Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2013 Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

(Arrêté du 17 juillet 1987)

Présentée et soutenue publiquement

Le 13, septembre, 2013 à POITIERS

Par Mademoiselle BULARD Fleur

Née le 10/10/1987

ROLE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Composition du jury :

Président : Madame PAIN Stéphanie, Maître de conférences

Membres : Madame INGRAND Sabrina, Maître de conférences

Madame MOREAU Véronique, Pharmacien

Directeur de thèse : Mme INGRAND Sabrina

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire 2012-2013

PHARMACIE

Professeurs

- COUET William, Pharmacie Clinique
- FAUCONNEAU Bernard, Toxicologie
- IMBERT Christine, Parasitologie
- GUILLARD Jérôme, Pharmaco chimie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, Chimie Thérapeutique
- LEVESQUE Joël, Pharmacognosie
- MARCHAND Sandrine, Pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, Galénique
- PAGE Guylène, Biologie Cellulaire
- RABOUAN Sylvie, Chimie Physique, Chimie Analytique
- SARROUILHE Denis, Physiologie
- SEGUIN François, Biophysique, Biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, Immunologie-Hématologie
- BARRIER Laurence, Biochimie
- BODET Charles, Bactériologie
- BON Delphine, Biophysique
- BRILLAULT Julien, Pharmacologie
- CHARVET Caroline, Physiologie
- DEJEAN Catherine, Pharmacologie
- DE SCHEEMAEKER Henri, Botanique, Biologie végétale, Mycologie
- DEBORDE Marie, Sciences Physico-Chimiques
- DELAGE Jacques, Biomathématiques, Biophysique
- DUPUIS Antoine, Pharmacie Clinique
- FAVOT Laure, Biologie Cellulaire et Moléculaire
- GREGOIRE Nicolas, Pharmacologie
- HUSSAIN Didja, Pharmacie Galénique
- INGRAND Sabrina, Toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile Pharmaco chimie
- PAIN Stéphanie, Toxicologie
- RAGOT Stéphanie, Santé Publique
- RIOUX BILAN Agnès, Biochimie
- TEWES Frédéric, Chimie et Pharmaco chimie
- THEVENOT Sarah, Hygiène et Santé publique
- THOREAU Vincent, Biologie Cellulaire
- WAHL Anne, Chimie Analytique

PAST - Maître de Conférences Associé

- HOUNKANLIN Lydwin, Pharmacien

Professeur 2nd degré

- DEBAIL Didier

Maître de Langue

- LILWALL Amy

ATER

- GIRARDOT Marion

Moniteurs

- FRANCOIS Arnaud

REMERCIEMENTS

À Madame Pain Stéphanie,

Professeur à la Faculté de Pharmacie de Poitiers
Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse
Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

À Madame Ingrand Sabrina,

Maître de conférences à la Faculté de Pharmacie de Poitiers
Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir accepter la direction de cette thèse. Merci de votre soutien et de votre patience.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère considération

À Madame Véronique MOREAU,

Docteur en pharmacie
Je vous remercie pour l'aide et l'accompagnement tout au long de mes études de pharmacie. Vous m'avez toujours apporté une vision positive et engagée de notre métier.
Je tiens également à remercier toute l'équipe de la pharmacie des deux communes pour son accueil et son soutien.

Je tiens à remercier mon père, qui m'a soutenue, encouragée et motivée pendant ce travail de thèse. Il m'a toujours fait confiance, il a cru en moi et c'est la plus grande force que l'on peut donner à son enfant.

Je pense également à ma mère qui a dû supporter toutes mes sautes d'humeur lors de mes années études, à chaque examen jusqu'à cet accomplissement qui représente pour moi la clôture de ces années d'études
J'ai une pensée pour ma sœur, qui de son lointain pays m'a permis par son dialecte québécois de franciser ma thèse.

Je finirais par remercier tous mes amis de galère. Nous avons formé une famille au sein de notre promotion. Les chemins divergent vers l'industrie, l'internat et nous nous éparpillons dans nos différentes contrées, mais nos six années d'étude resteront à jamais gravées dans nos mémoires.
Je tiens à faire une dernière dédicace à ma surfeuse, mon amie qui m'a soutenue pendant toutes ces années.
Une dernière pensée à Samy, qui me soutient jour après jour dans chaque nouvelle étape de la vie.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9

Première partie : Mieux comprendre les troubles du comportement alimentaire 11

I. L'ANOREXIE MENTALE 11

1. Les différentes formes cliniques 11

1.1. Le type restrictif pur 12

1.2. Le type avec crise de boulimie 12

2. Epidemiologie 12

3. Les signes cliniques 13

3.1. Sur le plan physique 13

3.1.1. La triade symptomatique 13

3.1.2. Les manifestations somatiques associées à cette triade 14

3.1.3. Les comportements associés 15

3.2. Sur le plan psychique et cognitif 15

3.2.1. Le déni 15

3.2.2. Le besoin de contrôle 16

3.2.3. La dysmorphobie 16

3.2.4. Les cognitions erronées concernant l'alimentation 17

4. Criteres diagnostiques 18

5. Diagnostic différentiel de l'anorexie 19

II. LA BOULIMIE 19

1. Les différentes formes cliniques 19

1.1. Le type avec vomissements, prise de purgatifs 20

1.2. Le type sans vomissements, ni prise de purgatifs 20

2. Epidémiologie de la boulimie 20

3. Les signes cliniques 21

3.1. Sur le plan physique 21
3.1.1. L'accès boulimique 21
3.1.2. Les manifestations somatiques associées 22
3.1.3. Les comportements associés 23
3.2. Sur le plan psychique et cognitif 23
3.2.1. La perte de contrôle 24
3.2.2. Les préoccupations excessives sur l'apparence, le poids et l'alimentation 24
3.2.3. Les perturbations émotionnelles 24
4. Criteres diagnostiques 24
5. Diagnostic différentiel de la boulimie 26
III. LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES NON SPECIFIEES (EDNOS) 26
1. L'hyperphagie boulimique 26
2. Le syndrome d'alimentation nocturne 27
IV. LES FACTEURS DE VULNERABILITE DES TCA 29
1. Les facteurs environnementaux 29
1.1. Rôle de la société sur l'estime de soi 29
1.2. Les metiers à risque 33
2. Les facteurs individuels 34
3. Facteurs precipitants 39
V. LES SIGNES D'ALERTE 39
1. Les signes physiques 40
2. Les signes comportementaux de l'anorexique 41
Deuxieme partie : Les outils thérapeutiques : prise en charge multidisciplinaire 42
I. LES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE 42
1. L'étape nutritionnelle 42
2. L'étape psychologique 43
II. LES MOYENS THERAPEUTIQUES 44

1. Thérapies interpersonnelles ou psychanalytiques 44
2. Thérapies cognitivo-comportementales (tcc) 44
2.1. La séquence comportementale 44
2.2. La séquence cognitive 46
2.3. Deroulement des seances 47
2.4. Le rôle de la patiente dans la thérapie 48
3. L'art thérapie 48
4. Prise en charge médicamenteuse 49
III. EFFICACITE ET LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE 49
1. Points forts de la prise en charge 49
1.1. Une prise en charge multidisciplinaire 49
1.2 Les différents niveaux de soins 51
1.3. La relation patient/therapeute 51
1. 3.1.L'alliance thérapeutique 51
1.3.2. L'entretien motivationnel 52
2. La demande de soins tardive comme principal point limitant la prise en charge 55
2.1. Les causes d'une prise en charge tardive 55
2.1.1. Le déni chez l'anorexique 55
2.1.2. La honte chez la boulimique 56
2.1.3. La méfiance chez les personnes hyperphages en surpoids 56
2.2. Les conséquences d'une prise en charge tardive 57
2.2.1. Les complications somatiques 57
2.2.2. Les complications psychiatriques 58
3. Vers une amélioration de la prise en charge 59
Troisième partie : Rôle du pharmacien dans la prise en charge multidisciplinaire 60
I. EVOLUTION DE LA MISSION DU PHARMACIEN DANS LE SYSTEME DE SOINS 60
1. Place actuelle du pharmacien dans le système de soins : point de vue des patients 60

2. Competences et qualites des pharmaciens 61
3. De nouvelles missions pour les pharmaciens 62
II. MESURES D'INTERVENTION A L'OFFICINE.....64
1. Reperage précoce et depistage.....64
1.1. Repérage précoce 64
1.2. Dépistage 65
2. Optimisation de la relation patient/pharmacien 66
2.1. L'alliance thera peutique 66
2.2. L'entretien motivationnel.....68
3. Rôle d'information et de conseil 70
3.1. Concernant l'automedication 70
3.1.1. Les différentes familles de laxatifs et leur mécanisme d'action.....71
3.1.2. Les risques liés à l'utilisation des laxatifs et produits diurétiques.....72
3.2. Concernant le traitement symptomatique et les règles d'hygiène de vie.....73
4. Pistes de reflexion 77
Conclusion.....79

ABREVIATIONS

BED: Binge eating disorder.

DSM-IV: Quatrième édition de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

EDNOS : Eating disorder not otherwise specified (troubles des conduites alimentaires non spécifiés)

EM : Entretien motivationnel.

HAS : Haute autorité de santé.

HPST : Hôpital santé territoire.

IMC : Indice de masse corporelle.

SAHOS : Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil.

SCOFF-F: Version française du Sick, Control, One stone, Fat, Food.

TCA : Troubles du comportement alimentaire.

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale 18

Figure 2 : Diagnostic différentiel de l'anorexie 19

Figure 3 : Critères diagnostiques de la boulimie 25

Figure 4*:* Schéma de synthèse 28

Figure 5 : Facteurs précipitants et de maintien de l'anorexie 33

Figure 6: Modèle de la boulimie d'après Fairbrun (1997) 34

Figure 7*:* Modèle de la persistance de la détresse émotionnelle selon Barlow et Allen, 2007 36

Figure 8 : Le lien thérapeutique 52

Figure 9 : Schéma des stades du changement 53

Figure 10 : Test SCOFF-F 65

Figure 11 : Exemple de balance décisionnelle 69

Figure 12 : Projet de plaquette d'informations 75

INTRODUCTION

L'acte de manger représente bien plus que le fait de s'alimenter. En effet, bien qu'il s'agisse d'un acte survenant en réponse à un besoin physiologique, la satisfaction n'en demeure pas moins essentielle. Toutefois, chez certains individus, la prise alimentaire quotidienne peut se trouver perturbée durablement, en l'absence même de tout dysfonctionnement somatique apparent. De physiologique, le comportement alimentaire devient alors pathologique et la satisfaction éprouvée initialement se transforme inexorablement en souffrance. Les adolescentes sont particulièrement concernées. En effet, une vulnérabilité individuelle s'installe lorsque les bouleversements physiques survenant à la puberté sont associés à des événements déclencheurs faisant ressurgir des conflits internes liés à des facteurs environnementaux, familiaux ou personnels. Une perturbation du comportement alimentaire pourrait alors s'apparenter à une forme de thérapie autodestructrice en réponse à une souffrance.

On nomme « troubles des conduites alimentaires » (TCA), ces pathologies psychiatriques regroupant non seulement l'anorexie mentale qui se définit comme une restriction alimentaire obsessionnelle, les compulsions alimentaires qui caractérisent la boulimie et l'hyperphagie, mais aussi toutes les formes atypiques de perturbation du comportement alimentaire. La caractérisation de ces troubles en tant que pratiques addictives est généralement admise.
Ainsi, à l'instar des pathologies addictives, l'aide aux patients souffrants de TCA s'effectue au cours d'une prise en charge pluridisciplinaire faisant intervenir le médecin traitant qui peut-être généraliste ou pédiatre, le médecin psychiatre ou pédopsychiatre, un psychologue et un nutritionniste. La prise en charge peut être conduite en ambulatoire ou en milieu hospitalier et repose essentiellement sur une approche centrée sur le malade. La participation de la famille est également importante dans la compréhension et la guérison de cette dérive comportementale.
L'objectif de cette thèse est de souligner le rôle du pharmacien dans cette prise en charge pluridisciplinaire. En effet, aussi bien en officine qu'en milieu hospitalier, le pharmacien intervient en proposant au patient ainsi qu'à sa famille des conseils et des thérapies familiales, et en usant de méthodes de soins issues des thérapies cognitivo-comportementales.

Ainsi, la première partie de ce travail sera consacrée à la présentation générale de l'anorexie mentale, de la boulimie et des formes atypiques des troubles du comportement alimentaire dans leur ensemble. Nous développerons les caractéristiques cliniques,

épidémiologiques, les facteurs de vulnérabilités, les populations à risque et les signes d'alerte de ces troubles.

Au cours de la deuxième partie, nous traiterons de la prise en charge des patients en soulignant particulièrement son efficacité, mais aussi ses limites. Nous insisterons sur l'alliance thérapeutique entre le malade et les médecins, sur le rôle essentiel de la renutrition, de l'approche cognitivo-comportementale de la maladie sans négliger le soutien indispensable des familles.

La troisième partie sera consacrée au rôle du pharmacien dans l'amélioration de la prise en charge du patient souffrant de TCA. Nous insisterons particulièrement sur sa contribution dans le dépistage des troubles, le suivi de la pathologie, l'accompagnement des familles, mais aussi dans l'information et la prévention. En effet, outre ses compétences sur les médicaments, son contact privilégié avec le patient lui permet de proposer une aide psychologique en explorant sa motivation au changement.

Avant de conclure, nous proposerons des pistes de réflexion et d'action à mener en mesure de renforcer ce rôle.

Pour étayer ma thèse, j'avais besoin de comprendre les différents ressentis des patientes, leurs souffrances, leurs difficultés. Pour cela, j'ai élaboré un questionnaire (annexe 1) que j'ai posté sur différents forums de discussion de France, Belgique, Suisse et Canada.

Ce questionnaire a été établi dans l'objectif de donner une trame à la patiente afin qu'elle puisse nous livrer sa propre histoire. Il a été scindé en trois parties :

- l'histoire de la patiente et les différentes prises en charge,
- le déroulement des crises avec ses différents ressentis
- l'analyse de la relation patiente/pharmacien lors de son passage à l'officine

Ces témoignages nous permettent d'avoir une approche directe avec les patientes souffrant de ces pathologies et donc de nous éclairer sur leurs expériences vécues lors de leur parcours. Les témoignages recueillis concernaient des jeunes femmes au début de la maladie et également des patientes en rémission qui ont été suivies pour ces troubles et qui ont un recul suffisant. Chaque patiente a une histoire différente et pour avoir une approche centrée sur la malade il est important de faire intervenir leurs voix afin d'apporter une vision objective de la maladie.

Quelques-unes des déclarations des patientes interrogées et qui ont aimablement répondu au questionnaire seront rapportées dans cette thèse afin d'illustrer certaines parties de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE : MIEUX COMPRENDRE LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Les troubles des comportements alimentaires font référence à des habitudes alimentaires qui affectent négativement la santé physique et mentale de l'individu. Il s'agit de maladies chroniques mixtes ayant des répercussions tant sur un plan psychique, comportemental que corporel. Elles ne dépendent pas de la volonté du malade, mais résultent d'un mode alimentaire perturbé qui s'autonomise et dans lequel l'individu trouverait une solution inadaptée en réponse à une souffrance psychique.

Certains auteurs parlent de « Troubles des Conduites Alimentaires » (TCA), parce que ce terme prend en compte à la fois les comportements alimentaires et la personnalité des malades qui en sont atteints.

Dans ces troubles seront distinguées les anorexies mentales, la boulimie et les formes atypiques de ces maladies qui peuvent se présenter isolées ou combinées.

I. L'ANOREXIE MENTALE

1. LES DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES

Anorexie, du grec *orexis,* est un terme qui, littéralement, signifie « absence d'appétit » [1]. Or les individus anorexiques ne souffrent pas d'un manque réel d'appétit ou de perte d'appétit, ni d'un dégoût pour les aliments. Au contraire, la sensation de faim est bien présente, du moins au début de la maladie. Précisément, les malades atteints d'anorexie mentale sont en proie à une lutte restrictive drastique des conduites alimentaires dans le but de ne pas prendre de poids [2]. Ils tirent de leur lutte active contre la nourriture une grande satisfaction, une sorte de jouissance dans le contrôle de leur non-consommation, faisant de l'anorexie une addiction au jeûne, à l'absence de nourriture et à la sensation de faim. Après une période de restriction alimentaire importante, le corps s'adapte à cet état de famine et la sensation de faim peut disparaître [3]. Toutefois, avec un tel dérèglement des mécanismes biologiques de la faim et de la satiété, des frénésies alimentaires peuvent alterner avec des périodes de jeûne. Ainsi, deux formes principales d'anorexie mentale sont décrites [1, 4, 6] :

1.1. Le type restrictif pur

Il s'agit d'une restriction alimentaire souvent justifiée au départ par un régime à l'initiative de l'individu et qui deviendra de plus en plus sévère.

La sensation de faim disparaît progressivement et à la perte d'appétit se substitue une intolérance à l'alimentation, le refus permanent et obsessionnel du malade d'absorber des aliments sans raison somatique apparente.

1.2. Le type avec crise de boulimie

Le type avec crise de boulimie, encore appelé anorexie-boulimie, se traduit par la répétition plusieurs fois par semaine de crises compulsives alimentaires accompagnées de vomissements ou tout autre moyen d'éviter de prendre du poids, telle la prise de laxatifs. Dans un tiers des cas, le malade ne peut pas différer ses crises.

La crise de boulimie se fait sans sensation de faim, ni plaisir de manger, avec le sentiment réel de perdre le contrôle de son alimentation et de son poids. Le déroulement de la crise se fait dans un paroxysme anxieux et pénible qui aboutit à l'ingestion massive et brutale d'aliments, souvent accompagnée de perte de contrôle, de sentiment de détresse face au trouble et la honte d'avoir cédé à ses pulsions. La crise prend fin dès que le malade sent son ventre rempli, mais le malade se retrouve en proie à un malaise de culpabilité et de honte qu'il résoudra par des vomissements volontaires.

2. EPIDEMIOLOGIE

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), la prévalence en population générale touchée par l'anorexie est de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes [7]. Il s'agit donc d'un trouble à prédominance féminine (1 garçon pour 10 filles) [8] qui fait son apparition le plus souvent après la puberté, mais qui peut aussi survenir avant la puberté.

Les cas d'anorexie réunissant tous les éléments de diagnostic sont relativement rares. La maladie débute en moyenne à l'âge de 17 ans avec deux pics de survenue à 12-14 ans et 18-20 ans [1], c'est-à-dire durant la période où la dépendance à l'égard de la famille est très importante. En France, il y a entre 30 000 et 40 000 anorexiques. L'incidence au niveau de la population est de 2.500 à 6.000 nouveaux cas par an en France où 60 à 70 % des malades ont moins de 25 ans [9, 10].

L'anorexie mentale touche essentiellement les pays hautement industrialisés où sa fréquence est en légère progression et concerne essentiellement les classes sociales supérieures de la

population [11]. Il a été remarqué au cours de ces dernières années que ces troubles anorexiques apparaissent de plus en plus tôt chez les jeunes filles.

Le taux de mortalité est important, 7 à 10 % des cas. Les causes du décès étant soit par complications somatiques graves dues à la dénutrition, soit par suicide. [5]

Aux États-Unis, l'anorexie-boulimie représente le troisième trouble chronique de l'adolescence après l'obésité et l'asthme.

3. LES SIGNES CLINIQUES

Les signes cliniques de l'anorexie mentale se caractérisent par un ensemble de signes physiques et cognitifs qui sont de nos jours bien identifiés [12].

3.1. Sur le plan physique

En général, la première consultation est demandée par les parents qui s'inquiètent de l'état de santé de leur enfant qu'ils voient maigrir alors même qu'il n'existe pas de dysfonctionnement somatique apparent. L'expérience a montré que le syndrome anorexique est déjà installé dès la consultation initiale. Ce syndrome comprend une triade symptomatique de Lasègue (triade des 3A) [31] qu'il est important de rechercher et comprenant : l'anorexie, l'amaigrissement et l'aménorrhée [13,14].

3.1.1. La triade symptomatique

- **L'anorexie**

La restriction alimentaire est l'un des éléments décrit par l'entourage du malade. L'anorexique refuse de se mettre à table avec sa famille au moment des repas, saute des repas, choisit les aliments qu'elle va consommer en évaluant leurs calories, se met à cuisiner elle-même et refuse les plats préparés par quelqu'un d'autre qu'elle-même. [4, 5, 9]

- **L'amaigrissement**

L'amaigrissement fait suite à la restriction alimentaire. La perte de poids est obtenue par tous les moyens possibles. En effet, outre la réduction alimentaire drastique, l'anorexique s'adonne à une hyperactivité physique, provoque des vomissements, prend régulièrement des coupes faim, des laxatifs, des diurétiques ou procède à des lavements dans l'objectif de toujours perdre plus de poids.

La perte de poids est souvent supérieure à 15 % du poids initial et peut atteindre 30 % [11,16]. Dans les cas extrêmes, une perte de poids de l'ordre de 50 % du poids initial peut être observée [2, 9, 16, 17]. Un Indice de Masse Corporelle (IMC) ≤ 17.5 participe à l'identification des

troubles et un IMC < 14 engage le pronostic vital et constitue un critère d'hospitalisation [13]. La perte du pannicule adipeux et la fonte musculaire associée contribuent à l'apparition des reliefs osseux conduisant à un aspect cachectique impressionnant.

- **L'aménorrhée**

L'aménorrhée est observée une fois sur deux et précède parfois l'anorexie mentale. Elle est dite primaire lorsque la puberté n'est pas encore apparue (jeune fille non réglée) ou secondaire lorsqu'elle se déclenche après la puberté (après trois mois de règles régulières). Elle peut être masquée par la prise de la pilule. Cette absence de règles devient constante et bien tolérée par la jeune fille anorexique puisqu'elle contribue à la négation de sa féminité.

En dehors de toute grossesse, une aménorrhée chez une adolescente doit faire suspecter une anorexie mentale. Ce symptôme n'est pas lié initialement à la perte de poids, mais à une atteinte fonctionnelle de l'axe hypothalamo-hypophysaire [4, 9, 16, 17].

Cependant, des études récentes tendent à moins tenir compte de l'absence de règles chez les jeunes filles dans la recherche des signes de la maladie.

3.1.2. Les manifestations somatiques associées à cette triade

Les autres signes cliniques de l'anorexie mentale sont essentiellement liés à la dénutrition et se caractérisent par [1] :

- Des troubles des phanères et cutanés (peau sèche, lanugo, chute de cheveux, ongles cassants, hypertrichose, problèmes de cicatrisation, acrocyanose…).
- Des troubles digestifs (ralentissement de la vidange gastrique, douleurs abdominales, constipation).
- Une hypothermie.
- Des troubles cardiaques (hypotension artérielle, bradycardie).
- Des infections pulmonaires.
- Une fonte musculaire avec parfois des œdèmes de carences.
- Des désordres hydroélectrolytiques graves.
- Une hypertrophie de la glande thyroïdienne.
- Des érosions buccales, des altérations dentaires, des lésions digitales et une parotidomégalie liées à la récurrence des vomissements.
- Des fractures liées à l'ostéoporose : la densité minérale osseuse (DMO) est réduite de 10 à 15 %. [18]
- Des lithiases rénales.

3.1.3. Les comportements associés

Des comportements particuliers, adoptés pour perdre du poids ou se purifier, sont également caractéristiques de la pathologie anorexique. Parmi eux, on retrouve :

- L'hyperactivité motrice (marche, course à pied, sport intensif…) avec méconnaissance de la fatigue.
- Un investissement scolaire ou professionnel intense.
- Les vomissements provoqués, dans les cas d'anorexie-boulimie.
- La prise de laxatifs ou diurétiques, pour contrôler l'évacuation de nourriture.
- La potomanie : propension à boire de grandes quantités d'eau (plusieurs litres/jour). Elle est souvent masquée et doit être recherchée. C'est un signe de gravité.
- Le mérycisme : ou régurgitation, rare et ayant aussi une signification de gravité.

3.2. Sur le plan psychique et cognitif

Le désir de minceur et la peur constante de grossir occupent une part importante et croissante de l'activité mentale de l'anorexique et sont entretenus par des distorsions cognitives très présentes chez les anorexiques. Généralement, les distorsions cognitives se définissent comme un traitement incorrect des informations dont nous disposons. Ces pensées déviées qui pervertissent notre interprétation mènent à des conclusions fausses et négatives dirigées contre nous-mêmes ou contre les autres. Parmi ces distorsions cognitives, on retrouve, chez toute anorexique, une attitude de déni face aux troubles alimentaires, un besoin de maitrise et de contrôle ou des cognitions erronées concernant l'image du corps ou l'alimentation.

3.2.1. Le Déni

Le déni de la maladie, ou anosognosie, est l'un des obstacles majeur rencontré par les thérapeutes, car l'anorexique jouit de la puissance de sa maitrise de soi [8]. Elle refuse d'admettre qu'elle a modifié ses conduites alimentaires et qu'elle ne fait que maigrir, elle nie qu'elle a un problème grave, rejette l'idée que sa vie est en danger. D'autant que sa maigreur croissante entraîne chez elle un sentiment de bien-être, de maîtrise et de triomphe. La malade ment, répond qu'elle vit normalement, qu'elle mange, fait du sport. Elle s'enferme dans le secret et enferme avec elle son entourage dans le non-dit. L'incompréhension et les pressions de l'entourage pour la contraindre à s'alimenter la conduisent vers un repli et vers un investissement progressif d'activités solitaires.

Cependant, la malade prend assez souvent conscience de son désordre, mais a tellement honte qu'elle refuse d'en parler durant de longues périodes. Un des axes du traitement est

justement de lever le déni et amener la patiente à reconnaître son problème. Un des grands enjeux de l'entourage familial ou médical du malade consiste aussi à l'accompagner jusqu'à la prise de conscience et la reconnaissance de son trouble.

3.2.2. Le besoin de contrôle

Le comportement anorexique est une adaptation à une situation de stress. En effet, la patiente va, par ce contrôle de l'alimentation, soulager son angoisse et retrouver un équilibre psychique [19]. Ce comportement lui apporte une sensation de bien-être. Elle pense qu'elle maîtrise sa vie, qu'elle arrive à contrôler quelque chose que personne ne contrôle, alors, elle se sent comme supérieure à ceux qui l'entourent. Par cela, elle mettra en échec ce sentiment d'impuissance qui inonde sa vie.

« *Je me sens portée à cette époque de ma vie par une force immense, étrange. Au début, c'est une force fascinante, enivrante, exaltante. Je plane ; fière de mes succès : l'aiguille de la balance descend en flèche. La souffrance est comme anesthésiée, j'ai un contrôle presque total sur mon corps. J'ai enfin l'impression d'exister, dans cette grande entreprise de destruction, je suis reconnue. Tout tourne autour de l'axe poids-maigrir. J'y pense jour et nuit. La journée se programme en fonction des repas, ou plutôt autour des stratégies à employer pour les éviter à tout prix. Ce démon intérieur décide tout à ma place, je ne sais plus qui parle en moi : qui aura le dernier mot ? Je veux m'en sortir, mais je ne peux pas, car cela signifierait lâcher mon œuvre, ma superbe et cruelle œuvre d'art.* » J.

3.2.3. La Dysmorphobie

La dysmorphophobie ou dysmorphobie se définit comme étant la peur d'apparaitre laid ou malformé. L'image de soi devient le problème majeur de ces personnes.

Généralement, toutes les parties du corps peuvent être sujet de syndrome obsessionnel. Chez la femme ces parties peuvent être les cuisses, les fesses, les hanches, les mollets… [6].

Par contre chez l'homme, les parties qui peuvent faire l'objet de dysmorphophobie sont plus limitées : le sexe (taille) et la musculature.

Les parties du corps sont la source de toutes les angoisses, ce qui pousse les personnes atteintes à les cacher par tous les moyens en ayant la peur et le refus de voir son image via un miroir ou une photo, et aussi en ayant l'obsession de comparaison de son corps avec ceux des autres.

La vie du dysmorphophobe se résume à cette partie de son corps qui est devenue le centre de toutes ses attentions. Dans des situations extrêmes, la dysmorphophobie peut avoir un impact

très important en entraînant des phobies sociales qui marginalisent la vie affective, sexuelle et même professionnelle du patient [20, 21].

En accord avec cette description, l'anorexique, malgré une perte de poids importante et une maigreur manifeste, se trouve toujours trop grosse [22]. On parle de dysmorphisme corporel. Elle ressent une peur permanente de grossir. De plus, elle vise un idéal de minceur et entretient un désir de perfection corporelle. Pour vérifier qu'elle ne grossit pas, elle procède sans cesse à de multiples séances de pesée ainsi qu'à des vérifications tactiles. Ainsi, pouvoir faire le tour de son bras, parfois même de sa cuisse, avec sa main, l'angulosité d'un corps décharné ou le regard effrayé d'autrui sont perçus comme rassurants.

Voici, ci-dessous un extrait de Poème de L. qui nous montre la vision déformée qu'elle a de son corps [6].

« *Esclave du miroir*
Cette image que tu aimerais tant y voir
Jamais assez mince pour toi
Tu n'aimes pas l'image que tu y vois
Chaque jour, manger est un supplice
Tu sais que le sucre est un délice
Mais tu ne veux rien avaler
Pour ne pas engraisser
Pour avoir cette silhouette
Celle que tu imagines parfaite » L.

3.2.4. Les cognitions erronées concernant l'alimentation

Des croyances particulières, irraisonnées et rigides, concernant l'alimentation sont fortement ancrées chez les individus anorexiques. En effet, certains aliments sont diabolisés, car considérés comme nocifs. Il s'agit en général d'aliments jugés trop sucrés ou trop gras ; mais cela peut être aussi le cas des aliments crus ou au contraire cuits. En revanche d'autres aliments, par exemple des aliments de couleur blanche, peuvent être considérés comme purificateurs. De même, boire de grandes quantités d'eau est souvent rapporté comme un désir de se purifier. On retrouve également chez les anorexiques des distorsions perceptives, comme une sous-estimation des quantités nécessaires, des assaisonnements, mais également une perception excessive du gras et du sucré.

3.2.5. Les troubles psychoaffectifs

Dans ce contexte psychologique perturbé, on retrouve également une faible estime de soi, et une affectivité limitée qui se caractérise par des contacts sociaux réduits ainsi qu'une vie sexuelle inexistante ou vécue sur un mode automatique ou pragmatique. De plus, il est fréquent que la personne anorexique présente des traits de perfectionnisme et des valeurs morales poussées à l'extrême.

4. CRITERES DIAGNOSTIQUES

D'après le manuel diagnostique et statistique qui sert de référence pour les psychiatres américains en ce qui concerne les troubles mentaux (DSM-IV-TR, 2000), l'anorexie mentale répond aux critères suivants :

Figure 1 : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale

Selon la classification DSM-IV
Critères
▪ Refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille. ▪ Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. ▪ Perturbation de la perception de son poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle. ▪ Chez les femmes pubères, aménorrhée, soit absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple les œstrogènes).
Sous-types

- Type restrictif : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou la prise de purgatifs.
- Type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a présenté régulièrement des crises de boulimie ou des comportements purgatifs

5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ANOREXIE

Il est important de déterminer si le malade a entrepris un régime pour se fixer un objectif d'hygiène de vie ou s'il souffre véritablement d'anorexie mentale.
La figure ci-dessous distingue une adolescente au régime et une adolescente anorexique [8].

Figure 2 : Diagnostic différentiel de l'anorexie

L'ADOLESCENTE AU RÉGIME	L'ADOLESCENTE ANOREXIQUE
• Elle annonce son régime • Son poids fluctue • Elle a une motivation et se fixe un objectif à atteindre • Elle se plaint de sa privation	• Elle cachera sa volonté de perdre du poids • Sa courbe de poids est en chute constante • Elle repousse toujours ses limites, elle n'est jamais satisfaite • Elle ne se plaint pas, la privation la rend euphorique

II. LA BOULIMIE

1. LES DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES

Au sens étymologique, boulimie signifie « faim de bœuf » [1]. La boulimie est un trouble du comportement alimentaire pour lequel l'obsession de la nourriture est centrale. Il est caractérisé par des ingestions massives et frénétiques de nourriture, sans sensation de faim ni

rassasiement et avec un sentiment de perte de contrôle. Les crises sont à la fois compulsives et impulsives, sans possibilité pour le malade de les différer. Dans la grande majorité des cas, les crises de boulimie sont suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que les vomissements ou la prise de purgatifs, comme stratégie de contrôle du poids [3]. Ainsi, dans les différentes formes cliniques de la boulimie, nous distinguons [6]:

1.1. Le type avec vomissements, prise de purgatifs

Lors d'une crise de boulimie, l'individu perd le contrôle d'une restriction alimentaire mise en place durablement dans l'intention de maigrir ou de rester mince. Selon cette ligne de conduite, les aliments consommés lors de la crise doivent ensuite être évacués (le plus souvent sous forme de vomissements) puis compensés par une phase de restriction alimentaire après la crise. Ainsi, selon la sévérité de la restriction alimentaire, on distingue :

- La boulimie normo-pondérale : la plus courante, que l'on retrouve dans 70 % des cas.
- Les formes mixtes d'anorexie-boulimie : dans 50 % des cas d'anorexie mentale, une période de boulimie existe d'emblée ou au cours de l'évolution.

Ce qui différencie le diagnostic de boulimie de celui d'anorexie-boulimie est le fait que, pour la boulimie, le poids reste dans les limites de la normale, l'IMC restant généralement supérieur à 17.

1.2. Le type sans vomissements, ni prise de purgatifs

Cette forme est beaucoup plus rare et ne concerne que 5 % des boulimiques. En l'absence de comportements compensatoires, l'individu présente un surpoids. Il s'agit alors d'un sous-type de boulimie avec obésité.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA BOULIMIE

La prévalence, en constante augmentation, est de 1 à 2 % en population générale dans les pays occidentaux [23, 24]

D'après le Programme National Nutrition Santé lancé en 2001, l'augmentation de la prévalence serait corrélée à l'apparition, dans la mode, du dogme de la minceur excessive qui conduirait l'adolescente à vouloir atteindre un poids inférieur à son poids physiologique, alors que, *a contrario*, l'offre alimentaire susciterait un désir de manger au-delà de ses besoins.

L'incidence est de 12 pour 100 000 habitants par an en population générale [25].

Il y aurait une sous-estimation de l'incidence, car seul 1/3 des patientes boulimiques auraient recours aux soins d'après l'étude de Kesli-Rahkonen et coll., 2009 [12].

C'est une maladie essentiellement féminine avec un sexe ratio de 10 femmes pour 1 homme [1]. Le pic de survenue est entre 18 et 20 ans [26]. Nous pouvons constater que contrairement à l'anorexie, la boulimie concerne des adolescentes plus âgées ainsi que de jeunes adultes.

Notons qu'il existe également des formes masculines. Elles sont généralement associées à des formes sévères, avec troubles de l'identité sexuée.

3. LES SIGNES CLINIQUES

Comme pour l'anorexie mentale, la pathologie boulimique se caractérise par un ensemble de signes physiques et cognitifs [25].

3.1. Sur le plan physique

3.1.1. L'accès boulimique

➢ **Survenue de la crise**

La fréquence de survenue des crises est variable. Elles peuvent être hebdomadaires, quotidiennes ou pluri-quotidiennes, jusqu'à atteindre parfois 15 crises par jour [1].

Certaines circonstances peuvent précipiter leurs apparitions. C'est le cas si la personne boulimique est contrainte, lors d'un repas en société par exemple, de consommer des aliments (gras ou sucrés) qu'elle s'interdit habituellement. Des états émotionnels intenses négatifs (sentiment de solitude, d'abandon, d'angoisse, affects dépressifs) ou au contraire positifs (sentiment de joie, de satisfaction) peuvent également être des facteurs déclenchants [25,27].

La crise peut également être préparée méthodiquement tout au long de la journée. Par exemple, l'envie de faire une crise se ressent dès le matin et la patiente y pensera toute la journée jusqu'au moment ultime où elle se retrouvera seule avec ses denrées achetées grâce à la liste précise qu'elle aura réalisée au fil de la journée.

➢ **Le déroulement de la crise**

Lors des accès boulimiques, on peut distinguer trois phases [25] :

- ✓ **PHASE 1 - AVANT LA CRISE** : La patiente ressent une excitation avec une sensation oppressante qui la pousse à manger.

- ✓ **PHASE 2 - LA CRISE** : Elle est caractérisée par une sur-consommation alimentaire incontrôlable, impérieuse, irrépressible, d'aliments hypercaloriques (3 000 à 20 000 calories par accès). Cet événement se déroule en cachette, de manière rapide - la crise dure moins de 2 heures - sans mastication et pouvant aller jusqu'à l'étouffement. L'individu éprouve tout d'abord une sensation de soulagement, libéré d'une tension interne entretenue par l'obsession de manger. Un état éphémère de jubilation, en lien avec la consommation de produits interdits par le régime restrictif, apparait, mais il est rapidement suivi d'un sentiment de pénibilité, de perte de contrôle, de honte et de culpabilité.
- ✓ **PHASE 3 - FIN D'ACCES** : L'accès s'arrête en général à l'arrivée d'une tierce personne, lorsqu'il n'y a plus d'aliments à consommer ou lorsqu'un malaise physique (douleurs gastriques, nausées, céphalées) ou psychique (honte, mépris de soi, culpabilité) se fait ressentir. Les patientes évoquent alors les termes : « *je ne m'aime pas* », « *je ne mérite pas de vivre* » et lorsqu'on leur demande de noter leur estime d'elle-même après une crise de boulimie sur une échelle de 0 à 10, les réponses sont soit 0, soit une note négative comme -3.

  « *Après plusieurs jours sans manger, une crise de boulimie m'a envahie. Je n'ai acheté que des aliments caloriques, bien sûr tous ces aliments que j'évitais depuis si longtemps, mais cette faim atroce était plus forte que tout le reste. Pourtant, j'osais à peine y toucher de peur que l'on voie que j'ai mangé. La noce commence quand je me suis assurée une solitude totale. Je n'existe plus, j'attrape ce chocolat, ces gâteaux à même l'emballage. Peu importe le goût, l'appétit, j'oublie tout. Deux mains ne suffisent pas à calmer ma peur. Cette angoisse ainsi que cette culpabilité qui ont suivi la crise étaient insupportables*. » J.

D'après ce témoignage, le plus important lors d'une crise n'est pas d'apprécier la nourriture ingérée (les aliments peuvent être crus), mais de se remplir afin de combler un vide intérieur. A ce stade, l'état général de la boulimique s'apparente à un état d'anéantissement et de léthargie. Une malade a décrit son état dans le questionnaire :

« *Après la crise, j'étais comme anesthésiée, je ne ressentais plus rien, donc plus de peine, plus de tristesse*. » S.

3.1.2. Les manifestations somatiques associées

Des rythmes alimentaires perturbés et le caractère chronique de la maladie seront à l'origine d'un certain nombre de manifestations somatiques dont les plus courantes sont :

- Une irrégularité menstruelle
- Des troubles ioniques
- Des érosions buccales, des altérations dentaires, des lésions digitales et une parotidomégalie liées à la récurrence des vomissements.
- Une œsophagite
- Des ulcérations
- Des fausses-routes gastriques
- Une pneumopathie de déglutition

3.1.3. Les comportements associés

Des comportements particuliers sont fréquemment associés à l'accès boulimique [25]:

- Les vomissements provoqués (80 à 90% des cas)

Ils permettent de soulager l'inconfort physique et réduisent la peur de prendre du poids. La boulimique a l'impression de reprendre le contrôle de soi et de rehausser son estime de soi.

- L'abus de laxatifs

La consommation peut atteindre plusieurs dizaines de comprimés par jour et peut provoquer des diarrhées douloureuses, mais rassurantes. Des complications intestinales sérieuses sont à redouter en cas de prise chronique.

- La restriction alimentaire

C'est une mesure minimale pouvant être mise en place des jours durant et jusqu'à la crise suivante.

- L'exercice physique intensif

Il est pratiqué pour brûler davantage de calories, mais également pour se punir d'avoir cédé à l'envie de manger.

- Les conduites de nettoyage

Elles concernent aussi bien le corps, les dents que la cuisine dans son ensemble. Il s'agit d'un rituel qui peut durer plusieurs heures et qui consiste à effacer toute trace de la crise, mais aussi soulager un désir de purification.

- Un comportement de type impulsif

Ce trait de personnalité est caractéristique de la pathologie boulimique

3.2. Sur le plan psychique et cognitif

Comme pour l'anorexie mentale, un certain nombre de sentiments, émotions et de distorsions cognitives accompagne la pathologie boulimique [2].

3.2.1. La perte de contrôle

Contrairement aux anorexiques restrictives, chez les boulimiques, on retrouve un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire [16,19]. En effet, lors des crises de boulimie, les patientes ressentent une force qu'elles ne peuvent pas contrôler, qui les pousse à « engloutir » leur butin. [6,28].

3.2.2. Les préoccupations excessives sur l'apparence, le poids et l'alimentation

La peur morbide de devenir gros est la préoccupation psychologique principale. Bien que les boulimiques soient, la plupart du temps, normo-pondérées, certaines peuvent présenter une insuffisance pondérale et, d'autres, plus rarement, un surpoids. Dans la majorité des cas, ces jeunes filles ont un idéal pondéral bien inférieur à leur poids minimum théorique pour la taille et l'âge et sont généralement très préoccupées par leur silhouette, dont elles ne sont jamais satisfaites [29].

Les préoccupations concernant l'alimentation sont omniprésentes et obsédantes. Les centres d'intérêt de l'individu tournent essentiellement autour de l'alimentation et des régimes. Des rêves culinaires et une attirance pour les métiers de l'alimentation ne sont pas rares. La peur du manque entraîne des comportements de stockage d'aliments. Au contraire, des stratégies d'évitement des situations à risques poussent certains sujets à limiter leur argent disponible, à éviter la solitude ou à congeler systématiquement les aliments pour en différer la consommation.

3.2.3. Les perturbations émotionnelles

Dans ce contexte psychologique perturbé, on retrouve également une faible estime de soi, et un fort sentiment de dévalorisation et de mépris de soi. Les crises de boulimie sont le symbole de leur échec. Elles se voient comme des « anorexiques ratées ». Au terme d'une crise, des sentiments pénibles de honte, culpabilité et/ou désespoir peuvent conduire à des idées suicidaires ou des envies d'automutilation. Cette détresse psychologique est souvent source d'une nouvelle crise de boulimie [30].

4. CRITERES DIAGNOSTIQUES

D'après le DSM-IV-TR (2000), la boulimie répond aux critères suivants :

Figure 3 : Critères diagnostiques de la boulimie

Selon la classification DSM-IV

Critères

- Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :
  - ✓ Absorption en un temps limité (par exemple moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
  - ✓ Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
- Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que :
  - ✓ vomissements provoqués ;
  - ✓ emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ;
  - ✓ jeûne ;
  - ✓ exercice physique excessif.
- Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
- L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Sous-types

- Type avec vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.
- Type sans vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA BOULIMIE

Il est important de différencier la boulimie et les crises de frénésie alimentaire qui mettent en jeu une sensation de plaisir où la personne peut s'arrêter de manger quand elle veut. Le comportement devient pathologique à partir du moment où l'absorption de nourriture est associée à un sentiment de perte de contrôle de soi et à un trouble de l'image corporelle.

III. LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES NON SPECIFIEES (EDNOS)

Les critères de diagnostics stricts du DSM-IV [31] favorisent l'exclusion de formes que l'on nommera subcliniques. Cela peut être dangereux, car leur méconnaissance peut entraîner un retard de diagnostic.

Selon l'étude de Callahan et coll. (2003), 1,5 % des adolescentes présentent un trouble du comportement alimentaire avéré (anorexie ou boulimie) alors que 20,6 % manifestent des troubles subcliniques (anorexie de faible poids, anorexie sans aménorrhée, boulimie sans comportement compensatoire …) [32].

En effet, les troubles du comportement alimentaire ne se résument pas seulement aux formes syndromiques complètes de l'anorexie et de la boulimie [24]. Ils prennent aussi en compte toutes les autres formes de comportement alimentaire de type restrictif et/ou compulsif ne répondant pas aux critères de classification.

Nous parlerons donc des EDNOS (eating disorders non otherwise specified) pour « troubles des conduites alimentaires non spécifiées ». Ce sont des formes qui ne répondent ni aux critères stricts de la boulimie, ni à ceux de l'anorexie. On les appelle aussi les formes partielles. Elles comprennent notamment :

- L'hyperphagie boulimique ou Binge eating Disorder (BED)
- Le syndrome d'alimentation nocturne ou Night Eating Syndrome (NES)
- L'anorexie masculine, prépubère, tardive, atypique
- Le grignotage compulsif
- Le pica…

1. L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

L'hyperphagie boulimique ou alimentation compulsive est souvent conséquente à une privation alimentaire récurrente. Ce comportement est cité dans certains articles sous son terme anglais : binge eating disorder *(BED).*

Dans l'hyperphagie, le comportement est mesuré sur une période d'au moins six mois et évalué en journées de suralimentation plutôt qu'en nombre de crises par semaine. Les crises d'alimentation compulsive ne sont pas suivies de méthodes compensatoires, ce comportement est donc inducteur de surpoids ou d'obésité.
Elle concerne 6 à 8 % des personnes entre 15 et 55 ans. Cela représente 500.000 personnes en France, mais il existe une marge d'erreur importante, car il n'y a pas de registre de recensement de ces troubles [33].

Selon de premières estimations, 30 à 70 % des individus en surpoids qui consultent dans l'objectif de maigrir souffriraient de troubles du comportement alimentaire de ce type [24]. C'est une donnée importante, car elle met en avant une pathologie rencontrée très largement dans l'officine : le diabète de type 2. En effet, les patients souffrant de ce type de diabète sont souvent en surpoids.

2. LE SYNDROME D'ALIMENTATION NOCTURNE

Il se caractérise par des prises alimentaires principalement nocturnes. Les patients consomment 60 % de leurs apports énergétiques journaliers entre 20 h et 6 h. Ce trouble, comme l'hyperphagie est inducteur d'obésité.

Devant la diversité de ces maladies, les pharmaciens doivent prendre conscience de l'existence de ces troubles atypiques, car ils représentent une part importante des TCA qu'ils retrouveront en majorité à l'officine. En effet, les EDNOS représentent 60 % des consultations [33].

La prévalence des formes partielles serait de cinq à dix fois supérieure à celle des formes strictes (anorexie et boulimie). Cependant, peu d'études ont été réalisées et nous ne pouvons donc pas avoir de chiffres précis. Cela signifie que la fréquence serait certainement sous-estimée.

Finalement, nous pouvons souligner la sortie récente (mai 2013) du DSM-V qui permet d'exclure moins de personnes des critères de diagnostic. L'anorexie n'est définie que par deux A : Anorexie et Amaigrissement alors que l'aménorrhée disparaît des critères. En ce qui concerne la boulimie, la fréquence des crises passe de deux à une crise par semaine pendant trois mois.

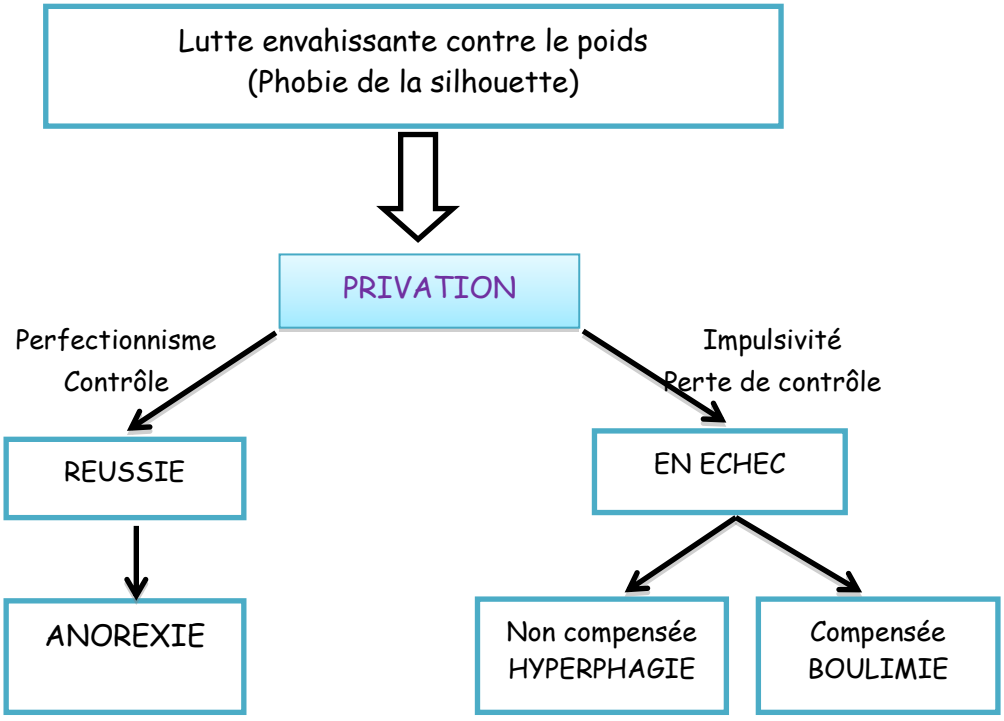
En conclusion, l'anorexie évoque la restriction alors que la boulimie évoque l'excès. Développés de cette manière, ces deux troubles laissent à penser qu'ils sont contradictoires. Cependant, la frontière entre les deux maladies est fragile [6].

L'anorexie mentale et la boulimie peuvent être apparaitre, simultanément et/ou successivement. Lorsqu'une anorexique subit ses premières crises de boulimie, elle se sentira honteuse. Elle s'isolera alors de son entourage pour cacher sa maladie dont elle vient de prendre conscience.

Ainsi, anorexie et boulimie sont intimement liées. Selon Jeammet (2007) « toute anorexique a la hantise de devenir boulimique et toute boulimique rêve de devenir anorexique. Si de nombreuses anorexiques vont être confrontées à la boulimie, peu de boulimiques deviendront anorexiques ». En effet, 50 % des anorexiques passeront d'une forme restrictive pure à une forme avec crises de boulimie [2,6].

Le schéma ci-dessous nous montre que se battre contre l'anorexie ou la boulimie se résume à un même combat.

Figure 4*:* Schéma de synthèse



IV. LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ DES TCA

L'origine multifactorielle des troubles du comportement alimentaire est largement reconnue. L'interaction entre des facteurs individuels, sociétaux et familiaux participe au déclenchement, au maintien et à l'aggravation du trouble.

1. LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Ces facteurs concernent l'environnement proche et moins proche dans lequel évolue un sujet souffrant d'un trouble des conduites alimentaires.

1.1. Rôle de la société sur l'estime de soi

Notre société occidentale pourrait exercer sur les femmes particulièrement, une pression, les poussant à répondre à un certain nombre de critères sur le plan physique et moral, ce qui génèrerait une certaine forme d'exigence dans leur mode de vie [30,34].

Ainsi, depuis quelques décennies, notre société véhicule le message qu'un corps désirable n'est plus un corps en bonne santé, mais un corps dont le poids et les formes sont parfaitement contrôlés dans le sens d'une minceur sans cesse plus flagrante. Ainsi, dans les années 70, les premiers mannequins (Birkin, Twiggy) dépourvus de formes féminines apparaissent dans un contexte féministe et revendicateur [2]. Aujourd'hui encore, la pression exercée par la société en faveur de la minceur et largement diffusée par les médias est fortement ancrée dans notre société.

Insidieusement, dès l'enfance, l'image d'un corps idéalement proportionné est présentée aux petites filles avec la poupée Barbie dont les mensurations ne sont pas en concordance avec la physiologie humaine [6]. Plus tard, à l'adolescence, la même image irréaliste continue d'accompagner les jeunes filles avec les photos retouchées des magazines de mode exhibant des silhouettes toujours plus fines et vantant les mérites des produits minceurs. Les mannequins, toujours plus maigres, sont présentées comme un idéal féminin, un objectif à atteindre. Les jeunes femmes s'identifient à elles [6].

« *Je voulais ressembler à ces mannequins, ce sont des fils. Elles sont minces, adulées, jolies. Elles peuvent porter du 36 voire du 34 et moi j'en ai marre de me trimbaler dans du 38. Je me sentais imposante, je rêvais qu'on me demande si je voulais une ou deux places dans l'avion ! Ça si ce n'est pas une obsession. Je voulais être en bonne santé, et moi je me voyais grosse, je me disais que je n'étais pas saine, que j'étais grasse. J'étais la grosse dans un monde de minces alors qu'elles, mes idoles, sont parfaites.* » V.

À l'extrême, certains sites Internet tels, les sites « pro-ana », parfois soutenus par des figures emblématiques du cinéma ou de la chanson, font l'apologie des corps décharnés et peuvent exercer une influence négative sur les adolescentes. Ces sites ne sont pas illégaux, peu connus du grand public et donc non contrôlés [1].
Face à cette escalade de la maigreur, certains pays ont décidé de réagir. Par le « code éthique » contre l'anorexie de Madrid en 2006 interdisant l'accès des défilés de haute couture aux mannequins dont l'indice de masse corporelle serait en dessous de 18, l'Espagne se met en lutte contre cette image irréaliste envoyée aux femmes.

En 2007, l'affiche publicitaire d'un photographe italien, Oliviero Toscani mettant en scène Isabelle Caro, un mannequin photographié nu, a fait réfléchir la société sur le rôle des médias sur l'estime de soi. Une autre photo du corps amaigri et décharné de cette même anorexique a été publiée après sa mort en 2012 et a ému le monde entier.
Néanmoins, la dictature de la mode reste impitoyable. Pour exemple, il n'est pas rare qu'au-delà d'une taille 42, les femmes doivent se fournir dans les « magasins spécialisés », un vocabulaire soulignant le caractère hors norme de la situation. Les personnes fortes ou obèses sont ainsi pointées du doigt et désignées par la société comme le mauvais exemple à ne pas suivre. Il semble que nous vivions dans une société lipophobe [27], où un corps gros est facilement associé à un manque de valeurs morales comme l'absence de volonté, la faiblesse ou la paresse [35].
Par ailleurs, à l'arrivée de l'été, nous pouvons voir en couverture des magazines féminins chaque semaine, différents protocoles de régime alimentaire dont l'objectif est toujours de maigrir rapidement. Ces messages laissent croire à une majorité de femmes qu'elles sont trop grosses. Ainsi, selon Annie Hubert, anthropologue (2004) :

« *Une femme aujourd'hui, c'est quelqu'un qui a des kilos à perdre* »

Dans un tel environnement, les modèles des jeunes femmes ne se construisent donc pas par rapport à des normes médicales, mais par rapport à des normes subjectives véhiculées à titre commercial par notre société de consommation. C'est ainsi que la confrontation de ce corps idéal avec son propre corps peut susciter, chez certaines jeunes filles, une insatisfaction corporelle s'exprimant par un refus d'embonpoint, de rondeurs, ou simplement de formes. Ce qui les pousse vers leur premier régime et le début d'un cercle sans fin où l'alternance de périodes de restriction et d'excès alimentaire viendra rythmer leur vie [27].

D’autant que paradoxalement, il existe une certaine ambivalence dans notre société. D'un côté, tout incite à consommer, les aliments sont plus facilement accessibles, et d’un autre côté des mises en garde sont lancées sur les méfaits d’une surconsommation de sucres, graisses, etc., dangereux aussi bien pour notre santé que pour notre ligne. Sur certains panneaux publicitaires s’exhibent des mannequins filiformes et sur le panneau suivant des publicités de fast-food et hamburgers. Ce paradoxe entraîne une « schizophrénie» cognitive : il est suggéré à vouloir tout et son contraire. Alors, comment se retrouver dans tous ces messages sans perdre sa santé, son moral et sa silhouette ?

Le sketch d’Anne Roumanoff « le slam du régime » (extrait du spectacle Anne a 20 ans, 2008) est un excellent reflet de notre société moderne. En effet, il met en avant la plus grande peur des femmes : prendre du poids.

« Je voudrai faire un slam pour ces millions de femmes pour qui le plus grand drame est de prendre 500 grammes.

7 heures : sur la balance, j’observe la tendance. Ça y est j'ai regrossi. La journée est pourrie.

Je suis d'une humeur de chien. J’aboie sur mon conjoint.

Sachet protéiné qui donne envie de gerber.

Je veux vaincre cette graisse qui squatte dans mes fesses.

Pour me remonter le moral, je me soûle à l'eau minérale : 500 ml, un litre, deux litres.

Je vais bientôt sombrer dans un coma hydraulique.

5 heures : la boulangerie, le goûter des enfants, l’odeur des croissants m'agacent prodigieusement.

22 heures : dîner chez des amis, gâteau au chocolat.

Je dis : non, non merci. Puis j'en reprends trois fois.

Je voudrai faire un slam pour ces millions de femmes accrocs au Canderel, droguées à l'aspartame.

Y en a qui croient au Dieu, au Seigneur éternel, elles, croient dur comme fer à ce qu'elles ont lu dans « Elle ».

Mourir pour des idées, c'est tellement démodé.

Rentrer dans son maillot, ça : c'est vraiment le pied.

Avant, il fallait résister aux Allemands,

Aujourd’hui il faut résister aux féculents.

On combat les bourrelets, on vainc la cellulite.

Les combats d'aujourd'hui sont un peu pathétiques.

Se plier à la norme pour ne pas être rejeté, physiquement correct pour être enfin aimé.

Je voudrai faire un slam pour ces Occidentales qui, sans penser à mal, se pourrissent le moral.
À vouloir ressembler aux modèles squelettiques des magazines Fashions : déesses anorexiques.
Ailleurs sur la planète, on voudrait juste bouffer, même si c'est un peu gras même si c'est trop sucré.
Y en a qui en ont trop et d'autres pas assez.
Y en a qui font envie et d'autres vraiment pitié.
Ce culte de l'apparence et du chacun-pour-soi,
Ce rêve du corps parfait, qu'on n'atteindra jamais, devient de la démence et frise l'indécence.
C'est mon avis à moi, vite donnez-moi du gâteau au chocolat »

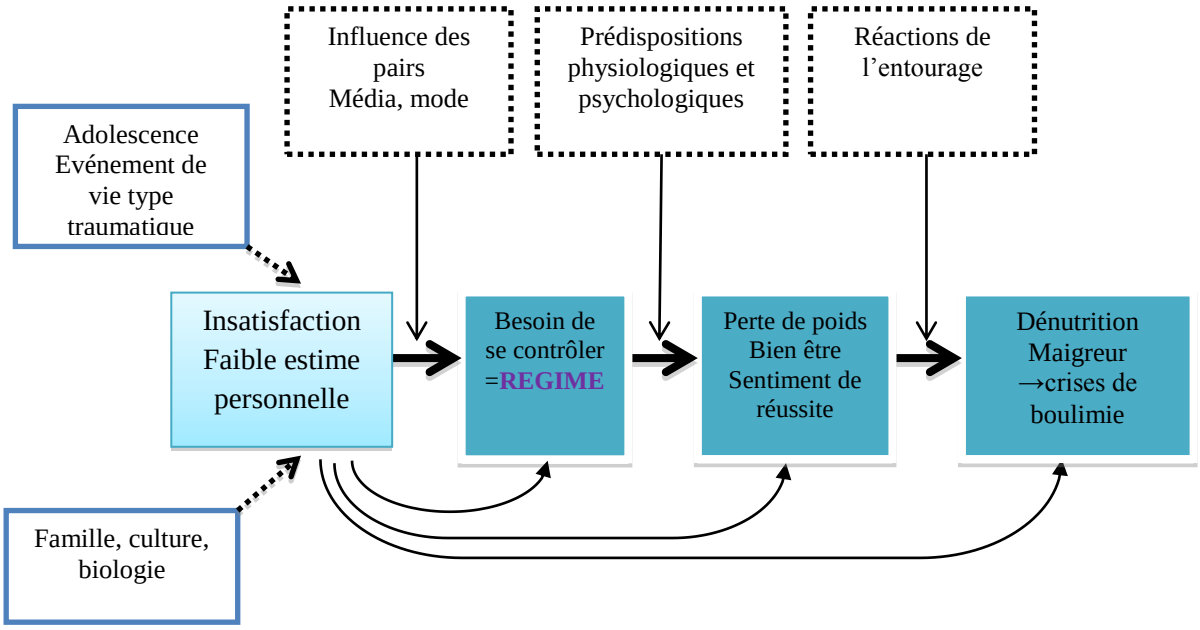
À côté de ces objectifs pondéraux, dans notre société, la femme doit pouvoir répondre à un certain nombre de critères, faire preuve de valeurs qui lui sont inculquées dès l'enfance. En effet, l'éducation est souvent différente en fonction du sexe de l'enfant. Alors que l'homme a le droit de prendre des risques, de faire des bêtises, d'agir en fonction de ses émotions, la femme doit toujours être dans la raison, le contrôle et la diplomatie. Une malade m'a confié ses sentiments apparus après une crise de boulimie.

> « *Après une crise, je me sentais plus angoissée que jamais, sale, repoussante, dégoûtante, goinfre. Tout sauf l'idéal féminin acquis dans mon enfance: douce, parcimonieuse, fébrile, dans le contrôle…* » A.

De plus, la femme doit souvent se montrer parfaite dans son rôle de mère de famille, d'épouse attentionnée, de femme séductrice et de travailleuse dynamique [2, 27].

Ainsi, face à une telle pression, certaines femmes culpabiliseront de ne pas répondre aux objectifs de la société. Cela induira un sentiment de dévalorisation et une fragilisation de l'estime de soi. Or, comme le montrent les figures 5 et 6, dans les pathologies anorexiques et boulimiques, il a été montré que l'insatisfaction corporelle et le manque d'estime de soi se trouvent à la base du développement des troubles des conduites alimentaires et sont considérés comme des facteurs de maintien de ces troubles [36]. En effet, dans une population composée de sujets anorexiques et boulimiques, l'estime de soi est inférieure à 16 % à la limite planchée de la population normale [37].

Figure 5 : Facteurs précipitants et de maintien de l'anorexie



Sources : Pedinielli J., Ferran A., Grimaldi M.A Et Coll (2012)

En outre, pour illustrer ce culte de la minceur très présent dans notre société et son influence sur l'estime de soi, une étude réalisée par LACHAUD.M et coll en 2004 [32] et menée sur un échantillon de 104 jeunes femmes inscrites en première année de psychologie indique que 21,2 % d'entre elles sont en déficit pondéral. D'autre part, 34,6 % déclarent que l'opinion ou l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes sont largement influencées par leur poids ou leurs formes corporelles. De plus, elles sont 30,7 % à trouver leur poids excessif et 67,3 % à trouver une ou des parties de leur corps trop grosses comme les cuisses et le ventre. Ces parties du corps sont justement celles visées par les produits minceurs : gélules pour ventre plat, crème raffermissante pour les cuisses, etc. Hors, seulement 9,6 % de ces femmes sont réellement en surpoids et une d'entre elles est même en déficit pondéral. Ces chiffres mettent en évidence que dans la société actuelle, il existe un décalage entre la vision que les femmes se font de leur poids et la réalité.

Finalement, 80,7 % des jeunes femmes de l'étude trouvant leur poids excessif déclarent utiliser des stratégies de contrôle du poids qui peuvent être une menace pour leur santé (8,6% utilisent des laxatifs). Plus de la moitié des jeunes femmes de cet échantillon déclarent avoir peur de prendre du poids.

1.2. Les métiers à risque

Certains métiers apparaissent comme étant plus à risque de provoquer des TCA. Il s'agit des disciplines avec impératifs esthétiques ou des catégories de poids arrêtés : métiers de la

mode, gymnastique, danse rythmique et classique, sports valorisant ou nécessitant le contrôle du poids tels les sports d'endurance ou de haut niveau de compétition, course de demi-fond ou de fond, sauts…

2. LES FACTEURS INDIVIDUELS

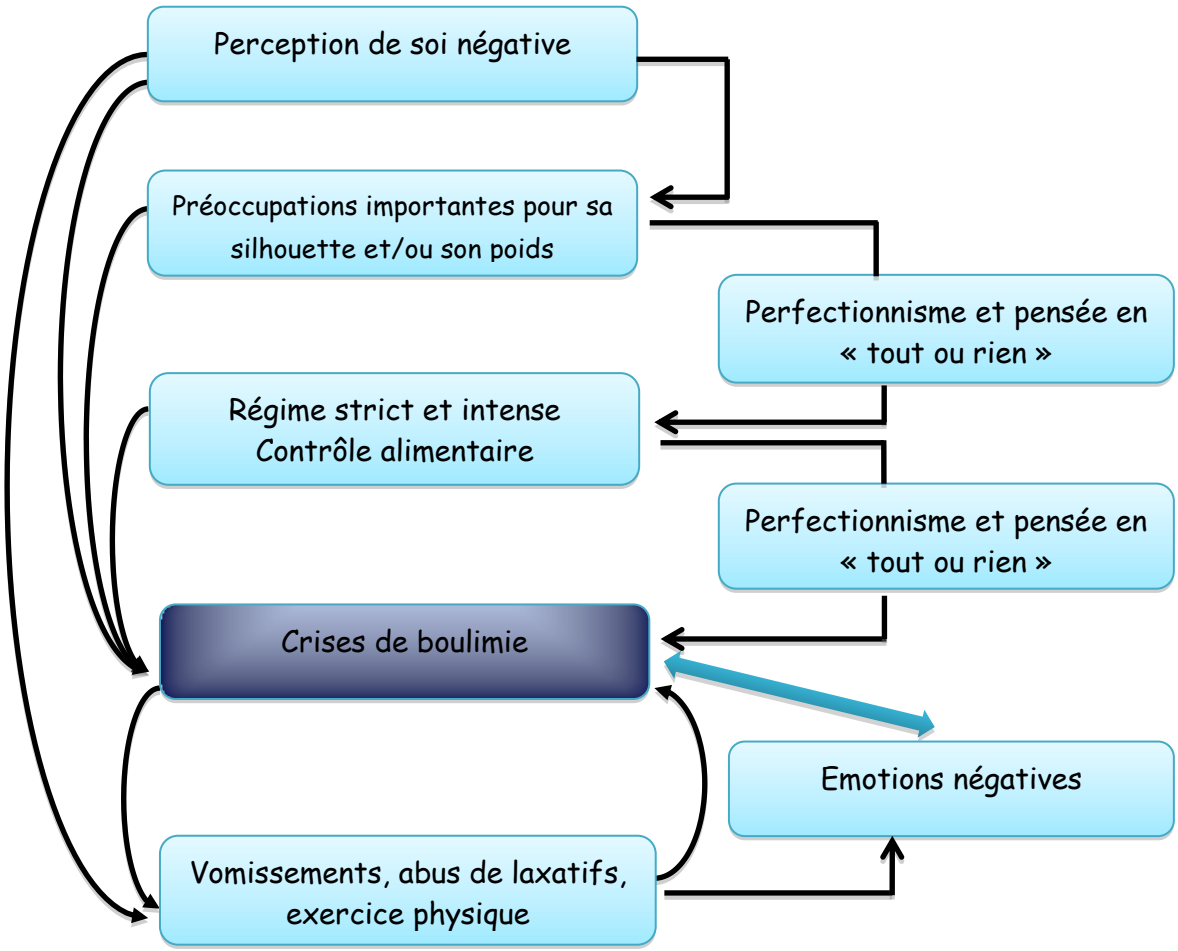
Il s'agit des facteurs propres à l'individu. Ils interagissent avec son environnement et doivent être pris en compte en tant qu'expression de fragilité et de vulnérabilité.

- **Facteurs émotionnels**

Ils concernent tous les facteurs en lien avec le stress, les mutations induites par le passage de l'enfance à l'adolescence, de l'adolescence à l'âge adulte et qui sont vécus comme une perte ou une transformation profonde.

D'après le schéma de Fairburn (figure 6), les émotions négatives engendrent directement les crises de boulimie. Nous allons donc identifier ces émotions et nous intéresser à leurs rôles.

Figure 6: Modèle de la boulimie d'après Fairbrun (1997)



Sources : La boulimie : des théories aux thérapies, NEF. François [27]

L'émotion négative est définie comme « *une expérience violente, mais passagère, telle qu'un accès de peur, de colère, de désespoir, déclenché par une perception inhabituelle…*» [38].

Les émotions négatives obligent les individus à agir à l'opposé de leurs aspirations profondes. Ces émotions sont incontrôlables, car elles sont automatiques. Les émotions les plus fréquemment ressenties sont :

- ✓ Anxiété ou angoisse : cette émotion est ressentie sous forme de peur.
- ✓ Colère.
- ✓ Culpabilité, ressentie sous forme de honte ou de colère contre soi.
- ✓ Dépression, impression d'être « nul», « sans volonté».
- ✓ Tristesse, ressentie sous forme d'ennui, se sentir seul.

Aux émotions, s'ajoutent les pensées irréalistes comme la dramatisation, qui peut accélérer l'arrivée d'une crise :

« *Mes crises les plus graves sont provoquées par un "choc émotionnel". Je le mets entre guillemets parce que depuis l'arrivée de la maladie, même le fait d'arriver cinq minutes en retard à un cours relève du choc émotionnel.* » A.

La grande difficulté pour les patientes est d'accepter leurs émotions. Elles gardent ce qu'elles ressentent pour elles. Elles ont des croyances irrationnelles au sujet des émotions qui empêchent leur gestion.

« *- Ça ne se fait pas de dire ce que l'on a sur le cœur, c'est impoli et ça peut blesser ou créer des disputes.*

- Si je me laisse aller à mes émotions, je risque de sombrer dans la dépression

- Je risque d'être quittée si j'ose dire ce que je ressens

- Je dois être en total contrôle de mes émotions

- Je ne dois pas pleurer »

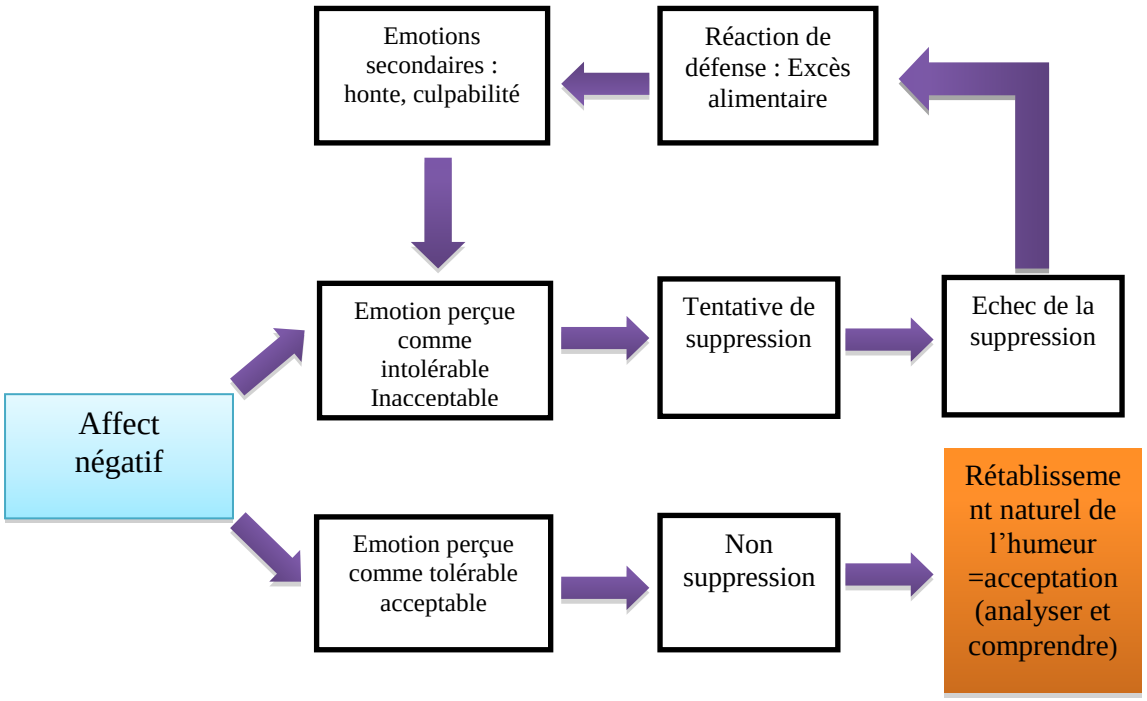
Les patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire présentent une intolérance aux émotions [2,39]. On parle d'évitement émotionnel. Cela signifie qu'elles utilisent des stratégies pour « enfouir » leurs émotions. Cela leur permet d'oublier leur mal-être. Pour pallier à ces émotions négatives, elles utilisent la prise alimentaire compulsive et les comportements de purge qui engendrent des émotions secondaires douloureuses (colère, honte, culpabilité) [40]. Ainsi, le cercle vicieux se referme avec la persistance du problème, car les émotions négatives ressenties vont entraîner ce besoin de remanger d'après le schéma de Fairburn (figure 6).

Chaque émotion est un signal à prendre en compte, car quand elle est refoulée, elle s'accumule et finit par exploser. À cet instant précis, il n'y a plus de contrôle alimentaire.

Les crises de boulimie servent de calmant ou d'antidépresseur afin d'étouffer les émotions qui submergent les individus [27]. Ce sont des sources de réconfort facilement accessibles en cas de détresse.

Alors que dans notre société occidentale, nous avons tendance à refouler, nier nos émotions : « *Tu es grand, ne pleure pas* », « *Ce n'est pas bien d'être en colère* », le travail thérapeutique sera dirigé vers l'acceptation et la gestion des émotions. Le schéma ci-dessous nous montre comment rompre le cercle vicieux des émotions par leur acceptation.

Figure 7*:* Modèle de la persistance de la détresse émotionnelle selon Barlow et Allen, 2007



Pour apprendre à gérer et à atténuer ses émotions, il est utile de passer par plusieurs étapes : accepter/ressentir/analyser/comprendre.

- **<u>Faible estime de soi</u>**

Chez les personnes qui souffrent de troubles alimentaires avérés, un état dépressif peut être sous-jacent. La faible estime de soi et le sentiment de vide ou de manque peuvent être des symptômes dépressifs. En plus de la faible estime d'eux-mêmes, ils ont un besoin impérieux de contrôler leur environnement et leurs émotions.

- **Le perfectionnisme**

Le perfectionnisme est le besoin d'être, ou de sembler être parfait. C'est l'un des traits de personnalité qui rend le moins apte à composer avec le stress et rend très vulnérable. Le perfectionnisme n'est pas à proprement parler un trouble au sens agitation ou désordre. Il s'agit plutôt de l'élément constitutif d'une vulnérabilité et d'une fragilité plus profonde que l'on retrouve aussi bien chez l'enfant, que chez l'adolescent et l'adulte au travers de toute une série de complications existentielles.

Les perfectionnistes sont persévérants, minutieux et organisés. Ils entretiennent non seulement des normes irréalistes, mais ont tendance à se juger et à juger leur entourage comme échouant à les atteindre. C'est un trait de personnalité qui engendre une tendance à vouloir toujours se dépasser [27]. Une personne perfectionniste juge sa valeur personnelle en fonction de la poursuite et de l'obtention de buts élevés. De plus, c'est une éternelle insatisfaite.

« *Le perfectionnisme était tout simplement un idéal, un but à atteindre. Non l'erreur n'existe pas, c'est un échec, inacceptable. La réussite doit être présente dans tout ce que j'entreprends, aussi bien dans les domaines professionnel, sportif et familial* » F.

Le perfectionnisme est une qualité tant qu'il permet la performance, la productivité et qu'il est vécu positivement. Mais il peut devenir gênant s'il empêche de réaliser ses souhaits. Nous pouvons également mettre en avant la différence entre l'ambition qui est une qualité et la perfection qui est un défaut considéré comme un orgueil inconscient.

« *Je suis perfectionniste. J'ai toujours considéré ça comme un atout et une fierté. Dans ma vie je n'ai jamais rien raté, toujours première de la classe, bac mention très bien… Le moindre échec me plonge dans un état insupportable. Même dans ma maladie, j'ai réussi, je veux m'en sortir, mais c'est difficile de lâcher un domaine dans lequel on excelle et dont on est fier* » A.

Le perfectionnisme est décrit comme « l'effort pour être parfait dans certains domaines de sa vie » [41]. Il s'exprimera comme un sentiment de défi permanent (faire toujours mieux) couplé à une insatisfaction avec un sentiment de honte prédominante et de culpabilité lorsqu'il y a échec.

« *Dans ma vie, tout était réussite, je ne supportais pas l'échec, je voulais que tout soit comme je voulais : je voulais contrôler mon poids, je voulais contrôler ma scolarité (pendant un an j'étais un petit génie ! Je passais mes journées à travailler, je n'avais plus d'amis, je n'avais plus rien).*

On veut tout réussir et quand on perd le contrôle ça fait mal, on se sent vulnérable comme si la corde que l'on s'oblige à tenir tendue claque d'un coup » T.

Les patientes ressentent une terreur de l'erreur, une peur insurmontable de l'échec qui entraîne un stress chronique ainsi qu'une peur du jugement des autres. Parfois comme L., les patientes préfèrent ne rien tenter plutôt que d'échouer. Ainsi, le perfectionnisme peut même nous amener à rester dans l'inaction.

« *Je voulais exceller dans tout ce que j'entreprenais, me surpasser, mais je me remettais toujours en question, car j'avais peur de l'échec, peur de faire un choix et qu'il soit le mauvais. Alors, je ne faisais rien, je n'avançais pas dans ma vie* » L.

La patiente, du fait de son niveau d'exigence élevé, préfère ne rien faire par peur de l'échec. Une phrase de Romain Rolland (Docteur en lettres) met en avant le fait que l'inaction n'est pas une solution.

« *En voulant, on se trompe souvent. Mais en ne voulant pas, on se trompe toujours* »

Dans notre société où la performance est valorisée à l'extrême, le perfectionnisme entre dans l'apprentissage dès nos premières années à l'école avec les phrases des parents ou des enseignants telles que « *Tu dois avoir la meilleure note pour être le meilleur* », « *Un bon enseignant, ne mettra jamais une note de 20/20, car la perfection n'existe pas* ».

Le perfectionniste se dira qu'il doit toujours être parfait et que l'erreur n'existe pas. Alors qu'au contraire, l'erreur est une stratégie d'apprentissage, comme l'écrit dans son livre le Docteur Maurice Laroque : « *Les erreurs sont de merveilleuses opportunités pour s'améliorer* ».

Le perfectionnisme est souvent relié à des pensées irréalistes. La distorsion cognitive la plus fréquente est le raisonnement dichotomique. C'est-à-dire que les actions du perfectionniste sont soit nulles, soit parfaites. Il n'existe pas de compromis.

« *J'ai toujours été major de promo, je suis dans le détail pour tout, incapable de bâcler quelque chose même quand je décide de prendre du recul et de ne pas me prendre la tête. Ce surinvestissement me conduit souvent à des déceptions, sensation d'être dans une voie sans issue, plus de sommeil, irritabilité, c'est pénible pour moi et pour les autres.*
J'ai besoin de maîtriser les choses et mon principe c'est tout ou rien, pas de demi-mesure » C.

La dramatisation est également une distorsion cognitive que nous retrouvons souvent dans les témoignages.

« *Lorsque je rate quelque chose je me sens profondément blessée, nulle, bonne à rien, médiocre, inutile, j'ai l'impression d'être une erreur et que je ne mérite pas de vivre, alors je peine à continuer vers la réussite* » A.

Le perfectionnisme rend insupportable le moindre écart. Par exemple, si un écart au régime strict arrive, la patiente se sentira démunie comme si elle avait tout raté. Elle ressentira

de la tristesse associée à de la colère qui sont des émotions négatives. Elles engendreront un comportement automatique : une crise de boulimie qui sera suivie de purge pour tenter de reprendre le contrôle de soi (figure 6).

Il est important de transmettre le message suivant : nous avons tous le droit à l'erreur et se tromper ne remet pas en question notre valeur personnelle. Il est important de laisser le jeune faire ses propres erreurs sans survaloriser la réussite scolaire.

Une phrase de Gaston Bachelard (philosophe), nous laisse entrevoir une piste de travail pour l'amélioration du perfectionnisme : « *L'erreur est une étape sur le chemin de la réussite, il faut oublier l'erreur, mais se souvenir de la leçon* ».

3. FACTEURS PRECIPITANTS

Il s'agit d'événements qui, lorsqu'ils surviennent chez un individu présentant des facteurs de vulnérabilité latents, vont déclencher l'apparition des troubles. Parmi les plus fréquents, on peut citer [6]:

- Les régimes alimentaires
- Des événements stressants : une séparation tel qu'un éloignement du milieu familial, un changement de domicile ou d'école, la vie en famille recomposée, une perte affective, un deuil
- Des remarques de l'entourage sur le poids ou le corps pubère
- Une atteinte à la pudeur donnant une image honteuse et répugnante de la sexualité

En effet, l'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire multifactoriel avec des facteurs précipitants et des boucles d'auto-entretien comme le montre la figure 5.

V. LES SIGNES D'ALERTE

Un ensemble de signes physiques et comportementaux sont évocateurs de la pathologie des TCA. Ils ont, pour la plupart d'entre eux, été énoncés dans les parties précédentes. Nous insistons néanmoins, dans ce paragraphe, sur l'ensemble de ces signes, car ils doivent avant tout permettre à l'entourage de déceler la pathologie et permettre une prise en charge plus précoce.

1. LES SIGNES PHYSIQUES

- **Le retard de croissance chez l'anorexique**

Chez l'enfant en période pré-pubertaire ou en début de puberté, la survenue d'une anorexie mentale s'accompagne d'un ralentissement de la vitesse de croissance staturale avec retard pubertaire, voire d'un arrêt de la croissance.

Cependant, compte tenu de la gravité de la maladie et en dépit d'une approche thérapeutique nutritionnelle et psychothérapeutique satisfaisante, le rattrapage peut être incomplet et certains sujets conservent un déficit statural important avec petite taille définitive chez le jeune adulte ainsi qu'un déficit de masse osseuse qui est aussi définitif.

- **La fluctuation de la courbe de poids**

Dans l'anorexie mentale, la perte de poids est significative et a lieu sans raisons somatiques connues. Cette perte de poids conduit à un amaigrissement que les malades cachent par le port de vêtements amples.

En revanche, les boulimiques maintiennent souvent un poids de santé, ce qui leur permet de dissimuler leur problème pendant plusieurs années.

- **L'amaigrissement chez l'anorexique**

L'amaigrissement est progressif et souvent massif lors de la première consultation. Il peut atteindre jusqu'à 50 % du poids initial. L'aspect physique du malade est alors évocateur : disparition des formes féminines (seins, fesses et hanches effacées), corps anguleux, visage cadavérique avec des joues creuses, des yeux enfoncés dans les orbites, fonte musculaire avec parfois des œdèmes de carence, des cheveux secs et ternes…

- **Les stigmates de la boulimique**

La récurrence des vomissements génère un certain nombre de signes physiques évocateurs :

- ✓ Des érosions buccales
- ✓ Des altérations dentaires
- ✓ Une parotidomégalie
- ✓ Des lésions digitales et en particulier unguéales

2. LES SIGNES COMPORTEMENTAUX DE L'ANOREXIQUE

La durée du sommeil est souvent réduite chez l'anorexique. D'autre part, la jeune fille présente une attitude très évocatrice en ce qui concerne son alimentation. En effet, lorsqu'elle ne refuse pas catégoriquement de participer aux repas familiaux, l'anorexique trie ses aliments dans son assiette, les déplace, les dissimule, les mâchonne longuement ou les rejette. Elle préfère préparer elle-même ses repas. Elle pèse ses aliments, compte les calories, écarte le gras et le sucré. Toutes ses préoccupations sont centrées sur l'alimentation. Elle collectionne les recettes, stocke des aliments et prend beaucoup de plaisir à cuisiner pour les autres et à les faire manger copieusement. Par ailleurs, contrairement à une adolescente au régime qui aura tendance à interrompre une activité sportive en cours, la jeune fille anorexique s'investit dans une activité physique et dépasse ses limites jusqu'à l'épuisement. Son hyperinvestissement se manifeste également sur le plan cérébral et un refuge dans l'intellectualisme lui permet souvent d'obtenir des résultats scolaires très satisfaisants, au détriment toutefois d'une certaine créativité. Un rejet de toute relation amoureuse et sexuelle est fréquent et un niveau d'exigence très élevé en termes de performances personnelles ou d'organisation des tâches (ordre, précision, symétrie) associée à des rituels de vérification (pesées post-prandiales, mesure du tour de taille, cuisse, bras) sont également évocateurs de la pathologie

« *Je me pesais au moins dix fois par jour : matin, midi, soir, avant et après chaque repas, avant et après être passé aux toilettes, avant et après mes entraînements de gymnastique. La nourriture dirige ma vie.* » M.

Finalement, l'indifférence à la maigreur et l'obsession d'être toujours trop grosse confirment le trouble de la perception de l'image corporelle.

DEUXIEME PARTIE : LES OUTILS THÉRAPEUTIQUES : PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

I. LES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Un diagnostic précoce et précis de la maladie est souhaitable afin de mettre en place un traitement adapté et spécialisé, car plus l'affection tarde à être décelée, plus elle est résistante. La prise en charge doit être multidisciplinaire et associer une prise en charge somatique, psychique, sociale et familiale [42]. Il est important d'associer le médecin traitant et la famille à la dynamique de soin.

Ainsi pour répondre aux objectifs de la prise en charge, 2 étapes sont nécessaires [22] :

- Une étape nutritionnelle
- Une étape psychologique

1. L'ÉTAPE NUTRITIONNELLE

La prise en charge est initialement nutritionnelle. Les objectifs du traitement viseront principalement à sortir la patiente du risque vital, traiter sa dénutrition, corriger ses carences, normaliser progressivement son poids afin de prévenir l'évolution vers une anorexie chronique.

La détermination de l'état nutritionnel de la patiente est réalisée dès la première consultation. Selon les cas, une thérapie nutritionnelle complète ou partielle, lente ou rapide pourra être envisagée. Les résultats seront suivis tout au long de son application.

La réalimentation peut, selon les cas, être orale, entérale ou parentérale lorsque la maladie revêt un caractère d'urgence.

- **La renutrition orale**

Si le tube digestif est sain et que la déglutition est possible et se fait normalement, la nutrition orale est de rigueur. Il s'agit de préparations orales riches en éléments nutritifs tels que les protéines, les lipides, glucides et oligoéléments, existant sous forme de boissons, gels, etc. Ces supplétifs ne remplacent pas les repas et sont prescrits par le médecin en fonction de l'état de gravité du patient.

- **La renutrition entérale**

La réalimentation entérale est indiquée lorsque la déglutition est impossible et reste la méthode la plus utilisée en pratique. Cette technique est préférée lorsque la perte de poids est importante. Elle se fait par sonde nasale lorsque la durée de la renutrition est courte. L'emploi de la sonde de gastrotomie est envisagé lorsque la durée de la renutrition est longue.

L'arrêt de la renutrition entérale se fait lorsque le poids fixé par l'équipe médicale est atteint. Ce poids cible est appelé « poids de sevrage » et doit se faire progressivement par paliers et permet ensuite la reprise d'une alimentation orale.

- **La renutrition parentérale**

Rarement utilisée, cette méthode est pratiquée lorsque le tube digestif n'est pas fonctionnel : en cas d'incapacité à déglutir, d'occlusion gastrique ou duodénale haute.

Par ailleurs, au cours de l'étape nutritionnelle, l'équipe médicale instaure une rééducation alimentaire visant à restaurer des comportements alimentaires corrects, à interrompre les accès boulimiques et à amener au sevrage des comportements compensatoires inappropriés.

Néanmoins, le retour à un poids normal n'est pas synonyme de guérison et une prise en charge qui se voudrait exclusivement nutritionnelle serait vouée à l'échec. En effet, le thérapeute doit amener la patiente à considérer le problème sous-jacent à sa pathologie.

2. L'ÉTAPE PSYCHOLOGIQUE

C'est pourquoi, après une reprise de poids minimal permettant un meilleur fonctionnement cognitif, une prise en charge psychologique doit être envisagée. En tenant compte des difficultés psychologiques de la patiente et des comorbidités associées à sa pathologie, les objectifs thérapeutiques viseront à corriger les préoccupations irrationnelles de l'image corporelle, les distorsions cognitives liés à l'alimentation, mais aussi à améliorer les relations familiales, l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle et à prévenir les rechutes.

Au cours de cette étape psychologique, il est essentiel d'établir une relation de confiance entre le thérapeute et la patiente, pour l'aider à développer sa motivation au changement.

II. LES MOYENS THERAPEUTIQUES

1. THÉRAPIES INTERPERSONNELLES OU PSYCHANALYTIQUES

Ces thérapies consistent dans un premier temps à retracer avec le patient les événements significatifs de sa vie, les relations interpersonnelles, les problèmes alimentaires afin de donner un sens à sa conduite alimentaire pathologique. Une fois les problèmes majeurs identifiés le thérapeute aide le patient à les résoudre.

2. THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont fréquemment utilisées dans la prise en charge des pratiques addictives [7,43]. Les thérapeutes sont essentiellement constitués de psychiatres, psychologues cliniciens en libéral ou dans le cadre de structures de soins adaptées. Les TCC sont issues de deux grands courants : la psychologie d'apprentissage à laquelle s'est ajoutée la psychologie cognitive.

Le but des thérapies cognitivo-comportementales est donc double [7, 44, 45] :

- Proposer une séquence comportementale qui permet le désapprentissage des comportements inadaptés ou la réduction de leur fréquence et l'apprentissage de comportements plus adaptés à notre environnement.
- Proposer une séquence cognitive qui vise à identifier et corriger les dysfonctionnements cognitifs relatifs aux aliments, à l'image corporelle, à l'estime de soi ou à la relation aux autres. Il s'agit également de réduire les souffrances émotionnelles en agissant sur l'adaptation des modes de pensées conscients et automatiques (cognitions) qui accompagnent les expériences émotionnelles.

2.1. La séquence comportementale

Elle comprend notamment :

- Des techniques de relaxation pour apprendre à gérer son stress et ses émotions, contrôler l'anxiété post-prandiale, l'hyperactivité physique, les régurgitations, le mérycisme et les tensions psychiques
- Des techniques de contrôle du stimulus alimentaire. Pour cela, la patiente tiendra un carnet alimentaire dans lequel il sera noté les différentes situations en lien avec le comportement alimentaire, mais également les pensées et sensations associées, et les signaux déclenchants.

- L'acquisition d'un nouvel apprentissage de conduite alimentaire constitué de repas réguliers, préparés, diversifiés, planifiés et non improvisés, contrôlés sur le plan calorique
- La mise en place de stratégies alternatives aux comportements inadaptés

Le comportement est le résultat d'une succession d'étapes se déroulant toujours de la même manière pour tous les individus et selon une séquence dont nous n'avons pas conscience [45, 46,47].

A. **L'évènement** que je suis en train de vivre : ce qui vient de l'extérieur, que je n'ai pas toujours choisi.
B. **La pensée** : c'est ce que je me dis immédiatement, parfois sans en avoir conscience, c'est ma lecture spontanée de l'évènement.
C. **L'émotion** : c'est ce que cela crée en moi comme ressenti.
D. **Le comportement automatique** : c'est ce que cela va me pousser à faire sans réfléchir et sans pouvoir m'en empêcher.

Cette séquence montre une chose essentielle : l'individu est seul responsable de son comportement et tout ce qu'il fait vient de ses émotions. De plus, il est important de savoir que le comportement est proportionnel à l'émotion et non à l'événement initial et qu'il est automatique. Il est donc inutile de culpabiliser d'avoir fait une crise de boulimie, car c'est un comportement automatique.

L'acte anorexique ou boulimique devient une réponse systématique à chaque nouveau conflit. En effet, il est plus facile de répéter un comportement identique à chaque fois. Il est donc important de modifier cette séquence pour avancer vers la rémission.

Sur quelle étape pouvons-nous donc agir ?

- ✓ D = comportement ? non, ce comportement est automatique.
- ✓ A = l'évènement ? non, l'évènement est extérieur à nous, on ne peut rien y changer.
- ✓ C = émotion ? non, il est impossible d'agir directement sur une émotion. Par exemple, quand nous sommes très en colère et qu'on nous dit : « *ne soit pas en colère c'est idiot* », est-ce que notre colère en sera apaisée ?
- ✓ B = pensée ? oui, il est possible de modifier la pensée. C'est elle qui engendre l'émotion donc c'est une manière indirecte de gérer l'étape C (l'émotion). On change l'interprétation pour changer l'émotion.

En effet des distorsions cognitives apparaissent dans le raisonnement des patientes souffrant de TCA. Donc les TCC permettent d'analyser cette séquence comportementale que la patiente aura retranscrit dans un tableau (annexe 3) afin de mettre en place des pensées alternatives, ce que nous allons décrire dans la séquence cognitive.

2.2. La séquence cognitive

La thérapie cognitive a pour cible les mécanismes psychologiques responsables de l'acquisition et du maintien des comportements, à savoir :

- Les raisonnements émotionnels extrêmes
- Les distorsions cognitives concernant l'alimentation, la perception corporelle et l'estime de soi [47].

Dans le tableau ci-dessous sont répertoriées les principales croyances irrationnelles associées aux TCA [2, 27, 46].

Distorsions cognitives	Exemples de pensées irréalistes
Le raisonnement dichotomique, « tout ou rien »	Si je ne suis pas mince, je suis grosse
La maximalisation du négatif et la minimalisation du positif	Peu importe si je n'ai pas fait de crises de boulimie pendant les fêtes de Noël, puisque j'ai pris 1 kg
Conclusion hâtive	Avec trois kilos de moins, ma vie serait plus heureuse
La personnalisation/culpabilisation	Je rate tout parce que je suis grosse Ah ! si je n'avais pas fait ce régime, je n'en serais pas là aujourd'hui
Dramatisation/catastrophisation	C'est horrible de prendre 500 g, jamais je ne pourrais y survivre J'ai mangé du chocolat, c'est une catastrophe
Le raisonnement émotionnel	Je me sens grosse, je suis grosse

La prise de conscience, par la patiente, de ces croyances erronées est essentielle pour la guérison du trouble et permet d'établir une restructuration cognitive dans laquelle des pensées alternatives plus réalistes doivent être privilégiées [48].

Recherche de pensées alternatives :

Ex : « *Je ne dois pas me mettre en colère, je dois être capable de me contrôler* »

« *Il est normal de ressentir de la colère. C'est une émotion comme une autre que je souhaite apprendre à écouter*»

Ex : « *J'ai des choses que j'aime dans le congélateur, cela m'aiderait peut-être à me sentir mieux* »

« *Même si je mange, cela ne changera pas mon problème* »

2.3. Déroulement des séances

La thérapie dure de 26 à 52 semaines et elle est fondée sur une réunion hebdomadaire [48].

Un contrat thérapeutique personnalisé sera établi. Celui-ci contiendra les objectifs à atteindre à la fin de la thérapie. Ces objectifs seront choisis conjointement entre la patiente et le thérapeute.

Le traitement se déroule en 3 phases [45, 46, 48] :

- ***Phase d'évaluation*** : Écoute de l'histoire de la patiente, auto-observation des comportements, explication de la pathologie et des TCC. Lors de cette phase, le but sera de remplacer l'alimentation anarchique par une alimentation stable et régulière grâce au carnet d'auto-surveillance.
- ***Phase de thérapie*** : Mise en place des objectifs (diminuer les crises, perdre/prendre des kilos, etc.). Dans cette phase, le thérapeute continuera le travail de normalisation de l'alimentation et s'attaquera aux préoccupations corporelles en corrigeant les cognitions négatives relatives à l'expérience personnelle.
- ***Phase de suivi*** : Maintien des acquis et prévention des échecs et rechutes. En effet, les patients sont invités à anticiper les situations qui pourraient les mettre en difficulté afin de prévoir les stratégies à adopter avant que l'évènement n'arrive. On parle de technique d'affrontement : on décrit les situations à risque et on établit des pensées rationnelles pour prévenir le malaise.

2.4. Le rôle de la patiente dans la thérapie

Les TCC sont des thérapies où la relation avec le médecin est interactive, participante, ouverte et qui implique de l'empathie. Le thérapeute définit avec la patiente, le contrat et les objectifs à atteindre. Les objectifs et les préconisations peuvent être modifiés et adaptés au cours du traitement en fonction de l'évolution de la maladie. Il est donc important que la patiente s'implique entièrement. La thérapie ne fonctionnera que si la patiente fait preuve d'une réelle motivation au changement. En effet, il lui sera proposé des exercices à réaliser entre les séances. La patiente n'est pas responsable de sa maladie, mais elle est l'actrice de sa guérison. On parle d'auto surveillance car la patiente est complètement engagée dans le rôle principal du changement de sa vie. Elle devra apprendre à se confier, car chaque semaine, lors des exercices, elle devra noter dans un carnet de suivi, son comportement et ses émotions ressenties (par exemple combien de crises dans la semaine et à quel moment) [48]. Ces éléments seront discutés lors de la réunion hebdomadaire. Le thérapeute pourra donc voir quelles sont les difficultés rencontrées par la patiente et lui donner des éléments pour les surmonter : c'est un travail dynamique.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont des thérapies dites verbales qui ont montré leur efficacité dans le traitement des TCA mais qui peuvent être complétées par des thérapies non verbales comme l'art thérapie qui sera un outil supplémentaire à la bonne réussite du traitement.

3. L'ART THÉRAPIE

L'art-thérapie est une psychothérapie à médiation artistique [49]. Cette pratique traite les difficultés d'ordre psychologique, physiologique et relationnel en impliquant le patient dans un travail de mise en forme de son vécu. Elle va permettre aux patientes qui présentent des difficultés à communiquer d'exprimer leurs émotions de manière non verbale par des techniques artistiques tels que les arts plastiques (la peinture, le modelage, etc.), la musique, la danse, le théâtre et l'écriture créative. Par cette approche, la patiente a l'occasion de percevoir et de communiquer différemment son vécu.

L'art thérapie complète la thérapie cognitivo-comportementale, car elle agit au niveau du corps et permet l'expression de conflits intrapsychiques qui ne peuvent être libérés par la parole en raison des mécanismes de défense [19].

4. PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

La plupart des médicaments administrés chez les patients atteints de troubles des comportements alimentaires sont des traitements symptomatiques. Ils ne seront pas utilisés en première intention ni seuls. Ce sont des compléments d'une prise en charge multiple et adaptée.

Lors d'un syndrome dépressif majeur, chez les boulimiques par exemple, le meilleur traitement est l'aide à la reprise alimentaire. Mais si le médecin juge nécessaire l'administration d'antidépresseurs, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont les plus adaptés. Leur efficacité a été prouvée pour diminuer le nombre de crises de boulimie lorsque ce trouble est associé à des symptômes anxio-dépressifs [2]. La fluoxétine est la seule molécule à avoir obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans les troubles du comportement alimentaire. Cependant, ces molécules n'agissent qu'à court terme sur la boulimie et n'interviennent pas en cas de dépression sous-jacente sévère.

Les anxiolytiques peuvent être utilisés pour diminuer l'angoisse de manger. Cependant, il est important de mettre en jeu la balance « bénéfice/risque», car la classe des benzodiazépines entraîne une dépendance, donc l'utilisation ne doit pas être prolongée.

Les neuroleptiques sont indiqués en cas d'anxiété panique face aux aliments, d'agitation prolongée, de phobies ou de comportements obsessionnels graves. Seule une minorité de patients y ont recours.

III. EFFICACITÉ ET LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE

1. POINTS FORTS DE LA PRISE EN CHARGE

Il n'existe pas de solution thérapeutique unique et immédiate. Ce type de trouble nécessite un abord global intégré, somatique et psychologique qui peut durer des années. C'est pourquoi une prise en charge pluridisciplinaire et un suivi ambulatoire régulier au cours duquel un lien stable et durable de confiance est établi entre la patiente et le thérapeute sont des atouts majeurs dans la perspective de guérison.

1.1. Une prise en charge multidisciplinaire

Selon le Pr. J.L Vénisse (2010) [50]:

« *L'anorexie-boulimie est une addiction comportementale sans drogue. Comme les autres toxicomanies, il existe des boucles d'auto-entretien qui ne peuvent être rompues que par une prise en charge pluridisciplinaire* ».

D’après les recommandations de bonne pratique élaborée par l’association AFDAS-TCA, l’approche pluridisciplinaire est indispensable, car le traitement nécessite d’aborder les dimensions nutritionnelles, somatiques, psychologiques et familiales [7]. Différents professionnels de santé vont donc intervenir de façon complémentaire dans une démarche thérapeutique. Il est conseillé que les soins soient réalisés par une équipe d’au moins deux soignants composée d’un psychiatre ou psychologue et d’un somaticien (médecin généraliste) [50]. Le médecin généraliste qui sera le médecin de premier recours pourra se positionner en médecin coordinateur des différents intervenants. Il est le pivot des soins, c’est le médecin référent dans le parcours coordonné des soins. Il établit le diagnostic en collaboration avec les spécialistes engagés dans le schéma thérapeutique. De plus, il prescrit les traitements en fonction de l’expression de la maladie de chaque patiente et les soins spécifiques à mettre en œuvre. Le rôle du médecin coordinateur est de rechercher cette alliance thérapeutique qui est un objectif prioritaire qui se construit patiemment avec le malade et sa famille.

Il prescrira la surveillance para-clinique avec des bilans biologiques réguliers et des électrocardiogrammes. De plus, il traitera les complications somatiques chroniques de la dénutrition. Le nombre de rendez-vous sera adapté en fonction de l’évolution de la patiente.

Mais la pluridisciplinarité peut s’élargir davantage et des diététiciens, nutritionnistes, infirmiers, assistants sociaux, aides-soignants, ergothérapeutes et art-thérapeutes sont régulièrement sollicités dans la prise en charge de la patiente souffrant de TCA. Dans ce contexte, la communication interprofessionnelle est incontournable. Avec l’accord de la patiente, le médecin référent garde le contact avec les différents membres de l’équipe afin d’harmoniser leurs approches thérapeutiques et d’assurer la communication des informations importantes sur l’état de santé de la patiente. Il veille à la cohérence et à la continuité des soins dans la durée, entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants.

Le recours à des réseaux de santé impliquant différents intervenants devrait faciliter le développement de la multidisciplinarité, avec en particulier l’utilisation d’un dossier médical partagé. Des réunions de coordination, au sein d’un tel réseau, viendraient ponctuer régulièrement le suivi avec tous les soignants et en particulier le médecin traitant, et permettraient ainsi d'adapter la prise en charge du patient.

Cette prise en charge multidisciplinaire a notamment été mise en place dans les réseaux Rhône-Alpes et Francilien. Ainsi, les médecins généralistes sont informés sur les TCA ainsi que sur les procédures et thérapies à utiliser pour une meilleure prise en charge des patientes. Tous les professionnels de santé sont présents dans ces réseaux.

1.2 Les différents niveaux de soins

Selon les moments et la gravité, les prises en charge peuvent se dérouler au travers de soins ambulatoires plus ou moins intensifs et/ou en hospitalisation.

Il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique [7]. En effet, il est préférable de maintenir l'adolescente dans son environnement habituel pour lui permettre de rester avec sa famille, de poursuivre ses investissements scolaires ou professionnels et d'encourager ses aptitudes relationnelles et sociales. Les activités et les relations familiales et extra-familiales sont, en effet, indispensables au malade pour sa progression vers la guérison.

Mais en cas de besoin, le traitement ambulatoire peut-être remplacé par une hospitalisation (complète ou de jour), ou par une admission en centre d'accueil thérapeutique. Les indications d'hospitalisation reposent sur des critères médicaux et psychiatriques (voir annexe 2). L'hospitalisation se fait alors sous contrat avec la mise en place d'un cadre adapté dans un isolement familial total. D'autre part, parce que les patientes ne sont pas totalement guéries à la sortie de leur hospitalisation et que les rechutes sont nombreuses, des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, reprennent le relai pour un meilleur accompagnement de la patiente.

1.3. La relation patient/thérapeute

1. 3.1. L'alliance thérapeutique

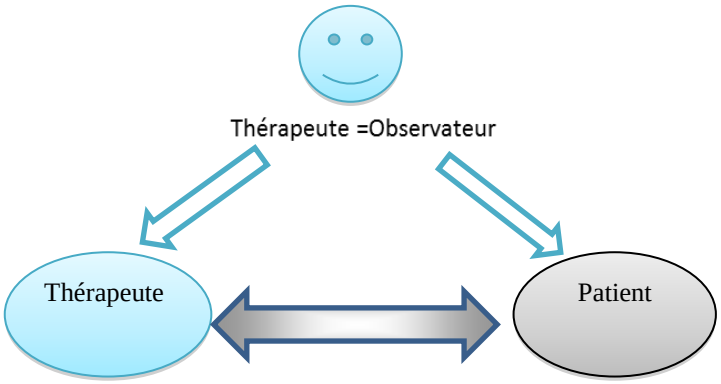
Il est généralement admis qu'une relation patient/thérapeute de qualité est essentielle pour la réussite de la psychothérapie [28]. Pour cela, le praticien doit maintenir un équilibre constant entre professionnalisme et empathie. Il s'agit alors d'établir une collaboration avec la patiente, dans un climat de confiance et sans jugement. On parle d'alliance thérapeutique pour définir cet acte par lequel deux personnes s'allient et contractent un engagement réciproque. L'alliance thérapeutique est basée sur une relation empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle [28].

Alford et Beck (1997) ont défini la relation thérapeutique comme une relation de collaboration empirique qui serait comparable à celle de deux savants travaillants ensemble sur un problème [51].

En effet, afin d'expliquer cette collaboration nous pouvons utiliser la technique des 3 regards :

- Le thérapeute se regarde en analysant ses propres émotions, sentiments, pensées et comportements. Il analyse sa tendance à exprimer de la chaleur et de l'empathie. Il adaptera son style aux caractéristiques du patient qui est en face de lui
- Il regarde le patient en analysant son comportement verbal et non verbal. Il fait un examen du patient dans sa globalité sans jugement : il observe son comportement, son humeur, sa motivation…
- Il regarde sa relation qui s'est établie avec le patient et se demande si la communication est bonne dans l'objectif d'améliorer leurs échanges.

Figure 8 : Le lien thérapeutique



L'alliance thérapeutique est la première étape du processus thérapeutique. Les premières minutes de l'entretien sont les plus importantes. Cette relation sera l'instrument principal pour appliquer les outils permettant d'aider la patiente. De plus, l'alliance thérapeutique est un pré-requis indispensable pour pouvoir aider la patiente. En effet, la création d'une alliance thérapeutique permet de dépasser les phénomènes de résistance et constitue un vecteur indispensable pour la motivation au changement de comportement.

1.3.2. L'entretien motivationnel

Très utilisé dans les psychothérapies et notamment en thérapie cognitivo-comportementale, il s'agit d'une méthode de communication à la fois directive (dans le sens « dirigée vers »), centrée sur le patient et ayant pour objectif d'aider les changements de comportement en renforçant les motivations intrinsèques par l'exploration et la résolution de l'ambivalence [51].

La méthode emploie donc, avec empathie, l'exploration chez la patiente de son ambivalence, de sa motivation, de ses capacités de changement et de ses résistances :

- **Être empathique**

Le thérapeute cherche à savoir ce que la patiente pense et ressent. C'est la compréhension sans adhésion ni jugement des émotions et du point de vue de la patiente [52]. De plus, l'empathie permet une écoute, une compréhension et une aide.

- **Exploration de l'ambivalence**

L'ambivalence est source d'immobilité. Elle s'oppose aux changements. Le but des entretiens motivationnels est d'abord de faire ressortir cette ambivalence naturelle. L'utilisation de la balance décisionnelle aide la patiente à mettre en avant les avantages et inconvénients de son comportement, mais aussi de l'arrêt de son comportement.

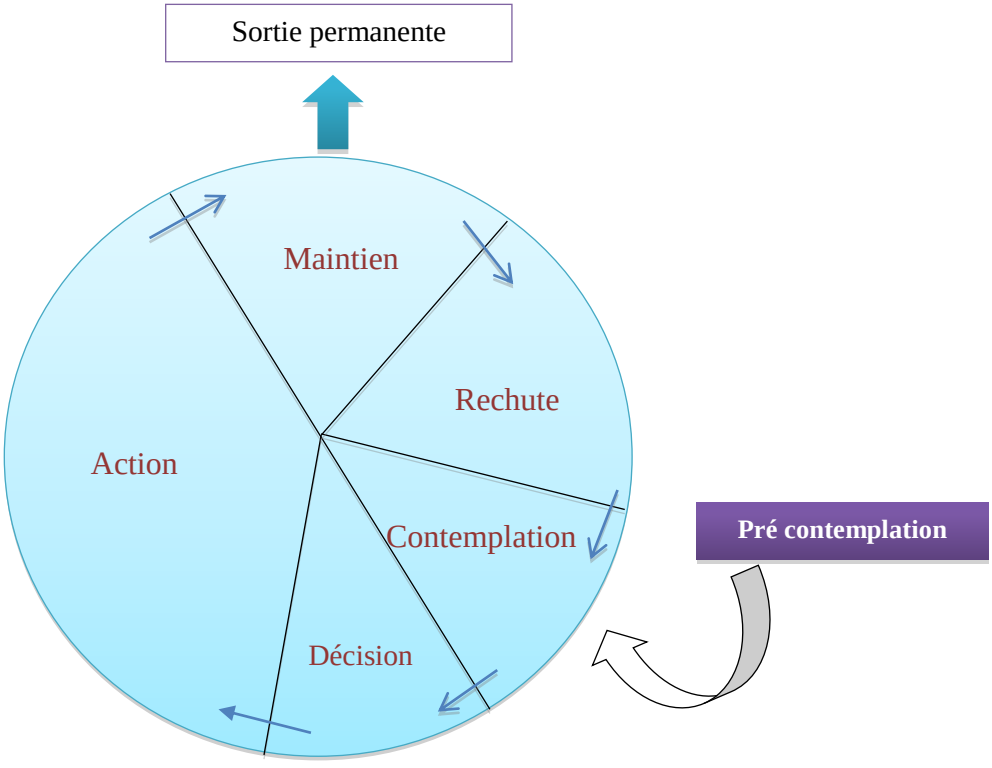
- **Exploration de la motivation intrinsèque**

L'entretien motivationnel cherche à susciter une motivation intrinsèque en explorant les avantages perçus dans le changement.

- **Exploration des capacités de changement**

La prise en charge est adaptée au stade de motivation auquel la patiente se situe. En effet, selon Prochaska et Di Clemente (1983) [53], le processus du changement s'effectue par étapes (Figure 9).

Figure 9 : Schéma des stades du changement



Les six stades du changement sont :

- **Pré contemplation :** la patiente n'envisage pas de changer et n'envisage pas de solution, car elle ne voit pas son problème. C'est souvent l'entourage qui se plaint. En effet, la patiente se trouve à ce stade dans le déni. Les anorexiques restrictives et certaines anorexiques/boulimiques qui ont gardé un certain contrôle commenceront le changement par ce stade.
- **Contemplation** : La patiente a pris conscience de l'existence d'un problème, mais elle ressent une certaine ambivalence. Elle doit prendre conscience des avantages et inconvénients liés au changement en réalisant une balance décisionnelle. La patiente aura tendance à avoir plus peur d'y perdre que d'y gagner. Le changement est envisagé, mais nous sommes dans du conditionnel.
- **Décision :** La patiente décide de faire des changements, mais elle n'est pas encore passée à l'acte. Elle envisage les actions nécessaires au changement comme la prise de rendez-vous. Le passage du dire au faire est difficile.
- **Action** : La patiente modifiera son comportement problématique.
- **Maintien** : Il faut consolider les bénéfices obtenus pendant la phase d'action. Pour cela, des mises en situation réelles permettent de prévenir les rechutes. Ainsi, les nouveaux comportements deviennent des habitudes de vie.
- **Rechute** : Lors de cette phase, la patiente reprend de mauvaises habitudes, mais c'est une étape normale du processus du changement. C'est une étape où le thérapeute aidera la patiente à retourner à un stade précédent sans jugement et en évitant la culpabilité qui est une émotion négative freinant le changement.

Quatre ou cinq cycles sont en moyenne nécessaires pour obtenir des effets bénéfiques à long terme.

- **Exploration des résistances**

Il s'agit pour le thérapeute d'entendre la résistance de la patiente, qui s'exprime par un ensemble de facteurs psychologiques et comportementaux qui ralentissent la mise en place ou le déroulement du processus thérapeutique [54]. Le principe étant de rouler avec les résistances, à savoir éviter de convaincre à tout prix, argumenter et contester, mais inviter plutôt à de nouveaux points de vue, sans les imposer.

Malgré de nombreux points forts, la prise en charge des TCA présente néanmoins quelques limites qu'il est important de souligner.

2. LA DEMANDE DE SOINS TARDIVE COMME PRINCIPAL POINT LIMITANT LA PRISE EN CHARGE

Comme nous l'avons souligné précédemment, une prise en charge précoce permet un meilleur pronostic. Toutefois, il semblerait qu'au contraire, la demande de soins soit souvent tardive. En effet, lorsqu'elles ne sont pas contraintes de consulter suite à l'inquiétude familiale, les patientes effectueraient une démarche de prise en charge principalement lorsqu'elles doivent faire face à des complications somatiques, qu'elles expriment le désir d'avoir des enfants ou qu'elles sont déclarées inaptes au travail [25]. Ces différents motifs de consultation montrent à quel point la patiente se situe à un stade avancé de sa pathologie.

2.1. Les causes d'une prise en charge tardive

Les causes de retard à la prise en charge semblent variables en fonction du trouble avéré.

2.1.1. Le déni chez l'anorexique

Le déni est l'une des causes principales de la prise en charge tardive de la patiente anorexique. C'est un problème fréquemment rencontré qui s'apparente à une stratégie de défense qui mène la malade à éviter, sinon à nier une réalité en la dissimulant à elle-même et à son entourage. La patiente ne reconnaît ni sa maigreur ni ses effets négatifs sur la santé. Elle a conscience de son symptôme, mais a honte d'en parler durant de longues périodes. C'est la force de cette maladie qui embarque tout le monde, familles et médecins, dans la même négation d'une réalité issue d'un discours délirant.

Le Pr Jeammet [22] nous indique à ce propos : « *qu'il s'agit là encore d'une conduite émotionnelle, soutenue par le fait que les patients, soulagés par le sentiment de maîtrise qu'ils tirent de leur comportement anorexique, répugnent à l'abandonner et à admettre qu'ils vont devoir passer par une phase difficile avant d'aller mieux* ».

Il arrive alors à trouver les mots juste pour les rassurer : « *Je leur explique que je comprends leur attachement à un tel comportement anxiolytique et qu'il est normal pour eux de ne pas avoir conscience de ses effets néfastes, mais que l'intensité de leur angoisse fausse leur jugement* ».

En effet, la sortie du déni, tout comme d'ailleurs la reprise de poids, s'associe à une majoration importante de l'angoisse pouvant aller jusqu'à la décompensation aiguë, rendant indispensable la prise en charge psychothérapeutique.

Le lien de confiance entre patient et thérapeute prend alors tout son sens, car c'est aussi en voyant l'obstination de ces médecins en qui ils ont confiance, à leur faire reprendre du poids que les patients peuvent décider d'aller vers la guérison.

2.1.2. La honte chez la boulimique

Le DSM-IV sur lequel s'appuie la psychiatrie cognitivo-comportementale hospitalière de la boulimie, énonce le manque d'estime de soi parmi les principaux critères diagnostiques de la boulimie. L'importance excessive accordée à la forme et au poids de leurs corps serait déterminante pour une estime de soi défaillante [31].

Une variabilité de l'humeur, la honte et la culpabilité sont également des constantes présentes à des niveaux variables chez les personnes souffrant de problèmes alimentaires, avec ou sans compulsion ou frénésie alimentaire [2].

2.1.3. La méfiance chez les personnes hyperphages en surpoids

L'hyperphagie est « un type » de boulimie, c'est-à-dire une boulimie sans méthodes compensatoires. Les hyperphagiques ne sont pas toujours tenus par l'envie irrépressible de mincir comme peuvent l'être les boulimiques, mais la minceur reste, surtout pour les femmes hyperphagiques, une obsession. On rencontre dans l'hyperphagie la faible estime de soi, une perturbation de l'image corporelle, des épisodes de compulsion alimentaire avec une obsession pour le poids accompagnée de diètes répétitives.

Certaines études portant sur les troubles alimentaires suggèrent la présence d'une importante sensibilité aux interactions interpersonnelles chez les patientes souffrant de boulimie et d'hyperphagie, deux problématiques souvent rencontrées chez les personnes en surpoids [55].

Les personnes en surpoids sont exposées dans leurs relations interpersonnelles à une variété de croyances préconçues et d'attitudes négatives en lien avec leur excès de poids. Nous observons que les risques pour une personne en surpoids d'être rejetée, humiliée augmentent avec le poids et l'âge [55].

Les préjugés et les comportements négatifs peuvent nuire à l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique. Ces patientes seront donc plutôt méfiantes, voire hypervigilantes. Plusieurs études ont observé que les caractéristiques interpersonnelles des soignants influencent l'alliance thérapeutique [55].

2.2. Les conséquences d'une prise en charge tardive

Les TCA sont les pathologies qui présentent les taux de mortalité les plus élevés parmi les troubles psychiatriques. Les données connues correspondent essentiellement à l'anorexie mentale pour laquelle la mortalité serait de l'ordre de 0.5 % par an et 5.6 % par décade [56]. Parmi les décès recensés, 50 % ont pour origine des complications somatiques, principalement cardiaques et 50 % sont liés à des actes suicidaires [57].

2.2.1. Les complications somatiques

Les complications somatiques liées à la dénutrition et à la chronicité des vomissements sont nombreuses et peuvent engager le pronostic vital.

Complications cardiaques

- Possibilité de troubles du rythme cardiaque secondaire à des troubles ioniques (hypokaliémie).
- Tension artérielle basse avec pouls ralenti.
- Cardiomyopathies non obstructives en cas de dénutrition importante et ne diminuant pas avec la guérison.

Complications digestives

- Œsophagite ayant pour origine les vomissements chroniques
- Un syndrome de Mallory-Weiss, une rupture œsophagienne secondaire aux vomissements.
- Dilation aiguë de l'estomac pouvant être secondaire à une crise de boulimie ou à une réalimentation forcée. Cette dilatation peut être la cause d'une occlusion digestive haute avec risque de rupture de l'estomac.
- Syndrome de la pince mésentérique : le 3e duodénum est bloqué entre l'aorte et l'artère mésentérique entrainant une occlusion digestive haute.
- Hépatite.
- Pancréatite.

Complications neurologiques

- Diminution de la concentration et de l'attention.
- Crises convulsives en cas d'hypoglycémie.
- Confusion mentale par œdème cérébral (hyponatrémie)

Complications osseuses :

- Ostéopénie fréquente avec évolution vers un tassement vertébral et des fractures osseuses.

Complications rénales :

- Lithiases
- Insuffisance rénale fonctionnelle par augmentation de la créatinine.

Complications respiratoires avec emphysème.

Déshydratation due à l'abus des vomissements, des prises de laxatifs et de diurétiques.

Complications biologiques :

- Hyper ou hypo-natrémie, hypokaliémie (à cause des vomissements répétés), hypoprotidémie, hypophosphorémie, anémie.

Troubles Immuno-hématolgiques :

- Hypoglycémie
- Aplasies médullaires.

En ce qui concerne les complications somatiques liées à l'obésité, on retrouve principalement :

- Une hypertension artérielle, que l'on retrouve aussi comme critère de définition du syndrome polymétabolique.
- Des complications pulmonaires. Un syndrome restrictif objectivé aux épreuves fonctionnelles respiratoires a comme conséquence clinique une hypoventilation alvéolaire.
- Des apnées du sommeil de type obstructif : syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). Il y a environ 70% des patients souffrant d'apnées du sommeil qui sont obèses.
- Une décompensation cardiaque
- Des troubles ostéo-articulaires

2.2.2. Les complications psychiatriques

Sur le plan psychiatrique, les complications peuvent se traduire par une évolution vers un trouble anxieux névrotique, une évolution dépressive avec risque suicidaire aggravé par la fragilité somatique, le développement d'addictions à l'alcool ou aux drogues [22].

3. VERS UNE AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE

Ainsi, une prise en charge pluridisciplinaire, un suivi thérapeutique au long cours associé à une méthode de communication empathique et orientée vers la motivation au changement représentent des points forts de la prise en charge des TCA. Pour autant, de graves complications tant somatiques que psychiatriques sont à redouter du fait d'une demande de soins souvent tardive. La précocité de l'intervention thérapeutique permettrait donc l'amélioration de la prise en charge. Or, avant toute demande d'aide, et pour assurer une automédication destinée à l'amaigrissement, c'est bien souvent vers le pharmacien que la patiente va se diriger. Ainsi, au cours de son exercice officinal, le pharmacien entretient un contact privilégié avec la patiente et présente donc, en plus de ses compétences sur les médicaments, les qualités requises pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge des TCA.

TROISIÈME PARTIE : RÔLE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

I. EVOLUTION DE LA MISSION DU PHARMACIEN DANS LE SYSTÈME DE SOINS

1. PLACE ACTUELLE DU PHARMACIEN DANS LE SYSTÈME DE SOINS : POINT DE VUE DES PATIENTS

Dans le questionnaire que j'ai élaboré pour cette thèse, une partie des questions posées s'intéressait à la relation patiente/pharmacien qui pouvait s'instaurer lors d'un passage à l'officine. Quelques-uns des témoignages recueillis sont retranscrits ci-dessous :

- Question : « *Recevez-vous une écoute de la part de votre pharmacien lors de votre passage en pharmacie ?* »
- Réponses :

- « Non, et je n'en veux pas.» M.

- « Je vais vous dire une chose, les pharmaciens s'en foutent de ce que vous achetez.» L.

- « La fois où j'ai acheté des laxatifs, le pharmacien a tenté de me mettre en garde contre l'utilisation de ces produits, la posologie et compagnie, mais je ne l'ai pas écouté, j'ai dit que je savais tout ça et j'ai payé et je suis partie. » A.

- « Les pharmaciens ne nous écoutent pas, ils sont juste là pour nous servir, passer à la caisse et s'occuper au plus vite du client suivant.» F.

- « La personne en face de moi m'a entendue, mais pas écoutée.» K.

- Question : « *Qu'attendez-vous de votre pharmacien ?* »
- Réponses :

- « Je n'attends rien de mon pharmacien, la seule chose qu'il peut vous proposer ce sont des compléments alimentaires que vous ne pouvez pas payer. Ils ne connaissent pas suffisamment le sujet comme beaucoup de médecins. » J.

- « Le pharmacien ne m'écouterait pas si je me confiais, ce n'est pas fréquent de voir les personnes parler de leurs problèmes personnels au pharmacien, il est plutôt vu comme le moyen de se fournir en médicaments. » V.

« C'est un commerce comme un autre.» C.

- *« J'attends d'un pharmacien qu'il me donne ce que je demande, point.» A.*
- *« Je n'ai pas confiance, je ne pense pas qu'il comprendrait ce que je ressens ou j'aurais peur qu'il me regarde autrement après.» L.*
- *« Dans une pharmacie il n'y pas de confidentialité, j'aurais peur que les personnes attendant derrière moi m'entendent.»* G.
- « *Il peut être un interlocuteur privilégié, car plus neutre que le médecin ou le psy.* » M.
- « *Je me confie souvent à mon pharmacien, nous avons établi une relation de confiance et il me soutient. Je me sens moins jugée par un pharmacien que par un médecin, j'ai toujours osé lui parler et c'est la dernière étape entre moi et le médicament donc j'attends beaucoup de prévenance de leur part*.» G.
- « *Pour moi, un pharmacien peut tout à fait faire partie de l'alliance thérapeutique. Je trouve même que c'est une personne plus accessible qu'un médecin et donc à qui on aurait plus tendance à demander conseil.* » C.

La lecture de ces quelques témoignages représentatifs du questionnaire montre, chez les personnes interrogées, de nombreuses idées reçues, des appréhensions, mais aussi une profonde méconnaissance des missions du pharmacien, souvent réduit au rang de commerçant par les patients. Toutefois, on ne peut exclure l'idée que le pharmacien puisse également manquer de savoir-faire et d'habileté pour manifester son écoute et montrer sa disponibilité vis-à-vis des patients. Peut-être ne dispose-t-il pas toujours des compétences nécessaires pour apporter un soutien psychologique au patient. Seules, quelques patientes (6% du questionnaire) semblent accorder au pharmacien un rôle légitime dans la prise en charge de leur pathologie. Sans doute ces patientes ont-elles été informées quant au rôle du pharmacien et à la nature précise de ses fonctions et de ses attributions.

Les témoignages recueillis nous permettent de mettre en évidence différents axes d'amélioration possible dans la relation patiente/pharmacien d'officine.

Face à la méconnaissance du plus grand nombre, il reste à faire un travail conséquent de sensibilisation et d'éclairage quant à la participation active du pharmacien dans le système de soins.

2. COMPETENCES ET QUALITES DES PHARMACIENS

Le métier du pharmacien ne se limite pas à la délivrance des médicaments : il réalise un acte éclairé de dispensation.

Une définition de l'acte de dispensation est donnée par le Code de la Santé Publique des Pharmaciens Français (article R-4235-48) :

« *Le pharmacien doit assurer, dans son intégralité, l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance [58] :*

1. *L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe.*
2. *La préparation éventuelle des doses à administrer.*
3. *La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage des médicaments.*

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. » [56].

En outre, le pharmacien est un professionnel de santé qui fait souvent preuve d'une grande accessibilité et disponibilité, puisqu'il est consultable sur une large amplitude horaire et sans rendez-vous.

De par sa relation de proximité avec la population, il est souvent l'interlocuteur privilégié pour les malades en quête d'écoute, de conseils et d'orientation. De fait, il doit présenter un sens du relationnel et de l'écoute lui permettant de communiquer, en toute confidentialité, avec des personnes de tout niveau culturel et socio-économique.

Par ailleurs, les pharmaciens sont parmi les professionnels de santé, ceux qui sont les mieux répartis sur le territoire. L'ensemble des compétences du pharmacien sera donc particulièrement sollicité dans les zones de « désert médical », comme les banlieues des grandes villes et les zones rurales de province, où les professionnels de santé se caractérisent par leur rareté et leur éloignement. Ainsi, l'intervention du pharmacien, dans ces cas de déficit en personnel médical où s'instaure un climat préjudiciable d'abandon et de détresse, s'avère indispensable, car efficace et des plus agissants.

3. DE NOUVELLES MISSIONS POUR LES PHARMACIENS

Par ailleurs, la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST), promulguée le 21 juillet 2009, a instauré de profondes modifications du métier de pharmacien d'officine en créant de nouvelles missions de service public : prévention et dépistage, conseils personnalisés, correspondant au sein de l'équipe de soins, éducation thérapeutique et accompagnement des patients. Cette loi stipule que :

« Le pharmacien d'officine doit contribuer aux soins de premier recours, participer à la coopération entre professionnels de santé, à la mission de service public de la permanence des soins, concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé, à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients. Il peut également assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement médico-social. Il peut, enfin, être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient » [59].

Ces nouvelles fonctions confirment le rôle essentiel du pharmacien dans notre système de santé. En effet, selon cette loi, les professionnels du médicament deviennent des professionnels de santé au sens large. Ainsi, précisément, dans ses nouvelles fonctions, le pharmacien aura pour missions :

- À la demande du médecin ou avec son accord, de renouveler périodiquement les traitements chroniques, d'ajuster les dosages, d'effectuer des bilans, de proposer des prestations en mesure de favoriser l'amélioration de l'état de santé du malade et son maintien.
- De participer, en officine et en ambulatoire, à l'éducation thérapeutique des malades en expliquant les effets des traitements prescrits, les dosages et les effets secondaires. Il veillera à la nature des produits demandés en automédication en contrôlant les indications et en précisant les limites de leur usage et leurs risques.
- D'utiliser ses compétences pour la prévention de maladies graves, leur dépistage chez des sujets à risque, le suivi et l'accompagnement des patients atteints.
- D'aménager, au sein de l'officine, un espace de confidentialité pour les rendez-vous, de façon à optimiser la discrétion et le climat de confiance nécessaires à la relation avec le patient.

Ainsi, la participation du pharmacien dans la prise en charge multidisciplinaire des patientes souffrant de TCA s'avère tout à fait légitime et en adéquation avec ses missions. Il est le personnel de santé le plus indiqué pour effectuer une intervention en amont d'une demande de soins. En effet, l'automédication est très présente dans cette pathologie et nombreuses sont les patientes, désireuses de maigrir davantage, à s'approvisionner en produits laxatifs en pharmacie. C'est alors que, dans une relation de confiance avec la patiente, le pharmacien pourra engager, à un stade relativement précoce de la pathologie, une intervention moins formelle que lors d'une consultation médicale, sans « effet blouse blanche » et propice au dialogue. De même, tout au long de la prise en charge thérapeutique, son rôle est indispensable dans l'accompagnement des familles et le suivi thérapeutique du patient.

Il incombe alors au pharmacien d'expliquer aux patients ses prérogatives et son rôle dans le système de santé. Les pouvoirs publics quant à eux doivent, en émettant des lois pour réglementer la pratique médicale, s'adresser aussi et parallèlement au grand public pour l'informer de l'aide que peuvent dispenser les pharmaciens. L'autorisation de création d'associations est indispensable, mais une sensibilisation à grande échelle reste souhaitable.

II. MESURES D'INTERVENTION À L'OFFICINE

Pour une meilleure efficacité, le pharmacien devra être formé à la pathologie, connaitre les différentes formes cliniques, être vigilant aux signes évocateurs, réaliser un dépistage, informer, orienter, prévenir. Par ailleurs, il lui faudra mettre à profit son rôle de conseil sur l'automédication, mais également user de techniques de communication afin d'établir une relation de confiance avec le patient et favoriser l'échange.

1. REPERAGE PRÉCOCE ET DEPISTAGE

1.1. Repérage précoce

Afin de prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et la survenue de complications somatiques, psychiatriques et psychosociales, il est important de repérer les patientes dès les premiers signes de la maladie [6]. Des plaquettes d'information pourraient aider à ce repérage en ouvrant le dialogue sur le sujet.

L'identification des populations à risque est essentielle. Nous avons vu précédemment que les adolescentes ou jeunes adultes, les mannequins, les danseurs et les sportifs étaient particulièrement exposés au TCA [22]. C'est également le cas des patients atteints de pathologies nécessitant un régime particulier comme on le rencontre dans le diabète de type 1 ou l'hypercholestérolémie familiale. Les troubles du comportement alimentaire peuvent aussi survenir plus tardivement, à la suite d'un événement de vie heureux ou malheureux tel qu'un mariage, la naissance d'un enfant ou un deuil.

De plus, le pharmacien devra porter une attention particulière aux signes d'alerte de l'anorexie et de la boulimie [6] :

- ✓ Petites plaies sur le dessus des mains dues aux frottements des mains sur les dents lors des vomissements provoqués.
- ✓ Visage et joues gonflés.
- ✓ Demande de produits pour la perte des cheveux.

- ✓ Demande excessive et répétée de laxatifs, lavements, huile de paraffine, compléments nutritionnels, pansements gastriques…
- ✓ Demande de crème pour une peau déshydratée.
- ✓ Plainte de problème dentaire.
- ✓ Fissures, perlèches au coin des lèvres.

1.2. Dépistage

En présence d'une personne à risque, il existe un outil permettant un premier dépistage : le questionnaire SCOFF-F, traduction française du SCOFF. Cependant, il est important d'adapter ce questionnaire, en changeant par exemple l'ordre des questions, pour ne pas mettre la patiente dans une position de réactance (atteinte à la liberté de choix).

Figure 10 : Test SCOFF-F

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

Sources: (Sick, Control, One stone, Fat, Food; Morgan et al, 1999) [2]

Analyse du test :

- ➢ Si oui = +1
- ➢ Si non = 0

} 2 OUI = tendance à l'anorexie ou à la boulimie, seules ou associées.

Ce questionnaire est un outil intéressant pour le pharmacien, car il peut être utilisé par des praticiens non spécialistes. Il peut être utilisé lors d'une demande spontanée de produits-conseils habituellement consommés pour des actions compensatoires, associées à d'autres signes d'alerte.

À l'aide de ces outils de dépistage, le rôle du pharmacien sera de détecter et d'orienter les patientes vers des consultations spécialisées. Pour cela, il aura besoin d'être formé à certaines techniques utilisées en communication.

2. OPTIMISATION DE LA RELATION PATIENT/PHARMACIEN

Le pharmacien exerce un métier dans lequel la relation à autrui joue un rôle essentiel. C'est un aspect qu'il ne faut donc pas négliger. En appliquant les techniques de communication utilisées en psychothérapie et basées sur la construction de l'alliance thérapeutique et l'entretien motivationnel, il peut donc établir une véritable relation thérapeutique d'aide et de confiance. En effet, devenu une passerelle entre les différents métiers de soins, ces techniques s'affirment comme une référence pour tous les praticiens de la santé. Ce sont donc des techniques de communication que le pharmacien peut utiliser en ambulatoire en officine privée ou dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier.

2.1. L'alliance thérapeutique

Le concept d'alliance thérapeutique est indispensable, car les patientes souffrant de TCA éprouvent des difficultés à faire confiance. Le pharmacien devra donc porter une attention particulière aux perceptions, aux attentes et aux réactions de chacune des patientes rencontrées. Afin de rassurer la patiente, il est nécessaire de rappeler que le pharmacien est tenu au secret professionnel comme les médecins.

Une première compétence à développer pour le pharmacien est l'empathie, car c'est dans ces conditions que la patiente pourra se sentir valorisée et digne, des sentiments souvent affaiblis par sa maladie. Elle se sentira alors encouragée à verbaliser ses préoccupations ; ainsi, le pharmacien pourra obtenir des informations précieuses qui le guideront dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. L'humanité ressortant du pharmacien sera déjà curative, car elle restaure chez la patiente le sens perdu de la relation aux autres, le sentiment de sécurité et du contrôle de soi. Mais le pharmacien devra d'abord bien se connaître pour communiquer à la patiente sa sincérité, sa chaleur humaine, son respect et son empathie. Manifester de l'empathie montre que l'on parvient à se représenter ce que le patient ressent et pense et que l'on arrive à comprendre son point de vue sans le critiquer, ni l'approuver : « *je comprends bien que…* ». En effet, le pharmacien engagera sa propre humanité avec son histoire dans cette relation avec la patiente.

Une autre compétence qui peut être optimisée par le pharmacien est sa capacité d'écoute. En effet, de la qualité de l'écoute dépend la pertinence de la prise en charge. L'écoute réflective implique une reformulation. Elle consiste à aller plus loin que ce que dit la personne en traduisant avec d'autres mots ses ressentis :

« *Vous dites que…* », « Si *vous me permettez, je voudrais parler de…* »

Le résumé permet de renforcer le discours de la patiente et de lui montrer que nous sommes à l'écoute. La patiente s'entend dire ce qu'elle dit. De plus, il est important de l'inviter à donner son avis sur le résumé énoncé. Le pharmacien doit également poser les bonnes questions, aux bons moments, en utilisant la bonne formulation. Les questions ouvertes permettent des réponses longues qui invitent à la communication. Elles permettent l'instauration d'une confiance entre le thérapeute et la patiente en favorisant l'écoute et en permettant à la patiente de développer ses idées et ses réflexions [52]. Il convient également de commencer par expliquer à la patiente le but des questions qui vont suivre, ainsi elle ne se sentira pas agressée. Par exemple, pour commencer le questionnement pendant le conseil sur des médicaments sans ordonnance, le pharmacien peut annoncer :

« *J'ai besoin de vous poser quelques questions à propos de ce que vous ressentez pour déterminer le traitement qui sera le mieux adapté* ».

Ainsi, la patiente sait ce qu'il va se passer, elle ne sera pas surprise des questions du pharmacien, et ne percevra pas sa démarche comme un interrogatoire.

Le pharmacien doit également soutenir le sentiment d'efficacité personnelle. C'est-à-dire qu'il doit renforcer les capacités de la patiente à croire à son potentiel de changement. La valorisation qui consiste à faire des compliments, des déclarations de compréhension comme : « *En venant à l'officine, vous avez fait le premier pas dans la demande d'aide, je vous félicite et je comprends votre souffrance.* » permet de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle, la confiance en soi et l'estime de soi.

Ainsi, pour un bon rapport collaboratif, l'attitude du pharmacien est fondamentale. Pour cela, il peut appliquer la technique des « 4 R » :

- Recontextualiser par des questions ouvertes et en centrant l'attention du patient sur ses sentiments plutôt que sur la relation avec le pharmacien.
- Reformuler : « *si j'ai bien compris…*»
- Résumer.
- Renforcer, c'est-à-dire encourager le patient vers la prise de conscience et le changement.

Quelques erreurs sont à éviter lors de l'entretien avec la patiente :

- ❖ Ne pas sermonner la patiente avec des phrases comme : « *Vous vous rendez compte de ce que vous faites subir à votre corps* ? », « *Je vois bien votre jeu, vous essayez de me manipuler.* »
- ❖ Ne pas banaliser les troubles. Par exemple, il n'est pas bon de dire que c'est normal de souffrir de TCA à l'adolescence, ou encore de minimiser le problème d'une anorexique avec des phrases comme : « *Essayez de manger davantage.*»
- ❖ Ne pas stigmatiser le comportement. Par exemple, lorsque nous sommes face à un être en souffrance, il est important de ne pas l'appeler « la boulimique » ou « l'anorexique ».

2.2. L'entretien motivationnel

Au comptoir, le pharmacien se trouve très souvent face à des patientes qui ne considèrent pas avoir de problèmes et ont une demande fixe :

« Je voudrais trois boites de contalax®. »

Quelquefois, il doit faire face à l'ambivalence de la patiente qui pourra s'exprimer par les propos suivants :

« Je veux arrêter de manger de manière compulsive, mais j'ai peur de perdre ce qui dirige ma vie et me sentir démunie sans ma boulimie. »

Le pharmacien doit être présent pour accompagner efficacement la patiente quelque soit le stade de changement auquel elle se situe. Pour cela, il doit repérer la motivation au changement de la patiente au moment de leur rencontre et adapter son discours et son attitude à celle-ci.

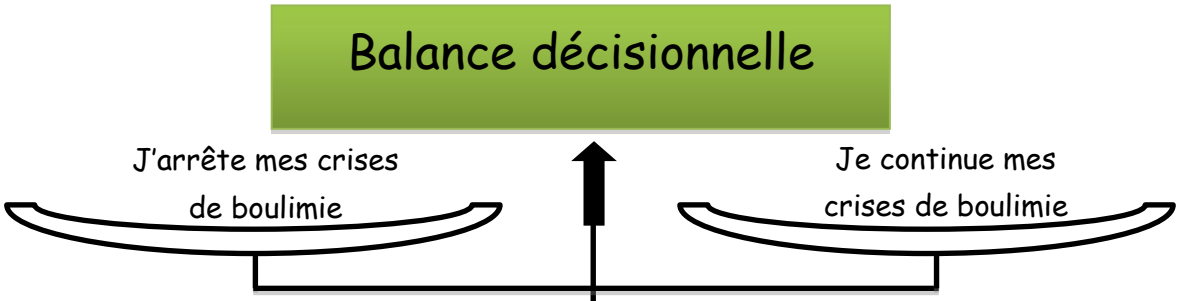
❖ **Pré contemplation**

Lors de cette étape, le pharmacien cherchera à comprendre l'histoire de la patiente sans toutefois chercher à la convaincre. Il fera naître un doute afin de pousser la patiente vers une réflexion. C'est ce qu'on appelle une « intervention brève ». D'autre part, en complément d'une indication sur la posologie et la durée du traitement, il pourra également glisser avec les produits, un dépliant visant à informer la patiente sur les TCA et l'utilisation abusive de laxatifs.

❖ **Contemplation**

À ce stade, la patiente recherche des informations. Le pharmacien pourra intervenir en lui fournissant une liste des spécialistes des troubles du comportement alimentaire dans sa région. Les patientes boulimiques commenceront les étapes du changement par cette phase, car elles savent qu'elles ont un problème, mais elles se demandent si elles veulent changer. Le pharmacien pourra apporter son aide à la réalisation de la balance décisionnelle.

Figure 11 : Exemple de balance décisionnelle



AVANTAGES	INCONVENIENTS
Je serais fière de moi	J'ai peur de perdre une habitude
Je ferais des économies	Je risque d'avoir des crises d'angoisse
J'améliorerais ma vie sociale	
J'améliorerais ma santé	
J'améliorerais mon humeur	

AVANTAGES	INCONVENIENTS
Je garde mes habitudes	Ça me coute cher
Je soulage mes angoisses	Je suis isoléelé socialement
Je m'occupe	Je suis en mauvais état de santé
	C'est une perte de temps

❖ **Décision :**

Il aidera à planifier un programme d'action.

❖ **Action** :

Le pharmacien accompagnera la patiente dans ces étapes de changement. Par exemple, il lui demandera comment se passent les rendez-vous et comment elle va.

❖ **Maintien** :

L'attitude du pharmacien se manifestera par du renforcement positif (féliciter et encourager la patiente).

❖ **Rechute** :

Le pharmacien aura un rôle de motivation et d'encouragement.

Le pharmacien est présent pour accompagner la patiente dans ce travail, mais il ne doit en aucun cas la forcer à changer, car le changement est une décision personnelle.

3. RÔLE D'INFORMATION ET DE CONSEIL

C'est une des missions essentielles du pharmacien. Dans ces pathologies où l'automédication est très présente, le pharmacien intervient non seulement pour corriger les idées préconçues quant à l'utilisation de certains produits, mais également pour préciser la posologie et la durée du traitement demandé et pour informer des risques liés à une utilisation inadaptée et abusive. En outre, il orientera la demande de la patiente vers la délivrance de produits permettant un traitement symptomatique des troubles et recommandera des règles d'hygiène de vie essentielles au confort de la patiente.

3.1. Concernant l'automédication

Dans les TCA, l'automédication est la règle habituelle. Les produits les plus prisés sont les laxatifs, mais la demande concerne également les produits diurétiques consommés principalement sous forme de tisanes.

> « *Comme toutes les femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire, j'utilisais l'automédication. J'ai acheté des laxatifs pendant neuf ans et j'en consommais chaque jour. J'ai réussi à m'en débarrasser définitivement l'année dernière. J'usais également de diurétiques et encore à ce jour, cela me rassure pour éviter de prendre du poids. Je n'envisage pas encore de m'en passer alors que j'en connais parfaitement les risques*. » *P*.

Néanmoins, la surconsommation de ces produits est souvent difficile à déceler pour le pharmacien, car dans un sentiment de honte très présent, les patientes souffrant de TCA la dissimulent en changeant régulièrement de pharmacie.

La raison principale de ces auto-prescriptions injustifiées est que, bien souvent, les patientes présentent des croyances fausses tant sur la physiologie humaine que sur l'utilisation et les effets de ces produits.

Quelques exemples de croyances fausses :

« Les laxatifs font maigrir »

« *Les laxatifs ont le pouvoir de réduire le taux d'absorption des calories fournies par les aliments. »*

« Les laxatifs à base de plantes sont anodins »

« La douleur et la distension abdominale sont provoquées par des dépôts accélérés de graisse.»

Face à de telles idées préconçues, le pharmacien aura donc un rôle important à jouer, car il sera le seul rempart avant la délivrance du produit. Il devra donc informer la patiente sur le mode de fonctionnement des médicaments demandés.

3.1.1. Les différentes familles de laxatifs et leur mécanisme d'action

Les laxatifs agissent au niveau du colon. Or, au moment où la nourriture atteint le colon, une grande partie des calories ingérées lors de l'alimentation a déjà été absorbée. Ce qui signifie que les laxatifs ne permettent pas la diminution de la masse grasse. Les comportements d'élimination par laxatifs provoquent seulement une perte de 12 % des calories consommées. De plus, la diarrhée résultante entraîne la perte d'une importante quantité d'eau et c'est pourquoi les patientes ressentent une perte de poids primaire. Mais, secondairement, un réflexe se met en place et l'eau perdue est renouvelée dans les 48 heures. En effet, le corps, en réponse à cette perte d'eau, mettra en place une restriction hydrique pour compenser les pertes. Finalement, à l'arrêt de l'utilisation des laxatifs, il existe un temps de latence avant que la fonction péristaltique ne soit graduellement restaurée. Cette dernière information est essentielle, car si elle n'est pas transmise aux patientes, elles reprendront des laxatifs pour « vider leur graisse » et compenseront par un jeûne avec une augmentation du rythme des vomissements et des exercices physiques excessifs.

On distingue cinq familles de laxatifs :

- **Laxatifs de lest avec les mucilages et les fibres alimentaires :**

  Ces substances augmentent de volume en présence d'eau et modifient le volume et la consistance des selles. Ils agissent après un délai de quelques jours. Il est important de préciser que l'usage de ces laxatifs nécessite un apport minimum d'eau : Normacol®, Transilane®, Spagulax®, All-bran®

- **Laxatifs osmotiques avec le lactulose et le sorbitol :**

  Ils augmentent l'hydratation et le volume du contenu colique en attirant l'eau dans la lumière intestinale : Duphalac®, Importal®, Forlax®, Transipeg®

- **Laxatifs lubrifiants :**

  Ils agissent par effet mécanique en lubrifiant le contenu colique et en ramollissant les selles. Lubentyl®, Lansoyl®

- **Laxatifs par voie rectale :** Microlax®, Eductyl®

- **Laxatifs stimulants :**

Ils augmentent la motricité et les sécrétions intestinales. Ils perturbent gravement la physiologie de l'intestin en agissant par des phénomènes sécrétoires et ils altèrent l'intégrité de la muqueuse intestinale. Ils doivent être utilisés dans le traitement de courte durée des constipations occasionnelles pour éviter toute accoutumance et la « maladie des laxatifs » avec hypokaliémie. Ce sont aussi les laxatifs les plus prisés, car les patientes sont à la recherche de médicaments ayant un effet spectaculaire et cette classe permet un délai d'action très court.
Contalax®, Dulcolax®, Modane®, Peristaltine®, Tamarine®

La posologie à respecter est : 1 à 2 comprimés/jour le soir.

La cure ne doit pas dépasser 8 à 10 jours.

Après avoir expliqué à la patiente le mode d'action de ces médicaments, le pharmacien pourra la mettre en garde sur les risques d'un usage abusif.

3.1.2. Les risques liés à l'utilisation des laxatifs et produits diurétiques

La plupart des laxatifs sont peu dangereux, mais leur usage abusif est une cause d'accident iatrogène parfois grave, y compris pour les produits à base de plantes (Peristaltine® (cascara), Modane® (Séné)…)

- **Le syndrome du côlon irritable :** peut-être provoqué par l'abus de laxatif.

En effet, les lavements répétés diminuent la présence du mucus protecteur des parois intestinales, entraînant à terme des douleurs abdominales, des troubles digestifs et même des infections intestinales.

- **La maladie des laxatifs :** est une complication majeure, mais exceptionnelle de l'usage prolongé des laxatifs.

Les malades sont amaigris, asthéniques, diarrhéiques. L'ionogramme présente une hypokaliémie qui peut être responsable de troubles du rythme cardiaque ou d'accidents neurologiques. Il est donc important de surveiller la tolérance du traitement, en particulier pour les laxatifs stimulants. L'apparition de diarrhée, de douleurs abdominales, de fatigue et autres signes évoquant une hypokaliémie doivent faire interrompre le traitement.
Par ailleurs, il est important de rappeler que l'usage prolongé de ces produits génère une dépendance. En effet, à long terme, ils peuvent produire un affaiblissement des muscles intestinaux qui deviennent paresseux (ils ne sont plus sollicités) et l'exonération ne sera donc

possible qu'avec l'utilisation de laxatifs. De même, ces produits entrainent une accoutumance nécessitant, à long terme, d'augmenter les doses pour retrouver l'efficacité initiale [27]. Ainsi, l'arrêt brutal des laxatifs peut entraîner un syndrome de sevrage qui se manifestera par une diminution spontanée de l'activité intestinale.

L'utilisation de diurétiques entraîne une déshydratation importante et cela peut endommager les reins ainsi que perturber l'équilibre électrolytique de l'organisme [27]. Ainsi, l'usage des tisanes comme celles à base de queue de cerise n'est pas sans risque si l'utilisation est abusive.

3.2. Concernant le traitement symptomatique et les règles d'hygiène de vie

Un repérage des troubles ainsi qu'une bonne connaissance des signes cliniques de la maladie par le pharmacien permettront d'orienter la demande d'automédication de la patiente vers une délivrance de produits plus adaptés, car destinés à améliorer les nombreuses manifestations somatiques observées dans les TCA.

Par exemple, en ce qui concerne la sécheresse des mains, le pharmacien pourra conseiller une crème adaptée ainsi que recommander un lavage moins fréquent des mains.

Pour les lésions des extrémités, il serait préférable de les traiter en désinfectant avec de l'hexomédine aqueuse par exemple puis en appliquant une crème cicatrisante comme Jonctum® ou cicaderma®.

Pour la perte de cheveux, le pharmacien pourra conseiller des compléments alimentaires à base de cystine B6 ou des produits à base de minoxidil.

Les vomissements répétés entraîneront des douleurs rétro sternales ou un reflux gastrique ne cédant pas spontanément. Dans ce cas-là, le pharmacien pourra conseiller des pansements gastriques : maalox®, gaviscon®…

D'autre part, l'HAS nous indique qu'il est recommandé d'éviter le brossage des dents juste après le vomissement. Il est préférable de se rincer la bouche et de réduire l'acidité de la cavité buccale, par exemple à l'aide du bicarbonate de sodium.

Si la patiente se plaint de ballonnements post prandiaux ou post crise, le pharmacien pourra conseiller du polysilane®, charbon®, météoxane®.

En cas de problèmes gingivaux dentaires (attaque de l'émail dentaire, déchaussement, retrait gingival, etc.) causés par les vomissements, le pharmacien conseillera de faire réaliser un bilan chez le dentiste. Celui-ci pourra ainsi protéger l'émail par de la résine. De plus, le pharmacien pourra conseiller à la patiente l'usage d'un dentifrice pour gencives fragiles, associé à une brosse à dents souple.

Si la patiente se plaint de constipation, le pharmacien pourra lui apporter les bons conseils hygiéno-diététiques. En effet, les personnes souffrant de TCA ont un déficit en fibres. Pour remédier à cela, les laxatifs sont déconseillés. Le pharmacien recommandera plutôt des fibres naturelles comme les fruits, les légumes verts, les légumineuses, le pain complet, les fruits secs et une hydratation régulière.

Du fait de son déséquilibre alimentaire, si la patiente ressent des pulsions sucrées l'incitant à une suralimentation, mais également en cas d'insomnie, d'irritabilité ou de troubles anxio-dépressifs, des compléments alimentaires à base de tryptophane (précurseur de la sérotonine) tels que Ceroline® de Pileje, Serovance® de Ysonut, Seroxyl® de Arkopharma, Safralite® de Codifra permettront de restaurer les taux de sérotonine nécessaires à la régulation de la satiété et de l'humeur.

Face à des complications plus importantes, le pharmacien pourra également orienter la patiente vers son médecin généraliste.

Pour faciliter l'information et le conseil sur les TCA, nous avons réalisé, en projet, une plaquette d'information (figure 12). Cette plaquette, inspirée du test SCOFF-F, est à la disposition des pharmaciens à l'intention des sujets suspectés ou repérés qui se présentent en officine. Elle présente notamment un questionnaire de dépistage simple et un bloc-notes où sont mentionnées les adresses utiles d'associations d'entre-aide et de centres d'écoute.

Figure 12 : Projet de plaquette d'informations

Bloc-notes:

♦ Associations d'entraide

Autrement, pour un autre regard sur son poids :
www.autrement.asso.fr

A.B.A (anorexiques boulimiques anonymes) :
http://abafrance.free.fr
06-34-32-93-81 (appel 24h/24)

GEFAB (Groupe européen pour les anorexiques, les boulimiques et les famille
01-45-43-44-75

La note bleue : http://association-lanotebleue.fr
01-43-27-68-62

Enfine : www.enfine.com
01-40-72-64-44

Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (GROS) :http://www.gros.org/

Agir pour vivre, 79000 Niort
http://agirpourvivre.tca79.free.fr/

♦ Soins en Poitou-Charentes

CECAT (Centre d'écoute de consultation et d'activités thérapeutiques)
86000 Poitiers (dépend de l'hopital Henri Laborit)
05-49-38-37-74

Près de chez soi (association, lieu de soins…):

Association française pour le développement des approches spécialisées des tca (AFDAS) :
http://www.anorexieboulimie-afdas.fr/

Fédération nationale d'associations tca (FNA-TCA)
http://www.fna-tca.fr/

Association française de thérapie comportementales et cognitive (AFTCC)
http://www.aftcc.org/

Les troubles du comportement alimentaire

Suis-je concerné?

Quels sont les risques de l'utilisation des laxatifs?

Où puis-je trouver de l'aide?

Informations des Pharmaciens Informations des Pharmaciens

Université de Poitiers

Et si ça me concernait?

ET

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

Analyse du test :

Si oui = +1
si non = 0

2 OUI = tendance à présenter un trouble du comportement alimentaire

Le pharmacien est à votre écoute et sera là pour vous conseiller.

CROYANCE

Les laxatifs font maigrir : FAUX

Les laxatifs entrainent une perte en eau mais l'eau se renouvellera dans le corps dans les jours suivant l'usage des laxatifs.

Les laxatifs agissent au niveau du colon alors que les aliments ont déjà été digérés: les laxatifs ne permettent donc pas d'agir sur le stockage des graisses.

Même si les laxatifs sont en vente sans prescription médicale, ce sont des médicaments.

Il est important d'écouter les conseils de votre pharmacien car l'automédication est dangereuse.

L'utilisation à des doses supérieures à celles conseillées ou l'utilisation à long terme de ces produits entrainera une dépendance ainsi que des désordres digestifs au long cours.

Numéros d'écoute :

Anorexie Boulimie Info écoute

N° Azur 0810 037 037
(prix d'un appel local)

4. PISTES DE REFLEXION

- Il est important que les pharmaciens accordent une attention particulière aux perceptions, aux attentes et aux réactions subjectives de chacune des patientes : elles vont leur permettre la compréhension de leur vécu personnel. Pour cela, afin d'aider et d'accompagner les pharmaciens dans l'intégration du savoir théorique des techniques de communication, il serait utile de leur offrir un espace de formation. Ils pourraient ainsi s'engager dans une réflexion personnelle et professionnelle. Le pharmacien gagnerait donc énormément à développer ses compétences pour mener des entretiens motivationnels efficaces, et s'affirmer dans une coordination avec les autres confrères.

- Nous pourrions alerter les patientes sur l'utilisation abusive des laxatifs par un étiquetage spécial comme sur les paquets de cigarettes ou les antidépresseurs aux États-Unis.

- Il est important d'insister sur la création d'un lien thérapeutique entre les médecins et les pharmaciens. En effet, les médecins sont limités dans la durée des consultations par le nombre de patients qu'ils doivent suivre ; au contraire quand le patient arrive à l'officine, c'est l'inverse qui se produit. Le patient devient le maître du temps et le pharmacien aura toute la disponibilité pour discuter avec lui. Dans ce nouveau rôle, le pharmacien pourra apporter au médecin un regard à la fois différent et complémentaire. Il aura une vision globale du patient et de son traitement. Il jouera donc un rôle essentiel d'accompagnateur.

- Nous pouvons insister sur l'importance du développement de réseaux de santé regroupant les différents professionnels de santé comme dans la région Rhône-Alpes ou Ile de France. Ces réseaux ont pour objectif d'améliorer la coordination des soins pluridisciplinaires. Par exemple, le réseau Rhône-Alpes propose un diplôme inter-universitaire ayant pour objectif de former les professionnels de la prise en charge pluridisciplinaire et multi-professionnelle. Les pharmaciens peuvent s'inscrire dans ces réseaux, mais jusqu'à maintenant le réseau n'a relevé aucune candidature de pharmaciens. Les pharmaciens pourraient intégrer ces réseaux TCA pour réfléchir en concertation avec des spécialistes sur les moyens d'amener les malades à une prise de conscience de leur état de santé et leur apporter toute l'aide possible.

❖ Le pharmacien pourrait prescrire, comme nos collègues canadiens (projet de loi 41 sur la pharmacie), des analyses biologiques pour, par exemple, mesurer les électrolytes dans le sérum lors de méthodes compensatoires (vomissements, diurétiques) afin d'observer une éventuelle hypokaliémie. Dans ces cas, il serait le relais du médecin et il pourrait par la suite, si le déficit en potassium est important, conseiller et mettre en place une supplémentation en vitamines K.

Il pourrait également surveiller l'urémie et la créatinémie pour explorer la fonctionnalité des reins.

Pour finir, les personnes souffrant de TCA ont souvent comme complication une anémie par carence martiale. Dans ce cas-ci, le pharmacien pourrait également surveiller le taux de fer libre afin d'adapter une supplémentation par du fero-grad ® pendant 3 mois.

❖ Chez le patient hyperphage en surpoids, le pharmacien pourrait intervenir dans la recherche de complications métaboliques comme le diabète par la mesure de la glycémie à l'officine. De plus, dans certaines officines des diététiciennes sont mises à disposition des patientes gratuitement. C'est un outil supplémentaire proposé par le pharmacien aux patientes qui désirent un suivi. Ces rendez-vous se déroulent dans l'enceinte de l'officine et les diététiciennes peuvent après la consultation partager leurs informations avec le pharmacien afin de poursuivre une approche plus globale.

❖ Finalement, bien au-delà du champ d'intervention du pharmacien, une démarche préventive ne doit pas être négligée. Toutefois, un système de prévention efficace nécessite une réflexion globale sur les différents facteurs qui contribuent au mal-être lié aux désordres alimentaires. Une prévention orientée vers les familles doit être également et conjointement instaurée.

Ainsi, la famille, l'école et la société doivent changer les valeurs véhiculées :

- Apprendre à ne pas juger l'autre sur son apparence.
- Reconnaître les sensations de faim et de satiété.
- Poser un regard critique sur la propagande des médias.
- Être attentif au perfectionnisme et transmettre le message que l'erreur est importante pour l'apprentissage.

CONCLUSION

Encore peu connus il y a quelques décennies, les troubles des comportements alimentaires sont devenus un problème de santé publique préoccupant compte tenu de la gravité des troubles, des conséquences physiologiques engageant souvent le pronostic vital et de l'incidence croissante aussi bien en France que dans l'ensemble des pays développés. Pour exemple, aux USA, les TCA représentent la troisième cause de décès chez l'adolescente après l'obésité et l'asthme. Il s'agit d'une pathologie principalement féminine, qui touche spécifiquement les adolescentes et les jeunes femmes.

L'étiopathologie des TCA reste encore assez mal connue, mais une perturbation du comportement alimentaire pourrait s'apparenter à une forme de thérapie autodestructrice en réponse à une souffrance liée à un mal-être, un manque d'estime de soi et de confiance qui s'intensifie à la puberté. De nombreuses recherches étudient ces phénomènes.

Concernant la prise en charge des patientes, de nombreuses approches se sont révélées efficaces, notamment les thérapies cognitives et comportementales qui peuvent aussi bien être utilisées avec les personnes atteintes d'anorexie mentale, de boulimie ou de troubles de l'alimentation non-spécifiés. L'efficacité de ces thérapies réside, en partie, dans la pluridisciplinarité des professionnels de santé entourant les patientes, ainsi que dans les méthodes de communication instaurant un climat de confiance et suscitant une motivation intrinsèque au changement de comportement. Néanmoins, les premières consultations s'effectuent souvent à un stade déjà avancé de la pathologie et une prise en charge plus précoce entrainerait de meilleurs pronostics.

Au cours de cette thèse, nous avons souligné que le pharmacien a un véritable rôle à jouer et qu'il peut contribuer, avec ses moyens, à l'amélioration de la prise en charge. À l'heure où le métier de l'officinal connaît de nombreuses évolutions, l'élargissement de ses compétences est important pour que le pharmacien puisse trouver sa place, à part entière, en tant que professionnel de santé et soit totalement intégré dans le système de soins. En maîtrisant mieux la connaissance de ces troubles de comportements, et en développant ses compétences relationnelles, il pourra, à son niveau de proximité, dépister et prévenir les sujets à risque, concevoir et maintenir « une alliance thérapeutique » avec les malades afin d'optimiser leur

prise en charge, leur suivi, ainsi que l'accompagnement de leur famille. Pour cela, en complément de ses qualités d'empathie et d'écoute, l'apprentissage de méthodes permettant de mener efficacement un entretien motivationnel opérant, surtout dans ces situations de trouble où ambivalence et motivations sont au cœur des processus de changement de comportements, est nécessaire au pharmacien dans l'accomplissement de son acte de dispensation au sens large du terme.

Par ailleurs, de tels outils pourraient également être utiles au pharmacien dans sa pratique courante pour faire face à d'autres pathologies chroniques comme le diabète, les dépressions légères, les troubles cardio-vasculaires, ainsi que dans des pathologies addictives telles que l'alcoolisme et le tabagisme.

Annexe 1

QUESTIONNAIRE

- Si vous pensez que votre trouble est une maladie, à quel moment est-elle entrée dans votre vie ?
- Qui a établi le diagnostic ? De qui est venue la démarche d'entrer dans une prise en charge ?
- Quelles ont été les aides proposées ensuite ? (traitements médicamenteux, thérapie familiale, thérapie de groupes, nutritionniste, thérapie cognitivo-comportementale, autres…)

- Qu'est-ce qui déclenchait chez vous les crises d'hyperphagie ? Des émotions, événements, refuge, solitude, stress, la faim, la gourmandise, l'envie des aliments que vous vous interdisiez en temps normal, autres… ?
- Quels étaient vos sentiments après la crise ?
- A combien vous estimez-vous (estime de soi) pendant ces périodes ? de 0 à 10
- Est-ce que le perfectionnisme pour vous est votre caractère principal ? Le droit à l'erreur n'existe pas. Réussite scolaire, réussite sportive, réussite familiale…

- Avez-vous déjà acheté en pharmacie : laxatifs, diurétiques coupe-faim ou autre (précisez) ?
- Avez-vous reçu des conseils associés lors de l'achat de ces médicaments, si oui lesquels ?
- Vous a-t-on mis en garde contre l'utilisation prolongée de ces produits ?
- Avez-vous senti une écoute de la part du pharmacien ?
- Qu'attendez-vous d'un pharmacien ?
- Pour vous, peut-il faire partie de l'alliance thérapeutique avec les autres thérapeutes ? (écoute, orientation vers les organismes, empathie, proposer des compléments alimentaires….)

Annexe 2

CRITERES D'HOSPITALISATION

Tableau 1 : Critères somatiques d'hospitalisation

Anamnestiques	• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20% du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Echec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	• Signes cliniques de déshydratation • IMC <14Kg/m^2 • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35° C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque : -bradycardie sinusale FC<40/min -tachycardie de repos>60/min si IMC <13 Kg/m^2
Paracliniques	• Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque • Hypoglycémie symptomatique<0.6 g/L ou asymptomatique si< 0.3 g/L • Cytolyse hépatique • hypokaliémie<3 mEq/l • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 ml/min • Natrémie : <125 mmol/l (potomanie, risque de convulsions) >150mmol/l (déshydratation) • Leucopénie < 1000/mm^3 (ou neutrophile <500/mm^3)

Tableau 2 : Critères psychiatriques d'hospitalisation

Risque suicidaire	• Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
Co-morbidités	Tout trouble psychiatrique associé donc l'intensité justifie une hospitalisation : -dépression -abus de substance -anxiété -symptômes psychotiques Troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	• Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes • Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde nasogastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) • Conduite de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	• Echec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Tableau 3 : Critères environnementaux d'hospitalisation

Disponibilité de l'entourage	• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires • Epuisement familial
Stress environnemental	• Conflits familiaux sévères • Critiques parentales élevées

	• Isolement social sévère
Disponibilité des soins	Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	Echec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

Source : [7] HAS ; « Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations juin 2010 » Journal de pédiatrie et de puériculture, 30-47, 2012

Annexe 3

EXEMPLE DE SEQUENCE COMPORTEMENTALE

Situation	Emotions	Pensées	Comportements	Conséquences
Madame X. se pèse et elle n'a pas maigri (elle était en période de restriction alimentaire depuis 1 semaine)	Elle est en colère	Je n'y arriverai jamais, je suis incapable de réussir quelque chose	Elle fait une crise de boulimie	Elle a honte, elle est en colère, elle se sent coupable

BIBLIOGRAPHIE

[1] PEDINIELLI J., FERRAN A., GRIMALDI M.A…et Coll. « Les troubles des conduites alimentaires : anorexie, boulimie, obésité ». A. Colin, 2012

[2] BERG K. M., HURLEY D. J., MCSHERRY J. A., STRANGE N. E. « Les troubles du comportement alimentaire ». Bruxelles, De Boeck, 2005, 318.

[3] NARDONE G ., VERBITA T., MILANESE R. « Manger beaucoup, à la folie, pas du tout : la thérapie stratégique face aux troubles alimentaires ». Seuil, 2004

[4] ALVIN P. « Anorexies à l'adolescence. Douin, collection conduites ». 1966

[5] RIGAUD D. « l'anorexie mentale : un modèle de dénutrition par carence d'apport ». 2000,151 :549-555.

[6] SIROLLI L. « Les troubles du comportement alimentaire : de la naissance à l'adolescence ». Eyrolles, 2006.

[7] HAS. « Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations juin 2010 ». Journal de pédiatrie et de puériculture, 2012, 30-47.

[8] COMBES G. « Anorexie mentale : comment la repérer ? » Pharma, 2007, 40-44.

[9] CORCOS M., BOCHEREAU D., JEAMMET P. « Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence la revue du praticien ». La revue du praticien, 2000, 50, 489-494

[10] Lutte contre l'anorexie. « Signature d'une charte d'engagement volontaire & Interdiction de l'apologie de l'anorexie sur internet ». Dossier de presse Mercredi 9 avril 2008

[11] CORCOS M., LAMAS C., PHAM SCOTTEZ A., DOYEN C. « L'anorexie mentale : Déni et réalités ». Editions Doin, 2008, 89.

[12] LAMAS C., SHANKLAND R., NICOLAS I., GUELFI J.D. « Les troubles des conduites alimentaires ». Elsevier Masson, 2012.

[13] DUVERGER P., CHOCARD A.S., MALKA J., NINUS A. « Psychopathologie en service de pédiatrie ». Edition Elsevier Masson, Paris, 2011, 630.

[14] APFELDORFER G. « Anorexie, boulimie, obésité : un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir ». Flammarion, 1995.

[16] ALVIN P. « Anorexies et boulimies à l'adolescence ». Doin, 2007.

[17] VENISSE J. « Mieux comprendre les troubles du comportement alimentaires » . La santé de l'homme, 2008, 394 : 10-15

[18] SOYKA L.A., GRINSPOON S., LEVITSKY L.L., HERZOG D.B., KLIBANSKI A. « The effects of anorexia nervosa on bone metabolism in female adolescents». J Clin Endocrinol Metab, 1999, 84: 4489-4495 .

[19] SCHILTZ L., BRYTEK-MATERA A. « Stratégies d'ajustement et mécanismes de défense dans les troubles du comportement alimentaire. Résultats d'une étude exploratoire à méthodologie quantitative et qualitative intégrée ». Neuropsychiatre de l'enfant et de l'adolescence, 2009 ,335-343

[20] GOLDSZTAUB L., DUPONT S. «Lucia et ses mains masculines de la dysmorphophobie adolescente au suspens de la sexuation ». Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2006, 54 : 304-314.

[21] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010 09/fs_anorexie_1_cdp_300910.pdf

[22] NAUDIN-ROUSSELLE P., JEAMMET P. « Le repérage de l'anorexie mentale ». Le generalist, 2012, n°2621.

[23] GARFINKEL PE., LIN E, GOERING P., SPEGG C., GOLDBLOOM DS., KENNEDY S., KAPLAN AS ., WOODSIDE DB . « Bulimia nervosa in a Canadian community sample; prevalence and comparison subgroups ». American journal of psychiatry, 1995, 152: 1052-1058.

[24] GRIGIONI S., GARCIA F-D., DECHELOTTE P. « Sémiologie et classification des troubles du comportement alimentaire ». Médecine des maladies métaboliques, 2012.

[25] LEONARD T., FOULON C., GUELF J-D. « Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte ». EMC Psychiatrie 2, 2005, 96-127.

[26] CORCOS M., LAMAS C., DOYEN C., PHAM A. « l'anorexie mentale deni et réalités ». Editions Doin, 2008, 89.

[27] FRANÇOIS N. « La boulimie : des théories aux thérapies » Mardaga, 2006.

[28] GUICHENEZ P. « Etablir une alliance thérapeutique en tabacologie dans le cadre des thérapies comportementales et cognitives ». Rev Mal Respir, 2009.

[29] SHANKLAND R : « les troubles du comportement alimentaire ». Dunod, 2009.

[30] LEONARD T., FOULON C., GUELFI J.D. « Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte » .2005, 122 : 01-21.

[31] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. « DSM-IV 4ème édition » traduction de Guilfy et Crocq, Masson, 2003.

[32] LACHAUD M., MIQUEL V., ROUSSEAU A., CHABROL H. « Pratiques alimentaires et préoccupations corporelles chez les jeunes femmes ». AFTCC, paris 2004.

[33] SOPHIE V. « Quand l'alimentation pose problème... : ni anorexie ni boulimie : les troubles alimentaires atypiques » Éd. Médecine & hygiène. 2012.

[34] GUILLEMOT A., LAXENAIRE M. « Anorexie mentale et boulimie : le poids de la culture ». Masson, 2000.

[35] ROUSSEAU A., BARB P., CHABROL H. « Binge eating disorder et stigmatisation dans l'obésité ». AFTCC, 2006.

[36] FAIRBURN C. G « Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In Handbook of Treatment for Eating Disorders ». New York: Guilford, 1997, 278-294.

[37] ZRIHEN P. « L'anorexie et la boulimie sont-elles des maladies de l'estime de soi? Etude de l'estime de soi à l'aide du test de Coopersmith (1984) auprès de 24 sujets anorexiques et boulimiques » Journal de thérapies comportementale et cognitive, 2004.

[38] SERRATRICE G. « Emotion et émotions ». EMC-Neurologie, 2005,148-156.

[39] URDAPILLETA I., MIRABEL-SARRON C., MEUNIER J. M., RICHARD J.F. « Etude du processus de catégorisation chez des patientes aux troubles des conduites alimentaires: Une nouvelle approche cognitive de la psychopathologie ». *L'Encéphale*, 2005 31 : 82-91.

[40] SCHLIENGER J.L. « Troubles des conduites alimentaires ». Médecine des maladies métaboliques, 2012, 6.

[41] FANGETA F., RENGADEB C.E., TERRAC JL. « Le perfectionnisme et approche cognitive et comportemental ». Journal de thérapie comportementale et cognitive, 2009.

[42] CHAMBRY J., IN GODART N.T ., LYON I., PERDEREAU F ., CORCOS M. « Prise en charge des troubles des conduites alimentaires chez les adolescents » la revue du praticien , 2008, 58.

[43] SARON M. « Les thérapies comportementales et cognitives : bases théoriques et indications » Annales Médico-Psychologiques, Elsevier Masson, 398-402, 2011.

[44] NEF F., SIMON Y. « Comment sortir de la boulimie et se réconcilier avec soi-même ». Odile Jacob, 2004.

[45] PALAZZOLO J. « Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives »
Masson, 2004.

[46] EIBER R., MIRABEL-SARRON C., URDAPILLETA I. « Les cognitions et leur évaluation dans les troubles des conduites alimentaire ». L'Encépahale, 2005, 643-52.

[47] BELLISLE., DALIX A. « Modifier le comportement alimentaire : mission impossible ? ». Le cahier de nutrition diététique, 2006.

[48] DUBOIS A.M. « Art thérapie et addictions, l'exemple des troubles du comportement ».
Annales Médico-Psychologiques, Elsevier Masson, 2010, 538-541.

[49] DEMARTI C. « Anorexie, ne tombez pas dans le déni ». Le généraliste n°2537, 2010,17-19.

[50] COTTRAUX J. « Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ». Psychotherapies n°3, 2004.

[51] GUICHENEZ P. « Etablir une alliance thérapeutique en tabacologie dans le cadre des thérapies comportementales et cognitives ». Rev Mal Respir, 2009.

[52] PHAN O., LASCAUX M. « L'entretien motivationnel chez l'adolescent présentant des conduites addictives ». Annales Médico-psychologiques 167, 2009, 523-528.

[53] PROCHASKA J.O., DICLEMENTE C.C. «Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change ». Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 1983, 390-395.

[54] LAURIN C, LAVOIE K. « L'entretien motivationnel et les changements de comportements en santé ». Perspectives Psy, Vol.50, 2011, 231-237.

[55] LAROCQUE C., SAVARD R., LECOMTE C. « Alliance thérapeutique et abandon des traitements de l'obésité » Obésité, 2012.

[56] http://www.sante.gouv.fr/qu-est-ce-qu-un-produit-de-sante.html Source : Direction générale de la santé (DGS) Sous-direction politique des pratiques et de produits de santé (PP)
Mise en ligne : janvier 2010.

[57] JEAMMET P. « Anorexie boulimie : les paradoxes de l'adolescence » hachettes, 2008.

[58] Article R4235-48
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913703&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081224 :

[59] JORF n°0107 du 6 mai 2012 page 8112 texte n° 34
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025804248

RÉSUMÉ

Les troubles du comportement alimentaire sont des pathologies chroniques dont la prévalence est en constante évolution. Leurs expressions somatiques et psychiques complexes font qu'elles sont très peu connues voire méconnues, et donc victimes de préjugés. Maladies de la modernité et « des tendances sociétales contemporaines », elles touchent principalement les adolescents et les jeunes adultes en traduisant leur mal-être profond dont le résultat est une dégradation importante de leur condition physique et psychique.

Les thérapies actuelles se font sur la durée et mobilisent plusieurs acteurs des professions de santé. Si la plupart des symptômes somatiques régressent rapidement, psychiquement le processus de rétablissement est plus long et plus difficile à obtenir, car il impose des restructurations profondes du fonctionnement des malades.

Compte tenu de la nature de ces maladies et leur caractère complexe, leur prise en charge nécessite une équipe pluridisciplinaire de médecins et spécialistes au sein de laquelle le pharmacien doit trouver sa place. Par le dépistage et la prévention des sujets à risques, par le suivi des malades atteints et l'accompagnement des familles, sa démarche vise à augmenter la motivation des patients en utilisant aussi les moyens des thérapies cognitivo-comportementales.

Outre les conseils et les recommandations, l'entretien motivationnel reste un moyen à la portée du pharmacien afin d'atténuer les distorsions cognitives des malades face à l'alimentation, à l'image du corps et à l'estime de soi, et d'éviter la chronicité de ces troubles qui peut mener au décès de la personne.

Mots clés : Anorexie mentale - Boulimie - Hyperphagie - Alliance thérapeutique - Thérapie cognitivo-comportementale - Entretien motivationnel - Amélioration - Pharmacien.

SERMENT DE GALIEN

En présence de mes maîtres et de mes condisciples, **je jure** :

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si je manque à mes engagements.