Avec le partenariat méthodologique
et le soutien financier de la
HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Avec le partenariat de
AFDAS-TCA
TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Avec la participation
FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
Instituts thématiques
Inserm
Institut national de la santé et de la recherche médicale

Anorexie mentale : prise en charge

Juin 2010

Préambule

Repérage, diagnostic et fondements de la prise en charge

- Intérêt du repérage précoce
- Populations à risque
- Modalités du repérage ciblé de l'anorexie mentale
- Diagnostic et fondements de la prise en charge

Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge

- Différents niveaux de soins
- Multidisciplinarité de la prise en charge ambulatoire
- Évaluation de la gravité
- Prise en charge thérapeutique
- Prises en charge particulières
- Information du patient et de son entourage

Prise en charge hospitalière de l'anorexie mentale

- Hospitalisation de jour
- Hospitalisation à temps plein
- Structures d'hospitalisation
- Objectifs de soins
- Modalités de soins
- Durée de l'hospitalisation
- Sorties prématurées
- Hospitalisation sous contrainte

Annexes

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) d'origine multifactorielle : facteurs personnels de vulnérabilité psychologique, biologique et génétique, et facteurs d'environnement, familiaux mais également socioculturels (importance de l'image du corps dans nos sociétés). Cette maladie est définie selon les critères diagnostiques des classifications internationales (CIM-10 et DSM-IV-TR ; **Consulter la définition de l'anorexie mentale**).

Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR sont relativement rares : prévalence en population générale de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes. La forme subsyndromique, ne répondant pas strictement aux critères diagnostiques (CIM-10 et DSM-IV-TR), est plus fréquente.

Les critères diagnostiques font actuellement l'objet de nombreuses discussions concernant en particulier la place des formes mineures et l'association de plusieurs troubles alimentaires. Les conduites anorexiques et boulimiques sont souvent associées, simultanément ou successivement. Cependant, si près de la moitié des patients anorexiques réunissent à un moment ou un autre les critères diagnostiques de la boulimie, la réciproque n'est pas vraie. Compte tenu de la complexité du champ, ces RBP sont centrées sur l'anorexie mentale, avec crises de boulimie et/ou conduites de purge ou sans (type restrictif). Ces RBP concernent également l'anorexie mentale subsyndromique qui mérite une prise en charge similaire.

L'anorexie mentale se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic :

- risque de décès (suicide, complications somatiques) : il s'agit de la maladie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé, jusqu'à 10 % dans les études comportant un suivi de plus de 10 ans ;
- risque de complications somatiques et psychiques nombreuses : défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité, dépression, suicide, etc. ;
- risque de chronicité, de rechute et de désinsertion sociale (**Consulter l'annexe portant sur l'anorexie mentale chronique**).

La guérison est possible même au bout de plusieurs années d'évolution.

L'approche pluridisciplinaire justifiée par la nécessité d'aborder les dimensions nutritionnelles, somatiques, psychologiques et familiales pose le problème de l'articulation des différents intervenants au sein d'un projet de soins global au long cours.

Les axes prioritaires d'amélioration de la qualité des soins définis pour ce travail, en lien direct avec les préoccupations des professionnels et des représentants d'associations de patients sont les suivants :

- repérage et diagnostic précoces, prenant en compte les populations les plus à risque, les signes d'alerte et les critères diagnostiques les plus pertinents, ainsi que la recherche d'alliance avec le patient et son entourage, souvent difficile du fait des mécanismes de déni[1] ;
- modalités d'orientation et de prise en charge ambulatoire des patients (adressage, nécessaire pluridisciplinarité et dispositifs spécialisés, en particulier en termes d'hospitalisation de jour) ;
- indications et modalités d'hospitalisation à temps plein (critères de gravité, contrats thérapeutiques et place de l'hospitalisation sous contrainte).

1. Déni : refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante.

Le repérage et la prise en charge précoces de l'anorexie mentale sont recommandés pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescentes (grade C). Ils permettent une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et facilitent l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique avec le patient et ses proches.

Un repérage ciblé est recommandé :

- sur les populations à risque, où la prévalence est maximale :
  - adolescentes,
  - jeunes femmes,
  - mannequins,
  - danseurs et sportifs (disciplines esthétiques ou à catégorie de poids : sports valorisant ou nécessitant le contrôle du poids ; disciplines à faible poids corporel tels les sports d'endurance), notamment de niveau de compétition,
  - sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale etc.,
- ou en présence de signe(s) d'appel (**Consulter la partie relative aux modalités du repérage ciblé de l'anorexie mentale**).

Ceci concerne notamment les médecins délivrant les certificats de non-contre-indication à la pratique sportive (médecins généralistes, pédiatres, médecins du sport), les médecins scolaires, de l'université, du travail, etc. Il est à noter que les personnes atteintes de TCA consultent plus fréquemment leur médecin généraliste que la population générale dans les années précédant le diagnostic pour des plaintes somatiques diverses.

Questions à poser

Pour les populations à risque, il est recommandé à l'entretien de :

- poser systématiquement une ou deux questions simples sur l'existence de TCA telles que : « *avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?* » ou « *est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ?* » ;
- ou d'utiliser le questionnaire SCOFF-F (initialement DFTCA : définition française des troubles du comportement alimentaire, traduction française validée du SCOFF) en tête à tête avec le patient, où deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :
  1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
  2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
  3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
  4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
  5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Suivi des paramètres anthropométriques

Il est recommandé :

- de suivre systématiquement les courbes de croissance en taille, poids et corpulence chez les enfants et adolescents pour identifier toute cassure des courbes et calculer leur l'indice de masse corporelle[2] (IMC) ;
- de calculer et suivre l'IMC chez les adultes.

2. IMC = poids (kg) / taille^2 (m^2)

Signes évocateurs d'une anorexie mentale

Il est recommandé de rechercher une anorexie mentale devant les signes suivants (tableau ci-dessous).

Chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)	• Ralentissement de la croissance staturale. • Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle). • Nausées ou douleurs abdominales répétées.
Chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)	• Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie. • Adolescent ayant un retard pubertaire. • Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles. • Hyperactivité physique. • Hyperinvestissement intellectuel.
Chez l'adulte	• Perte de poids > 15 %. • IMC < 18,5 kg/m^2. • Refus de prendre du poids malgré un IMC faible. • Femme ayant une aménorrhée secondaire. • Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection. • Hyperactivité physique. • Hyperinvestissement intellectuel. • Infertilité.

- **L'anorexie mentale masculine** (10 % des cas traités) a les particularités suivantes :
  - les formes restrictives (**Consulter l'annexe portant sur l'anorexie mentale chronique**) pures sont plus rares ;
  - l'IMC initial est plus élevé ;
  - l'hyperactivité physique est plus fréquente que l'hyperinvestissement intellectuel.
- **L'anorexie mentale à début tardif** survient souvent en réaction à un événement familial (deuil, mariage, grossesse, ou naissance d'un enfant), avec souvent un épisode antérieur d'anorexie mentale subsyndromique. Les symptômes dépressifs peuvent être assez marqués.

Objectifs des premières consultations

Confirmation du diagnostic

Information du patient et recherche d'alliance

Rôle du praticien de premier recours

Objectifs des premières consultations

En l'absence de signes de gravité immédiate, les objectifs des premières consultations doivent être une confirmation du diagnostic, une information sur l'anorexie mentale et la recherche d'une alliance thérapeutique.

Confirmation du diagnostic

Les premiers échanges sont cruciaux et déterminent la prise en charge ultérieure. Il est recommandé d'adopter une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle pour permettre au patient d'exprimer les signes susceptibles de conforter le diagnostic d'anorexie mentale (et, avec son accord, avec l'aide de sa famille et de son entourage) :

- préoccupations nouvelles pour ce qui a trait à l'alimentation ;
- préoccupations excessives autour de l'image du corps ;
- conduites de restriction alimentaire : comptage des calories, tri alimentaire, exclusions alimentaires, évitement des repas, dissimulation de nourriture ;
- conduites de purge : vomissements provoqués, recours aux laxatifs ou aux diurétiques ;
- hyperactivité physique, hyperinvestissement scolaire ou professionnel.

Ces éléments ne sont pas toujours tous présents mais l'existence de plusieurs d'entre eux associée à une perte de poids importante doit faire évoquer un TCA. Il est alors recommandé de confirmer le diagnostic d'anorexie mentale par la présence de chacun des critères diagnostiques d'une des classifications internationales (CIM-10 et DSM-IV-TR ; **Consulter la définition de l'anorexie mentale**). L'absence d'au moins un critère diagnostique révèle une anorexie mentale subsyndromique.

Lorsque le diagnostic d'anorexie mentale est établi, il est recommandé de pratiquer un examen clinique complet à la recherche de signes de gravité (**Consulter la partie relative à l'évaluation de la gravité**), et dans la perspective d'aider le patient à prendre conscience du retentissement global de sa conduite. Un électrocardiogramme, un ionogramme sanguin et un hémogramme sont recommandés lors de la prise en charge initiale.

Information du patient et recherche d'alliance

Il est recommandé :

- de nommer la maladie avec tact et sans stigmatisation et de souligner qu'elle est un mode d'adaptation comportementale à un mal-être pré-existant ;
- d'affirmer d'emblée que cette maladie peut devenir chronique, avec des conséquences potentiellement graves à court et long terme et nécessite des soins médicaux et psychiques ;
- d'expliquer l'objectif des soins : restauration du poids indispensable, avec un objectif de guérison plus large comprenant une dimension psychologique, sociale et relationnelle.

Le déni des troubles est un obstacle à la prise en charge fréquent et important ; l'entourage comme le soignant peuvent y participer. Il est prioritaire d'instaurer une relation de qualité entre le praticien, le patient et l'entourage pour l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Rôle du praticien de premier recours

Après le repérage, selon sa compétence et ses capacités à établir une alliance thérapeutique, le médecin de premier recours peut se positionner en médecin coordinateur des différents intervenants (**Consulter la partie relative à la multidisciplinarité de la prise en charge ambulatoire**) ou orienter le patient vers un autre confrère pour une prise en charge spécifique.

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.

Il est recommandé de veiller à la cohérence et à la continuité de ces soins dans la durée entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants. En particulier, il est recommandé en cas d'hospitalisation que :

- les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris ;
- l'équipe soignante de l'hospitalisation remette en place les soins ambulatoires antérieurs ou organise un nouveau suivi pluridisciplinaire. Pour cela des échanges téléphoniques doivent être réalisés au cours de l'hospitalisation, des réunions de synthèse entre les partenaires d'amont et d'aval sont indispensables et l'envoi rapide du compte rendu d'hospitalisation est nécessaire. Le patient et son entourage doivent être associés à l'organisation des soins.

Quel que soit le niveau de soin, il est recommandé d'adapter le cadre à l'âge du patient, exigeant une attention particulière envers les besoins éducatifs et sociaux des enfants et des adolescents, afin d'éviter les pertes de chance quant à leur avenir.

Intervenants

Organisation de la prise en charge multidisciplinaire

Intervenants

Du fait de l'étiologie multifactorielle du trouble et de ses conséquences multiples, des soins multidisciplinaires sont recommandés pour une prise en charge optimale de l'anorexie mentale.

Il est recommandé que :

- les professionnels de santé n'ayant pas l'expérience des TCA, ou en cas d'incertitude de prise en charge, sollicitent des conseils de la part d'un confrère expérimenté ;
- le professionnel de premier recours organise les soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique.

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

- un psychiatre ou pédopsychiatre ou psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques ;
- un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à en assumer les exigences.

Organisation de la prise en charge multidisciplinaire

La coordination des soins est assurée par un médecin coordinateur dont le rôle est de :

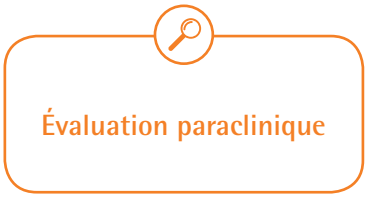
- prescrire les actions spécifiques nécessaires à un moment donné ;
- maintenir une vue d'ensemble de la prise en charge ;
- assurer le lien avec les autres intervenants.

Le choix du médecin coordinateur au sein de l'équipe de soignants est à déterminer en fonction :

- de la situation du patient (âge du patient, évolution et sévérité de la maladie, parcours de soins, choix du patient) ;
- de l'intervenant de l'équipe multidisciplinaire qui a la plus grande expérience et la plus grande disponibilité.

Il est recommandé que la coordination des soins soit assurée par des échanges réguliers entre les intervenants, directs (informels, par téléphone ou lors de synthèses cliniques) ou par courriers et courriels sécurisés. Le recours à des réseaux de santé impliquant les différents intervenants devrait faciliter le développement de la multidisciplinarité, avec en particulier l'utilisation d'un dossier médical partagé.

En cas de changement de cadre de soin, et pour chaque transition, il est recommandé que la nouvelle équipe soit identifiée et que le patient ait des entretiens spécifiques préalables avec celle-ci. L'existence de structures institutionnelles avec plusieurs niveaux de prise en charge peut faciliter cette transition, notamment pour les enfants et les adolescents.



Comment ? ou Principes

Une évaluation globale du patient est recommandée, associant une évaluation somatique, nutritionnelle et psychique, incluant aussi la dynamique familiale et sociale (*cf.* tableaux ci-après). Cette évaluation permet de déterminer les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation (**Consulter la partie relative à l'hospitalisation à temps plein**). Elle est à répéter dans le temps, au moins mensuellement dans les formes avérées, et d'autant plus fréquemment que l'état du patient est fluctuant ou évolutif.

Évaluation clinique

Évaluation clinique	
Données de l'entretien	• Histoire pondérale : pourcentage de perte de poids, cinétique et durée de la perte de poids (IMC minimal, IMC maximal et poids de stabilisation). • Conduites de restriction alimentaire : début des restrictions, type de restrictions (quantitatives, qualitatives). • Conduites purgatives associées : boulimie/vomissements, surconsommation de laxatifs, de diurétiques ou autres médicaments, hypertrophie des parotides et callosités ou irritation des doigts liées aux vomissements, évaluation de l'état bucco-dentaire. • Potomanie (quantification du nombre de litres de boissons par jour). • Activité physique (recherche d'une hyperactivité).

Évaluation clinique	
Données de l'entretien (suite)	• Activité physique (recherche d'une hyperactivité). • Conduites addictives : alcool, tabac, autres substances, (notamment médicaments psychotropes). • Pathologies associées connues : diabète, pathologies thyroïdiennes ou digestives. • Examen psychiatrique : antécédents psychiatriques et éléments actuels (dépression, anxiété, trouble obsessionnel compulsif, suicidalité, automutilation et rarement symptômes psychotiques), antécédents d'abus sexuels, traitements psychotropes. • Évaluation du fonctionnement familial, notamment concernant l'alimentation, pouvant contribuer à la pérennisation des troubles. • Évaluation sociale (avec le concours d'une assistante sociale) : hyperinvestissement scolaire ou professionnel, désinvestissement des relations amicales ou sociales, pouvant nécessiter une prise en charge spécifique (allègement de l'emploi du temps scolaire, arrêt de travail, soins en groupe, etc.).
Évaluation de l'état nutritionnel et de ses conséquences	• Poids, taille, IMC, percentile d'IMC pour l'âge et courbe de croissance pour les enfants et adolescents. • Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent (recherche d'un retard pubertaire). • Température corporelle. • Examen cardio-vasculaire complet à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque et/ou de troubles du rythme incluant la mesure du pouls, de la tension, et recherche d'hypotension orthostatique. • État cutané et des phanères (dont automutilations), œdèmes, acrosyndrome. • Degré d'hydratation. • Examen neurologique et musculaire : ralentissement psychomoteur, fonte musculaire, hypotonie axiale, asthénie majeure avec difficulté d'accomplissement des mouvements habituels. • Examen digestif : glandes salivaires, tractus œsogastrique, transit notamment. • Évaluation des ingestats (par un diététicien expérimenté).

Évaluation paraclinique (une fois le diagnostic établi)	
Bilan biologique	• Hémogramme. • Ionogramme sanguin. • Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3. • Évaluation de la fonction rénale (urée, créatinine, clairance de la créatinine). • Évaluation de la fonction hépatique (ALAT, ASAT, PAL et TP). • Albumine, préalbumine. • CRP. • Il n'est pas recommandé de faire un dosage de TSH sauf en cas de doute diagnostique persistant en faveur d'une hyperthyroïdie.
Examens complémentaires	• Électrocardiogramme : recherche d'un QT long (risque de torsade de pointe), d'une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, de pauses sinusales, d'une bradycardie jonctionnelle, d'une onde T négative au-delà de V3 et d'une modification du segment ST. • Ostéodensitométrie osseuse (après 6 mois d'aménorrhée, puis tous les 2 ans en cas d'anomalies ou d'aménorrhée persistante).

Aspects nutritionnels et diététiques

Objectifs de la renutrition	Déterminer l'objectif pondéral	Modalités et déroulement de la renutrition	Surveillance particulière au cours de la renutrition

Aspects somatiques

Objectif du somaticien	Vomissements provoqués et autres conduites de purge	Retard de croissance	Infertilité et grossesse	Ostéopénie / ostéoporose

Aspects psychologiques et sociaux

Objectifs des interventions psychologiques	Place de la famille et de l'entourage	Quelles formes de psychothérapie ?	Moments particuliers de la prise en charge	Durée de la psychothérapie

Prise en charge pharmacologique

Quid des antidépresseurs ?

Objectifs de la renutrition

Les objectifs nutritionnels à terme sont :

- atteindre et maintenir un poids et un statut nutritionnel adaptés pour les adultes, ou une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents ;
- obtenir une alimentation spontanée, régulière, diversifiée avec un retour à des comportements, des choix alimentaires, des apports énergétiques plus adaptés, et la capacité à s'alimenter en société ;
- obtenir une attitude détendue et souple face à l'alimentation ;
- obtenir la réapparition des sensations de faim et de satiété ainsi qu'une réponse adaptée à l'éprouvé des patients ;
- éviter les complications potentielles de la renutrition, en cas de dénutrition sévère.

Déterminer l'objectif pondéral

Il est recommandé de discuter avec le patient de l'objectif de poids à atteindre, progressivement, afin de le rassurer. Cet objectif pondéral est déterminé en fonction :

- de l'âge ;
- des antécédents pondéraux ;
- du poids permettant de restaurer les menstruations et l'ovulation pour les femmes.

Pour la plupart des patients, un arrêt de la perte de poids est le premier objectif avant d'envisager un gain de poids. Dans la phase de reprise, un gain de 1 kg par mois en ambulatoire semble un objectif mesuré et acceptable.

Il est recommandé de valoriser l'aspect positif de la reprise de poids et d'éviter de fixer d'avance un poids minimal qui deviendrait un enjeu pour le patient.

Pour les enfants et les adolescents, les objectifs de poids réévalués régulièrement en fonction des percentiles d'IMC reposent sur :

- l'âge ;
- la taille ;
- l'étape de puberté ;
- le poids prémorbide ;
- les courbes de croissance.

Modalités et déroulement de la renutrition

Le rythme des pesées est adapté à l'état clinique. En fonction de l'état nutritionnel (*cf.* tableau page suivante), une surveillance pondérale bihebdomadaire est recommandée, voire quotidienne si la dénutrition est sévère (grade III), puis hebdomadaire lorsque l'état nutritionnel se stabilise.

Définition de l'état nutritionnel d'après l'OMS chez l'adulte avant 70 ans (en dehors de la présence d'œdèmes)

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

Il est recommandé de réintroduire ou d'améliorer les repas par étapes, avec précaution, afin d'assurer les apports suffisants. Des apports nutritionnels inférieurs à 1 600 kcal/j (pour un adulte) ne permettent pas de couvrir tous les apports nécessaires en microéléments. L'ajout de compléments alimentaires permet de façon transitoire d'avoir un apport calorique plus élevé.

Surveillance particulière au cours de la renutrition

En début de renutrition, une surveillance du bilan hydroélectrolytique, dont la phosphorémie, est recommandée pour éviter de potentielles complications cardio-vasculaires.

En cas de dénutrition sévère, il est recommandé :

- d'initier une renutrition de façon prudente et progressive ;
- de complémenter en phosphore, vitamines, et oligoéléments par voie orale afin d'éviter le syndrome de renutrition inappropriée (**Consulter la partie sur les « Modalités de renutrition »**)
- de réaliser une surveillance clinique pluriquotidienne (pouls, tension, température).

Objectif du somaticien

L'objectif du somaticien est de surveiller l'état clinique du patient, de prévenir, dépister et traiter les complications tout en s'inscrivant dans les objectifs de la prise en charge globale.

Vomissements provoqués et autres conduites de purge

Pour les patients qui ont des conduites de purge (vomissements provoqués, consommation de laxatifs et diurétiques), il est recommandé :

- de mesurer régulièrement les électrolytes dans le sérum, et particulièrement la kaliémie afin de supplémenter en cas de besoin ;
- d'évaluer et traiter les répercussions dentaires et digestives de ces conduites. Pour prévenir les complications dentaires, il est recommandé d'éviter le brossage des dents immédiatement après le vomissement, mais plutôt de rincer la bouche à l'eau, et de réduire l'acidité de l'environnement buccal.

Retard de croissance

Pour les enfants et les adolescents, il est recommandé de suivre attentivement la croissance staturo-pondérale et le niveau de développement à l'aide des courbes de croissance. À ce titre, l'analyse des courbes de croissance et de leur dynamique est indispensable.

Quand le développement est retardé ou la croissance stoppée, il est recommandé de solliciter un avis pédiatrique.

Infertilité et grossesse

La plupart des patientes anorexiques sont en aménorrhée, néanmoins il ne faut pas négliger la possibilité d'un retour d'ovulation et de survenue d'une grossesse.

En l'absence de désir de grossesse, il est recommandé :

- de prévenir la patiente du risque (même infime) de grossesse en cas de relation sexuelle ;
- de l'informer des différentes possibilités contraceptives, afin d'appliquer celle qui correspond le mieux à son cas.

La contraception œstroprogestative crée des hémorragies de privation qui masquent l'aménorrhée, élément essentiel de la prise de conscience de la maladie et de l'évaluation de l'évolution.

En cas de désir de grossesse, il est recommandé d'adopter la plus grande prudence, en informant la patiente des risques encourus pour elle ou le futur enfant. Il est également recommandé que les femmes ayant une forme subsyndromique d'anorexie mentale soient dépistées lors d'une demande de procréation médicalement assistée (PMA), et traitées avant d'engager la PMA.

Les femmes enceintes souffrant d'anorexie mentale ou avec antécédents nécessitent un suivi pluridisciplinaire adapté, pendant la grossesse et pendant la période de post-partum (risque dépressif), afin :

- d'assurer une croissance fœtale satisfaisante ;
- d'éviter une dégradation de l'état nutritionnel et psychique ;
- de veiller à l'instauration d'une relation mère-bébé de bonne qualité.

Ostéopénie/ostéoporose

L'ostéodensitométrie osseuse permet de diagnostiquer et d'évaluer l'ostéoporose. Il est recommandé de la réaliser la première fois après 6 mois d'aménorrhée, et de la renouveler tous les 2 ans en cas d'anomalies ou si l'aménorrhée persiste.

La reminéralisation osseuse dépend de la prise de poids et de la reprise des cycles menstruels. Il n'est pas recommandé de traiter spécifiquement l'ostéoporose non compliquée chez l'anorexique. En effet, l'intérêt des différentes thérapies médicamenteuses, en particulier des œstroprogestatifs, sur la densité osseuse n'est pas démontré dans ce contexte.

Objectifs des interventions psychologiques

Les objectifs des soins psychologiques sont individuels et familiaux. Il est recommandé que la prise en charge globale du patient souffrant de TCA comprenne un volet psychologique dans le but de l'aider à :

- comprendre et à coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle, pour réduire le risque physique ;
- comprendre et à modifier les attitudes dysfonctionnelles liées au trouble alimentaire, pour encourager le gain de poids et tendre vers une alimentation équilibrée ;
- améliorer ses relations sociales et interpersonnelles, et lui permettre de façon plus globale de se sentir plus en confiance et en sécurité pour avancer dans sa vie ;
- traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques, le mode de fonctionnement des personnalités pathologiques ou les dimensions de personnalité et les conflits psychiques qui contribuent à renforcer ou à maintenir les troubles du comportement alimentaire.

Lorsque les patients sont très dénutris, l'abord psychologique est surtout une aide à l'adhésion et à la motivation au traitement.

Les troubles comorbides, en particulier la dépression, les troubles anxieux, obsessionnels et les conduites addictives sont à prendre en compte. En cas d'antécédent d'abus sexuel, une approche adaptée est à envisager.

Place de la famille et de l'entourage

Il est recommandé d'aider la famille à tenir une fonction soutenante, et ce d'autant plus que le patient est jeune, afin de faire face aux difficultés du patient et de ne pas se centrer uniquement sur les symptômes alimentaires.

Un abord familial est recommandé, plus ou moins intensif selon l'âge, la proximité avec la famille, l'intensité des conflits, des dysfonctionnements familiaux et de la souffrance familiale. Il consiste en des entretiens familiaux réguliers, une thérapie familiale ou la participation à des groupes de parents ou de familles. Il s'adresse aux parents mais aussi à la fratrie, souvent en grande souffrance, ainsi qu'aux compagnons de vie des patients adultes.

Quelles formes de psychothérapie ?

En fonction du champ théorique auquel elles se réfèrent, les différentes formes de psychothérapie offrent un cadre de travail, une compréhension du trouble et des objectifs de soin différents et complémentaires.

Le choix de la psychothérapie est fait en fonction du patient, voire de son entourage, de son âge, de sa motivation et du stade d'évolution de la maladie.

Les formes de psychothérapie (individuelle, familiale ou de groupe) les plus usuelles sont :

- les thérapies de soutien ;
- les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
- les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC) ;
- les thérapies systémiques et stratégiques.

Les thérapies familiales sont recommandées pour les enfants et les adolescents (grade B). Les approches motivationnelles ont montré leur intérêt en début de prise en charge. Les approches corporelles, l'art-thérapie, la musicothérapie, etc. peuvent être proposées en association.

Moments particuliers de la prise en charge

Lorsque la dénutrition est trop sévère, mettant en jeu le pronostic vital à court terme, la priorité doit être donnée à la prise en charge somatique. L'approche psychothérapeutique se limite alors à du soutien.

Pour les patients ayant une anorexie mentale chronique (**Consulter l'annexe portant sur l'anorexie mentale chronique**), le traitement se focalise sur l'amélioration de la qualité de vie et vise à maintenir un poids stable ou de sécurité plutôt qu'à l'obtention d'un poids optimal. Des rémissions ou guérisons tardives sont toujours possibles.

L'absence d'amélioration, voire l'aggravation clinique, incite à reconsidérer le projet thérapeutique dans son ensemble.

Durée de la psychothérapie

Quelle que soit l'approche psychothérapeutique choisie, il est recommandé qu'elle dure au moins 1 an après une amélioration clinique significative. En raison de la dimension de chronicité de l'anorexie mentale, cette prise en charge s'étend souvent sur plusieurs années.

Quid des antidépresseurs ?

Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de l'anorexie mentale. Par ailleurs certains médicaments tels que les antipsychotiques et les antidépresseurs tricycliques sont à utiliser avec précaution du fait de leurs effets indésirables sur un terrain dénutri (allongement du QT).

Cependant, certains antidépresseurs peuvent être utilisés pour traiter des syndromes spécifiques concomitants (troubles dépressifs, anxieux, TOC) s'ils ne sont pas améliorés par la reprise pondérale.

Si elles sont disponibles, des modalités de soins particulières peuvent être proposées conjointement au trépied classique de la prise en charge somatique, nutritionnelle et psychologique et notamment en relais de l'hospitalisation dans les formes sévères. Elles constituent souvent des alternatives à l'hospitalisation à temps plein, en aidant le patient à faire face à certaines difficultés (dans les relations interpersonnelles, dans le processus d'autonomisation, dans l'alimentation, dans l'expression des émotions, etc.) surtout si elles sont habituellement destinées à ce type de patient.

Il s'agit de :

- centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- hébergements et post-cures thérapeutiques ;
- soins études ;
- familles d'accueil.

L'organisation en réseaux de santé représente une aide précieuse en favorisant la coordination des soins existants et la formation des personnels impliqués.

Information et aspects juridiques

Ressources utiles d'informations disponibles

Information et aspects juridiques

Il est recommandé d'informer le patient et son entourage (parents, mais aussi fratrie, conjoint, etc.) sur les facteurs étiopathogéniques et de maintien des TCA, leur clinique, leurs risques physiques et la conduite à tenir en cas de danger vital, ainsi que sur l'évolution de la maladie et les stratégies thérapeutiques.

Cas particulier de l'information aux mineurs

Les représentants légaux du mineur doivent bénéficier d'une information, mais le patient doit lui-même bénéficier d'une information adaptée à son développement psychoaffectif.

Dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, le sujet mineur peut refuser que ses représentants légaux soient informés de son traitement. Il revient alors au praticien d'évaluer la pertinence de ce refus et il peut déroger à cette demande s'il l'estime nécessaire pour la protection du sujet mineur.

Cas particulier de la confidentialité

La nature de la maladie ne permet pas de déroger aux règles de confidentialité. Néanmoins, dans la mesure où les parents (ou l'entourage) sont souvent impliqués dans la prise en charge thérapeutique, il est souvent important qu'ils soient informés sur certains éléments relatifs à la santé du patient, mais en sa présence ou avec son accord.

Dans le cas particulier où la gravité physique ou psychique imposerait des soins immédiats en milieu hospitalier, refusés par le patient (en raison d'un déni des troubles en particulier), le médecin peut prendre la décision d'une hospitalisation sous contrainte (**Consulter la partie sur l' « Hospitalisation sous contrainte »**), et ainsi solliciter l'entourage le plus proche contre l'avis du patient.

Ressources utiles d'informations disponibles

Outre les soins, il peut être utile pour le patient de s'appuyer sur le soutien d'autres malades au travers d'associations, de groupes d'entraide ou de groupes de psychoéducation. Les associations de familles offrent des groupes d'entraide et de soutien, à proximité du domicile[3].

3. L'AFDAS-TCA a répertorié les associations de familles sur son site : www.anorexieboulimie-afdas.fr (à retrouver également en annexe 2 de l'argumentaire scientifique de ces recommandations).

L'admission en hôpital de jour spécialisé doit se concevoir comme une des étapes possibles du parcours de soins des patients anorexiques. Elle peut correspondre à :

- une étape initiale permettant une évaluation appronfondie ;
- une étape d'intensification des soins ambulatoires si ceux-ci s'avèrent insuffisants ;
- l'hospitalisation de jour peut être alors une alternative à l'hospitalisation ou aboutir à une hospitalisation à temps plein en cas d'échec ;
- une étape de diminution de l'intensité des soins, succédant à une hospitalisation à temps plein.

L'hospitalisation de jour ne remplace pas une hospitalisation à temps plein.

Indications d'hospitalisation

Critères somatiques d'hospitalisation

Critères psychiatriques d'hospitalisation

Critères environnementaux d'hospitalisation

Indications d'hospitalisation

L'hospitalisation à temps plein est indiquée en cas d'urgence vitale somatique ou psychique (risque suicidaire ou d'auto-agression important), d'épuisement ou de crise familiale, avant que le risque vital ne soit engagé ou en cas d'échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation).

Une hospitalisation se décide au cas par cas, à la fois sur des critères médicaux, psychiatriques, comportementaux et environnementaux, et prenant toujours en compte le patient et sa famille, ainsi que les structures de soins disponibles. L'indication d'hospitalisation ne repose généralement pas sur un seul critère, mais c'est surtout leur association et leur évolutivité qui rendent nécessaire l'hospitalisation.

Déterminer l'indication d'hospitalisation repose sur un examen clinique complet du patient incluant un examen somatique (**Consulter le tableau présentant les critères somatiques d'hospitalisation**), psychiatrique (**Consulter le tableau présentant les critères psychiatriques d'hospitalisation**) et une évaluation des facteurs environnementaux (**Consulter le tableau présentant les critères environnementaux d'hospitalisation**).

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	• Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine. • Refus de manger : aphagie totale. • Refus de boire. • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique. • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient.
Cliniques	• IMC < 14 kg/m^2 au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m^2 à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m^2 à 13 et 14 ans. • Ralentissement idéique et verbal, confusion. • Syndrome occlusif. • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée. • Tachycardie. • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg). • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg. • Hypothermie < 35,5 °C. • Hyperthermie.
Paracliniques	• Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L. • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent). • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L). • Cytolyse (> 4 x N). • Leuconeutropénie (< 1 000 /mm^3). • Thrombopénie (< 60 000 /mm^3).

Chez l'adulte	
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. • Échec de la renutrition ambulatoire.

Chez l'adulte (suite)	
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. • Échec de la renutrition ambulatoire.

Cliniques	• Signes cliniques de déshydratation.
	• IMC < 14 kg/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 > 10 x N.
	• Hypokaliémie < 3 mEq/L .
	• Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L.
	• Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min.
	• Natrémie :
	  ◗ < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions).
	  ◗ > 150 mmol/L (déshydratation).
	• Leucopénie < 1 000 /mm3 (ou neutrophiles < 500 /mm^3).

Critères psychiatriques d'hospitalisation

Risque suicidaire	• Tentative de suicide réalisée ou avortée. • Plan suicidaire précis. • Automutilations répétées.
Comorbidités	• Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : • Dépression. • Abus de substances. • 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 naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire. • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation). • Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses.
Motivation, coopération	• Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite. • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré. • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires.

L'association entre anorexie mentale et risque suicidaire est d'autant plus élevée que l'anorexie mentale est associée à une dépression ou que le patient est en période de transition entre une forme d'anorexie restrictive et une forme boulimique.

Critères environnementaux d'hospitalisation

Disponibilité de l'entourage	• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires. • Épuisement 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	• Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation).

Urgences somatiques

Urgences psychiatriques et environnementales

En dehors de l'urgence

Urgences somatiques

En cas d'urgence somatique, il est recommandé d'assurer la prise en charge médicale initiale :

- soit dans un service de réanimation médicale, s'il existe des perturbations métaboliques graves ou en cas de défaillance d'organe pouvant engager le pronostic vital :
  - hypokaliémie sévère avec troubles du rythme cardiaque à l'électrocardiogramme (ECG),
  - cytolyse hépatique importante avec signes biologiques d'insuffisance hépatocellulaire,
  - insuffisance cardiaque décompensée,
  - défaillance multiviscérale dans un contexte de syndrome de renutrition inappropriée,
  - autres complications somatiques liées à la dénutrition : septicémies, infections pulmonaires hypoxémiantes, atteinte neurologique centrale et/ou périphérique,
- soit dans un service de médecine, de préférence spécialisé en nutrition clinique, ou dans un service de pédiatrie.

Il est recommandé d'organiser ensuite le relais vers une équipe spécialisée en ambulatoire ou en hospitalisation en fonction de la situation du patient.

Urgences psychiatriques et environnementales

En cas d'urgence psychiatrique associée à une anorexie mentale, une hospitalisation est justifiée en service psychiatrie générale adulte ou service spécialisé adolescent et enfant.

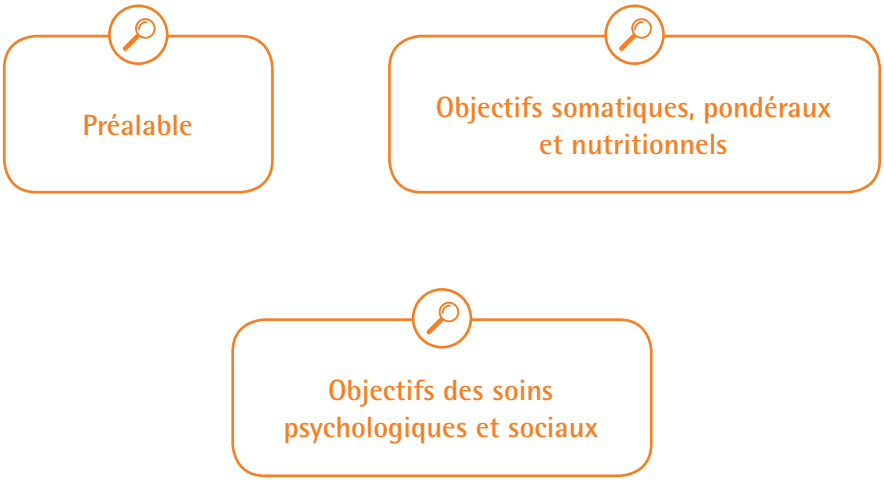
L'équipe thérapeutique met en place les soins adéquats liés à la situation, et évalue dans un second temps la nécessité d'un projet de soins plus centré sur l'anorexie mentale dans un service habitué à prendre en charge les TCA. Un service spécialisé dans la prise en charge des TCA représente le lieu d'hospitalisation prioritaire. À défaut, l'orientation se fait selon les ressources existantes en s'appuyant sur la collaboration d'équipes psychiatriques et somatiques.

Par ailleurs, une situation de crise familiale peut aussi motiver une admission en urgence, qui se fera en fonction des structures disponibles dans un lieu ou un autre. **Consulter les critères environnements d'hospitalisation**.

En dehors de l'urgence

Il est recommandé que l'hospitalisation ait lieu dans un service aux soins multidisciplinaires associant renutrition, surveillance somatique et accompagnement psychosocial. Quel que soit le lieu choisi, les soins doivent associer médecin ou pédiatre, diététicien ou nutritionniste, psychiatre, psychologue, infirmier, autres professionnels de santé et assistant social permettant un traitement optimal du patient.

Une hospitalisation à proximité du domicile est recommandée pour favoriser la continuité des soins à la sortie et pour impliquer la famille, maintenir les liens sociaux et occupationnels du patient dans son environnement habituel.



Préalable

Un bilan d'admission comportant un examen clinique complet (état somatique, nutritionnel, psychique, associé à des examens complémentaires) est réalisé et permet d'orienter la prise en charge hospitalière (**Consulter la partie relative à l'évaluation de la gravité**).

Les objectifs du traitement hospitalier de l'anorexie mentale sont la correction des critères de gravité somatiques, pondéraux, nutritionnels, psychologiques et sociaux qui ont justifié l'hospitalisation.

Objectifs somatiques, pondéraux et nutritionnels

Les soins somatiques doivent en première urgence viser une normalisation des troubles hydroélectrolytiques et d'éventuelles complications mettant en jeu le pronostic ou non.

L'objectif pondéral de l'hospitalisation est fixé sous forme d'un poids ou d'un intervalle de poids. Il est recommandé de déterminer le gain pondéral en accord avec le patient dès l'admission (et son responsable légal pour les mineurs) afin de faciliter la prise en charge en créant une relation de confiance. Dans certains cas, il est préférable de différer la détermination du poids cible et d'attendre que le patient soit dans de meilleures dispositions pour en discuter.

L'obtention d'un IMC autour de 13 kg/m^2, sous condition d'une disparition des troubles métaboliques, est recommandée chez les adultes pour procéder raisonnablement au transfert d'un service de médecine vers un service de psychiatrie spécialisé dans la prise en charge des TCA. Néanmoins, le transfert de patients plus dénutris mais stabilisés reste possible dans un tel service.

Il est recommandé que le patient stabilise le poids atteint au sein du service hospitalier avant sa sortie, afin de diminuer le risque de rechute.

Les objectifs nutritionnels sont définis dans le paragraphe « **Aspects nutritionnels et diététiques** ».

Objectifs des soins psychologiques et sociaux

Les objectifs des soins psychologiques sont définis dans le paragraphe « **Aspects psychologiques et sociaux** ».

Un des objectifs principaux du traitement de l'anorexie mentale est d'aider les patients à améliorer leur adaptation sociale et relationnelle, qu'elle soit familiale, scolaire ou professionnelle.

Il est recommandé que l'accompagnement social et éducatif des enfants et des adolescents soit adapté à leur âge. Le bénéfice potentiel d'une hospitalisation en milieu spécialisé peut être contrebalancé par les inconvénients liés à la distance d'un centre spécialisé avec le milieu de vie du patient (notamment les problèmes posés par l'implication thérapeutique des familles, le maintien des liens sociaux et la continuité entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires post-hospitalisation).

Modalités de renutrition

Modalités des soins psychologiques

Information au patient

Les modalités de soins varient en fonction de l'état de gravité des patients et des objectifs visés. L'organisation des soins doit être clairement explicitée au patient et, quand cela est possible, sa coopération doit être sollicitée. Les explications données sur le traitement doivent être présentées de manière appropriée à l'âge du patient et à son niveau de compréhension.

Stratégie nutritionnelle

Un objectif de prise de poids régulière de l'ordre de 0,5 à 1 kg par semaine est recommandé chez les patients hospitalisés. Une prise de poids trop rapide n'est pas souhaitable.

À l'exception des états de dénutrition très profonds (IMC < 11 kg/m^2) ou de complications somatiques, il est recommandé de proposer une renutrition par voie orale avec reprise d'un régime alimentaire adapté, et à défaut, par des compléments alimentaires voire une nutrition entérale.

L'alimentation par repas se décline de manière variable selon les équipes. Un accompagnement diététique est souhaitable, permettant la réintroduction progressive de l'alimentation orale.

L'indication de la nutrition entérale se discute de façon pluridisciplinaire dans deux situations :

- dénutrition extrême mettant en jeu le pronostic vital ;
- dénutrition sévère associée à une stagnation pondérale prolongée.

L'objectif final est de permettre au patient de reprendre une alimentation adaptée par lui-même. La nutrition entérale doit :

- être menée par des équipes expérimentées ;
- être mise en place de telle sorte qu'elle soit vécue comme une aide transitoire ;
- être débutée d'autant plus progressivement que la dénutrition est sévère (**Consulter le « Suivi du patient en cours de renutrition »**) ; seuls les produits isotoniques (1 mL = 1 kcal) standard sont recommandés.

La dénutrition dans l'anorexie mentale résultant d'un refus alimentaire et non de troubles de l'absorption du tube digestif, la voie parentérale n'a aucune place dans les stratégies thérapeutiques de l'anorexie mentale. De plus, les risques infectieux d'une voie veineuse centrale nécessaire à son administration sont majeurs chez ces patients sévèrement dénutris.

Suivi du patient en cours de renutrition

Une surveillance clinique initiale pluriquotidienne (pouls, tension, température) est recommandée, d'autant plus qu'elle participe à la prise en charge relationnelle. Il est recommandé de peser le patient régulièrement, puis de manière hebdomadaire.

Un bilan biologique sera réalisé (**Consulter le paragraphe « En dehors de l'urgence »**) à une fréquence variable liée à l'évolution de l'état du patient.

Un syndrome de renutrition inappropriée (complications cardiaques, respiratoires et métaboliques) peut survenir au début d'une renutrition insuffisamment progressive, surtout dans les cas de dénutrition sévère et chronique. Il est recommandé de le prévenir par :

- une limitation des apports énergétiques au début de la renutrition ;
- une complémentation en phosphore, vitamines, et oligoéléments par voie orale dès le début de la renutrition ;
- un report de 24 à 48 h des apports énergétiques en cas de perturbation du bilan (hypophosphorémie, cytolyse hépatique, etc.), avec une complémentation en phosphore, vitamines, et oligoéléments par voie veineuse avant de débuter la renutrition. La complémentation est poursuivie pendant le début de la renutrition même s'il n'y a pas d'hypophosphorémie initiale ;
- l'évitement des apports de glucose par voie veineuse.

L'apparition ou l'aggravation des complications hépatiques peuvent être évitées par une renutrition prudente ; les médicaments hépatotoxiques et l'alcool doivent être prohibés.

Une stagnation pondérale à un IMC = 15 kg/m^2 peut s'expliquer par la correction de la rétention hydrosodée compensant l'augmentation de la masse sèche. En dessous de ce seuil, il est recommandé de rechercher un détournement des apports, des purges, une hyperactivité.

La reprise d'une alimentation *per os* est recommandée avant le transfert dans des structures psychiatriques non formées à l'utilisation de l'alimentation entérale.

Modalités des soins psychologiques

La psychothérapie seule ne peut pas traiter une anorexie mentale sévère, néanmoins il est recommandé d'associer une psychothérapie à la renutrition Consulter le paragraphe « Aspects psychologiques et sociaux ».. Il est à noter que les abords de groupe sont fréquemment utilisés pendant l'hospitalisation comme complément à la thérapie individuelle (groupes à visée psycho-éducative, groupes d'échange ou de parole, groupes thématiques).

Les groupes de parents ou de familles aident les familles à sortir de leur isolement, à prendre conscience et à réfléchir sur leurs attitudes face aux symptômes alimentaires et à la problématique familiale et à se positionner en tant que parents.

Les équipes soignantes doivent accompagner les familles en se montrant empathiques et déculpabilisantes à leur égard, et en établissant une alliance thérapeutique.

Certaines équipes proposent une période de séparation d'avec le milieu de vie habituel au début de l'hospitalisation, accompagnée d'un travail d'accompagnement thérapeutique important des parents (rencontres, échanges téléphoniques, groupes). Dans ce contexte, il est recommandé que le patient :

- ne soit pas isolé ;
- évolue dans un milieu avec des interactions sociales nombreuses ;
- reçoive des nouvelles de sa famille par l'intermédiaire de l'équipe soignante.

Chez l'enfant, il est important de préserver le lien direct parent-enfant même si les échanges sont de fréquence restreinte.

Pour les enfants et les adolescents, une thérapie familiale est recommandée en ambulatoire après l'hospitalisation. Des groupes de familles sont également proposés.

Dans le cas de patients adultes, il est recommandé d'entamer une approche sur les interactions familiales à l'aide d'entretiens familiaux ou d'une thérapie familiale.

Pour les patients vivant en couple, il est recommandé d'aider le partenaire, avec une attention particulière à la relation aux enfants et à leur éducation, notamment sur le plan alimentaire.

Modalités de soins des symptômes alimentaires et manifestations associées

Le sevrage des vomissements provoqués, quand ils existent, est un des objectifs de la prise en charge hospitalière, facilité notamment par un accompagnement post-prandial.

Le sevrage effectif de la consommation de laxatifs, diurétiques et psychostimulants est recommandé dès le début de l'hospitalisation, accompagné d'une surveillance du transit et d'un bilan biologique (ionogramme).

Il est recommandé d'amener les patients anorexiques présentant une hyperactivité physique à prendre conscience de ce symptôme (mouvements de gymnastique, station debout prolongée, déplacements incessants, etc.) et de son association directe au fonctionnement anorexique, afin de diminuer le niveau d'activité physique. La démarche est similaire pour les patientes s'exposant activement au froid ou buvant en excès (potomanie).

Contrat thérapeutique

Les programmes de soins hospitaliers spécialisés, multidisciplinaires, doivent intégrer les objectifs et les modalités de soins. Il est recommandé que ces programmes de soins soient déclinés dans un contrat de soin, écrit ou oral, intégrant ou non une période de séparation.

Il est recommandé que les durées d'hospitalisation soient aussi longues que nécessaire. Les réhabilitations pondérales importantes associées à une prise en charge multidisciplinaire nécessitent généralement plusieurs mois de soins ; et si tel n'est pas le cas, la chronicisation risque de se développer.

Cependant, ces durées d'hospitalisation ne doivent pas s'éterniser et devenir iatrogènes sur le plan de l'insertion sociale et du développement, en particulier chez l'enfant et l'adolescent.

Les modalités de sortie d'hospitalisation sont abordées dans le paragraphe « **Différents niveaux de soins** ».

Lors de la préparation de l'hospitalisation, il est recommandé de prendre en compte les facteurs de risque de sortie prématurée :

- une gravité particulière de la maladie (la notion et la revendication d'un faible IMC minimal, une forme boulimique d'anorexie mentale, une symptomatologie psychiatrique associée) ;
- des éléments psychosociaux [(patients avec enfant(s)] ;
- une alliance thérapeutique insuffisante.

Globalement, il est intéressant d'inclure des interventions à visée motivationnelle avant ou au début de l'hospitalisation, pour diminuer l'ambivalence, diminuer les résistances au changement, augmenter l'engagement dans la thérapie, et donc diminuer le taux de sorties prématurées d'hospitalisation.

La contrainte ne doit être utilisée que lorsque le risque vital est engagé et que des soins consentis sont impossibles. Elle est possible pour les majeurs sous forme d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), dans un service de psychiatrie de secteur, qui peut en cas d'urgence somatique déléguer les soins à un service compétent.

Pour les mineurs qui refusent l'hospitalisation, ce sont les parents, en tant que représentants légaux, qui prennent la décision. En cas de refus des soins d'un ou des parents, le médecin sollicite auprès du procureur une ordonnance de placement provisoire (OPP).

Lors d'une hospitalisation sous contrainte, les modalités de soins restent les mêmes, et l'objectif n'est pas seulement l'obtention d'un poids particulier, mais la poursuite du traitement de façon consentie.

Définition de l'anorexie mentale

Anorexie mentale chronique

Actions ou recherches futures

Définition de l'anorexie mentale

Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0

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

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

Diagnostic différentiel : le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.

Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

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

A.	Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).
B.	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
C.	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.
D.	Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. 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 œstrogènes).
E.	Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.
Type restrictif (restricting type) : 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 à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).	
Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).	

Anorexie mentale chronique

L'évolution est dominée par deux dangers majeurs : la mort et la chronicisation.

La chronicisation

L'anorexie mentale chronique est définie par la persistance, au-delà de 5 ans d'évolution de la maladie, de conduites de restrictions alimentaires qualitatives et quantitatives associées à un amaigrissement marqué par un indice de masse corporelle au-dessous du seuil de 17,5 kg/m^2, une hantise de grossir, la sensation d'avoir une corpulence sans rapport avec l'état de maigreur du patient, des stratégies de contrôle du poids alliant vomissements spontanés ou provoqués, prise de laxatifs, diurétiques et hyperactivité physique et dans un cas sur deux, des conduites de boulimie.

Les conséquences physiques

Les conséquences physiques sont souvent préoccupantes et s'aggravent à long terme : œdèmes de carence, amyotrophie, troubles circulatoires, cardiaques, digestifs, rénaux, métaboliques, infectieux, cutanés, dentaires, gynécologiques (avec impossibilité ou difficulté de grossesse), ostéoporotiques, incurie, donnant le sentiment d'une maltraitance physique majeure.

Le risque létal, toujours présent, est de 0,5 %/année d'évolution.

Sur le plan psychologique

- Ritualisations, rigidité des attitudes avec appauvrissement de la vie relationnelle, affective et sexuelle, isolement social, retentissement sur la vie professionnelle.
- Complications psychiatriques :
  - épisodes dépressifs ;
  - phobies diverses, obsessions, plaintes hypocondriaques ;
  - troubles de la personnalité, basse estime de soi, et mauvaise confiance en soi ;
  - conduites addictives : alcoolisme, toxiques, psychotropes ;
  - passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

L'évolution est émaillée de rechutes plus fréquentes dès le début de la maladie, sans périodes franches et durables de rémission, malgré les thérapeutiques entreprises, avec reprise rapide de conduites et de rituels alimentaires et autres rituels de la vie quotidienne.

Actions ou recherches futures

1er point d'amélioration

La promotion de recherches pluridisciplinaires, multicentriques, associant cliniciens (somaticiens et psychiatres), méthodologistes et chercheurs, ainsi qu'en recherche fondamentale, est indispensable dans les prochaines années pour améliorer la compréhension de l'étiopathogénie et la physiopathologie de ces troubles complexes. Des projets de recherche sur de larges échantillons et suivis de cohortes évaluant l'efficacité des thérapeutiques existantes et le développement de nouvelles approches doivent être menés.

2e point d'amélioration

Compte tenu de l'articulation clinique étroite entre anorexie mentale et boulimie, des travaux de recherche portant sur les liens entre ces deux troubles et sur leur évolution dans le temps doivent être menés (études naturalistes et d'épidémiologie clinique).

3e point d'amélioration

La fréquence des formes subsyndromiques et le peu de données précises les concernant justifient que des travaux spécifiques, en population générale, ainsi qu'auprès des populations les plus à risque, soient entrepris.

4e point d'amélioration

La fréquence de la boulimie justifie que des recommandations spécifiques soient élaborées.

5e point d'amélioration

Les préoccupations légitimes concernant l'obésité à l'origine de recommandations qui peuvent favoriser l'émergence de conduites anorexiques-boulimiques justifient une réflexion approfondie sur les attitudes préventives les plus pertinentes.

6e point d'amélioration

Compte tenu des limites du cadre législatif actuel, il serait essentiel que des possibilités d'hospitalisation sous contrainte existent dans les unités spécialisées non sectorisées.

7e point d'amélioration

Au moins un service de référence dont la capacité d'accueil sera adaptée à la démographie régionale doit être identifié dans chaque région, offrant un dispositif de soins spécialisés pluridisciplinaires adapté à l'âge (*cf.* unités ou services de niveau III dans le SROSS).

8e point d'amélioration

Dans chaque département, au moins un service de recours pouvant accueillir temporairement des patients souffrant de troubles anorexiques-boulimiques devrait être identifié (services de niveau II ou III).

Parallèlement des praticiens habitués et formés à ces prises en charge devraient être repérables, dans les différents domaines concernés (somatique et psychique), d'exercice libéral et public.

9e point d'amélioration

Une incitation forte devrait être faite pour le développement de réseaux de santé regroupant les différents professionnels et structures de soins habitués à prendre en charge ces patients, de façon à améliorer la coordination des soins pluridisciplinaires au sein de filières bien structurées, lisibles et accessibles.

La recommandation de bonne pratique
est consultable sur www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr
2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

© Haute Autorité de Santé – Février 2013