants où au moins une licence a déjà été accordée peut être autorisée par voie de transfert à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 4 500 habitants recensés dans la commune. Cette nuance permet à chaque pharmacien de pouvoir maintenir un commerce durable et viable financièrement sans avoir une concurrence perpétuelle perturbant l'acte de dispensation. (29)

En outre, lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle licence peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de transfert dans cette commune. (29)

Enfin, lorsqu'une zone urbaine franche ou sensible ne bénéficie pas de la présence d'une officine en raison d'un nombre d'habitant trop faible (moins de 2500 habitants), l'ouverture d'une officine peut être autorisée par voie de création. (29)

Par conséquent, le Code de santé publique permet effectivement à la population de pouvoir bénéficier de l'accompagnement d'un pharmacien.



## 5) Les droits et devoirs du PHARMACIEN

Afin d'exercer sa profession, un pharmacien en officine est tenu de suivre des règles spécifiques et de respecter des devoirs qui découlent du serment qu'il a prêté. En parallèle de ses droits, il est également soumis au respect du code de déontologie, qui garantit la pérennité de son exercice professionnel.

La liste des droits et devoirs qui sera énumérée ci-dessous n'est pas exhaustive, mais elle souligne l'importance du rôle du pharmacien dans la prise en charge des patients et met en lumière le sérieux de la profession, réglementée par des textes très rigoureux.

### **LES DROITS**

Pour commencer, conformément à l'Article *L5125-23-1*, il est établi que le pharmacien a le droit exceptionnel de renouveler une ordonnance expirée dans un délai d'un an à compter de la date de rédaction de ladite ordonnance, dans le cas de maladies chroniques, à condition d'en informer le médecin. De plus, en ce qui concerne les contraceptifs oraux, lorsque la validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est dépassée, le pharmacien est autorisé à délivrer les médicaments nécessaires pour poursuivre le traitement, à condition qu'ils figurent sur une liste établie par arrêté du ministre de la santé, après consultation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, et ce pour une période supplémentaire de six mois, sans possibilité de renouvellement. (30)

En outre, conformément à l'Article *R4235-61* du code de santé publique, il est précisé que le pharmacien peut et doit, lorsque la santé du patient l'exige, refuser de délivrer un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien est tenu d'en informer immédiatement le prescripteur et de consigner ce refus sur l'ordonnance. Ce refus est bien entendu suivi d'une discussion avec le prescripteur afin de rechercher une solution appropriée pour le patient nécessitant le traitement. (31)

## LES DEVOIRS/INTERDICTIONS

Dans le cadre de sa profession, le pharmacien est soumis à une réglementation rigoureuse comportant diverses restrictions qui encadrent ses pratiques de manière plus stricte.

Selon l'Article *L5125-23* du code de la santé publique, le pharmacien est autorisé à délivrer un médicament ou un produit différent de celui prescrit, ou portant une dénomination commune distincte de celle prescrite, uniquement avec l'accord explicite et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient. (30)

Il existe également des exceptions permettant au pharmacien de substituer des médicaments génériques à la spécialité prescrite, sous réserve que le prescripteur n'ait pas expressément interdit la substitution. Les conditions régissant ce droit sont énoncées dans les articles *L.162-17* et *L.162-16* du code de la sécurité sociale. (32)

Lorsque le pharmacien choisit de délivrer une spécialité générique en substitution à la spécialité prescrite, il est tenu d'indiquer le nom de la spécialité délivrée. (32)

En outre, le pharmacien est interdit de vendre des marchandises autres que celles énumérées dans une liste établie par le ministre de la santé, sur recommandation du Conseil national de l'ordre des pharmaciens. Par conséquent, il ne peut délivrer que des drogues simples, des produits chimiques et des préparations conformes à la pharmacopée, et ces substances doivent respecter les normes énoncées dans ladite pharmacopée. Aucun remède secret ne peut être vendu en pharmacie. (32)

Conformément à l'Article *L5125-27*, il est strictement interdit au pharmacien de réaliser des ventes de médicaments en plein air, sur les foires ou marchés, même aux personnes titulaires d'un diplôme en pharmacie. Ce type de vente ne peut avoir lieu qu'en pharmacie. (33)

En outre, en vertu de l'Article *L5125-29*, les pharmaciens et leurs collaborateurs habilités à délivrer des médicaments en officine doivent porter un insigne indiquant leur statut. Les caractéristiques de cet insigne et les modalités d'information du public à son sujet sont définies par arrêté du ministre de la santé. Cette mesure vise à garantir que les patients puissent identifier clairement le professionnel auquel ils s'adressent lorsqu'ils se rendent à la pharmacie (qu'il s'agisse d'un préparateur, d'un pharmacien, d'un apprenti préparateur ou d'un étudiant en pharmacie). (34)

De plus, selon l'Article *L5125-31* du CSP, la publicité en faveur des officines de pharmacie ne peut être réalisée que conformément aux règlements en vigueur. L'objectif premier des officines est de fournir des soins de qualité aux patients dans les meilleures conditions possibles. (35)

Conformément à l'Article *L5125-22*, un service de garde est organisé pour répondre aux besoins du public en dehors des heures d'ouverture habituelles des pharmacies dans une zone déterminée. (36)

Un service d'urgence est également prévu pour répondre aux situations urgentes en dehors des heures d'ouverture courantes. Les pharmaciens assurent donc une permanence régulière pour servir les patients lorsque les pharmacies sont fermées, notamment en soirée, la nuit, les jours fériés et les dimanches. Si un pharmacien décide d'ouvrir sa pharmacie pendant une période de garde ou d'urgence sans être de service lui-même, il est tenu de maintenir la pharmacie ouverte pendant toute la période de permanence. (36)

En dehors de l'aspect pratique de la profession, les pharmaciens sont également tenus de respecter des principes déontologiques. Conformément à l'Article *R4235-2* du code de la santé publique, le pharmacien doit exercer ses missions en respectant la vie et la dignité humaine. Il doit également contribuer à l'éducation et à l'information du public en matière de santé et de bien-être social, tout en luttant contre les pratiques préjudiciables à la santé publique, telles que la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage. (37)

Il est essentiel que le pharmacien préserve sa liberté de jugement professionnel dans l'exercice de ses fonctions, conformément à l'Article *R4235-3* du code de la santé publique. Dans toutes les situations, il doit adopter un comportement conforme aux normes d'intégrité et de dignité de la profession, même en dehors de son exercice professionnel. Le pharmacien doit refuser d'établir des factures ou des attestations complaisantes. Ces règles sont énoncées dans le serment que prête le pharmacien lors de sa soutenance de thèse. (38)

Tout comme la plupart des professions médicales, les pharmaciens sont tenus au secret professionnel, que ce soit en officine, en industrie pharmaceutique ou à l'hôpital. En outre, selon l'Article *R4235-5*, chaque pharmacien doit veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et les respectent. (39)

Conformément à l'Article *R4235-6*, le pharmacien est tenu de faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes faisant appel à ses compétences. (40)

L'Article *R4235-7* du code de la santé publique stipule que tout pharmacien doit, dans la mesure de ses connaissances et de ses moyens, porter assistance à toute personne en danger immédiat, sauf en cas de force majeure. (41)

Il est crucial que le pharmacien s'abstienne de promouvoir, que ce soit par ses conseils ou par ses actions, des pratiques contraires à la préservation de la santé publique, comme l'indique l'Article *R4235-10* du CSP. De plus, il doit contribuer à la lutte contre le charlatanisme en évitant de fabriquer, de distribuer ou de vendre des objets ou des produits à caractère préjudiciable. (42)

Les connaissances dans le domaine de la santé, en particulier en ce qui concerne les médicaments, sont en constante évolution. Le pharmacien doit être à l'avant-garde de ces avancées et actualiser ses connaissances, conformément à l'Article *R4235-11* du CSP. Des formations sont régulièrement disponibles pour les pharmaciens, afin de les tenir informés des dernières évolutions. (43)



La pratique de la profession de pharmacien doit se dérouler dans des conditions optimales, conformément à l'Article *R4235-12* du CSP. Tout acte professionnel doit être réalisé avec diligence et précaution, en respectant les normes de bonnes pratiques propres à l'activité en question. Les officines, les pharmacies à usage intérieur, les établissements pharmaceutiques et les laboratoires d'analyses de biologie médicale doivent être installés dans des locaux spécialement dédiés, adaptés aux activités qu'ils abritent, et doivent être convenablement équipés et entretenus. (44)

En cas de désaccord concernant l'application des dispositions énoncées précédemment, survenant entre un pharmacien et un organe de gestion ou de surveillance, le pharmacien est tenu d'en informer immédiatement le président du conseil central compétent de l'ordre professionnel. (36)

## **6) Les droits et devoirs du patient**

Il est essentiel de noter que les patients en France jouissent de droits en ce qui concerne leur santé. Ces droits revêtent une importance capitale, et il est impératif que les patients soient informés de leurs droits pour favoriser leur adhésion optimale à la prise en charge médicale.

### **DROIT D'OBTENIR UNE QUALITE DE PRISE EN CHARGE**

Parmi ces droits, il convient de noter le droit des patients à bénéficier de soins de la plus haute qualité, que ce soit de la part des pharmaciens ou de tous les autres professionnels de la santé. Bien que ces textes aient été initialement rédigés à l'intention des médecins, ils concernent aujourd'hui l'ensemble des professionnels de la santé, en raison de l'évolution du rôle des pharmaciens dans la prise en charge. (45)

Ce droit est énoncé dans l'article *R.4127-37* du Code de la Santé Publique, qui stipule que tout professionnel de la santé doit s'efforcer de soulager les souffrances du patient à tout moment du traitement, en utilisant des moyens appropriés à son état, et lui apporter un soutien moral. Le texte souligne également que les médecins ne doivent pas pratiquer l'acharnement thérapeutique et doivent éviter toute obstination déraisonnable, pouvant conduire à des traitements inutiles, disproportionnés, ou visant uniquement à maintenir artificiellement la vie. (45)

Par ailleurs, l'article *R.4127-38* précise que les patients doivent être accompagnés jusqu'à la fin de leur vie, avec des soins et des mesures adaptées à la qualité de leur vie en phase terminale. Il insiste sur le respect de la dignité du patient et le réconfort de son entourage. En aucun cas, ni les médecins ni les pharmaciens n'ont le droit de provoquer délibérément la mort, comme le stipule cet article. (46)

L'article *R.4127-39* du CSP interdit aux professionnels de la santé, qu'il s'agisse de pharmaciens, de médecins, de dentistes, ou d'autres, de proposer des traitements ou des remèdes qui n'ont pas fait leurs preuves sur le plan clinique et pharmacologique aux patients ou à leurs proches. Il bannit également les remèdes secrets et impose une prise en charge conforme aux recommandations. Toute pratique de charlatanisme est rigoureusement prohibée. (47)

L'article *R.4127-40* souligne l'importance de la qualité des soins en précisant que les médecins ne doivent pas exposer les patients à des risques injustifiés lors des examens, interventions ou traitements qu'ils prescrivent ou pratiquent. (48)

Dans l'article suivant, le *R.4127-44*, l'attention se porte sur la prise en charge globale du patient. En effet, lorsqu'un professionnel de la santé, qu'il soit médecin, pharmacien ou autre soignant, constate qu'une personne dont il s'occupe est victime de maltraitance ou de négligence, il doit prendre les mesures appropriées pour la protéger, en faisant preuve de prudence et de discernement. Plus particulièrement, lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état de santé, le professionnel de la santé doit informer les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il doit évaluer en toute conscience. (49)

## L'INFORMATION AU PATIENT

Le droit à une information adaptée à ses préférences est un droit fondamental que le patient doit avoir la liberté de choisir. Comme stipulé de manière concise dans l'article *R.4127-35* du Code de la Santé Publique (CSP), tout professionnel de la santé, y compris le pharmacien, doit fournir à la personne qu'il examine, traite ou conseille, une information honnête, claire et pertinente concernant son état de santé, les examens et les traitements qui lui sont proposés. Ce principe s'applique de manière universelle à tous les professionnels de la santé en contact avec des patients. Tout au long de l'évolution de la maladie, il est essentiel de prendre en considération la personnalité du patient dans les explications fournies et de s'assurer de sa compréhension. (50)

Cependant, si une personne exprime le souhait de ne pas être informée d'un diagnostic ou d'un pronostic, ce choix doit être respecté, à moins que la divulgation de ces informations ne présente un risque de contamination pour des tiers. (50)

La communication d'un pronostic fatal doit être effectuée avec une grande prudence, mais il est généralement nécessaire d'informer les proches du patient, sauf dans des situations exceptionnelles ou si le patient a expressément interdit cette divulgation ou a désigné les personnes auxquelles elle doit être communiquée. (50)

## LA PERSONNE DE CONFIANCE

Tout individu a le droit de désigner une personne de confiance à sa discrétion. Le rôle principal de cette personne de confiance est de faciliter le consentement des individus qui ne sont pas en mesure de s'exprimer. Conformément à l'article *L. 1111-6* du Code de la Santé Publique (CSP), il est stipulé que toute personne majeure a la possibilité de choisir une personne de confiance, qui peut être un membre de la famille, un proche ou même son médecin traitant. Cette personne désignée sera consultée si la personne qui l'a désignée se retrouve dans l'incapacité d'exprimer sa propre volonté ou de recevoir les informations nécessaires à cet égard. (51)

## LE CONSENTEMENT AUX SOINS

Cependant, lorsque le patient est conscient, il a le droit de donner ou de refuser son consentement aux traitements médicaux. Cela est clairement énoncé dans l'article *R.4127-36*, qui stipule que le consentement de la personne examinée ou soignée doit être sollicité dans toutes les situations. Si le patient, en mesure de communiquer sa volonté, décide de refuser les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le patient des conséquences de sa décision. Si le patient est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans avoir informé la personne de confiance, ou à défaut, la famille ou l'un de ses proches, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité. Les obligations du médecin envers le patient, notamment lorsque le patient est un mineur ou un majeur sous tutelle, sont précisées à l'article *R.4127-42*. (52,53)

### 7) Pourquoi toutes ces directives ?

Toutes ces obligations et ces interdictions permettent d'effectuer une profession de pharmacien claire, stricte et de manière plus sûre pour le patient. Du fait du monopole pharmaceutique en France, la place de pharmacien est majeure dans la prise en charge thérapeutique de la population.

Le pharmacien doit être disponible et prêt à respecter ses engagements dans le respect du malade comme il l'a promis lors de son serment. Il devra respecter tous ses devoirs envers le patient mais aura lui aussi des droits qui lui permettront de pouvoir décider de manière impartiale la meilleure décision pour le bien du patient.

On va donc voir, par suite de la description de ces articles, l'importance du conseil du pharmacien à l'officine.

# VI/ Importance du conseil du pharmacien en officine

## 1) Organisation du conseils du pharmacien de manière générale pour des médicaments sur ordonnance et hors ordonnance

### ACCUEIL, ECOUTE ET IDENTIFICATION DES BESOINS

Dans un premier lieu, l'accueil du patient par le pharmacien est la première action à réaliser pour une bonne prise en charge du patient. Le patient doit se sentir accueilli et écouté pour pouvoir mieux exprimer son besoin. Le relationnel du pharmacien d'officine doit faire partie du cœur du métier et doit primer sur toutes les autres tâches par un accueil non verbal dans un premier temps (sourire par exemple) et verbal (en saluant le patient). (54)

Cet accueil et cette écoute sont tout aussi importants lorsqu'un patient appelle à la pharmacie. Le pharmacien se doit d'offrir au patient un accueil verbal le meilleur possible en se présentant et donnant le nom de l'officine. (54)

La qualité de l'écoute est aussi très importante pour pouvoir comprendre rapidement les demandes du patient afin d'y répondre au mieux. Bien entendu, cela repose sur une écoute attentive et active afin de parvenir aux objectifs prévus. Lors de cette écoute, tous les gestes et expressions faciales seront repérés par le patient et donc le pharmacien se devra de rester empathique et bien à l'écoute de ce qui lui est confié. (54)

Bien entendu, dans chaque officine un espace de confidentialité est proposé pour les patients le désirant. Il est important pour le pharmacien de proposer à son interlocuteur, de poursuivre la conversation dans un lieu confidentiel, s'il estime que c'est nécessaire ou bien que si le patient le demande implicitement ou explicitement. (54)



Pour une meilleure prise en charge par le pharmacien d'officine, il est important d'analyser le plus rapidement possible le profil type du patient qui arrive. L'observation du comportement du patient peut vite conduire à une compréhension de la demande (patient gêné pour la délivrance de préservatif par exemple). (54)

Il existe la méthode nommée **SONCAS** qui permet au mieux l'identification des attentes des clients et qui peut être mise en application dans la pharmacie. (54)

- Sécurité : Il faut que le patient se sente rassuré.
- Orgueil : La valorisation pour certains patients est importante.
- Nouveauté : Certain patient se réfère aux effets de mode.
- Confort : La simplicité pour l'utilisation de produits pour certains est importante.
- Argent : Un rapport qualité prix important.
- Sympathie : Important pour les personnes qui attachent une importance au relationnel avec leur pharmacien(ne).

Pour mieux répondre à la demande du patient lors d'une vente sans ordonnance, une démarche précise nommée **ACROPOLE** est préconisée et permet la prise en charge du patient dans sa globalité lors d'une vente sans ordonnance. (55)

- Accueillir : Comme expliqué dans la méthode précédente, le pharmacien doit être totalement présent et disposé à écouter son interlocuteur. Cela peut passer par un regard, un sourire ou encore une parole de bienvenue.
- Collecter : En plus de cette écoute attentive, il faut laisser le patient parler et raconter tout ce qu'il a à dire ou qui lui semble important de préciser au professionnel de santé.



- Rechercher : Par la suite, le pharmacien doit poser deux types de questions : fermées et ouvertes. En premier lieu, ils peuvent poser des questions ouvertes afin de laisser le patient raconter le maximum de choses puis des questions fermées pour répondre à des questionnements spécifiques que se pose le pharmacien à la suite de la demande du patient. En complément, il est aussi important quand cela est possible de consulter l'historique du patient dans la pharmacie ou bien son DP.
- Ordonner : Après avoir collecté et obtenu tout ce que le patient avait à dire, le pharmacien doit bien reformuler toutes les informations de façon claire et précise afin de pouvoir au mieux répondre au besoin de son patient.
- Préconiser : Ensuite le pharmacien fait l'analyse du résumé qu'il a pu conclure de sa discussion avec le patient pour choisir le produit le plus adapté.
- Optimiser : En outre, il devra expliquer au patient la raison pour laquelle il a pris tel ou tel produit et bien sûr conseiller des mesures hygiéno diététiques associées.
- Libeller : Préciser le mode d'administration ainsi que la posologie sur une durée déterminée ou non.
- Entériner : Enfin, le pharmacien doit s'assurer que le patient a tout compris et qu'il n'a pas de questions à poser. Il doit par la suite, lui demander s'il a d'autres questions à poser avant de mettre fin à la conversation.

a) **Les étapes du processus de dispensation : (54)**

Lorsqu'un patient arrive à l'officine avec une ordonnance ou pas, l'acte de dispensation est important et bien défini par plusieurs étapes

- Étape 1 : L'analyse de l'ordonnance ou d'une demande de médicament à prescription facultative.

Lorsque le patient ramène son ordonnance à la pharmacie, il doit se présenter avec l'originale et vérifier la validité de l'ordonnance et l'identité du patient dans la limite des moyens qu'il a à sa disposition. Ainsi que la régularité formelle de l'ordonnance en fonction de ce qui est mentionnée ci-dessus. Vérifier que le prescripteur est bien habilité à délivrer les médicaments prescrit au patient. Enfin, le recueil de tous les documents que le patient doit fournir en fonction du type d'ordonnance que l'on a devant nous. La délivrance de médicament prescrit par des médecins de l'union européenne doit être acceptée par le pharmacien à condition que ce dernier ne doute pas sur l'authenticité ou sur le contenu de l'ordonnance.

Par ailleurs, comme expliqué précédemment dans la partie sur les droits du pharmacien, ce dernier peut bien entendu quand l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, il doit soit délivrer le minimum de conditionnement pour assurer la continuité du traitement ou encore refuser la délivrance en contactant le médecin pour discuter de son choix.

Bien entendu, les stupéfiants suivent une réglementation spécifique et donc lorsqu'un patient présente une ordonnance de ce type au pharmacien, ce dernier doit vérifier l'authenticité en vérifiant si toutes les règles de rédaction sont bien respectées.

Lorsque tout cela est fait, le pharmacien peut effectuer l'analyse pharmaceutique (Annexe 5) de l'ordonnance qu'il a en face de lui.

- Étape 2 : Le suivi et la réévaluation de traitement

En effet, une grande partie des ordonnances sont à renouveler et plus spécifiquement pour les maladies chroniques tel que le diabète ou l'HTA. Lors d'une ordonnance faite pour plusieurs mois, le pharmacien sera le seul professionnel de santé à disposition rapide pour le patient en cas de questionnement.

Par ailleurs, c'est au pharmacien de s'assurer qu'il n'y a pas d'effet indésirable à noter par le patient, ou toute autre observation éventuelle. Le pharmacien peut renouveler exceptionnellement des ordonnances pour les maladies chroniques quand les patients ne peuvent pas voir le médecin.

Lorsque le pharmacien revoit le patient et qu'il constate un problème de posologie sur l'ordonnance ou à la suite d'effets sur le patient, il peut réadapter la posologie suite à un appel au médecin. Il devra noter les modifications sur l'ordonnance avec la date et une signature (avec le timbre de la pharmacie).

En outre, concernant les ordonnances de contraceptif oraux, le pharmacien pourra renouveler l'ordonnance si celle-ci date moins d'un an.

- Étape 3 : Conseil Pharmaceutique

Lors d'un acte de dispensation, le pharmacien se doit de donner des conseils associés, d'autant plus lorsque le patient souhaite prendre un médicament à prescription facultative. Le pharmacien doit s'assurer pleinement que le patient dispose des informations suffisantes pour pouvoir prendre le médicament correctement (Posologie, voie d'administration, etc...). Tous ces conseils vont permettre au patient d'avoir la meilleure observance possible pour son traitement (avec ou sans prescription).

De plus, étant donné que la substitution est obligatoire sans mention contraire du prescripteur, le pharmacien doit bien notifier sur l'ordonnance à quoi correspond chaque boîte.

En outre, le pharmacien peut s'appuyer sur des plaquettes ou des documents à leur disposition afin de rendre leur conseil associé plus clair pour le patient concerné.

Enfin, si la situation l'exige, le pharmacien peut tout à faire proposer au patient un rendez-vous pour une dispensation particulière ou un bilan de médication. Les programmes d'éducation thérapeutique peuvent aussi être proposés aux patients le désirant ou le nécessitant.

- Étape 4 : La délivrance

Lorsque toutes les étapes précédentes sont réalisées, le pharmacien peut délivrer les médicaments nécessaires au patient. Il doit respecter les règles de délivrance, avec notamment la règle de substitution avec les médicaments inscrits sur la liste des génériques.

Cependant, il faut noter que les médecins ont le droit de mettre certaines mentions (MTE, CIF, etc..) pour signifier qu'ils veulent exactement la spécialité qui est prescrite et pas une autre. De plus, pour certains médicaments, il est recommandé au pharmacien de conserver la même marque pour éviter des effets néfastes sur le patient (AOD ou antiépileptiques).

Par ailleurs, lorsque la délivrance a lieu en vente libre avec un médicament à prescription facultative, la délivrance doit respecter le RCP du produit. La quantité maximale à délivrer doit respecter la durée de traitement et la posologie notifiés dans le RCP du médicament.

- Étape 5 : Contributions aux vigilances et traitements des alertes sanitaires

Cette dernière étape n'a pas toujours lieu lors de la dispensation de médicament. En effet, cette étape a lieu lorsque le pharmacien détecte des anomalies dans l'acte de dispensation de manière générale.

En effet, le pharmacien est tenu de signaler sans délai tout effet indésirable qu'il a pu détecter directement ou indirectement pendant son acte de dispensation. Le pharmacien doit participer pleinement au dispositif de pharmacovigilance *via* le formulaire disponible sur le site de l'ANSM.

Par ailleurs, si le pharmacien constate un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance qu'il a délivrée, il se doit de le déclarer au plus vite aux autorités compétentes.

Enfin, tout risque d'erreur médicamenteuse potentielle, ou avéré doit être signalé au guichet des erreurs médicamenteuses de l'ANSM.

Toutes ces exigences demandées au pharmacien d'officine que ce soit, le côté pharmaceutique avec l'analyse des prescriptions ou encore le côté relationnel avec un accueil spécifique pour chaque patient, sont justifiées grâce à une obligation de formation continue pour chaque pharmacien d'officine. Le domaine de la santé est en perpétuelle évolution et il est important pour chaque pharmacien de se tenir informé des évolutions.

### **LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LA PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE**

Le pharmacien, comme de nombreux professionnels de santé, a un rôle majeur dans la prévention et dans la promotion de la santé au niveau de la population. L'officine est un lieu disponible sans rendez-vous avec la présence constante d'un pharmacien d'officine présent pour toute questionnement et c'est pour cela que la place du pharmacien est importante pour une promotion de la santé.

On va pouvoir ici présenter différentes mesures mises en place afin de permettre au pharmacien d'avoir une place majeure dans ce domaine :

- La Vaccination : (56,57)

Aujourd'hui, le pharmacien d'officine a le droit de vacciner pour la COVID, la Grippe mais aussi pour tous les autres vaccins nécessaires pour les adultes et les enfants de plus de 6 ans. Grâce à cela, le parcours de soin du patient sera simplifié car la vaccination se fera sur le même lieu que la dispensation du vaccin.

- Le dépistage : (56,57)

Pour prévenir l'augmentation de l'utilisation de l'antibiothérapie en France, le droit à effectuer des TROD par le pharmacien a été donné. En effet, jusqu'à présent, des antibiothérapies commençaient lorsqu'un patient présentait une angine virale ou bactérienne. Étant donné que l'angine virale ne nécessite pas la prise d'antibiotique, le TROD en pharmacie est utile dans le sens où le pharmacien délivre ou pas l'antibiotique à la suite du résultat. Cette méthode va permettre de diminuer la dispensation d'antibiotiques dans la population et donc de diminuer l'émergence de résistance aux antibiotiques qui est un problème de santé publique majeur.

- L'éducation sanitaire et l'information en matière de santé : (56)

Comme précisé précédemment, le pharmacien est présent pour répondre aux premières questions que se posent les patients en matière de santé. Le pharmacien contribue donc à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale.

Chaque information que donne le pharmacien au patient est une information validée et certifiée scientifiquement. Le pharmacien va aussi intervenir dans la prévention primaire notamment dans la promotion du sevrage tabagique avec des substituts disponibles sans ordonnance mais possiblement remboursable par la sécurité sociale avec une ordonnance.

La vitrine d'une pharmacie a un aspect majeur sur la réaction des patients qui la regarde. Il est donc important pour le pharmacien d'utiliser la vitrine pour promouvoir la santé en transmettant des outils d'information et de communication.

La promotion de la santé sexuelle est aussi importante dans le rôle du pharmacien en officine notamment lorsqu'il va délivrer des préservatifs, une contraception classique ou une contraception d'urgence. Le pharmacien pourra orienter le ou la patiente vers des professionnels qualifiés quand cela est nécessaire.



## 2) Les conseils du pharmacien lors de la vente de laxatif

### LA PLACE DES LAXATIFS A L'OFFICINE

Premièrement, il est important de comprendre que les médicaments laxatifs à l'officine sont très demandés, que cela soit en vente avec ou sans ordonnance.

En effet, on peut remarquer que le macrogol est le laxatif le plus vendu avec comme position, la 16ème place du classement des médicaments les plus vendu en ville. Beaucoup de patients viennent donc à l'officine chercher des laxatifs sans pour autant avoir les bonnes recommandations en tête. Que cela soit sur ordonnance ou sans ordonnance, le pharmacien doit être présent pour expliquer au patient la conduite à tenir lors de la prise de laxatif. (58)

Comme on l'a vu plus tôt, les laxatifs peuvent évidemment entraîner des effets indésirables graves et surtout une dépendance physique qui peut causer des conséquences importantes sur le long terme pour les patients qui ne suivent pas les recommandations de prise. Le pharmacien doit veiller à ce que le patient ait bien compris les risques d'une prise inadaptée de laxatif.

## CONSEILS SPECIFIQUE LORS DE LA DELIVRANCE DE LAXATIFS

Lorsqu'un pharmacien est confronté à une demande de laxatif, celui-ci doit veiller à poser les bonnes questions au patient afin de comprendre l'origine de la constipation et déterminer si le laxatif est obligatoire dans la situation. (59)

Les premières questions que le pharmacien doit poser lors d'une demande de ce type sont les suivantes : (59)

- Avez-vous changé vos habitudes alimentaires ?

En effet, lorsqu'une personne change ses habitudes alimentaires, cela peut provoquer des troubles digestifs tel que la diarrhée (lors d'un voyage comme la tourista) mais aussi une possible constipation. Une alimentation équilibrée avec un apport de fibre suffisant permet le bon fonctionnement du transit.

- Avez-vous ou buvez-vous suffisamment ?

Cette question est importante pour ce genre de demande car pour que le transit fonctionne de manière pérenne, il faut boire suffisamment. Les recommandations sont de 1,3 à 2 litres par jour.

- Avez-vous eu des contrariétés ou êtes-vous stressé ?

Comme on l'a vu dans la partie sur la constipation, des états de stress peuvent bien entendu provoquer des troubles digestifs et donc des constipations pouvant causer des douleurs dans le bas ventre.



- Prenez-vous un nouveau médicament ? Si oui, quel médicament prenez-vous ?

Lors de la prise de certains médicaments, la constipation peut arriver comme effet secondaire. La prise de laxatif peut donc être recommandée. Cela arrive souvent lors de prescription de morphinique ou de neuroleptique où le pharmacien dispense en plus des laxatifs pour pallier les effets indésirables des médicaments prescrit.

- Depuis combien de temps dure votre constipation ?

En effet, la durée de la constipation peut orienter ou non la décision du pharmacien vers une consultation chez un médecin. Lorsque l'on dépasse un temps anormalement long de constipation, associé à des douleurs dans le bas ventre et une impossibilité d'évacuer des gaz, la consultation chez le médecin sera souvent nécessaire et recommandée.

- Avez-vous une activité physique régulière ?

Cette question est particulièrement importante car le manque d'activité physique peut souvent provoquer une apparition de constipation. Il faut pratiquer de manière régulière au moins trois activités physiques adaptées par semaine.



## LES ALTERNATIVES AUX LAXATIFS:

La prise de laxatif quel qu'il soit doit être recommandée après l'échec de d'autre mesure mise en place dans un premier temps. (59)

Les mesures hygiéno-diététiques doivent toujours être recommandées même si la prise de laxatif est nécessaire : (59)

- Remplacer du pain blanc par du pain complet.
- Consommer des fruits frais lors de la collation.
- Donner une plus grande place aux céréales dans l'alimentation, ainsi qu'aux fruits et légumes.
- Prendre l'habitude de boire un grand verre d'eau à chaque début de repas et de laisser le pichet d'eau sur la table.
- Comme on l'a dit précédemment, le manque d'activité physique peut être une cause de constipation, donc modifier ses habitudes sportives peut être aussi une solution.

## PRESENTATION D'UN CAS AU D'ABUS AU COMPTOIR D'UNE OFFICINE

La place du pharmacien lorsqu'il constate un cas d'abus de laxatif au comptoir de l'officine est très délicate. Les patient(e)s sont soit dans le déni de leur trouble, soit dans la non-volonté d'arrêter et de se faire soigner. La seule chose que le pharmacien peut faire c'est de pousser le ou la patiente à consulter un spécialiste afin d'établir un diagnostic clair et d'établir un plan de prise en charge.



Dans cette partie, je vais présenter un cas d'abus de laxatifs stimulants à l'officine. (60)

- Madame S. est une patiente habituelle de l'officine et avait l'habitude de consommer des laxatifs stimulants comme le CONTALAX ou le DULCOLAX. Ces abus constatés par les membres de l'équipe officinale, les ont conduits à pousser madame S. à consulter. Cependant, cela provoquait donc une certaine réticence et un blocage de la patiente qui était connue pour changer de pharmacie à chaque accrochage.
- Par la suite, Madame S. est venue à l'officine pour des demandes différentes. Elle avait deux ordonnances pour traiter des troubles psychiatriques sous-jacents qu'elle avait. En effet, ceux-ci sont nés de soucis familiaux. Elle a fait le choix d'une hospitalisation pour donner suite à une hypokaliémie sévère. C'est donc bien elle qui a pris la décision, le choix d'une hospitalisation forcée ne peut mener à rien de bénéfique. À la suite de l'hospitalisation où elle a pu faire un bilan complet sur sa situation, elle peut être suivie par un psychiatre en ville qui travaille en étroite collaboration avec le médecin traitant.
- Madame S. a bien remarqué qu'elle n'avait plus de transit intestinal fonctionnel normal et une aménorrhée qui lui faisait craindre une impossibilité totale d'avoir des enfants par la suite. Bien entendu, il lui a été expliqué que son transit redeviendrait normal à la suite d'une bonne réalimentation progressive et que ses règles seraient de nouveau présentes lorsque son état sera amélioré. Il est important dans ce genre de situation de rassurer la patiente et surtout d'être objectif sur ce qui est faisable ou pas. Dans ce cas-là, il était bien entendu important de la rassurer sur les troubles réversibles qui étaient les siens.
- Elle devra se faire suivre toutes les semaines chez son psychiatre afin de suivre l'évolution de son état psychologique, et de l'autre côté, l'évolution de son poids se fera chez le médecin généraliste.
- Il a été fait un petit point sur les raisons de la prise de laxatifs pour madame S... Cette prise abusive de laxatif visait à compenser la prise alimentaire, par une augmentation artificielle de l'émission de selles que madame S. associait parfois à des vomissements volontaires.



- La volonté de madame S. pour s'en sortir, a permis à l'équipe officinale de renouer des liens avec la patiente afin de l'accompagner au mieux dans ce cursus.
- L'initiation du traitement consiste à une prise en charge médicamenteuse pour traiter les troubles associés à l'anorexie mentale. On a donc la prise de paroxétine pour traiter la dépression, de l'alprazolam pour traiter les crises d'angoisse, et la prise de megamag pour faciliter l'endormissement. Le début de traitement s'établit avec des ordonnances de courte durée non renouvelable pour que le psychiatre puisse adapter le traitement selon les besoins. De son côté, l'hypokaliémie a été régulée à la suite de l'hospitalisation.

En résumé, ce cas clinique est une manière de souligner tout ce qui a été développé précédemment. En effet, l'anorexie qui est une maladie mentale peut être traitée mais à condition que le ou la patient(e) adhère au traitement. La place du pharmacien est d'accompagner et de soutenir la patiente sans être trop intrusif et donc sans braquer le ou la patient(e). La prise en charge est essentiellement psychologique avec parfois un traitement médicamenteux pour traiter les maladies associées.



## VIII/ Bilan personnel

Au cours de cette rédaction de thèse, j'ai développé une compréhension approfondie des troubles du comportement alimentaire, de la dépendance aux laxatifs, et du rôle essentiel que les pharmaciens jouent dans la prise en charge de ces patients.

J'ai exploré les divers aspects médicaux, psychologiques et sociétaux de ces problèmes de santé complexes.

En tant que futur pharmacien d'officine, cette étude a renforcé ma sensibilisation aux enjeux de santé liés aux troubles du comportement alimentaire et à la dépendance aux laxatifs.

Sur le plan personnel, cette recherche m'a rappelé l'importance de la bienveillance et de l'empathie dans la relation entre les professionnels de la santé et leurs patients. Elle m'a également souligné l'importance de respecter les droits des patients, y compris leur droit à l'information et à un consentement éclairé.

Pour résumer, cette expérience s'est révélée enrichissante à la fois sur le plan académique et personnel. Elle m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences tout en mettant en lumière des enjeux cruciaux en matière de santé mentale et de pratique pharmaceutique.



## Conclusion

Pour conclure, cette thèse s'est plongée en profondeur dans l'étude de l'anorexie mentale, des médicaments laxatifs, de la dépendance qui peut en découler, et du rôle capital du pharmacien dans l'accompagnement de ces patients. Notre exploration a révélé la complexité de l'anorexie mentale, avec ses graves implications physiopathologiques, nécessitant une approche multidisciplinaire pour sa prise en charge.

Les médicaments laxatifs, initialement destinés à traiter la constipation, ont dévoilé leur potentiel de créer une dépendance préoccupante chez les individus souffrant de troubles alimentaires.

Dans ce contexte, le pharmacien en officine assume une fonction cruciale en identifiant les patients à risque, en fournissant des informations pertinentes, et en les orientant vers les soins appropriés. Il est impératif que le pharmacien respecte scrupuleusement les droits et les devoirs du patient, conformément à la réglementation en vigueur.

Ainsi, il est fondamental que les individus touchés par des troubles du comportement alimentaire puissent accéder à une prise en charge de qualité, tout en recevant des informations transparentes.

Les conseils prodigués par le pharmacien, notamment lors de la dispensation de laxatifs, jouent un rôle crucial dans la réduction des risques de dépendance et de complications associées à une utilisation abusive de ces médicaments.

## Annexe

### Calculer mon IMC



(61)

### Formule de calcul

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}}$$

(62)



## Annexe

### Questionnaire SCOFF-F : (3)

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 ?



## Annexe

### Critères DSM 5 :

## Critères Diagnostiques (DSM V)

**A :** restriction de l'apport énergétique par rapport à ce qui est nécessaire, conduisant l'individu à un poids significativement bas pour l'âge, le sexe, le stade de développement et la santé physique.

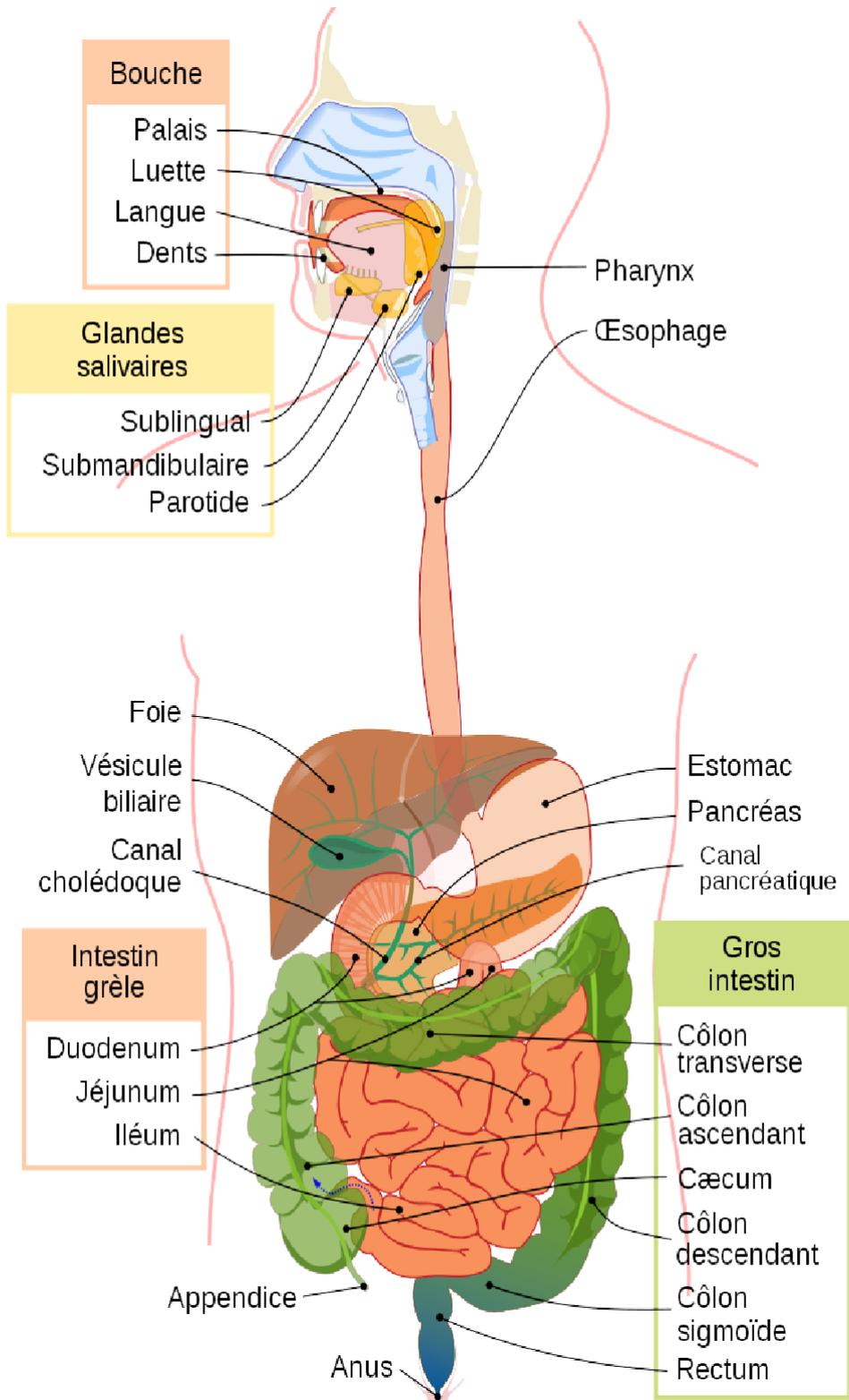
**B :** Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou persistance d'un comportement qui interfère avec la prise de poids alors que le poids est inférieur à la norme.

**C :** Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ou déni de la maigreur actuelle

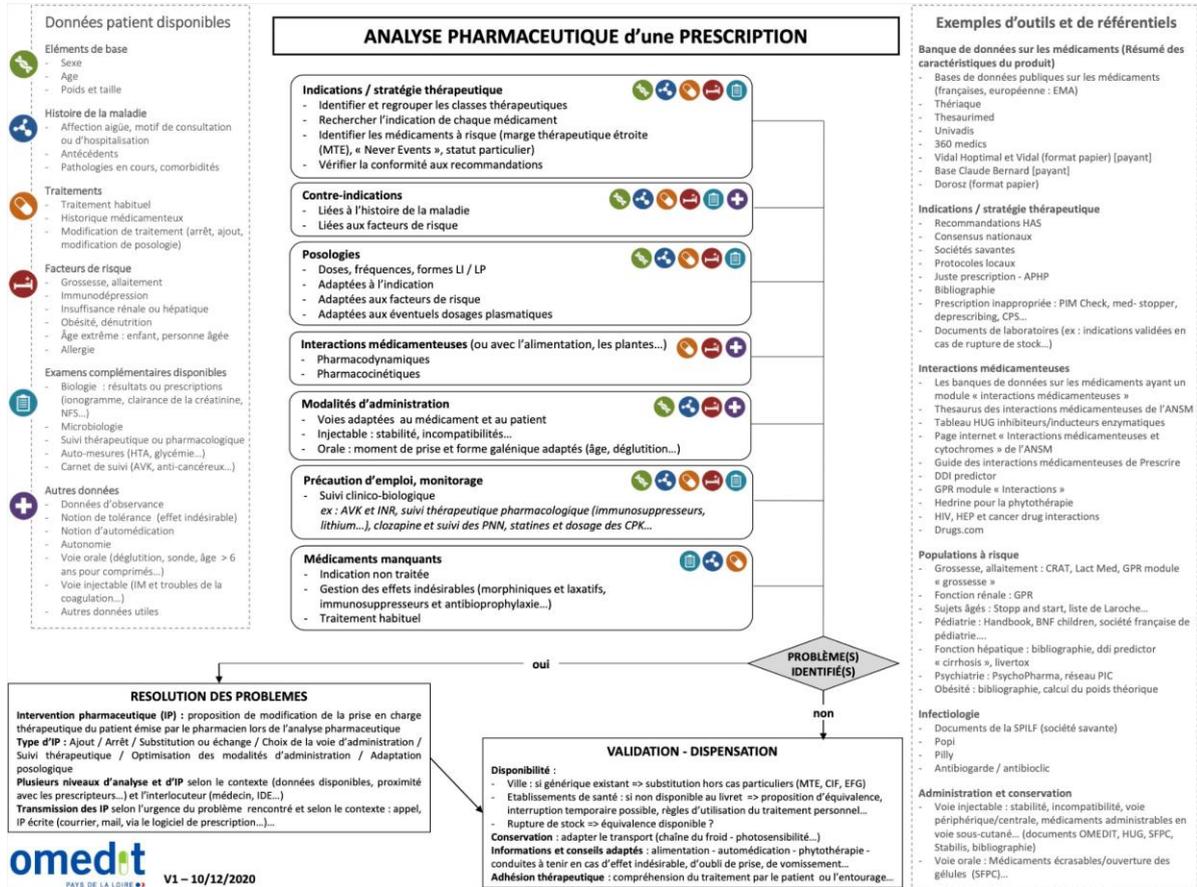
(3)

# Annexe

## Schéma digestion :



# Annexe



# Annexe

(58)

## ⇒ Les trente substances actives les plus vendues en ville (en quantité)

Tableau 4

Rang	Substance active	Classe ATC	Statut	Part du marché 2013 cumulée
1	Paracétamol	Antalgique	PMF	Les 3 premières: 20,1%
2	Ibuprofène	Antalgique – Anti-inflammatoire	PMO/PMF	
3	Codéine en association	Antalgique	PMO/PMF	
4	Tramadol en association	Antalgique	PMO	Les 6 premières: 24,1%
5	Amoxicilline	Antibiotique	PMO	
6	Colécalciférol (vitamine D3)	Vitamine D	PMO/PMF	
7	Acétylsalicylique acide	Antithrombotique	PMF	Les 9 premières: 27,5%
8	Lévothyroxine sodique	Médicament de la thyroïde	PMO	
9	Phloroglucinol	Antispasmodique	PMF	
10	Paracétamol en association	Antalgique	PMO/PMF	Les 12 premières: 30,0%
11	Metformine	Antidiabétique	PMO	
12	Diclofénac	Anti-inflammatoire	PMO/PMF	
13	Esoméprazole	Anti-ulcéreux	PMO	Les 15 premières: 32,2%
14	Zolpidem	Hypnotique	PMO	
15	Oméprazole	Anti-ulcéreux	PMO/PMF	

Rang	Substance active	Classe ATC	Statut	Part du marché 2013 cumulée
16	Macrogol	Laxatif	PMF	Les 18 premières: 34,2%
17	Amoxicilline et inhibiteur d'enzyme	Antibiotique	PMO	
18	Alprazolam	Anxiolytique	PMO	
19	Furosémide	Diurétique de l'anse	PMO	Les 21 premières: 36,0%
20	Zopiclone	Hypnotique	PMO	
21	Méthadone	Traitement substitutif des pharmacodépendances	PMO	
22	Prednisolone	Anti-inflammatoire	PMO	Les 24 premières: 37,6%
23	Bisoprolol	Béta-bloquant	PMO	
24	Chlorhexidine en association	Antiseptique local	PMF	
25	Larmes artificielles et autres préparations	Médicament ophtalmologique	PMF	Les 27 premières: 39,1%
26	Atorvastatine	Hypolipémiant	PMO	
27	Lidocaïne/Prilocaine	Anesthésique local	PMO	
28	Lévonorgestrel et éthinyloestradiol	Contraceptif hormonal	PMO	Les 30 premières: 40,4%
29	Paroxétine	Antidépresseur	PMO	
30	Pantoprazole	Anti-ulcéreux	PMO/PMF	



## **SERMENT DE GALIEN**

**En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :**

**D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances,**

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

**De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité,**

**De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession,**

**De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens,**

**De coopérer avec les autres professionnels de santé.**

**En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour Corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.**

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

Signature de l'étudiant

du Président du jury

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

## Bibliographie

- (1). Anorexie mentale : définition et causes [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
- (2). VIDAL [Internet]. [cité 4 sept 2023]. Anorexie et boulimie - symptômes, causes, traitements et prévention. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anorexie-boulimie.html>
- (3). Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
- (4). reco2 clics\_-\_anorexie\_-mentale.pdf [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics\\_-\\_anorexie\\_-mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf)
- (5). Barrier L. Cours de nutrition section Pharmacie.
- (6). Pardo E, Lescot T. Le syndrome de renutrition inappropriée.
- (7). Les étapes de la digestion | PONROY [Internet]. [cité 23 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ponroy.com/conseils-sante/les-etapes-de-la-digestion>
- (8). VIDAL [Internet]. [cité 3 févr 2023]. Les causes de la constipation. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/estomac-intestins/constipation-adulte/causes.html>
- (9). VIDAL [Internet]. [cité 3 févr 2023]. Recommandations Constipation de l'adulte. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/constipation-de-l-adulte-2484.html>
- (10). Binson G. Les anti-diarhéiques/ laxatifs. 2021 nov 16; Poitiers.
- (11). VIDAL [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Les traitements de la constipation chez l'adulte. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/estomac-intestins/constipation-adulte/traitements.html>
- (12). Polyol. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Polyol&oldid=188991858>
- (13). www.shop-pharmacie.fr. Macrogol 4000 Sandoz® 20 pc(s) - Redcare Pharmacie [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.shop-pharmacie.fr/medicaments/F10000771/macrogol-4000-sandoz.htm>
- (14). Univer Pharmacie [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Cooper Sulfate de Magnésium Heptahydraté 30g. Disponible sur: <https://universpharmacie.fr/7551-sulfate-de-magnesium-heptahydrate-cooper-30g.html>
- (15). Pharmacie Saint-Martin [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Laxatifs De Lest. Disponible sur: <https://www.pharmaciesaintmartin.fr/rubrique/laxatifs-de-lest-2>
- (16). Lansoyl Framboise paraffine en gelée - Constipation - Laxatif lubrifiant [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.pharma-gdd.com/fr/lansoyl-framboise-gel-oral-225-g>
- (17). Pharma GDD [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Dulcolax comprimé @ Pharma GDD . Disponible sur: <https://www.pharma-gdd.com/fr/dulcolax-30-comprimes>
- (18). NORMACOL Lavement Adultes 130.0 ml - Grande Pharmacie de la Croix Rouge [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://pharmaciecroixrouge.fr/produit/normacol-lavement-adultes-130-0-ml/>
- (19). VIDAL [Internet]. [cité 21 nov 2023]. MOVENTIG 12,5 mg cp pellic. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/moventig-12-5-mg-cp-pellic-150249.html>
- (20). Pain S. Toxicomanie et addiction. 2020 sept 3; Poitiers.
- (21). Salomon L. Futura. [cité 23 sept 2023]. Drogue : de la consommation occasionnelle à la dépendance. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-drogues-effets-dependance-961/page/4/>
- (22). Chiarioni G, Bassotti G, Monsignorini A, Menegotti M, Salandini L, Di Matteo G, et al. Anorectal dysfunction in constipated women with anorexia nervosa. *Mayo Clin Proc.* oct 2000;75(10):1015-9.
- (23). Chun AB, Sokol MS, Kaye WH, Hutson WR, Wald A. Colonic and anorectal function in constipated patients with anorexia nervosa. *Am J Gastroenterol.* oct 1997;92(10):1879-83.
- (24). Turner J, Batik M, Palmer LJ, Forbes D, McDermott BM. Detection and importance of laxative use in adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mars 2000;39(3):378-85.
- (25). Gaudiani JL, Mehler PS. Rare medical manifestations of severe restricting and purging: « Zebras, » missed diagnoses, and best practices. *Int J Eat Disord.* mars 2016;49(3):331-44.
- (26). Tachot E. Le mésusage des laxatifs.
- (27). Chapitre V : Pharmacie d'officine. (Articles L5125-1 à L5125-32) - Légifrance [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171370/#LEGISCTA000020890194](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171370/#LEGISCTA000020890194)

- (28). Article L4211-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000047293602](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000047293602)
- (29). Article L5125-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025014459/2011-12-23](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025014459/2011-12-23)
- (30). Article L5125-23-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000047568750?init=true&page=1&query=L5125-23-1&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000047568750?init=true&page=1&query=L5125-23-1&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (31). Article R. 4235-61 - Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000001846987?init=true&page=1&query=R4235-61&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001846987?init=true&page=1&query=R4235-61&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (32). Article L162-17 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000046812659](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000046812659)
- (33). Article L5125-27 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036408490?init=true&page=1&query=L5125-27&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408490?init=true&page=1&query=L5125-27&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (34). Article L5125-29 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036408482?init=true&page=1&query=L5125-27&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408482?init=true&page=1&query=L5125-27&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (35). Article L5125-31 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036408474?init=true&page=1&query=L5125-27&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408474?init=true&page=1&query=L5125-27&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (36). Article L5125-22 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000021940858/2010-02-26](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021940858/2010-02-26)
- (37). Article R4235-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913652?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913652?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (38). Article R4235-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913653?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913653?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (39). Article R4235-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913655?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913655?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (40). Article R4235-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913656?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913656?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (41). Article R4235-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913657?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913657?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (42). Article R4235-10 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913661?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913661?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (43). Article R4235-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913662?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913662?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (44). Article R4235-12 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913663?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913663?init=true&page=1&query=R4235-2&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (45). Article R4127-37 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032973602?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032973602?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (46). Article R4127-38 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006912901?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912901?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (47). Article R4127-39 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006912902?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912902?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab_selection=all)

- (48). Article R4127-40 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006912903?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912903?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (49). Article R4127-44 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025843583?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843583?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (50). Article R4127-35 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025843586?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (51). Article L1111-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721063](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721063)
- (52). Article R4127-36 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043588188?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588188?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (53). Article R4127-42 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043588175?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588175?init=true&page=1&query=R.4127-37&searchField=ALL&tab_selection=all)
- (54). Ordre national des pharmaciens. Bonne pratique de dispensation.
- (55). ANTOINE MP. Accueil Pharmaceutique des Patients Sans Ordonnance. 2011.
- (56). CNOP [Internet]. [cité 11 oct 2023]. La prévention - Les fondamentaux. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/la-prevention-les-fondamentaux>
- (57). CNOP [Internet]. [cité 11 oct 2023]. La prévention - Officine. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/la-prevention-officine>
- (58). Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. 2013;
- (59). Pillon F. Savoir conseiller les laxatifs à l'officine. Actual Pharm. 2010;
- (60). pharmacies.fr LM des. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 12 oct 2023]. Les troubles du comportement alimentaire - Le Moniteur des Pharmacies n° 2627 du 06/05/2006 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2627/les-troubles-du-comportement-alimentaire.html>
- (61). Calculer mon IMC - france-pharmacies.fr [Internet]. 2022 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://france-pharmacies.fr/calculer-mon-imc/>
- (62). Indice Masse Corporelle - Calcul avec le Poids et la Taille [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://entrainement-sportif.fr/indice-masse-corporelle.htm>
- (63). Appareil digestif humain. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Appareil\\_digestif\\_humain&oldid=207435765](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Appareil_digestif_humain&oldid=207435765)
- (64). 20201209\_logigramme-analyse-pharma.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2020/12/20201209\\_logigramme-analyse-pharma.pdf](https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2020/12/20201209_logigramme-analyse-pharma.pdf)

## Résumé et mots clés

Cette thèse explore la complexité de la dépendance aux laxatifs chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire, mettant en évidence le rôle central du pharmacien dans cette problématique. L'introduction place cette question cruciale dans son contexte avant d'entreprendre une analyse approfondie de l'anorexie mentale, examinant son épidémiologie, les facteurs de risque, la sémiologie, les conséquences physiopathologiques, les diagnostics différentiels et la prise en charge pluridisciplinaire. Simultanément, la section suivante explore les médicaments laxatifs, décrivant les phases de la digestion, la constipation et les diverses classes de laxatifs. La thèse aborde ensuite la dépendance aux laxatifs, définissant les concepts d'addictologie, de toxicomanie et de dépendance, en mettant particulièrement l'accent sur les individus boulimiques/anorexiques. Le quatrième volet examine les droits et responsabilités du pharmacien et du patient, couvrant la présentation d'une officine, les missions du pharmacien, le monopole pharmaceutique, les règles d'installation, ainsi que les droits et devoirs du patient. Enfin, l'importance du conseil en pharmacie est soulignée, mettant en avant l'organisation générale des conseils, la place du pharmacien dans la prévention de la santé et les conseils spécifiques lors de la vente de laxatifs. Cette approche intégrée offre une vision complète, mettant en lumière l'expertise du pharmacien dans la prise en charge des patients atteints de troubles du comportement alimentaire, tout en soulignant l'importance cruciale de son rôle dans la prévention, l'information et le conseil.