



Le devenir de l'anorexie mentale de l'adolescence: à propos de 144 cas suivi de l'expérience nancéienne

Solen Kermarrec

► To cite this version:

Solen Kermarrec. Le devenir de l'anorexie mentale de l'adolescence: à propos de 144 cas suivi de l'expérience nancéienne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01732051

HAL Id: hal-01732051

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732051>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

Année 2005

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 16

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Solen KERMARREC

le 21 mars 2005

LE DEVENIR DE L'ANOREXIE MENTALE

DE L'ADOLESCENCE :

A propos de 144 cas.

Suivi de l'expérience nancéienne.

Examineurs de la thèse :

Mme C. VIDAILHET

Professeur

Président

M. M. VIDAILHET

Professeur

}

M. D. SIBERTIN-BLANC

Professeur

}

M. F. FEILLET

Professeur

} Juges

M. B. KABUTH

Docteur

}

Mlle A.C. RAT

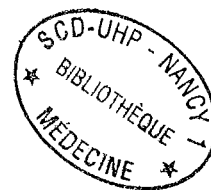
Docteur

}



24 MARS 2005

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE



Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Solen KERMARREC

le 21 mars 2005

**LE DEVENIR DE L'ANOREXIE MENTALE
DE L'ADOLESCENCE :
A propos de 144 cas.
Suivi de l'expérience nancéienne.**

Examineurs de la thèse :

Mme C. VIDAILHET	Professeur	Président
M. M. VIDAILHET	Professeur	}
M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	}
M. F. FEILLET	Professeur	} Juges
M. B. KABUTH	Docteur	}
Mlle A.C. RAT	Docteur	}



UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF
Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Présidente de thèse

Madame le Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Émérite de Pédopsychiatrie

Nous éprouvons une grande fierté de vous avoir en qualité de présidente de notre jury de thèse.

Au fil des mois passés dans votre service, nous avons pu apprécier vos qualités humaines et professionnelles, votre disponibilité et votre sens de l'enseignement qui ont déterminé notre orientation professionnelle et qui resteront pour nous des modèles.

Nous sommes fière d'avoir été l'une de vos élèves et nous vous remercions pour l'accueil bienveillant que vous nous avez toujours réservé et la confiance que vous nous avez manifestée en toute circonstance.

Qu'il nous soit permis de vous témoigner par ce travail, notre plus vive gratitude, notre profond respect et notre admiration.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Michel VIDAILHET

Professeur de Pédiatrie

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous sommes très reconnaissante de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Nous avons eu la chance et le plaisir de travailler à vos côtés et de bénéficier de votre culture et de votre intérêt à faire partager vos connaissances. Nous avons également apprécié la rigueur de votre pensée.

La compétence, l'expérience clinique et le dévouement que vous mettez sans relâche au service des enfants et de leurs parents restent pour nous exemplaires.

Recevez ici, par ce travail, le modeste témoignage de notre estime et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous faite l'honneur de bien vouloir juger ce travail.

Nous avons eu la chance de bénéficier, tout au long de nos quatre années d'internat, de la richesse de votre expérience théorique et de votre approche clinique de l'enfant.

D'emblée, l'étendue de vos connaissances, votre profond respect d'autrui et votre sens aigu de clinicien nous sont apparus comme des références dans l'exercice de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur François FEILLET

Professeur de Pédiatrie

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse.

Nous connaissons l'intérêt que vous portez à cette pathologie complexe et nous nous réjouissons de notre prochaine collaboration professionnelle.

Veillez recevoir, avec nos remerciements, l'expression de notre gratitude et de notre respect.

A notre Juge

Monsieur le Docteur Bernard KABUTH

Praticien Hospitalier en Pédopsychiatrie

Docteur en Psychologie

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, mais surtout celui de nous accepter au sein de votre équipe.

Nous sommes honorée de l'intérêt que vous avez porté à cette thèse tout au long de son élaboration et de nous avoir guidée dans le cheminement de nos idées.

Vos vastes connaissances théoriques et votre expérience clinique sont pour nous très enrichissantes.

Nous admirons votre dévouement pour vos patients, votre disponibilité, votre gentillesse et votre dynamisme dans toutes les circonstances.

Que ce travail soit pour vous, l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre Juge

Mademoiselle le Docteur Anne-Christine RAT

Praticien Attaché

Au Service d'Epidémiologie et évaluation cliniques du C.H.U. de Nancy

Nous vous sommes très reconnaissante de juger cette thèse.

Nous vous remercions de l'aide précieuse que vous nous avez apportée en réalisant l'analyse statistique de notre étude.

Nous avons apprécié votre disponibilité et vos conseils tout au long de l'élaboration de ce travail.

Nous vous prions de recevoir l'expression de notre reconnaissance et de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Festus BODY LAWSON

Praticien Hospitalier en Pédopsychiatrie

Nous vous remercions du soutien et des conseils que vous nous avez apportés, avec beaucoup de spontanéité, durant la réalisation de cette thèse.

Vous nous avez confié des renseignements précieux sur la pathologie anorexique.

Nous vous adressons notre profonde reconnaissance et notre sincère amitié.

A Monsieur le Docteur BLANC
A Madame le Docteur SAVONNIERE
A Monsieur le Docteur CLAUDOT
A Madame le Docteur LE DUIGOU
A Mademoiselle le Docteur MAAZI
A Mademoiselle le Docteur SIBIRIL
A Monsieur le Docteur LAVILLAT
A Monsieur le Docteur BEAU
A Madame le Docteur VERRA DE REN
A Madame le Docteur PICHOT
A Madame le Docteur MANGIARDI

En remerciement de la formation et de l'expérience dont j'ai
bénéficié au cours de mes stages d'interne.

Aux équipes soignantes qui ont participé à ma formation.

A tous les anciens patients,
Qui ont accepté de participer à notre étude, se dévoilant ouvertement et avec beaucoup
de sincérité.
Avec toute notre gratitude, je leur souhaite le meilleur avenir possible.

A mes parents,

Pour tout l'amour, le soutien et la patience que vous m'avez apportés tout au long de mes études de médecine. Que ce travail soit le modeste témoignage de tout l'amour que je vous porte.

A mes sœurs, Anne et Gwénola,

Pour tout votre soutien et votre encouragement durant ce travail et dans bien d'autres choses. En témoignage de notre complicité, malgré la distance, et avec toute mon affection.

A Karl et à Pierre-Yves,

Pour la bienveillance et l'attention que vous m'avez toujours portées.

A ma grand-mère maternelle,

Pour ton dynamisme et ta joie de vivre permanents.

A toute ma famille, présente et absente,

Avec ma gratitude.

A Edith et Manu,

Pour notre amitié.

A Murielle, Anne, Cyril, Mathieu, Marilyne, Solène, Manue et tous ceux que je n'ai pas cités mais qui sont à mes côtés.

Pour le soutien, la présence et l'écoute durant ces longues années d'étude mais surtout pour tous les bons moments passés et à venir.....

A Marie-Chantal,

Pour ton aide, ta disponibilité et tes conseils éclairés bien au-delà de ce travail, mais surtout pour notre amitié

A tous mes collègues et amis internes.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE ET ABREVIATIONS

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	26
1^{ERE} PARTIE : DONNEES ACTUELLES SUR L'ANOREXIE MENTALE	29
1.1. RAPPEL HISTORIQUE ET EVOLUTION DU CONCEPT	30
1.1.1. D'AVICENNE à LASEGUE : les débuts de l'histoire	30
1.1.2. De 1873 à nos jours	33
1.1.2.1. Première période : l'inanition hystérique de LASEGUE et GULL	33
1.1.2.2. Deuxième période : la période somatique	34
1.1.2.3. Troisième période : le retour à la conception psychologique	35
1.1.2.4. Quatrième période : les dernières recherches	36
1.2. EPIDEMIOLOGIE	39
1.2.1. Morbidité	40
1.2.2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	41
1.2.2.1. Répartition selon le sexe et l'âge	41
1.2.2.2. Origine ethnique	42
1.2.2.3. Origine sociale et milieux à risque	43
1.2.2.4. Age de début	44
1.2.2.5. Facteurs familiaux	44
1.3. DEFINITION ET CLINIQUE	45
1.3.1. Critères diagnostiques	45
1.3.1.1. Critères diagnostiques de la CIM 10	45
1.3.1.2. Critères du DSM IV	46
1.3.1.3. Critères de FEIGHNER	47
1.3.2. Diagnostic clinique	48
1.3.2.1. Présentation clinique	48
• La conduite anorexique	49
• L'amaigrissement	50
• L'aménorrhée	51
• L'hyperactivité	51
• La perception déformée de l'image du corps	52
• Le désintérêt pour la sexualité	52
• La vie relationnelle	52
• L'absence de trouble psychiatrique associé	53
1.3.2.2. Examen physique	53
1.3.3. Diagnostic différentiel	54
1.3.3.1. Affections organiques avec amaigrissement	55
1.3.3.1. Affections psychiatriques avec amaigrissement	56
1.3.4. Troubles somatiques et biologiques associés	56
1.3.4.1. Troubles endocriniens	56
1.3.4.2. Troubles métaboliques	58
1.3.4.3. Troubles hydroélectrolytiques	58

1.3.4.4. Troubles hématologiques	59
1.3.4.5. Troubles hépato-digestifs	59
1.3.4.6. Troubles cardiaques	59
1.3.4.7. Troubles rénaux	59
1.3.4.8. Troubles osseux	60
1.3.5. Facteurs de gravité	60
1.4. THERAPEUTIQUE	61
1.4.1. Principes généraux	61
1.4.2. Objectifs du traitement	62
1.4.3. Modalités du traitement	63
1.4.3.1. L'hospitalisation	63
• Le contrat d'hospitalisation	64
• La réalimentation	64
• La séparation thérapeutique	65
• La thérapie institutionnelle	66
1.4.3.2. Les psychothérapies	66
• Les psychothérapies de soutien	67
• Les psychothérapies cognitivo-comportementales	67
• Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique	68
• Les groupes thérapeutiques	68
1.4.3.3. La pharmacothérapie	69
1.4.3.4. La prise en charge de la famille	70
• Le groupe de parents	70
• La thérapie familiale	70
1.4.3.5. La prise en charge ambulatoire	71
1.4.3.6. Conclusion	72
 2^{EME} PARTIE : ETUDES DE DEVENIR	 73
2.1. METHODOLOGIE DES ETUDES DE DEVENIR	74
2.1.1. Problèmes méthodologiques	74
2.1.2. Echelles d'évaluation	76
2.1.2.1. Evaluation des troubles des conduites alimentaires	76
• Echelles d'auto-évaluation	76
• Echelles d'hétéro-évaluation	79
2.1.2.2. Evaluation des troubles psychiatriques associés	82
• Echelles d'auto-évaluation	82
• Echelles d'hétéro-évaluation	83
2.1.2.3. Echelles de personnalité	84
2.2. RESULTATS DES ETUDES DE DEVENIR	84
2.2.1. Résultats généraux	84
2.2.1.1. Etudes à moyen terme	85
2.2.1.2. Etudes à long terme	86

2.2.1.3. Etudes spécifiques à l'adolescence	87
2.2.2. Résultats détaillés	88
2.2.2.1. Evolution somatique	88
• Le poids et l'IMC	88
• Le cycle menstruel	89
• Maternité	89
• Troubles somatiques	90
• Mortalité	90
2.2.2.2. Evolution du comportement alimentaire	92
2.2.2.3. Evolution psychologique	93
2.2.2.4. Evolution psychosociale	94
• Insertion professionnelle	94
• Relations interpersonnelles	94
• Relations familiales	95
2.2.3. Facteurs pronostiques	95
2.2.3.1. L'âge de début de l'anorexie	96
2.2.3.2. La perte de poids initiale	96
2.2.3.3. La durée des symptômes avant l'admission	96
2.2.3.4. L'hyperactivité et les conduites de régime	97
2.2.3.5. Les vomissements	97
2.2.3.6. L'hospitalisation	97
2.2.3.7. La structure et l'attitude familiales	97
2.2.3.8. La composante psychologique	98
2.2.3.9. Les abus sexuels	99
2.2.3.10. L'évolution à moyen terme	99
 2.3. DESCRIPTION DE DEUX ETUDES DE DEVENIR	 100
 2.3.1. Etude de JEAMMET (1991)	 100
2.3.1.1. Sujets	100
2.3.1.2. Méthodes	101
2.3.1.3. Résultats	102
2.3.2. Etude de GRANDVOINET (1998)	104
 3^{EME} PARTIE : NOTRE ETUDE	 106
 3.1. INTRODUCTION	 107
3.1.1. Justification de l'étude	107
3.1.2. Objectifs de l'étude	108
 3.2. LA PRISE EN CHARGE A L'HOPITAL D'ENFANTS DE BRABOIS	 109
3.2.1. L'hospitalisation en service de réanimation	112
3.2.2. L'hospitalisation en service de psychiatrie	112
3.2.3. Les objectifs de l'hospitalisation sont triples	112
3.2.4. Les modalités de l'hospitalisation	113
3.2.4.1. Le contrat de poids	113
3.2.4.2. La séparation thérapeutique	114

3.2.4.3. La Nutrition Entérale Nocturne à Débit Constant (NENDC)	114
3.2.4.4. Le travail institutionnel	115
3.2.4.5. L'approche psychothérapique individuelle	115
3.2.4.6. L'approche familiale	116
3.2.4.7. Le recours à la pharmacothérapie	117
3.3. METHODOLOGIE	118
3.3.1. Type d'étude	118
3.3.2. Population étudiée	118
3.3.3. Echantillon étudié	118
3.3.3.1. Critères d'inclusion	119
3.3.3.2. Critères de non inclusion	119
3.3.4. Indicateurs étudiés	119
3.3.4.1. Critères de jugement	119
3.3.4.2. Méthodes et moment du recueil des données	121
3.3.4.3. Evaluation complète du devenir	122
3.3.5. Traitement des non-réponses	122
3.3.6. Analyse statistique	123
3.3.6.1. La saisie des données	123
3.3.6.2. Les analyses statistiques	123
3.3.7. Organisation logistique	124
3.3.7.1. Information et garantie éthique	124
3.3.7.2. Modalités de contact	125
3.4. RESULTATS	126
3.4.1. Interprétation statistique	126
3.4.2. Etude descriptive	127
3.4.2.1. Notre échantillon en 2004	127
3.4.2.2. Caractéristiques des patients lors de la prise en charge initiale	128
3.4.2.3. Prise en charge initiale de l'anorexie mentale	130
3.4.2.4. Prise en charge entre la période initiale et 2004	130
3.4.2.5. Caractéristiques cliniques de l'échantillon en 2004	131
3.4.2.6. Evaluation du devenir en 2004	132
3.4.2.7. Comparaison des échantillons en 1998 et 2004	139
3.4.3. Analyse bivariée	141
3.4.3.1. Scores des questionnaires de 2004 en fonction des antécédents personnels	142
3.4.3.2. Scores des questionnaires de 2004 en fonction des caractéristiques familiales initiales à l'admission	143
3.4.3.3. Scores des questionnaires de 2004 en fonction des caractéristiques démographiques et cliniques initiales à l'admission	144
3.4.3.4. Scores des questionnaires de 2004 en fonction de la prise en charge initiale de l'anorexie mentale	145
3.4.3.5. Scores des questionnaires de 2004 en fonction de la prise en charge intermédiaire de l'anorexie mentale	146
3.4.4. Analyse multivariée	148
3.4.4.1. Modélisation du score au HSCL	149
3.4.4.2. Modélisation du score à l'EAT-40	149

3.4.4.3. Modélisation du score à la LECE	150
3.5 DISCUSSION	152
3.5.1. Résultats principaux	152
3.5.1.1. Apport de notre étude	152
• Taille de notre échantillon	152
• Hétérogénéité de notre étude	153
• Evolution d'un sous-groupe à 6 ans d'intervalle	153
3.5.1.2. Validité méthodologique des résultats	154
3.5.2. Comparaison avec deux autres études de devenir de l'anorexie mentale	155
3.5.2.1. Les caractéristiques familiales	155
3.5.2.2. L'âge au début de la prise en charge	156
3.5.2.3. La perte de poids initiale	157
3.5.2.4. Le délai de prise en charge initiale	157
3.5.2.5. L'utilisation de la NENDC	158
3.5.2.6. Le devenir global	158
3.5.2.7. Le devenir de la triade symptomatique classique	159
3.5.2.8. L'évaluation de la personnalité	160
3.5.2.9. La vie affective	161
3.5.2.10. La réadaptation socioprofessionnelle	161
• Sociabilité	161
• Occupation (études ou profession)	162
3.5.2.11. La mortalité	162
3.5.2.12. La prise en charge spécialisée	163
3.5.2.13. Les facteurs pronostiques	163
3.5.3. Limites et critiques de notre étude	164
3.5.3.1. Notre méthodologie	164
3.5.3.2. Notre effectif	165
3.5.3.3. Le sex-ratio de notre échantillon	166
3.5.3.4. Notre expérience	167
3.5.4. Perspectives	167
 CONCLUSION	 169
 ANNEXES	 172
Annexe 1- Courrier adressé à un ancien patient	173
Annexe 2- Questionnaire général	174
Annexe 3- Questionnaire EAT-40	176
Annexe 4- Questionnaire HSCL	178
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 180

ABRÉVIATIONS

B.D.I.: Beck Depression Inventory
B.M.I.: Body Mass Index
B.P.R.S.: Brief Psychiatric Rating Scale
C.I.M. 10 : Classification Internationale des Maladies (10^{ème} version de l'Organisation Mondiale de la Santé)
D.S.M.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
E.A.T.: Eating Attitudes Test
E.D.I.: Eating Disorder Inventory
F.S.H.: Hormone folliculostimulante (gonadostimuline ou gonadotrophine)
G.C.S.: Global Clinical Score
G.H.: Growth Hormone (hormone de croissance)
H.A.M.A.: Hamilton Anxiety
H.A.M.D.: Hamilton Depression
H.S.C.L.: Hopkins Symptom Check List
I.G.F.1: Insulin-like Growth Factor = somatomédine
I.M.C.: Indice de Masse Corporelle
I.R.M.: Imagerie par Résonance Magnétique
I.S.R.S.: Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine
L.D.L.: Low Density Lipoprotein
L.E.C.E.: Liste d'Evaluation Clinique par l'Examineur
L.H.: Luteinizing Hormone = hormone lutéostimulante ou lutéinisante (gonadostimuline ou gonadotrophine)
L.H.-R.H.: Luteinizing Hormone-Releasing Hormone = gonadolibérine élaborée par l'hypothalamus, contrôle la sécrétion par l'antéhypophyse de la LH et la FSH
M.M.P.I.: Minnesota Multiphasic Personality Inventory
M.M.P.W.: Matched Population Mean Weight (poids moyen cible de la population)
N.E.N.D.C.: Nutrition Entérale Nocturne à Débit Constant
N.F.S.: Numération Formule Sanguine
P.T.T.: Poids Théorique pour la Taille
S.A.S.: Statistical Analysis System
S.C.A.N.: Setting Conditions for Anorexia Nervosa
S.C.L.: Symptom Check List
T.A.S.: Toronto Alexithymia Scale
T.A.T.: Thematic Aperception Test
T.O.C.: Trouble Obsessionnel Compulsif
T3: Triiodothyronine (hormone thyroïdienne)
T4: Thyroxine (hormone thyroïdienne)
T.R.H.: Thyrotropin-Releasing Hormone = Thyréolibérine déclenchant la sécrétion de thyrostimuline
T.S.H.: Thyrostimuline hypophysaire
V.S.: Vitesse de Sédimentation

INTRODUCTION

C'est lors de notre premier stage d'interne de spécialité dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à l'Hôpital d'Enfants du CHU de NANCY-Brabois, que nous avons pris en charge pour la première fois des adolescents anorexiques mentaux.

Malgré l'existence de signes cliniques constants, la complexité de cette pathologie nous a intriguée. Tenter de décrypter cette complexité nous est apparu indispensable pour comprendre le trouble et optimiser nos prises en charge futures. Comme tous médecins, nous nous posons toujours la question du devenir de nos patients. Appréhender l'évolution et le devenir à long terme constitue un volet important de la compréhension de l'anorexie mentale de l'adolescence. La complexité de cette pathologie est fortement intriquée à l'âge de la vie où elle apparaît. En effet, l'adolescence, est une période souvent fragile, source de remaniements parfois majeurs du sujet et propice au développement de pathologies telles que l'anorexie mentale.

Depuis plusieurs années, les modèles de compréhension de l'anorexie mentale post-pubère ont évolué, se recentrant sur la problématique de l'adolescence comme le rappelle WILKINS¹. L'anorexie mentale témoigne de l'impasse dans laquelle se trouvent ces adolescents. Elle interagit avec chacune des caractéristiques de l'adolescence, à savoir l'acceptation du corps pubère et de la sexualité, l'obligation de remaniements narcissiques et objectaux permettant le nécessaire processus de séparation-individuation et les évolutions en terme de socialisation et de compétence personnelle.

Perturbant le travail développemental de l'adolescence, la survenue de l'anorexie mentale nous interpelle quant au devenir de ces adolescents et au rattrapage possible qu'ils feront au cours des différentes étapes de leur vie.

Les études concernant le devenir des anorexiques restent donc importantes, non seulement pour la collecte des données scientifiques, mais surtout pour nous aider à développer les modèles de compréhension de la pathologie. Par ailleurs, dégager des facteurs pronostiques ou évaluer une certaine prise en charge ne peut se faire que si l'on connaît bien la population concernée et son évolution.

C'est avec ces objectifs que nous avons sollicité à Madame le Professeur VIDAILHET et au Professeur VIDAILHET, l'autorisation d'entreprendre ce travail d'évaluation du devenir à moyen et à long terme des adolescents pris en charge pour une anorexie

mentale dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de pédiatrie au CHU de NANCY-Brabois.

Dans la première partie de ce travail, nous retraçons un état des lieux des données actuelles de l'anorexie mentale en exposant l'évolution du concept d'anorexie mentale, la présentation clinique, les critères diagnostiques et les principales méthodes de prise en charge.

Dans la deuxième partie, nous détaillons les méthodologies et les résultats des principales études internationales de devenir de l'anorexie mentale.

Enfin, dans la troisième partie, nous détaillons notre étude personnelle menée au CHU de NANCY-Brabois. Après un rappel sur la prise en charge locale de l'anorexie mentale, nous développons notre méthodologie et nous exposons nos résultats. Une discussion comparera nos résultats à ceux de la littérature.

1^{ère} partie
DONNEES ACTUELLES SUR
L'ANOREXIE MENTALE

1.1. RAPPEL HISTORIQUE ET EVOLUTION DU CONCEPT

L'anorexie mentale a réellement acquis son statut d'entité clinique grâce aux descriptions cliniques de GULL en Angleterre et de LASEGUE en France, il y a un peu plus d'un siècle, comme le rappelle PEWZNER-APELOIG² décrivant le jeûne comme un « phénomène intrigant, voire mystérieux ».

Mais bien avant ces deux auteurs et malgré sa rareté, de nombreux auteurs ont décrit ce comportement alimentaire, comme en témoigne une littérature riche.

Sans être exhaustif, nous allons retracer l'évolution du concept d'anorexie mentale jusqu'à nos jours, en se référant aux descriptions de certains auteurs qui ont contribué à mieux appréhender ce trouble alimentaire, encore si énigmatique de nos jours.

1.1.1. D'AVICENNE à LASEGUE : les débuts de l'histoire

Sur le plan historique, la description concernant l'anorexie mentale considérée comme la première est celle d'AVICENNE³, au XI^{ème} siècle de notre ère.

En effet, AVICENNE, médecin, philosophe et mystique arabo-islamique en Iran, rapporte dans son *Canon de la Médecine* le cas d' « un jeune prince qui se meurt de ne plus consentir à se nourrir... », précisant que le jeune homme présentait également un syndrome dépressif. AVICENNE le soigna alors avec succès.

Cependant, en 865, en Bavière, un autre cas avait été décrit par un moine, soucieux de transmettre surtout l'aspect miraculeux de l'histoire de Friderada Von Treuchtlingen.

A sa guérison d'une maladie inconnue, qui dura deux ans, d'après le moine, Friderada fit preuve d'un appétit immodéré curieusement associé à un affaiblissement général, l'obligeant à s'aider de béquilles.

Elle fut alors confiée au monastère de Sainte Walburgis, à MONHEIM (Bavière), réputé pour ses miracles.

Le « premier miracle » eut lieu après une journée de prière et se traduisit par la disparition de sa paraparésie débutante ainsi que de ses accès boulimiques, remplacés par une perte d'appétit. Dégoûtée par la nourriture, elle réduisit progressivement ses apports alimentaires, ne se nourrissant que de laitages et vomissant après chaque prise alimentaire. Finalement, au bout de six mois, elle cessa totalement de manger. Mais, sous l'injonction d'une religieuse, elle avala un petit morceau de viande. Elle perdit alors la vue.

De retour au monastère, et après deux jours de prières un « deuxième miracle » lui permit de retrouver la vue.

L'évêque ordonna alors que la jeune fille soit placée sous haute surveillance pendant six mois pour vérifier la persistance de son jeûne. Devant cette réalité, Friderada accéda alors au statut des miraculés de Sainte Walburgis.

Cette description révèle plusieurs signes majeurs de l'anorexie mentale mais également d'autres signes évoquant plutôt une conversion hystérique qu'il faut replacer dans le contexte religieux de l'époque.

Un autre cas historique d'anorexique mystique est intéressant à évoquer. Il s'agit de l'histoire de Catherine de Sienne, qui décéda de son anorexie et fut ensuite canonisée^{2,3}. Née en 1347 à Sienne en Italie, Catherine fut immédiatement séparée de sa sœur jumelle Giovanna. Giovanna fut confiée à une nourrice mais décéda rapidement. Catherine, elle, fut nourrie par sa mère, devenant un bébé solide et ne fut sevrée qu'à l'âge de deux ans. Il semble qu'elle ait eu une enfance heureuse ainsi qu'une éducation religieuse conforme à celle de toutes les fillettes de sa condition à son époque.

Mais, vers six ou sept ans, elle eut sa première vision qu'elle garda longtemps secrète : Jésus lui sourit. Elle se priva alors définitivement de viande.

Plus tard, à la puberté, elle s'opposa fermement au projet de mariage désiré par sa mère, ne voulant que le Christ pour seul époux.

Elle entama alors son parcours fatal, s'imposant des pénitences, des mortifications, n'absorbant plus que du pain, des herbes crues et de l'eau, perdant rapidement la moitié de son poids. Puis, toujours contre la volonté de sa mère, elle entra dans l'ordre des dominicains et oeuvra pour sauver l'Eglise en rétablissant la papauté à Rome.

Malgré ses efforts, elle ne put empêcher le schisme de l'Occident et l'élection d'un anti-pape en Avignon et décida de se sacrifier pour l'Eglise, ne s'alimentant plus que de

l'Eucharistie tout en conservant une hyperactivité quelque temps. Elle mourut au bout de trois mois en 1380.

Ce cas rejoint, par certains aspects, les anorexiques d'aujourd'hui : la volonté extrême, le refus de soumission avec une négation totale de son corps et de ses souffrances. La relation conflictuelle avec une mère possessive décidant des choix les plus intimes de sa fille et programmant la vie de celle-ci. Ce qui se retrouve encore de nos jours. Alors que Catherine est en demande d'amour de la part de sa mère, celle-là lui renvoie ce message : devoir, santé, réussite. Il est reçu de façon déformée par Catherine et se traduit par son anorexie, cherchant à atteindre la perfection pour l'époque : la Sainteté. PEWZNER-APELOIG² met en lumière la dimension sacrificielle de la conduite anorexique à travers l'histoire de Simone WEIL, philosophe française, décédée en 1943 de complications de son anorexie mentale, ayant toujours refusé la filiation, sa féminité et son corps.

Jusqu'au XVI^{ème} siècle, ces cas de jeunes filles jeûnant jusqu'au refus alimentaire complet sont essentiellement décrits dans la littérature théologique. A l'image de Catherine de Sienne, ces conduites sont souvent assimilées à un signe d'élection divine, justifiant la canonisation par l'église. Mais ce comportement pouvait également laisser entrevoir une possession démoniaque et conduire ces jeunes femmes au bûcher, surtout après l'an 1500, quand se développa une méfiance grandissante envers ces anorexiques. Et au modèle de sainteté féminine basée sur l'ascèse, on préféra alors celui de bienfaitrice.

Du XVI^{ème} au XVIII^{ème} siècle les quelques descriptions de cas de refus alimentaire étaient essentiellement expliquées par des causes surnaturelles. Mais, les médecins, intrigués par ces comportements, leur consacrent quelques travaux dans le but principal de savoir si l'on pouvait jeûner indéfiniment.

Progressivement, l'idée d'une intervention divine ou satanique pour expliquer ces jeûnes laissa place à l'affirmation d'une pathologie.

Ainsi, Richard MORTON^{3,4}, dont l'ouvrage *Phthisiologia, or a Treatise of consumption* a été publié à Londres en 1689, passe pour être l'auteur du premier compte-rendu d'anorexie mentale détaillé de toute la littérature médicale avec le cas de Miss Duke. Il appelle cet état une « consommation nerveuse » dont l'amaigrissement serait différent de

celui qui accompagne « les autres affections nerveuses ». Il fut le premier précurseur de la séparation familiale.

Par la suite, un anglais, WHYTT (1767) et un français, NAUDEAU (1789) décrivent des cas dont la symptomatologie se rapproche beaucoup de celle rapportée aujourd'hui.

1.1.2. De 1873 à nos jours

La véritable individualisation de l'anorexie mentale comme entité clinique découle de l'effort nosographique du XIX^{ème} siècle qui permet dès lors de résumer son histoire en trois périodes^{5,6}.

1.1.2.1. Première période : l'inanition hystérique de LASEGUE et GULL

Classiquement, on attribue à LASEGUE, en France et à GULL en Angleterre les premières descriptions cliniques de l'anorexie mentale où ils faisaient référence à l'hystérie et à un trouble du tractus digestif.

LASEGUE parle d'abord d'*anorexie hystérique* (« faute de mieux » dit-il), puis en 1883, d'**anorexie mentale** grâce aux travaux de HUCHARD.

GULL parle d'*aepsie hystérique* (aepsia hysterica) qui évolue, en 1873 en **anorexia nervosa** devant l'absence de déficience en pepsine gastrique.

Dans la description de LASEGUE⁷, trois phases se succèdent :

- 1^{ère} phase : La restriction alimentaire serait d'abord justifiée par des douleurs gastriques, puis poursuivie malgré leur disparition.
- 2^{ème} phase : La jeune fille poursuit, de façon paradoxale, sa perte pondérale, en justifiant son arrêt alimentaire pour stopper les douleurs. LASEGUE parle de « perversion mentale ».
- 3^{ème} phase : La jeune fille nie son état cachectique et exprime un bien-être et un « optimisme inexpugnable » avec une attitude proche de la « belle indifférence » de l'hystérique faisant parler alors LASEGUE d' « anorexie hystérique ».

A cette époque déjà, ces auteurs insistent sur l'attitude de l'entourage, celle des médecins pour le traitement et celle de la famille dont la présence est considérée comme nocive, « les plus mauvais gardiens possibles ». Dès 1885, CHARCOT fut l'initiateur de la séparation et de l'isolement thérapeutique.

En 1903, JANET, dans son ouvrage *Les Obsessions et la Psychasthénie*, décrit et distingue les formes obsessionnelle, psychasthénique et hystérique de la maladie. Au sujet d'une certaine Nadia, il écrit : « L'embonpoint n'est pas considéré seulement du point de vue de la coquetterie, il présente aux yeux de la malade quelque chose d'immoral ; la honte s'étend à l'acte de manger ». Il considère l'anorexie mentale comme un trouble névropathique.

En 1908, Gilles de la TOURETTE tente de séparer les anorexies mentales primaire et secondaire et évoque la notion de trouble de la perception du corps et de la nourriture renforçant la théorie de l'origine psychique de la pathologie.

1.1.2.2. Deuxième période : la période somatique

Après ces descriptions princeps qui ont le mérite de mettre en valeur l'origine « morale et nerveuse » de l'affection, une période de relative confusion est dominée par les travaux de SIMMONDS qui en 1914 décrit un syndrome nouveau : la cachexie panhypophysaire. Pendant plusieurs années, l'anorexie mentale est alors confondue avec cette affection organique, expliquant le symptôme par des troubles endocriniens.

Mais, en 1937, la description de la nécrose antéhypophysaire du post-partum par SHEEHAN démontre que les signes cliniques de l'anorexie mentale ne sont pas similaires à la nécrose antéhypophysaire d'origine ischémique.

Progressivement, la théorie d'une origine psychique de la maladie redevient prédominante, notamment devant l'échec des traitements hormonaux et les succès obtenus parallèlement par les psychiatres grâce à l'isolement. DECOURT, endocrinologue et fervent défenseur de l'origine psychique de la maladie écrira en 1954 : « On voit encore mourir des malades que les médecins anciens eussent, à coup sûr, guéris ».

1.1.2.3. Troisième période : le retour à la conception psychologique

Après la période organiciste de la maladie, on assiste au retour en force de la conception psychologique de l'anorexie mentale, conception toujours soutenue par les psychiatres de l'époque.

De nombreux travaux de recherche français et étrangers sont alors publiés, offrant une diversité de méthodes psychothérapiques dont chacune allait essayer de rendre compte de l'affection : phénoménologie, psychanalyse, approche comportementale, théories systémiques familiales.

Pour JEAMMET⁶, il faut distinguer deux sous périodes :

- **Avant 1960**, c'est surtout le modèle de la névrose qui sert de base aux travaux de recherches psychopathologiques. Des études catamnésiques sont entreprises ainsi qu'une évaluation du pronostic. Sur le plan thérapeutique, la nécessité d'un isolement thérapeutique est largement reconnu et peut être associé à de nouvelles méthodes : l'électronarcose, la chimiothérapie et diverses méthodes psychothérapiques⁴.

- **Après 1960**, de très nombreux travaux sur l'anorexie mentale sont publiés, affinant notamment le diagnostic en distinguant les anorexies primaire et secondaire, cette dernière étant rattachée à une pathologie psychiatrique sous-jacente et n'entrant donc pas dans le cadre de l'anorexie mentale⁴.

Les facteurs relationnels et de personnalité ainsi que l'influence familiale sont pris en compte à côté des symptômes dans l'évaluation du devenir.

Plusieurs auteurs, orientés par le modèle psychosomatique (ALEXANDER, 1939), tentent de définir l'organisation structurale de l'anorexie mentale dans des travaux psychanalytiques.

Citons, aux Etats-Unis, BRUCH : *The golden cage : The enigma of anorexia nervosa* (1968), *Les yeux et le ventre* (1973)⁴, SOURS : *Starving to death in a sea of objects* (1980), en France, KESTEMBERG et DECOBERT : *La faim et le corps* (1972)⁸ et BRUSSET : *L'assiette et le miroir* (1977)⁹.

Simultanément, les méthodes thérapeutiques se multiplient et font appel à l'approche systémique familiale développée en Italie par SELVINI dans *L'anorexie mentale* (1965) et *Self starvation* (1974-1978).

Cette période se caractérise surtout par la grande diversité des approches explicatives et thérapeutiques de la pathologie : approches psychanalytique, comportementale, biologique et systémique familiale. Cette pluralité des approches rend alors compte d'une conception multifactorielle de l'anorexie mentale qui prévaut toujours et peut parfois donner une impression de confusion et de contradiction devant des optiques différentes.

Malgré de possibles controverses sur les aspects psychologiques, les progrès en neurophysiologie montrent que les anomalies endocriniennes ne sont en aucun cas primitives et que l'hypophyse elle-même est régulée par les centres diencephaliques, influencés à leur tour par le cortex.

1.1.2.4. Quatrième période : les dernières recherches

Récemment, l'attention des cliniciens s'est plus particulièrement portée sur plusieurs notions qui ont guidé leurs recherches :

- La prise en compte de l'ensemble des troubles alimentaires de l'adolescence d'un point de vue épidémiologique mais aussi descriptif montrant la fréquente association anorexie- boulimie.
- La perspective dynamique nouvelle concernant la dépendance et les pathologies qui y sont liées considère l'anorexie mentale comme une tentative de contrôler une dépendance en particulier, une avidité orale ressentie de façon insupportable par l'adolescent. En 1991, VENISSE¹⁰, inclut l'anorexie mentale dans les « nouvelles addictions » rencontrées à l'adolescence.
- L'étude approfondie du fonctionnement psychique des sujets anorexiques, suggérant notamment l'existence d'un lien avec l'alexithymie.

JEAMMET¹¹, qui constatait que seulement 24% des patients revus en entretien présentaient un bon insight, est l'un des premiers cliniciens à s'intéresser à cette dimension psychologique dans l'anorexie mentale.

D'autres auteurs ont essayé d'établir une corrélation entre l'anorexie mentale et l'alexithymie qui est définie étymologiquement par l'incapacité à lire ses émotions.

Dans une étude publiée en 1993, SCHMIDT¹² a observé au TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) des taux d'alexithymie de 56% chez des anorexiques restrictives pures et de 48% chez des anorexiques boulimiques sur un échantillon de 173 sujets. Ces résultats sont significativement supérieurs aux témoins. N'observant pas de corrélation entre alexithymie et dépression, SCHMIDT pense que l'alexithymie serait une caractéristique durable chez ces sujets et une prise en charge psychothérapique et médicamenteuse par antidépresseurs ne montrerait pas d'amélioration des scores au TAS-20.

Il suggère également que l'absence de corrélation significative avec la durée de la maladie témoignerait d'une stabilité dans le temps de ce fonctionnement psychique.

En 2000, dans une étude portant sur l'alexithymie dans les troubles des conduites alimentaires, CORCOS¹³ observe des scores d'alexithymie plus élevés chez les anorexiques mentaux que chez les témoins, confirmant les travaux déjà publiés sur l'importance de la dimension alexithymique de la pathologie. Ainsi, 54,5% des anorexiques seraient alexithymiques selon les critères du TAS-20. Chez ces sujets, le fonctionnement alexithymique est surtout centré sur la difficulté à identifier ses émotions. CORCOS¹³ souligne qu'il n'est pas rare, d'observer chez les anorexiques « l'impossibilité voire l'incapacité à percevoir certaines émotions, la maîtrise totale des relations interpersonnelles (expression des sentiments éprouvés par l'autre, et ressenti des émotions provoquées par l'autre) avec coupure soma-psyché et déconnexion de l'émotion de son origine charnelle »¹³.

En 2001, DETHIEUX¹⁴ met en évidence un fonctionnement alexithymique fréquent chez des adolescentes anorexiques mais également des scores élevés au TAS-20 chez leur père avec une corrélation entre ces scores et ceux de leur fille anorexique. Dans son étude, les mères n'apparaissent pas alexithymiques. L'auteur suggère de s'intéresser à la

place du père dans la psychogenèse de la maladie et encourage les « approches thérapeutiques favorisant l'expression des émotions par le biais de médiations diverses »¹⁴.

- Le rapport entre l'anorexie mentale et le trouble obsessionnel compulsif a été examiné par DE SILVA¹⁵, présentant des données significatives tirées d'une vaste série de cas cliniques. En 2001, KIPMAN¹⁶ étudie l'anorexie mentale et les troubles obsessionnels compulsifs ou la personnalité obsessionnelle en confrontant différents types d'approches : clinique, psychopathologique, biologique et génétique. Par une revue de la littérature, l'auteur retrace les liens indiscutables entre ces deux types de pathologies.

- D'autres recherches mettent l'accent sur le caractère familial, sur le rôle des neurotransmetteurs, et plus récemment, de neuropeptides impliqués dans le contrôle de la prise alimentaire et de la satiété¹⁷.

L'étude des interactions familiales dans l'anorexie mentale est assez récente et plusieurs auteurs ont montré l'existence d'une problématique familiale et l'intérêt des prises en charge systémiques dans la pathologie anorexique. A travers une vignette clinique, DRIEU¹⁸ montre comment un travail thérapeutique familial, centré sur des traumatismes parentaux (non élaboration de deuils) à l'origine d'un climat menaçant chez l'adolescent, a permis d'étayer ses symptômes avec l'histoire parentale et d'amorcer un travail d'élaboration psychique. ONNIS¹⁹ s'intéressant à la complexité des composantes intervenant dans la genèse de la psychopathologie de l'anorexie mentale, a examiné en particulier les aspects familiaux, tant au niveau des modèles interactifs qu'au niveau des mythes familiaux. Il considère la complémentarité entre ces aspects familiaux et les problématiques psychologiques de l'adolescent justifient de prendre en compte la famille en recourant éventuellement à une thérapie familiale. PERDEREAU²⁰ rappelle aussi qu'« actuellement, l'hypothèse d'une typologie familiale induisant les troubles alimentaires est rejetée au profit de modèles plurifactoriels des troubles alimentaires dans lesquels la dynamique familiale a une place parmi de nombreux facteurs ».

Dans des pays anglo-saxons, aux Etats-Unis en particulier, une nouvelle conception de la maladie, très inquiétante, a récemment vu le jour, à travers des œuvres littéraires

contemporaines, des sites Internet « pro-anorexie » qui font de la maladie anorexique un mode de vie élogieux. PEWZNER-APELOIG²¹ montre qu'« une véritable "sous-culture" prend forme, s'organise, faisant de l'anorexie un choix de vie, une philosophie, comportant ses règles, ses obligations, ses croyances et ses commandements, ses valeurs éthiques et esthétiques »²¹.

1.2. EPIDEMIOLOGIE

Comme nous l'avons vu précédemment, l'anorexie mentale est une maladie décrite depuis longtemps. Cependant, son épidémiologie reste mal connue, notamment sa prévalence exacte²².

Une idée couramment répandue, suggérait que l'anorexie mentale était en constante augmentation⁵.

Au cours des deux dernières décennies, de nombreux travaux épidémiologiques, essentiellement de prévalence, ont été entrepris, contredisant l'idée d'une augmentation de la prévalence de l'anorexie mentale²³.

L'estimation de la prévalence peut se faire à partir de deux types de travaux épidémiologiques : les statistiques d'hospitalisation et de consultation ou les enquêtes de population générale²³.

En se référant aux statistiques d'hospitalisation et de consultation, on ne prend en compte que les sujets ayant bénéficié d'un suivi spécialisé, n'incluant alors certainement pas tous les sujets atteints par la maladie.

Par ailleurs, certaines études portant uniquement sur des établissements psychiatriques n'incluent pas les cas d'anorexie mentale pris en charge dans d'autres services de médecine, de pédiatrie, d'endocrinologie ou de réanimation, faussant les données statistiques.

Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses études épidémiologiques concernant la pathologie du comportement alimentaire sont réalisées en population générale²². Elles

consistent en général à dépister le trouble au sein d'une population déterminée à l'aide de questionnaires et d'entretiens cliniques si possible.

Dans ces deux types d'études épidémiologiques, les résultats restent souvent très disparates et parfois difficiles à comparer. Ceci tient essentiellement aux difficultés méthodologiques posées par l'étude de cette maladie.

De nombreuses études épidémiologiques ont été entreprises surtout aux Etats-Unis (2 /3) et en Angleterre²⁴.

1.2.1. Morbidité

L'incidence de l'anorexie mentale a longtemps fait l'objet de controverses quant à son évolution. En effet, plusieurs auteurs suggéraient une augmentation de l'incidence depuis les années 1960, dans les pays occidentaux et dans ceux dont le mode de vie s'est occidentalisé.

HARDY²³ rappelle une étude de LUCAS²⁵ qui étudiait l'incidence et la variation de la maladie à Rochester dans le Minnesota (Etats-Unis) sur une période de 50 ans (1934-1984). L'étude montre, dans cette période, une augmentation de la fréquence de la maladie chez les adolescentes de quinze à vingt quatre ans, tandis qu'elle reste stable chez les femmes plus âgées et chez les garçons.

L'auteur estime l'incidence annuelle de l'anorexie mentale à 8,2 pour 100000 (14,6 pour les filles et 1,8 pour les garçons) et sa prévalence oscillerait entre 0,1% et 0,5% pour la population féminine de 16 à 25 ans.

Selon lui, les hospitalisations sont plus nombreuses et les diagnostics plus précoces sans pour autant parler « d'épidémie » de la maladie.

En France, l'incidence de l'anorexie mentale avérée serait de 2 à 8 cas pour 100000 habitants par an et la prévalence dans la tranche d'âge 15-19 ans serait comprise entre 2 et 5‰ selon CORCOS^{22,26}.

1.2.2. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques

1.2.2.1. Répartition selon le sexe et l'âge

L'anorexie mentale apparaît rarement avant la puberté, c'est une pathologie de l'adolescent et du jeune adulte.

Dans sa forme classique, dite aussi post-pubertaire ou de l'adolescence, l'anorexie mentale touche essentiellement des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans⁵.

En effet, la prédominance féminine pour tout âge est nettement marquée dans toutes les études : de 90 à 97% selon les études. Cette prédominance semble stable et n'a actuellement aucune tendance à se modifier²³. Ce sex-ratio fortement féminin peut s'expliquer en partie par le fait que la jeune femme utilise de façon défensive son corps, pour gérer cette « problématique narcissique », élément central de la pathologie, dans une période de transformations pubertaires et de remaniements psychiques¹⁷.

On connaît mieux de nos jours le profil de la forme masculine de la pathologie qui reste relativement rare, de l'ordre de 10%. Il peut s'agir de formes typiques d'anorexie mais avec quelques possibles différences. Les troubles débuteraient plus tôt, 15 ans et demi en moyenne (soit un an plus tôt que chez les filles), la perte de poids serait légèrement plus forte avec dans un tiers des cas un antécédent d'obésité, l'angoisse et les manifestations hypocondriaques seraient plus importantes que chez la fille²³. L'équivalent de l'aménorrhée chez la fille est alors représenté chez le garçon par la perte de toute libido et de toute érection⁵.

Ce comportement anorexique du garçon peut aussi s'installer dans une organisation psychopathologique plus définie comme une psychose ou la prolongation d'une anorexie de la petite enfance.

Il semble que le sex-ratio masculin augmente très légèrement. Cette évolution pourrait être en partie due à l'apparition d'un modèle social androgyne qui se traduit chez l'adolescent anorexique comme le suggère JEAMMET « par une plus grande féminité, un investissement plus important dans l'apparence corporelle, un choix d'orientation professionnelle singulier (danseur, mannequin) et par une plus grande incidence de l'homosexualité à l'âge adulte »¹⁷.

1.2.2.2. Origine ethnique

On remarque que dans les pays où le corps est caché (tchador), l'anorexie mentale est quasiment inexistante alors qu'elle augmente dans nos pays qui défendent un certain « idéal de minceur » et où les corps s'affichent partout²⁷.

De plus, dans les populations globalement sous alimentées, la méconnaissance de cette pathologie provient probablement du fait que l'anorexie mentale est une conduite « signifiante » qui n'a aucun sens dans un groupe sous-alimenté.

Ce sont les sociétés occidentales qui procurent sécurité et satiété qui sont les plus touchées par la pathologie.

Chez les Noirs américains

Dans la population noire américaine, le premier cas d'anorexie mentale décrit chez une patiente est publié en 1973 et est considéré comme une exception. Mais, depuis les années 1980, on observe une augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale chez les Noirs américains, dans un contexte de modification lente et progressive de leurs valeurs culturelles traditionnelles³.

En Afrique

Dans la population noire africaine, quelques rares cas d'anorexie mentale ont été décrits parmi une population très occidentalisée par rapport au reste de la population générale de leurs pays.

Les études réalisées en Afrique du Sud montrent que seules les populations blanches sont susceptibles de développer une anorexie mentale³.

Il semble donc que l'anorexie mentale soit pratiquement inconnue dans la race noire, autant chez les Noirs américains que chez les Noirs africains mais un manque d'informations substantielles rend difficile les estimations.

Culture arabe

Il existe peu de travaux à ce sujet. HARDY²³ cite une étude comparative entre des étudiantes arabes vivant au Caire et d'autres étudiant à Londres réalisée en 1988 par NASER. Il a constaté que 22% de l'échantillon londonien présentaient des troubles des conduites alimentaires, dont 6% de boulimies avérées, contre 12% dans l'échantillon cairote, sans aucun cas d'anorexie mentale ou de boulimie.

Au Japon

Dans les pays orientaux, les publications concernant l'anorexie mentale sont récentes et peu nombreuses. Même si la première description clinique d'un cas d'anorexie mentale par S. KAGAWA date de 1788²⁸, ce n'est qu'à partir de 1950, date de début du développement économique et de l'occidentalisation du Japon, que des publications de cas d'anorexie mentale apparaissent dans la littérature médicale japonaise³.

Des études épidémiologiques ont confirmé l'augmentation de l'anorexie mentale, estimant qu'en 1985, il y avait un cas d'anorexie mentale pour 2000 collégiennes et un pour 1000 lycéennes. La proportion féminine est très majoritaire (96% des cas) et la maladie débute essentiellement entre 15 et 20 ans²⁸.

1.2.2.3. Origine sociale et milieux à risque

La distribution parmi les populations n'est pas égale. L'anorexie mentale se rencontre avec davantage de fréquence dans les classes socio-professionnelles moyennes ou aisées. Ce sont également des familles pour lesquelles la promotion sociale et la réussite scolaire ont une grande importance²³. Les jeunes filles des classes sociales favorisées seraient plus soucieuses d'avoir une silhouette mince que les jeunes filles de classes plus défavorisées¹⁷. La silhouette « idéale » est véhiculée par les médias qui ont eu tendance, depuis quelques années et surtout dans les pays occidentaux à présenter des jeunes femmes de plus en plus minces. JEAMMET rappelle que « l'image des idoles conduit à une insatisfaction de l'image de son corps, à un éventuel conflit entre idéal et réalité » et que « La confrontation avec l'image d'une beauté idéale engendre de façon très immédiate des sentiments d'hostilité, de colère et une humeur dépressive, et ce d'autant plus que le sujet est insatisfait de son corps »¹⁷.

Par ailleurs, certains sous-groupes socioprofessionnels ou culturels seraient « à risque » : les mannequins et certains sportifs, notamment dans les disciplines comme la danse, la gymnastique, l'équitation ou le marathon, doivent se maintenir en dessous d'un certain seuil pondéral sous peine d'exclusion, de changement de catégorie ou de baisse de performance. Une étude de GARNER²³ en 1980 a retrouvé au sein d'un groupe d'élèves danseuses 6,5% de cas d'anorexie mentale et 7% parmi un groupe de mannequins après avoir passé le test EAT.

1.2.2.4. Age de début

L'anorexie mentale est essentiellement une pathologie de l'adolescence. Une étude de HALMI⁵ en 1972 a retrouvé deux pics de fréquence d'apparition du trouble : 14 ans ½ et 18 ans qui correspondent à deux moments importants de séparation du milieu familial.

Dix pour cent des anorexies débuteraient avant l'âge de 10 ans. Ces formes sont considérées comme graves par la rigidité des mécanismes psychiques individuels et familiaux rencontrés, la gravité des troubles de la personnalité associés. Le retentissement somatique est important, dominé par l'arrêt de la croissance parfois irréversible²⁹.

1.2.2.5. Facteurs familiaux

A l'opposé d'autres pathologies psychiatriques, les divorces et séparations parentales ne sont pas plus fréquents que dans la population générale : les familles au statut matrimonial « normal » semblent surreprésentées.

Statistiquement, on observe plus de troubles des conduites alimentaires dans les familles d'anorexiques que dans les familles témoins : CORCOS²² rappelle une étude de STROBER en 1985 qui observait 3 fois plus d'anorexiques parmi les apparentés au 1^{er} degré d'un sujet anorexique et 2,7 fois plus de boulimiques.

Dans une fratrie, il n'y a pas de place occupée plus fréquemment par un sujet anorexique. Par contre, les apparentés au 1^{er} degré ont un taux plus élevé d'anorexie mentale que la population générale, de même pour les jumeaux en particulier homozygotes sans qu'on puisse expliquer cette incidence élevée pour une pathologie essentiellement psychogène. HOLLAND³⁰ a en effet montré dans une étude publiée en 1984 qu'un jumeau d'anorexique a un risque de 7% de développer lui-même une anorexie s'il s'agit d'un jumeau hétérozygote, et que ce risque s'élève à 55% s'il s'agit d'un jumeau monozygote. Ces chiffres sont en faveur d'une prédisposition génétique de l'anorexie mentale. Toutefois, il existe un facteur confusionnel puisque les jumeaux

peuvent avoir en commun des traits de personnalité identiques. Enfin, la gémellité accentue les risques de difficulté d'individualisation.

1.3. DEFINITION ET CLINIQUE

1.3.1. Critères diagnostiques

La réalisation d'études épidémiologiques dans le domaine de la santé mentale a nécessité l'établissement de critères diagnostiques codifiés et reconnus par les professionnels pour permettre des comparaisons entre les différents résultats. Dans l'étude de l'anorexie mentale, les critères diagnostiques les plus utilisés actuellement sont les critères de la Classification Internationale des Maladies dans sa dixième version (C.I.M. 10)³¹, et les critères de la classification psychiatrique officielle nord-américaine, fréquemment révisée, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (D.S.M. IV)³². Avant la création de ces critères diagnostiques, les critères de FEIGHNER³³, plus anciens, ont longtemps servi de référence diagnostique dans les études sur l'anorexie mentale.

1.3.1.1. Critères diagnostiques de la C.I.M. 10 (F 50.0)³¹

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

- A. Perte significative de poids, Index de Masse Corporelle de QUETELET (IMC) ou Body Mass Index (BMI) à 17,5 kg/m² au moins (rappel : $IMC = P/T^2$, P=poids en kg, T=taille en m, la normale étant comprise entre 20 et 25 kg/m² pour les femmes et 22 et 27 kg/m² pour les hommes). Chez les patients en phase pré-pubertaire, il y a incapacité à prendre le poids escompté pendant la période de croissance.
- B. La perte de poids est provoquée par le sujet, comme en témoigne la présence d'un évitement « des aliments qui font grossir », associé à l'une au moins des manifestations suivantes :
 - a. Des vomissements provoqués.

- b. L'utilisation de laxatifs.
 - c. Une pratique excessive d'exercices physiques.
- C. Perturbation de l'image du corps caractérisée par une psychopathologie spécifique, qui consiste en l'intrusion persistante d'une idée surinvestie/la peur de grossir. Le sujet s'impose à lui-même un poids à ne pas dépasser.
- D. Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la femme et perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile chez l'homme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister chez les femmes anorexiques sous thérapie hormonale de substitution, le plus souvent prise dans un but contraceptif et préventif de l'ostéoporose chez les jeunes filles). Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormones de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalie de la sécrétion d'insuline.
- E. Quand le trouble apparaît avant la puberté, des manifestations accompagnant celle-ci sont retardées ou interrompues (arrêt de croissance ; chez les filles : absence de développement et aménorrhée primaire ; chez les garçons : absence de développement des organes génitaux). Après guérison, la puberté se réalise souvent de façon normale, les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

1.3.1.2. Critères du D.S.M. IV (1984) (307.1)³²

Les critères du D.S.M. IV introduisent la notion de déni de la maigreur qui n'est pas mentionnée dans les critères de la C.I.M. 10 :

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum pour l'âge et pour la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).
- 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 actuelle.
- D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones).

Spécifier le type :

Type restrictif (« Restricting type ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crise de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (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 (laxatifs, diurétiques, lavements).

1.3.1.3. Critères de FEIGHNER³³

FEIGHNER (chercheur de la Washington University, à Saint –Louis) a été le premier, en 1972, à définir de façon précise les critères diagnostiques de l'anorexie mentale :

A. Début avant 25 ans.

B. Anorexie accompagnée d'un amaigrissement de 25% du poids initial.

C. Attitude vis-à-vis de tout ce qui concerne le poids, la nourriture ou la prise d'aliments, extrêmement perturbée et rigide, et que ni la sensation de faim, ni les reproches ni les encouragements, ni même les menaces ne peuvent modifier.

Ainsi on peut constater :

- a. Déni de la maladie avec impossibilité de reconnaître les besoins nutritionnels.
- b. Désir apparent de perdre du poids avec l'affirmation que le refus de nourriture est source de satisfaction.
- c. Désir d'avoir un corps d'une minceur extrême avec la manifestation évidente que c'est une récompense pour le patient d'obtenir et de maintenir cet état.

d. Manipulation et fait d'amasser la nourriture de façon inhabituelle.

D. Pas de maladie somatique connue pouvant expliquer l'anorexie et la perte de poids.

E. Pas d'autre maladie psychiatrique connue, en particulier dépression primaire, schizophrénie, névroses phobique et obsessionnelle.

F. Existence d'au moins deux des signes suivants :

- 1) Aménorrhée
- 2) Lanugo
- 3) Bradycardie
- 4) Période d'hyperactivité
- 5) Episode de boulimie
- 6) Vomissements (éventuellement provoqués)

Les critères de FEIGHNER utilisés dans les plus anciennes études sont considérés comme trop exclusifs par les auteurs actuels, notamment par la nécessité d'une perte de poids d'au moins 25% du poids initial pour poser le diagnostic d'anorexie mentale. Toutes les études actuelles se réfèrent aux critères diagnostiques internationaux du D.S.M. IV ou de la C.I.M. 10.

1.3.2. Diagnostic clinique

Le diagnostic d'anorexie mentale est avant tout un diagnostic positif et non un diagnostic d'exclusion^{22,26}.

1.3.2.1. Présentation clinique³⁴

L'anorexie mentale se caractérise par la remarquable unité d'expression de la conduite anorexique. On remarque une constance du tableau clinique au travers des époques et des pays. Il se constitue en 3 à 6 mois, après une période de désir d'entreprendre un régime pour perdre quelques kilogrammes jugés superflus mais souvent non objectivables ou une période de diète en raison de troubles digestifs allégués comme une pesanteur gastrique, des nausées ou des gastralgies. Ce projet initial de réduire la

ration alimentaire est en général accepté par la famille. Parfois, un évènement traumatique est incriminé comme déclencheur de la conduite : conflit ou séparation conjugale, naissance, deuil, rupture sentimentale, critiques concernant le poids.

Plus ou moins rapidement, la restriction alimentaire s'accroît et le syndrome anorexique devient évident. Ce syndrome associe la triade classique indispensable au diagnostic : anorexie, amaigrissement et aménorrhée, à des manifestations psychologiques qui traduisent « l'existence d'un conflit psychique spécifique de l'anorexie mentale »⁶.

- **La conduite anorexique**

C'est le maître symptôme de la pathologie qui est à l'origine des autres symptômes du syndrome anorexique. Mais ce terme d'anorexie est en fait impropre au début de la pathologie, car il s'agit en réalité d'une « conduite active de restriction alimentaire »⁶ et l'adolescent cherche à contrôler cette faim, ressentie de façon intense. Des auteurs ont parlé de « l'orgasme de la faim »⁸, véritable jouissance qu'obtient l'anorexique par la maîtrise du besoin physiologique. Ce n'est que plus tardivement que s'installe une véritable anorexie avec perte de l'appétit. Ce refus alimentaire est le plus souvent nié, rationalisé ou caché et progressivement toute une série de comportements typiques autour de l'alimentation et du repas apparaît.

En effet, le comportement alimentaire se modifie avec toujours comme objectif : ne pas consommer de calories. L'anorexique sélectionne de plus en plus ses aliments, les trie consciencieusement et patiemment selon des critères personnels, dissèque les morceaux en petites portions. Il écarte les aliments les plus riches, consommant les autres selon un ordre précis, en les mâchant interminablement. Les aliments sont parfois stockés dans la bouche pour être ensuite recrachés en cachette pendant ou après le repas.

Quand l'anorexique participe toujours au repas familial il devient alors extrêmement long du fait de ces comportements qui sont de plus en plus difficiles à supporter par la famille. Par ailleurs, l'anorexique impose souvent des contraintes de repas à tous : respecter un horaire précis et fixe. Les repas familiaux sont alors souvent source de tension et de conflits et conduisent parfois l'anorexique à s'isoler dans la cuisine pour préparer ses repas et ceux du reste de la famille et s'alimenter en dehors des regards familiaux.

Il apparaît en effet chez l'anorexique un intérêt exagéré, obsédant pour tout ce qui a trait à la nourriture²⁶ : l'anorexique collectionne des recettes de cuisine, peut passer des heures sur des sites Internet culinaires, stocke de la nourriture sans y toucher. Il prend plaisir à faire la cuisine pour le reste de la famille, essentiellement des plats riches en calories comme la pâtisserie. La cuisine devient même parfois son territoire exclusif où il gère les approvisionnements, la composition des repas familiaux qu'il ne partage pas avec le reste de la famille. L'anorexique connaît avec précision tous les apports caloriques de chaque aliment et compte en permanence les calories ingérées et celles qu'il ingèrera lors des repas à venir. Finalement, l'anorexique pense constamment à la nourriture.

Si sa restriction alimentaire lors des repas est insatisfaisante, l'anorexique maîtrise sa prise alimentaire en se faisant vomir et/ou en consommant des laxatifs ou des diurétiques. Il recherche « la sensation de faim, source de maîtrise et de satisfaction auto-érotique »⁸ témoignant plus globalement d'un investissement très particulier du corps par ces sujets. LACAN³⁵ dit « l'anorexie ce n'est pas ne pas manger c'est manger rien », et il insiste : « manger rien », précisant que « rien » existe au niveau du symbolique. BELLIDO³⁶ suggère alors que « chez l'anorexique, le désir est le désir de rien ».

- **L'amaigrissement**

Il est la conséquence de l'anorexie. Il dépasse souvent 15 à 20% du poids initial et peut aller jusqu'à 50% du poids initial dans les formes cachectisantes^{22,26}.

L'aspect physique est caractéristique et témoigne de la dénutrition : fonte du panicule adipeux, amyotrophie faisant ressortir les articulations et effaçant, chez la jeune fille, toute forme féminine. Les cheveux sont ternes, les phanères cassants, les extrémités cyanosées et il existe souvent une hypertrichose avec apparition du lanugo.

Le comportement de l'anorexique vis-à-vis de sa perte de poids est également caractéristique : on observe un déni de l'amaigrissement se trouvant souvent encore trop gros. Il se pèse régulièrement, jusqu'à plusieurs fois par jour et exprime une fierté et une jouissance à chaque perte pondérale. Au contraire, toute prise de poids est vécue comme un échec culpabilisant traduisant une perte de contrôle intolérable. CRISP³⁷ parle de « phobie du poids » chez les anorexiques.

- **L'aménorrhée**

C'est un signe constant de la pathologie chez la jeune fille, considéré par la plupart comme indispensable au diagnostic comme le suggèrent les critères diagnostiques actuels^{22,26}. Elle témoigne d'un syndrome endocrinien complexe dû à une sorte de mise au repos de l'hypophyse qui peut précéder l'amaigrissement comme nous le verrons par la suite³⁴. L'aménorrhée est dite secondaire si l'arrêt des menstruations fait suite à une période de menstruations normales, sinon, elle est dite primaire. Les liens entre l'aménorrhée et l'amaigrissement sont assez complexes et l'apparition de l'aménorrhée dans l'évolution de la pathologie est variable. Ainsi, elle peut précéder la conduite anorexique dans 20% des cas³⁸. Le plus souvent, elle persiste quelque temps après la reprise de poids et sa disparition est un signe clinique important de guérison.

L'adolescente reste très souvent indifférente face à son aménorrhée et exprime parfois une satisfaction de ne pas avoir de menstruations, signe majeur d'une féminité qu'elle se refuse. BELLIDO³⁶ rappelle que «le symptôme anorexique met l'accent sur deux thèmes cruciaux pour le psychanalyste, le corps comme lieu d'inscription et le féminin comme énigme irrésolue».

Chez l'adolescent, la perte de toute libido et de toute érection est considérée comme équivalent à l'aménorrhée chez la jeune fille⁵.

- **L'hyperactivité**

Elle peut être à la fois physique et intellectuelle et témoigne du besoin permanent de maîtrise caractéristique de l'anorexique^{22,26}.

L'hyperactivité physique, qui contraste avec l'aspect physique chétif, maladif de l'anorexique, est développée dans l'objectif permanent de «brûler» des calories et perdure longtemps malgré l'amaigrissement. Les activités physiques quotidiennes sont multiples : longue marche, course à pieds, sports divers, déambulation permanente, exercices musculaires variés et souvent poursuivis jusqu'à un épuisement majeur pouvant être fatal. Il existe une méconnaissance de la fatigue et un refus de tout moment de détente ou de relâchement contraire à son ascétisme qui conduit l'anorexique à des

comportements d'auto-maltraitance : réduction du sommeil, exposition au froid, bains froids.

L'hyperactivité intellectuelle se traduit par un hyperinvestissement dans le travail scolaire, toujours dans un objectif de performance, de maîtrise et de reconnaissance par ses parents. La réussite concerne surtout les domaines nécessitant un travail de mémoire et de savoir au contraire des domaines de créativité et d'imagination³⁴. Cet investissement justifie alors le repli social observé et évite à l'anorexique de laisser surgir ses émotions, trop angoissantes.

- **La perception déformée de l'image du corps**

Il existe, associée à la peur de grossir, une crainte obsédante d'être gros qui persiste malgré l'amaigrissement. Quand on demande à une anorexique de se dessiner comme elle se voit, elle représente un corps avec un gros ventre, des grosses cuisses, des grosses fesses traduisant une certaine dysmorphophobie localisée avec méconnaissance de sa maigreur^{22,26}.

- **Le désintérêt pour la sexualité**

Il est fréquent. Comme les changements corporels de la puberté, la sexualité est niée, évitée car vécue avec gêne et angoisse. Si une activité sexuelle existe, elle est machinale, conformiste, sans plaisir ni véritable échange affectif mais permettant un certain rassurement narcissique. Les plaisirs corporels désinvestis sont en fait compensés par les plaisirs ressentis dans le comportement alimentaire. Très souvent il existe le désir de retrouver un corps prépubertaire^{22,26}.

- **La vie relationnelle**

La dépendance apparaît surtout au niveau relationnel, de façon paradoxale entre une revendication affective déniée (peur des séparations, autonomie apparente) et un sentiment d'être sous l'emprise de l'autre³⁹. D'ailleurs il est fréquent d'observer au début des troubles un événement vécu comme une séparation traumatisante pour l'adolescent (changement scolaire, voyage, perte affective, deuils ou critique extérieure sur le corps pubère). Pour s'assurer un illusoire contrôle de sa sphère affective,

l'adolescent se replie (isolement social) et exerce une emprise manipulatrice sur ses parents. La dépendance entre les membres de la famille peut devenir extrême, obligeant un des parents à rester en permanence avec le sujet anorexique^{22,26}.

- **L'absence de trouble psychiatrique associé**

Avant de poser un diagnostic d'anorexie mentale devant l'existence des classiques symptômes que nous venons de décrire, il est important de s'assurer de l'absence d'autre trouble psychiatrique associé tels que des symptômes délirants, hallucinatoires, dissociatifs, un épisode dépressif majeur, une mélancolie, une phobie ou une obsession non liées au poids. En effet, l'existence d'un autre trouble psychiatrique peut remettre en cause le diagnostic d'anorexie mentale.

1.3.2.2. Examen physique

L'examen physique est indispensable non seulement pour éliminer une pathologie organique mais aussi pour évaluer le retentissement somatique du trouble de la conduite alimentaire et estimer la perte pondérale.

Il est essentiel de déterminer si le patient est simplement amaigri ou déjà dénutri.

En effet, il est fréquent que les apports protéiques soient en partie conservés pendant les premiers mois de la maladie au contraire des apports glucidiques et lipidiques, expliquant en partie la fréquente tolérance somatique à l'amaigrissement important.

Les **signes cliniques de dénutrition** à rechercher sont :

- En premier lieu, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou Body Mass Index (BMI) est un très bon indicateur du stade d'amaigrissement du sujet.
- Une silhouette amaigrie voire squelettique avec fonte des tissus adipeux et musculaires qui fait saillir les reliefs osseux sous-jacents.
- Une rétention hydrosodée fréquente, entraînant souvent des oedèmes des membres inférieurs et des lombes.
- Une altération cutanée et des phanères. La peau est sèche, ichtyosique, crevassée, desquamante, de couleur « jaune-orangé » par la carotinodermie. Il peut aussi exister une acrocyanose au niveau des mains, des pieds et de la pointe du nez. Les cheveux sont

secs et fragilisés, les ongles cassants et striés. Un lanugo peut apparaître sur tout le corps, parfois de façon très abondante.

- Sur le plan cardio-vasculaire, il existe une instabilité hémodynamique avec une bradycardie $< 60/\text{min}$ quasi constante et une hypotension artérielle (généralement $< 10 \text{ mmHg}$ pour la maxima). Ces signes sont parallèles à la réduction de la masse du muscle cardiaque. Une hypotension orthostatique est fréquente et est la cause principale des malaises que peuvent éprouver ces patients.
- Une hypothermie avec trouble de la thermorégulation.

Il faut toujours rechercher des **signes cliniques secondaires aux vomissements** présents dans certaines formes d'anorexie mentale :

- Des callosités sur la face dorsale des mains apparaissent en raison du contact des mains avec les dents lors des vomissements.
- Une dermatite périlinguale.
- Une hypertrophie des glandes parotides faisant évoquer une mâchoire d'écureuil.
- Une périodontite.
- L'érosion de l'émail des dents et des caries.
- L'hypokaliémie secondaire aux vomissements est fréquente et peut être la cause d'un certain degré de faiblesse musculaire pouvant aller jusqu'à des épisodes de paralysie musculaire.

On peut alors observer des troubles cardiaques à type d'arythmie (due à un trouble de conduction myocardique).

- Certains auteurs ont déjà observé des ralentissements psychomoteurs.

Lorsqu'ils existent, il faut toujours s'assurer que ces signes cliniques ne s'associent pas à d'autres signes de maladie organique qui pourrait être responsable de cet état général.

1.3.3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic positif de l'anorexie mentale pose peu de problème devant une forme typique de trouble des conduites avec restriction active de l'alimentation et ses conséquences somatiques.

L'existence d'« atypies », tant sur le plan psychologique que clinique doivent faire pratiquer des examens complémentaires pour éliminer, avec certitude, d'autres pathologies entraînant un amaigrissement sévère.

1.3.3.1. Affections organiques avec amaigrissement

Plusieurs affections organiques seront donc à évoquer et à rechercher devant un doute diagnostique et en fonction du tableau clinique présenté :

- Une **tumeur du système nerveux central**, notamment du **diencephale** ou de **la fosse postérieure** par la réalisation d'une Tomodensitométrie ou d'une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) du cerveau.
- Une colite inflammatoire chronique comme **une maladie de Crohn** ou **une rectocolite ulcéro-hémorragique** sera recherchée (NFS, VS, coloscopie, transit du grêle).
- Une **maladie d'Addison**
- Une **maladie de Gaucher**
- Une **hyperthyroïdie**
- Un **diabète**
- Une forme à expression tardive **d'intolérance au gluten**
- Des pathologies infectieuses comme la **tuberculose** ou la **brucellose**
- Une **achalasie de l'œsophage**
- L'aménorrhée peut faire discuter un **syndrome de Turner** ou un **syndrome de Stein-Leventhal**, mais le tableau clinique de ces pathologies est souvent évocateur.

Aucune de ces pathologies ne s'accompagne d'une altération majeure de l'image du corps avec déni de la maigreur et désir intense de poursuivre la perte de poids comme dans l'anorexie mentale.

Une anorexie mentale peut par contre se développer chez un adolescent souffrant déjà d'une maladie somatique.

1.3.3.2. Affections psychiatriques avec amaigrissement

Rappelons que l'absence de toute autre pathologie psychiatrique entre dans les critères diagnostiques de l'anorexie mentale³³.

Par contre, certaines pathologies psychiatriques s'accompagnent de conduites de restriction alimentaire avec amaigrissement associé à d'autres symptômes :

- Lors d'un **épisode dépressif majeur**, la restriction alimentaire s'associe à d'autres signes de la série dépressive, tels que le ralentissement psychomoteur, la culpabilité. De plus, l'amaigrissement est reconnu par le sujet qui n'exprime pas de trouble de son image corporelle ni de préoccupation excessive concernant la nourriture. La perte de poids est la conséquence d'une perte d'appétit et non d'une lutte active contre la faim.
- Lors d'**état mélancolique**, comme le syndrome de Cotard, la conduite anorexique peut directement être en rapport avec une élaboration délirante à thème d'empoisonnement.
- Un **état d'issociatif** associe souvent une conduite anorexique à un négativisme, un apragmatisme avec tendance au repli autistique et à l'isolement social.

1.3.4. **Troubles somatiques et biologiques associés**

À côté de l'association classique amaigrissement, anorexie et aménorrhée, un certain nombre de signes cliniques et biologiques figurent habituellement dans la séméiologie de l'anorexie mentale. La plupart d'entre eux sont la conséquence de l'état de dénutrition, et sont réversibles avec la guérison de celui-ci.

1.3.4.1. Troubles endocriniens

Les perturbations endocriniennes, de diagnostic biologique, sont postérieures au début de l'anorexie mentale. Elles évoquent un tableau d'insuffisance antéhypophysaire partielle et sont en général plus ou moins rapidement réversibles lors de la renutrition. On observe des anomalies des fonctions suivantes⁶:

- La fonction thyroïdienne

On observe un état d'euthyroidie clinique avec diminution du taux sérique d'hormones T3, réversible, due à la baisse en hydrates de carbone qui réduit la conversion hormonale T3-T4. Les taux sériques de TSH et d'hormones T4 sont normaux.

- La fonction corticotrope

Son hyperfonctionnement entraîne une augmentation de la cortisolémie et du cortisol libre urinaire avec perte du rythme circadien mais sans retentissement clinique. Le test à la dexaméthasone est perturbé dans 50 à 70% des cas⁴⁰. Par contre, l'élévation de la testostéronémie par diminution de l'activité de la 5 α -réductase est à l'origine de l'hirsutisme observé fréquemment.

- La fonction gonadotrope

Chez la fille, il existe une insuffisance gonadotrope majeure, régressant alors à un stade prépubertaire et entraînant l'effondrement de la sécrétion de progestérone puis celle d'oestradiol. Les taux sériques de LH et FSH sont abaissés avec disparition des pics sériques de LH et modification de la réponse de la LH-RH. En effet, la réponse de la LH est beaucoup plus basse que celle de la FSH, entraînant une hypotrophie ovarienne et utérine responsable en partie de l'aménorrhée. En effet, l'aménorrhée I ou II, signe clinique majeur de l'anorexie mentale peut apparaître à différents stades de la maladie. Dans 25 à 50% des cas, elle précède l'amaigrissement donc l'atteinte de la fonction gonadotrope, suggérant une participation psychique importante ; la restriction calorique entretenant certainement le phénomène.

Chez le garçon, le taux de testostérone est très bas.

- La fonction somatotrope

Le taux sérique d'hormone de croissance (GH) est souvent augmenté par réponse hypophysaire à une baisse du taux de somatomédine (IGF1) qui n'est plus sécrétée par le foie.

1.3.4.2. Troubles métaboliques

Ils sont relativement fréquents et se manifestent par :

- Une altération du métabolisme glucidique avec dans 15% des cas une hypoglycémie à jeun avec hyperinsulinisme dépendant de l'insulinorésistance périphérique.
- Une hypolipidémie avec élévation du cholestérol total, des triglycérides, de la fraction LDL et de l'apoprotéine B.
- On peut observer une hypercaroténémie par altération du métabolisme de la vitamine A et responsable de la couleur « jaune-orangé » de la peau.

1.3.4.3. Troubles hydroélectrolytiques

D'intensité variable, ils sont importants à considérer et à évaluer pour les rééquilibrer si nécessaire.

Il peut exister :

- Une hypokaliémie et une alcalose hypochlorémique secondaires à l'insuffisance alimentaire, les vomissements, les laxatifs ou les diurétiques.
- Une hyponatrémie en cas de potomanie.
- Une hypophosphatémie.
- Une hypomagnésémie.
- Une hypophosphorémie.
- Une hypozincémie.
- Une acidose métabolique peut être provoquée par un abus de laxatifs.
- Une hyperamylasémie en cas de vomissements ou de parotidose.

Il faudra toujours être très prudent lors de la mise en route d'un traitement de rééquilibration comme le rappelle MEHLER⁴¹. L'auteur décrit les complications organiques possibles d'une réalimentation trop brutale et les précautions à prendre pour les éviter.

1.3.4.4. Troubles hématologiques

De façon plus rare, il peut exister une anémie modérée microcytaire par carence en fer ou macrocytaire parfois due à une hémolyse.

Une lymphopénie et une thrombopénie peuvent s'observer.

1.3.4.5. Troubles hépato-digestifs

Ces troubles sont plus fréquents et se manifestent par un reflux gastro-oesophagien acide, des douleurs épigastriques et abdominales. Un ralentissement de la vidange gastrique et du temps de transit sont possibles avec une constipation, ainsi que des ballonnements et un anisme.

Au bilan biologique, une élévation des transaminases et des phosphatases alcalines est possible en cas de stéatose hépatique dans les dénutritions sévères. L'hyperamylasémie s'observe dans les parotidoses et en cas de vomissements.

1.3.4.6. Troubles cardiaques

L'hypotension artérielle et la bradycardie sinusale, par baisse du volume sanguin sont précoces.

Les troubles du rythme cardiaque, parfois fatals, sont essentiellement dus à une hypokaliémie sévère lors de dénutrition majeure, de vomissements provoqués ou de recours aux laxatifs.

Une cardiomyopathie est très rare.

1.3.4.7. Troubles rénaux

En cas de déshydratation, une insuffisance rénale fonctionnelle avec élévation de l'urée plasmatique peut s'observer. La créatininémie sera à interpréter en fonction de la masse musculaire du sujet.

1.3.4.8. Troubles osseux

La diminution de la densité osseuse est fréquente, objectivée par l'ostéodensitométrie et le dosage des marqueurs d'absorption osseuse (ostéocalcine plasmatique) et de résorption osseuse (hydroxyproline et C-télopeptide urinaires)²⁷.

Elle est donc à la fois due à la diminution de la formation osseuse et à l'augmentation de la résorption osseuse elles-mêmes secondaires à l'hypogonadisme et à l'hypercortésolémie.

Si la renutrition est précoce, la récupération partielle de la masse osseuse est possible, mais si la conduite anorexique se pérennise, il apparaît une ostéoporose secondaire avec risque de fractures pathologiques semblables aux fractures post-ménopausiques (col du fémur, côtes, avant-bras, sternum, métatarses ou bassin) et de tassements vertébraux.

1.3.5. Facteurs de gravité

Dès le diagnostic, et tout au long de la prise en charge de la maladie, il faut toujours rechercher des signes cliniques de gravité qui imposeraient alors l'hospitalisation en service spécialisé. Ces facteurs de gravité sont liés aux mauvais traitements imposés par l'anorexique à son corps : perte de poids importante, vomissements induits, prise de laxatifs et/ou de diurétiques. L'anorexique, et parfois l'entourage nient et masquent longtemps la gravité de leur état.

GUILBAUD⁴⁰ a défini des **signes cliniques de gravité** qui marquent la mauvaise tolérance de l'organisme à l'amaigrissement et imposent **une hospitalisation en urgence** :

- Amaigrissement important, rapide et brutal
- Indice de Masse Corporelle inférieur ou égal à 13 kg/m²
- Tension artérielle systolique inférieure à 80 mmHg et diastolique inférieure à 50 mmHg
- Bradycardie inférieure à 45/min
- Hypothermie centrale
- Sentiment d'épuisement physique (évoqué par la patiente), apathie, prostration

- Troubles de la conscience et de la vigilance : obnubilation, confusion, stupeur
- Ralentissement idéique et moteur
- Odeur acétonique de l'haleine
- Gros oedèmes des membres inférieurs

Ces signes de gravité sont en général tardifs dans l'évolution de la maladie et exposent le sujet à une mortalité lourde.

Des facteurs peuvent être susceptibles de **précipiter une décompensation aigue** :

- Séjour en altitude supérieure à 1500 mètres
- Effort physique intense
- Diarrhée
- Maladie infectieuse intercurrente

1.4. THERAPEUTIQUE

1.4.1. Principes généraux

Le traitement des troubles des conduites alimentaires répond à des modèles qui prennent en compte l'étiologie plurifactorielle.

Dès le diagnostic d'anorexie mentale clairement posé, il est essentiel de créer des conditions optimales pour la mise en route des mesures thérapeutiques. En effet, le traitement de l'anorexie mentale est long, difficile et implique la coordination de plusieurs intervenants^{41,42}. Dans une étude randomisée, CRISP⁴³ a étudié l'effet à un an de trois types de prises en charge (hospitalisation, association thérapies individuelle, familiale et conseils diététiques et association thérapie de groupe et conseils diététiques) et de l'absence de prise en charge spécialisée sur l'évolution du poids, des menstruations, de l'insertion sociale et de la sexualité chez 90 sujets souffrant d'une anorexie mentale sévère. L'auteur montre une amélioration significative ($p < 0,01$) des critères de jugement étudiés dans les trois groupes de prise en charge.

Il faut prendre en charge simultanément la conduite symptomatique, l'ensemble de la personnalité de la patiente et les conflits individuels et familiaux possibles.

Or, des difficultés initiales sont fréquentes du fait du déni de ses troubles par le patient et la fréquente participation de l'entourage à ses réticences⁴⁴.

Il est donc primordial que le praticien établisse dès le début de la prise en charge, les conditions d'une alliance thérapeutique avec l'adolescent et sa famille pour optimiser les soins proposés⁴⁵. La coordination des soins doit également être assurée au sein de l'équipe soignante, par la communication et des temps de synthèse car les risques de clivage sont fréquents : à l'image de celui qui apparaît entre les membres de la famille, le clivage peut s'observer entre les soignants eux-mêmes.

1.4.2. Objectifs du traitement

Ils sont triples^{7,41,42,46}.

(1) Traiter le trouble de la conduite alimentaire.

Il est primordial de prendre en charge très rapidement ce symptôme majeur de la maladie pour prévenir l'apparition de ses conséquences directes :

- Conséquences physiques graves, parfois irréversibles ou mortelles.
- La tendance à l'auto-entretien et à l'auto-renforcement sur un mode toxicomane.
- Des effets psychologiques négatifs, comme l'apparition d'un syndrome dépressif.

BRUCH⁴ incite à faire de l'amélioration de l'état nutritionnel un préalable à toute approche thérapeutique dans la perspective d'une prise en charge la plus globale possible, tout en sachant que cette prise de poids ne suffit en aucun cas à une amélioration durable⁷.

(2) Traiter les troubles psychologiques sous-jacents.

C'est un versant essentiel du traitement afin d'avoir une action durable sur l'amélioration symptomatique. Plusieurs types de psychothérapies existent et sont parfois associées à une chimiothérapie antidépressive ou anxiolytique.

(3) Assurer une approche familiale.

Les parents doivent être associés à toutes les étapes de la prise en charge. Il peut s'agir d'un accompagnement régulier par des consultations parentales et parents-adolescent ou d'éventuels dysfonctionnements familiaux par un travail de thérapie familiale.

Le groupe de parents d'adolescents anorexiques est aussi un bon moyen de mobiliser les parents en leur permettant de partager une expérience commune.

Bien sûr, chaque prise en charge est unique et, en fonction du patient et de sa famille, des modalités différentes pourront être mises en place pour atteindre ces objectifs.

1.4.3. Modalités du traitement

Depuis l'individualisation de cette pathologie, de très nombreuses méthodes de traitement, souvent coercitives ont été développées avec des résultats variés et contradictoires. Hormis les cas de grande dénutrition avec pronostic vital à court terme mis en jeu qui nécessitent une réalimentation appropriée urgente, les méthodes coercitives et contraignantes, peu efficaces à long terme sont progressivement abandonnées. De nombreuses autres modalités de prise en charge sont proposées avec leurs spécificités, par les centres spécialisés. FOULON⁴⁷ montre les différentes associations de techniques thérapeutiques possibles au sein d'un même service hospitalier adapté à chaque patient anorexique mental. Sous la forme d'un contrat thérapeutique en plusieurs phases décrit par l'auteur, sont intégrées des approches différentes, nutritionnelles, cognitivo-comportementales, psychothérapiques d'inspiration analytique ou à médiation artistique.

Dans cette partie, nous resterons très schématiques, en exposant les principaux axes des prises en charge de la maladie retrouvés dans les centres spécialisés.

1.4.3.1. L'hospitalisation

L'hospitalisation est une étape possible, mais non obligatoire dans le traitement de l'anorexie mentale. Ses indications peuvent être variées, essentiellement d'ordre somatique ou psychologique. Elle vise toujours à atteindre 3 objectifs⁴⁸:

- La sauvegarde somatique
- L'abandon des défenses anorexiques

- La redécouverte de modalités de fonctionnement et de relation plus variées et plus satisfaisantes

La durée d'hospitalisation peut-être très variable, mais plusieurs auteurs l'évaluent entre 3 et 6 mois⁴⁹.

- **Le contrat d'hospitalisation**

Après évaluation de l'état somatique et psychosocial, des objectifs thérapeutiques sont établis avec l'adolescent et ses parents sous la forme d'un contrat qui fixe alors le cadre de soin. Il occupe une fonction de tiers entre le patient et les soignants⁵⁰. Permettant de déterminer un cadre de réassurance pour l'adolescent submergé par ses difficultés, une remise en route de la mentalisation sera possible. Les patients se rebellent souvent contre les modalités et objectifs du contrat, vivant alors enfin des conflits structurants. Clair et précis, le contrat implique, dès l'admission, un arrêt complet des relations directes et indirectes entre l'adolescent et sa famille (période de séparation thérapeutique) et ce jusqu'à ce que soit obtenu un poids à partir duquel les visites seront autorisées, puis un poids qui autorisera la sortie d'hospitalisation. Le contrat constitue une règle de référence qui s'impose à tous, patient, famille et équipe soignante, base d'un cadre contenant où pourra se dérouler un véritable processus thérapeutique.

- **La réalimentation**

Les objectifs associent une reprise des apports alimentaires et l'arrêt de la chute pondérale sur le plan nutritionnel²⁷ avec un « déconditionnement » qui repose sur la limitation des mesures spécifiques : aucun régime particulier, repas pris en commun avec les autres patients et usage le plus restrictif possible des attitudes contraignantes⁴⁸. La réalimentation doit être progressive⁴¹ et si l'état somatique du patient le permet, la renutrition par voie orale est à privilégier.

JEAMMET²⁹ n'encourage pas le recours à une assistance nutritionnelle qui favorise selon lui le caractère artificiel et provisoire de la reprise alimentaire. L'auteur préconise, même dans une situation de dénutrition prononcée, qu'un soignant accompagne le patient dans ses repas sous la forme d'un repas thérapeutique, favorisant l'échange et la réassurance, plutôt que de recourir à une alimentation artificielle.

VENISSE⁷ se méfie également de ce type de renutrition qu'il suspecte de fixer les tendances passives et masochistes des patients et qu'il réserve donc qu'aux cas extrêmes de cachexie.

Si la renutrition orale ne permet pas de reprise pondérale dans un temps défini, le recours à une assistance nutritionnelle se justifie en raison du risque mortel et aussi parce que le symptôme renforce le symptôme et il faut éviter que l'anorexique ne s'enferme trop longtemps dans son état de maigreur extrême et l'aider à l'en sortir. L'alimentation parentérale (par voie intraveineuse ou par cathéter central) est rare et doit nécessairement être pratiquée avec une grande prudence et par une équipe soignante expérimentée (service de réanimation), compte-tenu de ses risques infectieux et de mort brutale chez ces grands dénutris à l'équilibre ionique précaire. La plupart des auteurs préconisent, en cas de nécessité, le recours à l'alimentation entérale, qui ne comporte pas de risque, réalisée à débit continu en utilisant une diète polymérique standard souvent associée à une supplémentation en vitamines et oligo-éléments. Elle fonctionne de façon discontinue (nocturne) et ambulatoire afin de préserver les activités et les repas. Son niveau sera adapté aux ingestas spontanés encouragés à chaque repas^{27,51,52}. Une fois la prise pondérale et une alimentation orale correcte obtenues, l'arrêt de cette assistance nutritive entérale doit être progressif comme le rappelle MEHLER⁴¹.

En 2002, dans une étude rétrospective, ROBB⁵³ a montré que les jeunes filles anorexiques mentales ayant bénéficié d'une réalimentation par nutrition entérale nocturne durant leur hospitalisation reprenaient de façon plus rapide et plus importante du poids.

- **La séparation thérapeutique**

Ce n'est plus l'isolement prôné par LASEGUE puis CHARCOT avec de nombreuses privations (repos au lit, dans la pénombre, sans contact ni distraction) mais un moyen thérapeutique en soi. La séparation thérapeutique constitue une période de l'hospitalisation qui permet au sujet, en plus de son effet de renforçateur négatif dans la dénutrition, de se déconnecter de son milieu habituel et de ses objets, favorisant le développement de l'insight. BOTBOL³⁹ pense, qu'« au-delà du contrôle et de l'amélioration symptomatique de la triade symptomatique classique, il est important que

nous cherchions à améliorer les capacités de mentalisation des patientes anorexiques » en recréant un espace interne suffisamment riche en représentations pour les aider à se le réapproprier tout en prenant compte des multiples aspects de la réalité externe. Cette séparation peut aussi protéger le sujet d'interactions excessives avec sa famille²⁹. Dans le nouvel espace relationnel offert par le service hospitalier, l'adolescent va partager une nouvelle vie collective, à distance du regard de ses proches, investir de nouvelles personnes et des activités diverses, plus ludiques et « hédoniques » que les activités répétitives et mécaniques habituelles. L'espace relationnel est ici basé sur l'échange plus que sur l'emprise, avec des limites neutres, plus stables, plus contenant qui rassurent l'adolescent⁴⁸. Cette première période de l'hospitalisation prend fin lorsque le poids de levée de séparation du contrat est atteint, permettant la poursuite de l'hospitalisation avec reprise des contacts avec l'entourage.

- **La thérapie institutionnelle**

En association à la prise en charge nutritionnelle, l'hospitalisation doit permettre à l'adolescent de modifier sa personnalité et de s'ouvrir à des modalités relationnelles nouvelles. Un principe fondamental du soin hospitalier est la diversité des intervenants et des approches. Les prises en charge bi- ou plurifocales sont indiquées pour ne pas recréer un lien de dépendance exclusif dangereux pour le patient. Des approches variées (somatiques, psychothérapiques, cognitivo-comportementales, sociales et scolaires), associant corps et psychisme font intervenir plusieurs soignants, parmi lesquels un soignant référent qui assure leur cohérence et le respect du contrat thérapeutique^{47,50}. Afin de rester cohérent vis-à-vis de l'adolescent, les différents soignants doivent communiquer entre eux et respecter des objectifs et des modalités thérapeutiques communs. Pour cela, SERRANO⁵⁴ retient trois dimensions essentielles :

- assurer une atmosphère d'acceptation de l'anorexique
- contribuer à la cohérence de l'équipe
- maintenir la stabilité du contexte thérapeutique

1.4.3.2. Les psychothérapies

Que la prise en charge soit ambulatoire ou hospitalière, la psychothérapie est un outil essentiel du traitement de l'anorexie mentale et entreprendre une psychothérapie avec

un patient anorexique mental implique pour le thérapeute d'avoir une grande souplesse d'esprit et d'intervenir avec prudence pour ne pas être perçu comme intrusif ou dangereux par l'adolescent. Différents types de psychothérapies existent. Leurs indications varient en fonction des références théoriques du thérapeute et du tableau clinique présenté par l'adolescent.

- **Les psychothérapies de soutien**

Ce sont les plus fréquentes et elles peuvent prendre de très nombreuses formes suivant les références théoriques et les pratiques des thérapeutes. L'objectif est la résolution des conflits inconscients en centrant les échanges sur la réalité quotidienne du patient et en limitant le transfert. Elle offre une continuité relationnelle rassurante avec une implication du thérapeute qui aide le sujet à analyser ses événements interpersonnels. La relation thérapeutique joue un rôle de catalyseur dans l'évolution de la personnalité du patient et dans son travail de revalorisation narcissique nécessaire à la restauration de son propre sentiment de continuité et de son image de lui-même. Elle vise à rétablir un équilibre et à aider le patient à réinvestir d'autres types de relation.

- **Les psychothérapies cognitivo-comportementales**

Les thérapies cognitivo-comportementales sont le plus souvent intégrées dans les méthodes de conditionnement opérant lors des prises en charge hospitalières ; la séparation thérapeutique avec levée progressive suivant des objectifs de poids constitue déjà une forme de thérapie comportementale comme le décrit de manière détaillée FOULON⁴⁷.

La thérapie comportementale a pour objectif principal de modifier les conduites alimentaires à deux niveaux comme le suggère DIVAC⁵⁵:

- *Diminuer les comportements mal adaptés* : la restriction alimentaire, l'anxiété, la longue durée des repas, le comportement alimentaire ritualisé, la manipulation des aliments et les techniques de contrôle du poids.
- *Augmenter la fréquence des comportements adaptés* : introduire des aliments évités, majorer la ration alimentaire, prendre du poids, manger en compagnie des autres.

L'auteur explique que « ce réapprentissage alimentaire s'accompagne d'entretiens cognitifs sur l'objet aliment, sur le contrôle du poids, sur l'image du corps et de soi »⁵⁵. Certains auteurs comme BRUCH⁴ ont reproché à ces thérapies d'accroître l'isolement des patients et de ne prendre en compte que le seul symptôme manifeste. Certaines de ces méthodes peuvent cependant être utilisées comme outil dans le cadre d'une prise en charge diversifiée pour libérer plus rapidement le sujet de son symptôme et lui permettre un travail d'élaboration psychique dans de meilleures conditions. D'ailleurs, en 2003, PIKE⁵⁶ a montré de façon significative que les sujets bénéficiant d'une thérapie cognitivo-comportementale après l'hospitalisation initiale présentaient un meilleur devenir global et rechutaient moins par rapport à ceux pris en charge sur le plan nutritionnel.

- **Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique**

La psychanalyse dans sa forme classique n'est généralement pas indiquée dans l'anorexie mentale. FOULON⁴⁷ rappelle que dans la plupart des cas l'existence d'un déni et d'un manque d'insight nécessite d'adapter de telles approches à la pathologie anorexique. La psychothérapie d'inspiration psychanalytique aménagée est en revanche souvent très utile. Elle doit cependant être prudente, visant dans un premier temps à analyser les modalités relationnelles actuelles du patient avant d'envisager ultérieurement l'interprétation des contenus fantasmatiques, des conflits pulsionnels et des manifestations transférentielles. L'objectif thérapeutique est de redonner à l'appareil psychique sa fonction d'élaboration des conflits, d'aménagement des conflits internes et externes. Il donne une orientation qui permet de valoriser tout ce qui facilite l'ouverture du sujet à son monde interne, le familiariser avec celui-ci en supportant les contradictions sans se désorganiser, au rythme de ses capacités. Les indications de ce type de thérapie sont à réserver à des patients qu'on estime capables de ce travail et après les y avoir préparés. La relation thérapeutique doit être progressive et prudente pour que l'adolescent ne la vive pas comme une relation de dépendance envers le thérapeute.

- **Les groupes thérapeutiques**

Les groupes thérapeutiques, sous des formes diverses, groupes de parole, psychodrames psychanalytiques, peuvent trouver leur place dans le suivi de l'anorexie mentale, à condition de s'inscrire dans un projet global, sous la responsabilité d'un thérapeute référent ayant le souci d'évaluer régulièrement son évolution avec le patient. D'assez nombreux groupes thérapeutiques d'anorexiques hospitalisés semblent fonctionner dans les services spécialisés. RICHARD⁵⁷ constate que les groupes ambulatoires de patients ou les groupes associant patients hospitalisés et suivis en ambulatoire sont certainement moins fréquents mais plus souvent décrits. Par une revue de la littérature, RICHARD explique l'intérêt de cette méthode thérapeutique dans une prise en charge multifocale et lorsque la phase aiguë ou de grande maigreur est passée.

VENISSE explique le fonctionnement du groupe thérapeutique de son service. Chaque semaine, le groupe se réunit, associant d'anciens patients hospitalisés aux patients alors hospitalisés et dont le poids suffisant autorise la participation au groupe thérapeutique. Ce groupe fermé, avec deux sessions par an de cinq mois chacune, n'est pas à proprement parler un groupe psychothérapique mais plutôt un groupe de parole à visée thérapeutique. Ses objectifs sont de ne pas être trop exigeant auprès de ces jeunes anorexiques qui ne seraient pas toujours prêts et de permettre à plusieurs soignants d'y participer, entretenant alors une dynamique de sensibilisation et d'évolution au niveau de l'institution.

1.4.3.3. La pharmacothérapie

Comme dans d'autres pathologies, la recherche fondamentale s'intéresse aux possibilités de traitements médicamenteux de l'anorexie mentale. Les traitements les plus utilisés, restent les antidépresseurs, mais aucun traitement médicamenteux n'a montré de réelle efficacité comparativement à un placebo dans cette pathologie⁴⁰.

La prescription d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques selon les modalités habituelles peut être indiquée. Elle ne doit ni bloquer le travail psychothérapique, ni s'y substituer. Plus récemment, quelques études ont montré des cas sporadiques d'anorexie mentale améliorés par un antipsychotique atypique, l'olanzapine. Dans un essai clinique ouvert, POWERS⁵⁸ observait chez ses patients sous olanzapine, une reprise pondérale avec peu d'effets indésirables extrapyramidaux. RUSSEL⁵⁹ confirme ces résultats dans sa propre

expérience clinique où ce traitement permettrait une réduction des conduites anorexiques, de l'anxiété, de l'hyperactivité, même à faible dose. Mais il n'existe à ce jour aucune étude sérieuse en double aveugle contre placebo ayant montré son efficacité dans l'anorexie mentale⁴⁰.

1.4.3.4. La prise en charge de la famille

Quelque soit leur position dans le schéma familial et leur éventuel rôle pathogénique, tenir compte de la dynamique familiale et travailler avec la famille en instaurant une alliance thérapeutique est indispensable dans la prise en charge du patient anorexique mentale. L'engagement des parents est nécessaire pour éviter une rupture thérapeutique dans le traitement dont ils doivent comprendre la nécessité et accepter les modalités. Le travail avec les parents vise également à aider ceux-ci à modifier leurs modalités d'investissement de leur adolescent et les aider à en accepter les mouvements d'autonomisation. Ils ont à tolérer les modifications comportementales qui accompagnent fréquemment l'abandon de la conduite anorexique. Il est important de les aider à dépasser leur propre sentiment de culpabilité. Ce travail avec les parents peut se faire sous différentes formes : consultations régulières des parents, entretiens familiaux, groupes de parents ou véritable thérapie familiale.

- **Le groupe de parents**

En dehors de l'apport essentiel à la compréhension de la psychopathologie de l'anorexie mentale, JEAMMET suggère que *le groupe de parents* permet « une réassurance réciproque des parents, leur expression de fantasmes angoissants liés à l'ambivalence à l'égard du médecin et au vécu de mort généré par l'adolescente, la reconnaissance du conflit interne de l'anorexique et des propres difficultés parentales, le réinvestissement libidinal de leur fille par des parents qui s'interrogent sur leurs propres images parentales et leur propre autonomisation »⁶⁰. Ces groupes sont l'occasion d'échanges entre parents et d'un étayage mutuel entre des personnes partageant des situations similaires²⁰. KAGANSKI⁶¹ rappelle aussi que ces rencontres peuvent aider des parents nouvellement impliqués dans la maladie de leur enfant, à comprendre le sens des décisions thérapeutiques et à les maintenir et à sortir de leur solitude vis-à-vis des équipes médicales ou de l'incompréhension de leur propre famille.

• La thérapie familiale

La thérapie familiale est une autre modalité de soin possible. Elle permet d'inclure l'ensemble de la famille : le patient, ses parents, mais aussi sa fratrie, souvent oubliée dans la prise en charge globale de l'anorexie mentale. PERDEREAU²⁰ décrit plusieurs cadres thérapeutiques possibles selon les écoles. Ainsi, comme le décrit KAGANSKI⁶¹, l'école de MINUCHIN préconise l'organisation d'une ou plusieurs séances autour d'un repas pour mettre en relief les interactions familiales habituelles. Ce repas permet de renforcer les frontières entre les générations en favorisant une coalition importante entre les parents. Dans le cadre d'un essai sans groupe contrôle, MINUCHIN rapporte une efficacité de 86% de sa méthode dans une population de plus de 50 patients anorexiques mentaux²⁰. Pour SELVINI-PALAZZOLI, le thérapeute familial doit aider la famille à comprendre ses modalités relationnelles et son mode de communication par un processus d'introspection avec une série de questions non directives qui doit aider la famille à réfléchir sur elle-même, sans lui parler de ses dysfonctionnements²⁰. Plus récente, la thérapie familiale de MAUDSLEY réunit, autour d'un repas, la famille qu'elle ne considère plus comme à l'origine des troubles du patient, mais comme un allié précieux sur lequel le thérapeute s'appuie. Quelle que soit la technique utilisée, les thérapies familiales ont des objectifs communs : redéfinir les espaces, repéciser les limites générationnelles et renforcer les compétences parentales²⁰.

1.4.3.5. La prise en charge ambulatoire

Le suivi ambulatoire repose sur les principes de continuité et de plurifocalité, qu'il y ait ou non nécessité d'une hospitalisation préalable. Là encore les différents intervenants devront prendre compte à la fois, du symptôme, des troubles de la personnalité, de la dynamique familiale du patient. Un psychiatre référent, initiateur du projet thérapeutique doit être identifié dès le début de la prise en charge. Il est indispensable pour veiller à la coordination des différents acteurs de la prise en charge (généraliste, pédiatre, psychothérapeute, diététicienne, infirmière...). Il sert également d'interlocuteur aux parents, afin de nuancer leur perception d'un échec éducatif, de soulager leur culpabilité et de les amener à aborder la dimension psychologique de la souffrance de leur adolescent. De la même façon que lors d'une hospitalisation, le contrat de poids est un outil déterminant du projet thérapeutique. S'y ajoutent en

parallèle, en fonction de la demande explicite du patient, de la durée d'évolution des troubles, de sa capacité d'insight, mais aussi des possibilités locales, différentes prises en charge : psychothérapie d'inspiration psychanalytique, psychodrame psychanalytique, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie de groupe, activités à médiation corporelle, conseils diététiques, ateliers thérapeutiques⁷.

1.4.3.6. Conclusion

Il existe donc une multitude de modalités thérapeutiques, qui peuvent être associées selon l'état clinique actuel du patient, ses antécédents de prise en charge, les conceptions théoriques et éthiques des thérapeutes et les possibilités locales. Cette variabilité et complexité dans les modalités de prise en charge traduit bien l'impossibilité de définir un schéma thérapeutique unanime, prédéfini dans la prise en charge de ces patients qui souffrent bien d'une même pathologie mais avec des caractéristiques personnelles très variables et dont il faut tenir compte dans une prise en charge multifocale.

2^e partie
LES ETUDES DE DEVENIR

2.1. METHODOLOGIE DES ETUDES DE DEVENIR

2.1.1. Problèmes méthodologiques

Depuis le début des années 1980, de nombreuses études concernant le devenir de patients ayant souffert d'anorexie mentale ont été publiées. Entre 1930 et 1980, 70 publications sur ce thème ont été retrouvées, de 1980 à 1989, tout autant. Cette tendance se poursuit toujours. Malgré leur nombre, ces études sont souvent difficiles à comparer du fait d'une diversité méthodologique responsable de résultats souvent disparates. Cette diversité méthodologique concerne aussi bien le nombre de sujets inclus, le moyen de recrutement et les critères d'inclusion, que la durée du suivi, le nombre de perdus de vue et les moyens d'évaluation.

Déjà GARFINKEL⁶², en 1977, insiste sur la nécessité d'une rigueur méthodologique par la pratique d'études rétrospectives, l'utilisation de critères diagnostiques et de critères d'évaluation précis, fiables et reproductibles, comme l'alimentation « normale », la « régularité des menstruations » ou l'« amélioration des relations interpersonnelles ».

En 1988, dans sa revue de la littérature des principales études de devenir à moyen terme, HSU⁶³ suggère six critères diagnostiques précis pour une « étude de devenir de l'anorexie mentale valide » :

- Utilisation de critères diagnostiques précis et exclusion des cas atypiques.
- Plus de 25 sujets.
- Suivi au minimum quatre ans après le début de la maladie.
- Moins de 20% de perdus de vue.
- Entretien direct sur plus de 50% des sujets.
- Utilisation de plusieurs outils standardisés bien définis.

En 1996, dans une méta analyse concernant l'anorexie mentale de l'adolescence, HSU⁶⁴ signale encore des problèmes méthodologiques et conclut sur les recommandations suivantes :

- La situation idéale serait une étude prospective commençant au début de l'anorexie, mais il reconnaît que ce type d'étude est peu réalisable.
- Les études rétrospectives peuvent être améliorées, toute publication devrait préciser l'âge du début des troubles, l'âge au moment de l'étude, le devenir de la conduite alimentaire, l'évolution du poids, l'état de santé générale et l'évolution des menstruations.
- Il encourage toujours l'utilisation d'outils standardisés pour étudier plusieurs aspects du devenir des sujets.

STEINHAUSEN⁶⁵ en 1997, publie une revue de la littérature de 31 études qui impliquent 941 patients et précise dans sa conclusion générale les facteurs qui rendent difficiles l'analyse des données :

- La très grande majorité des études est rétrospective.
- Les études récentes utilisent les critères D.S.M. III ou D.S.M. III-R, pas les anciennes.
- Pour les hommes, les conclusions sont difficiles car les échantillons sont insuffisants.
- L'âge de début des troubles est variable de 7 à 17,11 ans avec de petits échantillons pour les plus jeunes.
- Les délais sont difficiles à comparer car la référence de départ est parfois le début des troubles et parfois la fin du traitement.
- Peu d'études évaluent le traitement.
- Sur 25 études, le taux moyen de perdus de vue est de 16%, variant de 0% à 77%.

Actuellement, les auteurs s'accordent à penser que la validité d'une évaluation nécessite un recul de plusieurs années par rapport à l'épisode initial et doit tenir compte à la fois de critères symptomatiques classiques mais aussi de critères définissant l'équilibre psychoaffectif⁶⁶.

JEAMMET⁶⁷ souligne la longueur de ce processus morbide de l'adolescence : « La guérison de l'anorexie mentale est un processus dont la durée est rarement inférieure à 4 ans ». En effet, c'est durant ces 4 ans qu'auraient lieu la plupart des rechutes et des guérisons⁶⁸ mais il serait dangereux de considérer qu'au-delà de 4 ans la dynamique évolutive de la pathologie s'arrête⁶⁹.

2.1.2. Echelles d'évaluation

Ne remplaçant en aucun cas la démarche diagnostique, les échelles d'évaluation sont utilisées comme outil dans les études épidémiologiques, dont les résultats seront comparés entre eux.

Il existe une multitude d'échelles, d'auto et d'hétéro-évaluation, avec des indices différents d'une échelle à l'autre.

2.1.2.1. Evaluation des troubles des conduites alimentaires

Il existe des échelles d'auto et d'hétéro-évaluation des troubles des conduites alimentaires.

- **Echelles d'auto-évaluation**

EAT : Le Eating Attitudes Test ou test d'attitude alimentaire de GARNER et GARFINKEL (1979)⁷⁰ (annexe 2).

Applications

C'est l'un des plus anciens et des plus utilisés des instruments d'évaluation de la symptomatologie globale de l'anorexie et de la boulimie, permettant, dans une certaine mesure, des comparaisons. En 1982, de sa forme initiale à 40 items, EAT-40, a été extraite une forme à 26 items. Cette échelle a été traduite par plusieurs auteurs français. Nous proposons en annexe 2 la traduction de l'équipe de B. SAMUEL-LAJEUNESSE.

Mode de passation

Chaque item comporte 6 degrés de réponse : ‘toujours’, ‘très souvent’, ‘souvent’, ‘quelquefois’, ‘rarement’ et ‘jamais’. Lors de la passation, il est demandé au sujet de remplir tous les items et de ne cocher qu’un degré pour chaque item.

Cotation

Pour chaque item, la réponse extrême de type anorexique est cotée à 3 points, puis par symptomatologie décroissante, la suivante à 2, puis à 1, et les autres à 0. La note globale est obtenue par la sommation des notes des 40 items, s’étendant de 0 à 120.

Etudes de validation

Elles sont nombreuses. Une étude préliminaire a déterminé la validité de chaque item en évaluant sa capacité à prédire l’appartenance à un groupe d’anorexiques ou à un groupe témoin. Une même évaluation a été faite pour la note globale. La qualité prédictive et la validité clinique de chaque item ont été vérifiées. Notons que sa sensibilité (la proportion de vrais positifs chez les sujets atteints) est faible, alors que sa spécificité (la proportion de vrais négatifs chez les sujets non atteints) est élevée.

Une analyse de l’échelle a permis de distinguer sept facteurs regroupant chacun plusieurs items : préoccupations concernant la nourriture, minceur de l’image du corps, vomissements et abus de laxatifs, régimes, manger lentement, alimentation clandestine et perception d’une pression sociale pour prendre du poids.

D’autres études de validation chez des sujets anorexiques et des sujets témoins ont permis de confirmer son efficacité dans le recueil des symptômes chez des sujets témoins et dans l’étude de l’évolution chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire.

Normes

Les auteurs ont fixé une note seuil de 30 au dessus de laquelle on peut parler d’anorexie mentale, afin de limiter le nombre de faux négatifs.

Concernant la version française, GARROT⁷¹ obtient dans son étude de validation chez 77 sujets les scores moyens et leurs écart-types suivants :

- sujets contrôles : $13,02 \pm 8,13$
- sujets anorexiques : $34,9 \pm 18,2$.

Conclusion

De passation très facile et utilisé dans de nombreuses publications, l'EAT sert d'instrument de dépistage dont l'efficacité peut être améliorée en l'associant à des informations concernant le poids et la dépressivité de l'humeur.

Dans les études sur l'anorexie mentale, il apparaît très intéressant pour estimer l'évolution des patients et pour évoquer chez eux une guérison lorsque leurs scores ne diffèrent pas ou peu de ceux des témoins.

EDI : Le Eating Disorder Inventory ou inventaire des désordres alimentaires de GARNER⁷² a été publié en anglais en 1983. Il permet l'étude des caractéristiques psychologiques des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire et l'étude de la frontière de ces syndromes⁷⁰.

La version initiale de 1983, en plus du score global, comporte 64 questions regroupées en 8 sous-échelles : la peur de la maturité, la méfiance dans les relations interpersonnelles, la conscience intéroceptive (manque de conscience dans la reconnaissance et l'identification correcte des émotions et des sensations de faim ou de satiété), l'inefficacité, le désir de minceur, l'insatisfaction corporelle, la boulimie et le perfectionnisme.

Dans la deuxième version à 91 items, proposée en 1992 par GARNER, 3 sous-échelles ont été rajoutées : l'ascétisme, la régulation des impulsivités et l'insécurité sociale.

Cet autoquestionnaire a été traduit et validé en français par CRIQUILLON-DOUBLET et GUELF⁷³.

D'autres études de validation ont confirmé son intérêt comme instrument de dépistage et de suivi des troubles des conduites alimentaires et d'étude des caractéristiques psychologiques des sujets.

SCAN : Le Setting Conditions for Anorexia Nervosa scale ou échelle de recherche des conditions pour une anorexie mentale de SLADE et al. (1986) et SLADE (1990) est un autoquestionnaire proche de l'EDI. Il est constitué de 40 items répartis en 5 rubriques : l'insatisfaction, le perfectionnisme, l'anxiété sociale et personnelle, les problèmes d'adolescence et le besoin de contrôler.

Cet instrument est utilisé pour explorer le risque d'évolution vers des troubles alimentaires, dans une population donnée.

L'intérêt est que le sujet ne se sent pas questionné pour des troubles alimentaires.

- **Echelles d'hétéro-évaluation**

Average Outcome Score : En 1975, MORGAN et RUSSELL utilisent un score de devenir général en fonction de plusieurs facteurs : restriction alimentaire, préoccupation de l'image du corps, poids, menstruations, état mental, attitude face à la sexualité, comportement sexuel, buts recherchés dans les relations personnelles, attitude face aux menstruations, relations familiales, émancipation par rapport à la famille, activités sociales en dehors de la famille et de l'emploi. En 1988, en rajoutant le critère, préoccupation de l'image du corps, les auteurs publient le **Morgan/Russell Outcome Assessment Schedule**. Cette version, traduite en français par FLAMENT est considérée comme un instrument fiable et solide, permettant de comparer l'évolution du sujet au cours du suivi.

GCS : Validé par GARFINKEL et coll. en 1977, le Global Clinical Score ou score clinique global permet de catégoriser le mode d'évolution de sujets anorexiques en se basant sur les critères définis par MORGAN et RUSSELL en 1975. Utilisé dans plusieurs études, il tient compte de l'évolution du poids, des menstruations, des conduites alimentaires, de l'adaptation sociale et de l'éducation ou de l'emploi. A partir de ces cinq items, un score global est calculé permettant de conclure à un type d'évolution parmi quatre possibles¹⁷.

LECE : La Liste d'Evaluation Clinique par l'Examineur est une échelle d'hétéro-évaluation établie en 1991 par JEAMMET¹¹ en tenant compte de son expérience clinique et en s'inspirant de l'échelle de devenir de MORGAN et RUSSELL le **Morgan/Russell Outcome Assessment Schedule**.

La LECE est constituée de 10 items explorant l'alimentation, les menstruations, l'état mental, le fonctionnement psychologique, la sexualité et le statut socioéconomique.

Chaque item est coté de 1 à 4 (sauf le poids, coté de 1 à 3). La cotation complète sera réalisée lors d'un entretien clinique semi-directif. Si les renseignements ne sont obtenus qu'à partir de questionnaires, certains items ne pourront pas être cotés (capacité d'insight, état mental et conduites addictives).

Cette hétéro-évaluation prend en compte les 6 mois précédant l'entretien et permet de coter les dix items suivants :

ALIMENTATION

- 1- Absence.
- 2- Réduction anormale des apports alimentaires ou apport excessif, moins de 50% du temps.
- 3- Réduction anormale des apports alimentaires ou apport excessif, plus de 50% du temps.
- 4- Anorexique.

POIDS

- 1- Normal par rapport au poids idéal en fonction de la taille.
- 2- Anormal mais sans varier de plus de 15% par rapport au poids idéal.
- 3- Franchement anormal au-delà de 15% d'écart.

Les patients indiquent leur poids sans être pesés lors de l'entretien.

MENSTRUATIONS

- 1- Règles présentes et régulières.
- 2- Règles cycliques de façon intermittente.
- 3- Règles irrégulières occasionnelles.
- 4- Règles absentes.

ETAT MENTAL

- 1- Satisfaisant, absence de symptôme psychiatrique (phobie, dépression, angoisse, obsession).
- 2- Moyennement satisfaisant, handicap mineur.
- 3- Insatisfaisant : présence de symptômes psychiatriques mais pas de handicap majeur dans la vie relationnelle ou seulement de façon intermittente.
- 4- Très insatisfaisant : présence de symptômes psychiatriques constituant un handicap permanent et source de difficultés majeures dans la vie relationnelle.

CAPACITES D'INSIGHT

- 1- Bonne capacité à prendre en compte ses états internes.
- 2- Dénier partiel du monde interne.
- 3- Dénier du monde interne mais accrochage à la réalité externe.

- 4- Intérêt purement intellectuel, banalisation, réaction persécutive à toute question concernant le monde interne du sujet.

RELATIONS SEXUELLES

- 1- Satisfaisantes.
- 2- Moyennement satisfaisantes.
- 3- Insatisfaisantes.
- 4- Très insatisfaisantes (refus total ou source d'angoisse ou sentiment persécutif).

RELATIONS FAMILIALES

- 1- Satisfaisantes.
- 2- Plus ou moins satisfaisantes.
- 3- Insatisfaisantes.
- 4- Très insatisfaisantes.

CONTACTS SOCIAUX EN DEHORS DE LA FAMILLE

- 1- Satisfaisants.
- 2- Plus ou moins satisfaisants.
- 3- Insatisfaisants.
- 4- Très insatisfaisants.

OCCUPATION (profession ou études)

- 1- Satisfaisante.
- 2- Plus ou moins satisfaisante.
- 3- Insatisfaisante (conflictuelle ou source d'angoisse, ou inférieure aux capacités du patient).
- 4- Très insatisfaisante (absence de toute insertion professionnelle ou d'étude).

CONDUITES ADDICTIVES

- 1- Absence.
- 2- Présence de telles conduites limitées à la nourriture (boulimie, vol de nourriture...).

- 3- Alcoolisme, toxicomanie épisodique et ne constituant pas un handicap majeur pour la vie socioprofessionnelle.
- 4- Alcoolisme, toxicomanie.

Nous utiliserons cette échelle pour l'évaluation clinique des sujets inclus dans notre étude.

2.1.2.2. Evaluation des troubles psychiatriques associés

La comorbidité des troubles des conduites alimentaires existe et il est également très fréquent que l'évolution à long terme se fasse vers d'autres troubles psychiatriques, notamment les troubles obsessionnels-compulsifs, anxieux, de l'humeur ou de la personnalité^{74,75}.

Les échelles d'évaluation sont nombreuses et très différentes, permettant d'explorer divers aspects psychopathologiques en fonction des objectifs fixés par l'étude. Sans en faire une liste exhaustive, nous allons citer quelques échelles intéressantes.

- **Echelles d'auto-évaluation**

HSCL : La Hopkins Symptom Check List est un autoquestionnaire élaboré à l'Université américaine J. HOPKINS et dont la synthèse a été publiée en 1974 par DEROGATIS⁷⁶. Les études de validation sont nombreuses, et en France, GUELF⁷⁷ a établi et validé en 1984 la version française que nous utilisons pour notre travail.

Cette échelle est composée de 58 items répartis en 7 facteurs : la sensibilité interpersonnelle, la somatisation douloureuse, l'inhibition-ralentissement, les troubles digestifs, les troubles neurovégétatifs, les troubles du sommeil, les symptômes obsessionnels et l'humeur dépressive. Leur cohérence clinique est satisfaisante. Chaque item correspond à une phrase courte qui décrit des problèmes, plaintes ou symptômes divers. Pour chaque phrase, le sujet doit cocher une seule des 4 réponses : non, oui un peu, oui moyennement, oui beaucoup. Sa réponse traduit son état du moment et celui de la semaine écoulée.

Le questionnaire est de passation simple et très bien accepté par les patients. Il permet une cotation des symptômes non anorexiques au moment de l'étude.

SCL-90 R : La Symptom Check List est un questionnaire global d'auto-évaluation des symptômes psychiatriques très largement utilisé à l'heure actuelle.

Cette échelle a été très étudiée et remaniée depuis la première édition de DEROGATIS⁷⁸ en 1973 pour aboutir à sa forme actuelle, traduite en français par DREYFUS et GUELF⁷⁰ en 1984.

Elle est utilisée pour étudier les troubles névrotiques et les corrélés aux autres échelles, particulièrement dans les évaluations de suivi.

Cette échelle se compose de 90 phrases courtes formées de mots simples, décrivant des plaintes ou des symptômes divers. Pour chaque phrase, le sujet doit choisir une des cinq réponses possibles, définissant cinq degrés.

Les facteurs explorés sont la somatisation, les symptômes obsessionnels, la sensibilité interpersonnelle ou vulnérabilité, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, les phobies, les traits paranoïaques, les traits psychotiques et des symptômes divers.

Trois indices globaux de gravité peuvent être calculés : la gravité globale, la diversité des symptômes et le degré de malaise.

BDI : Le Beck Depression Inventory ou inventaire de BECK (1962) est utilisé pour évaluer les signes cognitifs et motivationnels de la dépression. C'est un instrument bien accepté par les patients, de passation rapide, facile à remplir, sensible, fiable et largement documenté par de nombreuses recherches⁷⁰.

- **Echelles d'hétéro-évaluation**

HAMA : La HAMILTON Anxiety ou échelle d'anxiété de HAMILTON (1959)⁷⁰ permet l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. Elle est composée de 14 items qui couvrent les secteurs de l'anxiété psychique et somatique. Très largement diffusée et utilisée dans des travaux de recherche, cette échelle, stable et sensible au changement permet de comparer les résultats observés.

HAMD : La HAMILTON Depression ou échelle de dépression de HAMILTON (1960)⁷⁰ représente un moyen simple d'évaluer la sévérité d'un état dépressif et son

évolution sous traitement. Elle reste toujours l'échelle de dépression la plus utilisée dans le monde.

2.1.2.3. Echelles de personnalité

Certaines études de devenir évaluent l'organisation de la personnalité des sujets et leur possibilité de fonctionnement grâce aux tests de personnalité⁷⁹.

Certains tests sont construits de façon à solliciter les projections du sujet : histoires à compléter à partir d'images proposées par le *TAT (Thematic Aperception Test)* ou tâches d'encre du *test de Rorschach*, le plus connu. Le test de Rorschach révèle la personnalité globale et est très intéressant dans l'étude des troubles des conduites alimentaires car il facilite les projections de l'image du corps et des représentations de soi et des autres⁷⁹.

D'autres sont établis à partir de questionnaires auxquels le sujet répond lui-même tel que le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Ce test évalue les différents profils psychopathologiques et comporte une échelle D (dépression), une échelle Pd (psychopathie), une échelle Sc (schizophrénie), une échelle Pt (psychasthénie) ainsi que les échelles Pa (paranoïa), Ma (manie), Hy (hystérie), Hs (hypochondrie) et Mf (masculin-féminin).

2.2. RESULTATS DES ETUDES DE DEVENIR

2.2.1. Résultats généraux

Les nombreuses études longitudinales font ressortir la gravité potentielle de cette pathologie, non seulement par sa mortalité, mais également par sa possible chronicité et les comorbidités psychiatriques fréquemment rencontrées.

2.2.1.1. Etudes à moyen terme

En 1975, MORGAN et RUSSELL⁸⁰ évaluent le devenir de 41 patients dont l'âge moyen de début des troubles est de 15,5 ans, mais avec des âges s'étalant de 11 ans à 40 ans. Ils obtiennent selon le score général de leur échelle les résultats suivants :

- 39% de bonne évolution.
- 27% d'évolution intermédiaire.
- 29% de mauvaise évolution.
- 5% de décès.

La durée de suivi varie entre 4 et 10 ans, dont 78% entre 4 et 5 ans.

En 1985, TOLSTRUP⁸¹ évalue, de façon rétrospective et avec un recul minimum de 4 ans, le devenir de 151 sujets suivis pour une anorexie mentale. Neuf (6%) des 151 sujets inclus sont décédés (4 par suicide et 5 par complication somatique de la pathologie). Selon les critères du GCS (Global Clinical Score) il observe chez les 114 sujets vivants ayant bénéficié d'un entretien clinique :

- bonne évolution dans 43%.
- évolution intermédiaire dans 39%.
- mauvaise évolution dans 18%.

En 1988, dans sa revue de la littérature des 5 études de devenir à moyen terme, respectant des critères méthodologiques rigoureux qu'il a définis (MORGAN et RUSSELL 1975, HSU 1979, MORGAN 1983, HALL 1984 et BURNS et CRISP 1984), HSU⁶³ retrouve, selon les critères de MORGAN et RUSSELL, un devenir global réparti en trois groupes :

- bonne évolution dans 36 à 58%.
- évolution intermédiaire dans 19 à 36%.
- mauvaise évolution dans 20 à 34%.

En 1991, dans une autre méta- analyse de 22 articles publiés entre 1981 et 1989, STEINHAUSEN⁸² observe selon le GCS (Global Clinical Score) les résultats suivants :

- 25 à 75% de bonne évolution avec une moyenne de 50%.
- 1 à 47% d'évolution intermédiaire avec une moyenne de 30%.

- 5 à 30% de mauvaise évolution avec une moyenne de 20%.

La variabilité de ces chiffres confirme les résultats très différents des études de devenir et incite à appliquer des critères méthodologiques rigoureux et consensuels dans ces études.

L'article de TANAKA⁸³ commence par une revue de la littérature des études de devenir entre 1960 et 1996 où l'auteur conclut à un taux moyen de 52% de guérisons totales (c'est à dire avec un poids moyen maintenu à 85% du poids idéal) ; à 29% de guérisons intermédiaires (poids maintenu de façon inconstante) et à 19% d'évolution chronique. Sa propre étude chez des femmes japonaises apporte des résultats concordants : 51% de bon devenir, 13% de devenir intermédiaire, 25% de chronicité et 11% de décès.

En 1999, lors d'un suivi prospectif sur 6 ans de 103 patientes anorexiques, FICHTER⁸⁴ retrouve l'évolution suivante selon le GCS :

- 34,7% de bon devenir
- 38,6% de devenir intermédiaire
- 20,8% de mauvais devenir

Ces résultats prospectifs confortent le caractère de gravité de la pathologie et les résultats obtenus par des études rétrospectives.

Dans l'enquête de Göteborg réalisée en 2001, WENTZ⁸⁵ observe des résultats similaires sur un suivi de 10 ans (anorexie mentale à l'âge de 15 ans, revu à 21 puis à 25 ans) :

- 43% d'évolution favorable.
- 29% d'évolution intermédiaire.
- 27% de mauvaise évolution.

Il utilise les critères de MORGAN et RUSSELL pour l'évaluation du devenir des patients.

2.2.1.2. Etudes à long terme

En 1991, RATNASURIYA⁸⁶ publie une étude, après un suivi de 20 ans d'une population pour laquelle l'âge moyen de début de la pathologie est de 18 ans et donc

associe des adolescents et des jeunes adultes. En utilisant comme seuls critères le poids et les menstruations, il obtient les résultats suivants :

- 30% de bonne évolution.
- 32,5% d'évolution intermédiaire.
- 37,5% de mauvaise évolution (chronicité et décès).

Il constate un devenir moins bon chez les sujets ayant débuté leur anorexie mentale après 18 ans.

Une étude néo-zélandaise menée en 1999 par BULIK⁸⁷ évalue le devenir à 15 ans de 66 patientes ayant présentées une anorexie restrictive. L'auteur conclut ainsi :

- 21 (31,8%) étaient guéries (absence de trouble du comportement alimentaire, de vomissement ou de prise de diurétique et poids supérieur à 85% de l'IMC idéal).
- 34 (51,5%) ne l'étaient que partiellement avec un IMC inférieur à 85% de l'IMC normal ou parce qu'elles utilisent des manoeuvres de contrôle de poids.
- 15 (22,7%) étaient passées au stade chronique.

En 2001, LOWE⁸⁸ publie une étude évaluant le devenir à long terme (sur une période de 21 ans) de 84 sujets anorexiques mentaux. Il obtient les résultats suivants :

- 50% de bonne évolution.
- 21% d'évolution intermédiaire.
- 10% d'évolution défavorable.

2.2.1.3. Etudes spécifiques de l'adolescence

En 1996, HSU⁶³ recense six études de méthodologies rigoureuses qui étudient le devenir de sujets ayant débuté une anorexie mentale à l'adolescence. (cf. tableau 1). Il précise que ce ne sont que des études à moyen terme, aucune étude à long terme n'étant alors disponible. Les résultats observés semblent assez proches de ceux décrits précédemment. Pour l'auteur, il n'existerait pas, à moyen terme, de différence d'évolution entre des anorexies mentales ayant un début précoce ou tardif. Mais, comme nous le verrons lors de l'étude des facteurs pronostiques, les avis divergent et la discussion reste ouverte.

Tableau 1 : Résultats des équipes psychiatriques recensés par HSU⁶³ en 1996.

Auteurs	Année	Inclus	♂/♀ (%)	Age de début (ans)	Durée du suivi	Décès	Bonne évolution	Evolution intermédiaire	Mauvaise évolution
Bryan-Waught	1998	30/44 68,1%	23%	11,7	8,9	(2) 6%	58%	6%	29%
Bryan-Waught	1996	18/22 81,8%	27%	12,1	5,5	0	56%	28%	17%
Higgs	1989	23/27 85,1%	30%	8 à 16	7,3	0	30%	30%	39%
Gillberg	1994	51/52 98%	16%	14,3	6,7	0	47%	39%	14%
Smith	1993	23/34 67,6%	0	15,5 (au décès)	6,6 (du décès)	0			43% TCA
Steinhausen	1993	26/26 100%	0	?	4 à 8 (du décès)	0			35% TCA

2.2.2. Résultats détaillés

2.2.2.1. Evolution somatique

- **Le poids et l' IMC**

La restauration d'un poids normal est un des principaux critères d'amélioration clinique qu'on évalue par la valeur de l'IMC.

Dans l'étude de JEAMMET¹¹, l'IMC moyen de l'échantillon au moment de l'étude est de 18 kg/m² et 59% des sujets ont retrouvé un poids satisfaisant.

Pour ECKERT⁸⁹, l'IMC moyen a été évalué à 18,5 kg/m² avec 73,2% des sujets ayant un IMC compris entre 17,5 et 23 kg/m² et 22,5% avec un IMC inférieur à 17,5 kg/m².

Par contre, pour DETER et HERZOG⁹⁰ et HERPERTZ-DAHLMANN⁹¹, les IMC moyens observés sont respectivement de 19,3 kg/m² et de 20,5 kg/m², en rappelant que les IMC moyens des IMC les plus bas étaient de 13,3 kg/m² et de 14,5 kg/m².

- **Le cycle menstruel**

La réapparition du cycle menstruel est un indicateur majeur de l'amélioration symptomatique et est même considérée par beaucoup comme indispensable pour pouvoir parler de guérison dans cette pathologie. Il est donc l'un des paramètres les plus étudiés.

Dans l'étude de JEAMMET¹¹, 58% des patientes sont à nouveau réglées et 24% sont restées aménorrhéiques (dont 7% d'aménorrhées primaires).

SACCOMANI⁹² note que 24% des sujets féminins ont à nouveau des menstruations dans la première année, 49% entre la première et troisième année et 27% sont toujours en aménorrhée après 3 ans.

Pour ECKERT⁸⁹, 69% des patientes ont retrouvé des cycles menstruels spontanés, 15% sont aménorrhéiques et 16% ont un traitement hormonal.

RATNASURIYA⁸⁶ retrouve seulement 32% de femmes avec un cycle menstruel régulier.

L'aménorrhée peut persister malgré une reprise ou une normalisation du poids. Cette observation est en faveur de l'étiologie psychogène de l'aménorrhée de l'anorexique.

- **Maternité**

Seules les études de devenir à long terme peuvent évaluer le retentissement de l'anorexie mentale à l'adolescence sur la maternité.

Parmi les 40 patientes suivies par RATNASURIYA⁸⁶ avec un recul de 20 ans, 17 ont eu au moins une grossesse. L'auteur note que 29 des 34 enfants ont été conçus alors que la mère avait un poids d'environ 85% du poids normal théorique et que trois grossesses ont débuté alors que la femme était en aménorrhée.

Dans l'étude de JEAMMET¹¹, sur 107 patientes, 39 d'entre elles sont devenues mère et 3 ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse.

Dans son étude sur la maternité des jeunes femmes ayant souffert d'anorexie mentale à l'adolescence, HEYMANN⁹³ observe un nombre anormalement élevé d'accidents et de troubles des conduites alimentaires pendant la grossesse. Une proportion importante de leurs enfants a présenté des difficultés alimentaires à type d'anorexie d'opposition sans retentissement ultérieur sur la courbe staturo-pondérale.

- **Troubles somatiques**

Peu d'études ont évalué ce paramètre qui englobe des troubles très variés.

JEAMMET¹¹ rapporte des problèmes dentaires (64%), des oedèmes (26%) et de l'anémie (19%).

Pour DETER et HERZOG⁹⁰, les troubles les plus fréquemment observés sont les troubles osseux et articulaires (17%), rénaux et uro-génitaux (10%), d'autres, vasculaires, dermatologiques, endocrinologiques, gastro-intestinaux, neurologiques et respiratoires ont chacun une représentation de 3%.

L'ostéoporose est une complication somatique à long terme de l'anorexie mentale qui peut conduire à des fractures multiples, parfois spontanées. Le risque de fracture serait 7 fois plus élevé que chez le sujet sain estime JORNOD⁹⁴. L'hypogonadisme hypogonadotrope de l'affection est révélé par l'aménorrhée et des taux d'oestradiol et de gonadotrophines effondrés. L'anorexique associe à son hypogonadisme des apports calciques, caloriques et vitaminés diminués et un IMC faible. Ces facteurs ostéopénians sont d'autant plus délétères lorsqu'ils sont présents avant l'atteinte du pic de masse osseuse. Il semble que comme pour la femme ménopausée, l'ostéopénie du sujet anorexique soit en partie réversible en fonction de sa gravité et de la disparition des facteurs favorisants.

Mais, cette réversibilité de l'atteinte ainsi que les traitements à proposer restent encore débattus, notamment la prescription de contraceptifs oraux par les pédiatres nutritionnistes et endocrinologues.

- **Mortalité**

Malgré une meilleure connaissance de la pathologie et les progrès médicaux permanents, l'anorexie mentale reste une pathologie potentiellement mortelle.

Selon les études, la mortalité à moyen terme, c'est-à-dire de 4 à 14 ans est de 0 à 6%³⁷.

Sur une plus longue durée de suivi (20 à 35 ans), le taux brut est de 17 à 20%.

En 1991, STEINHAUSEN⁸² note une diminution du taux de létalité (nombre de sujets décédés / nombre de sujets retrouvés) (appelé taux de mortalité brut par les anglo-saxons) par rapport à sa précédente revue de la littérature qu'il avait publiée en 1983 :

- Moyenne de 4,4% (de 0 à 18%) en 1991.

- Moyenne de 10% en 1983.

Le taux de létalité est de 7% dans l'étude de JEAMMET¹¹ et confirme les résultats obtenus dans les huit autres études auxquelles il compare ses résultats, avec un taux de létalité moyen de 5,8%.

CRISP³⁷, en 1992, utilise un ratio standardisé de mortalité pour conclure que sur deux cohortes de patients anorexiques suivis avec 20 ans de recul, le taux de mortalité par rapport à la population générale de même âge et de même localité géographique est de 1,36 fois plus important pour la première cohorte et de 4,71 fois pour la deuxième cohorte. Les différences entre les deux cohortes étaient, le lieu géographique, l'âge moyen de début de la maladie et la durée d'évolution (respectivement de 16,8 ans et 3,7 ans pour la première et de 19,1 ans et 2 ans pour la deuxième). Or, une longue durée de la maladie a souvent été décrite comme facteur de mauvais pronostic et un début précoce comme facteur de bon pronostic.

DETER et HERZOG⁹⁰ observent un taux de létalité de 11% dans leur étude sur le devenir à long terme de 84 sujets anorexiques.

DE TOURNEMIRE⁹⁵ rappelle que la mortalité est de 0,5% à 1% par année d'évolution de la maladie, soit 12 fois supérieure à la mortalité attendue durant cette période de la vie.

TANAKA⁸² note un taux élevé de tentatives de suicide dans son étude : 39,6% des sujets ont tenté de mettre fin à leurs jours sur une période de 8,3 ans.

Les causes de décès sont essentiellement des conséquences directes de la dénutrition ou le suicide et ce risque léthal concerne surtout les formes chroniques ou susceptibles de rechuter⁶⁷. L'étude des cas montre une « complicité de l'entourage avec le symptôme » et un déni de la gravité par la patiente et sa famille, JEAMMET¹¹ souligne alors la nécessité d'établir une alliance avec la famille dans la prévention des risques de mort.

JEAMMET¹¹ constate que le suicide (comme les épisodes dépressifs) correspond toujours à un abandon de la conduite anorexique :

- soit un abandon définitif, avec un sentiment de vide et de désespoir intense
- soit un abandon momentané, avec alternance de phases restrictives et de phases boulimiques (où la patiente vit mal les sentiments de honte et de dépréciation ressentis).

Les modalités du suicide sont rarement précisées par les auteurs. Il semble que les intoxications médicamenteuses volontaires sont majoritaires : PATTON⁹⁶ note dans son

échantillon de 322 sujets que les 6 suicides étaient par intoxication médicamenteuse volontaire, sachant qu'il y a eu 11 décès.

CRISP³⁷ observe 1 suicide par défenestration sur 4 décès dans la cohorte St George de 76 sujets, et 3 suicides par intoxication médicamenteuse volontaire sur les 4 décès dans la cohorte Aberdeen.

Dans une étude américaine publiée en 2000 sur 246 patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires, HERZOG⁹⁷ montre un taux de mortalité et de suicide chez les anorexiques très supérieur à celui de la population standard : les décès ne sont survenus que chez les anorexiques et s'élèvent à 5,1%. Toujours par comparaison à une population ajustée sur l'âge et le sexe, le taux de décès est 9,6 fois supérieur et le taux de suicide 58,1 fois supérieur chez les sujets anorexiques mentaux. Les facteurs de risque de décès sont pour l'auteur, la durée de l'anorexie mentale, le type boulimique, l'abus de toxiques et les troubles de la personnalité associés au trouble du comportement alimentaire.

Pour l'équipe de KEEL⁹⁸ du département de psychiatrie de Harvard, le suicide est la première cause de décès dans l'anorexie mentale. L'auteur estime que la mortalité par suicide est, chez les anorexiques, 56,9 fois supérieure à celle des jeunes femmes du même âge dans la population générale.

2.2.2.2. Evolution du comportement alimentaire

C'est un paramètre essentiel mais difficile à comparer car les critères utilisés varient d'une étude à l'autre.

Dans l'étude de ECKERT⁸⁹, les résultats suggèrent la persistance des préoccupations alimentaires ou du contrôle de l'alimentation chez une grande majorité de sujets puisque 67% d'entre eux ont l'habitude de « sauter un repas », 71% consomment des substituts de repas et 80% disent restreindre leur alimentation en faisant des « petits repas ».

Dans l'étude de HERPERTZ et DAHLMANN⁹¹, 23,5% des sujets conservent une attitude restrictive pure.

Après 20 ans d'évolution, parmi les sujets que RATNASURIYA⁸⁶ considère comme ayant une bonne évolution, un tiers reconnaît avoir une diète restrictive régulièrement et un tiers pense manger de façon irrégulière.

Au terme des 10 ans de suivi, WENTZ⁸⁵ constate qu'un quart des sujets conserve des troubles des conduites alimentaires : environ 50% ont souffert d'une boulimie nerveuse et 75% ont présenté à un moment ou un autre des symptômes boulimiques.

2.2.2.3. Evolution psychologique

Alors que l'absence de trouble psychiatrique associé est nécessaire au diagnostic d'anorexie mentale, il est assez fréquent de retrouver une pathologie psychiatrique lors du suivi des patients.

Les troubles psychiatriques observés sont très variés, allant de la dépression névrotique à la psychose, plus rare⁸².

JEAMMET⁶ considère l'existence de ces différents troubles psychologiques comme signes annonciateurs de troubles de la personnalité. Pour l'auteur, « ce que l'anorexique tente de maîtriser en se focalisant sur l'aliment et en le contrôlant au travers de l'image du corps, menace à tout moment de s'étendre à l'ensemble de ses investissements ». C'est le danger de l'investissement objectal qui représente la problématique dominante de la conduite anorexique. L'abandon de la conduite anorexique elle-même peut entraîner une dépression, voire une désorganisation temporaire.

En 1991, HALMI⁷⁵ a mis en évidence une comorbidité statistiquement significative de troubles affectifs et anxieux chez des sujets anorexiques suivis, ainsi que leurs parents sur une période de 10 ans. Il observe que 68% des sujets anorexiques ont présenté au cours de l'évolution un épisode dépressif majeur. Il précise que ce sont les anorexiques évoluant vers un trouble boulimique qui souffrent le plus fréquemment de dépressions et de dysthymie.

Les troubles anxieux (phobie sociale et TOC) sont observés chez 65% des anorexiques. L'auteur constate globalement une faible prévalence d'abus de substances toxiques (cannabis, alcool) mais signale l'existence de comportements impulsifs (alcool, toxicomanie, automutilations, tentatives de suicide) chez ces sujets en cas d'évolution vers la boulimie.

En 1995, HERPETZ-DAHLMANN⁹¹ évalue le devenir à 7 ans de 39 patients hospitalisés. Il observe 58% de bonne évolution, 21% d'évolution intermédiaire et 21% de mauvaise évolution. 62% des sujets présentent une comorbidité psychiatrique dont 18% de troubles dépressifs.

En 2003, dans une étude sur la comorbidité des troubles anxieux dans les troubles des conduites alimentaires, GODART⁹⁹ a confirmé la forte prévalence « vie entière » des troubles anxieux chez les sujets anorexiques par rapport à celle observée en population générale féminine française. Le trouble anxieux le plus fréquent est la phobie sociale, retrouvée chez 55% des sujets anorexiques, soit 3 à 10 fois plus souvent qu'en population générale. Le trouble panique est observé dans 34% des cas alors qu'il s'élève à 5% dans la population générale féminine. 24% des sujets souffrent d'un trouble anxieux généralisé alors qu'il reste rare dans les populations d'adultes jeunes (2% entre 15 et 24 ans). Le trouble obsessionnel compulsif est observé chez 21% des sujets anorexiques alors qu'il s'observe en population générale avec une fréquence de 3,5%. L'agoraphobie reste aussi rare que dans la population générale. La plupart de ces troubles semblent avoir précédé la conduite anorexique.

GODART⁹⁹ s'est également intéressée à l'existence d'antécédent de trouble anxieux de séparation dans l'enfance qu'elle retrouve chez 50% des sujets anorexiques alors qu'il ne concerne qu'environ 4% des enfants et jeunes adolescents en population générale.

2.2.2.3. Evolution psychosociale

Elle est décrite de façon variable selon les études.

- **Insertion professionnelle**

L'insertion professionnelle ou scolaire reste bonne pour 60% (13/21) des adolescents suivis par HAWLEY¹⁰⁰.

JEAMMET¹¹ observe une évolution professionnelle satisfaisante dans 74% des cas, mais insiste sur l'existence d'un décalage entre les performances scolaires souvent exceptionnelles de ces jeunes filles durant la maladie et les carrières professionnelles finalement entreprises, nettement inférieures.

- **Relations interpersonnelles**

50% des sujets évalués par JEAMMET¹¹ présentent un épanouissement personnel (sexuel, familial et relationnel) bon ou assez bon, mais l'auteur constate que les sujets gardent des difficultés résiduelles de la personnalité anorexique qu'il différencie en

deux types de comportements : une relation de type passionnel ou une attitude d'évitement et de retrait des investissements. « Toute relation suivie engage massivement le Moi et compromet l'équilibre narcissique ».

HAWLEY¹⁰⁰ constate que 42,8% (9/21) des sujets présentent des difficultés dans les relations sexuelles.

Dans l'étude à long terme de RATNASURIYA⁸⁶, 50% (19/40) ont des relations sexuelles satisfaisantes et 20% (8/40) évitent les relations sexuelles.

FICHTER⁸³ signale qu'après 2 ans de suivi, 50% des sujets entretiennent une relation amoureuse stable.

- **Relations familiales**

Depuis les années 1990, les études évaluant la dynamique familiale dans l'anorexie mentale se sont développées, mettant alors en évidence la participation familiale dans sa psychopathologie. Des échelles et autoquestionnaires spécifiques permettent d'évaluer les interactions et le fonctionnement familial lors de la phase aiguë de la maladie, mais également lors de son évolution à plus long terme. RATNASURIYA⁸⁶ montre que la population étudiée (moyenne d'âge 40 ans) conserve une forte dépendance à l'égard de leur famille.

2.2.3. Les facteurs pronostiques

Malgré les nombreux travaux pour tenter de mettre en évidence des facteurs pronostiques de la pathologie, il n'existe toujours pas de réponse univoque à ce sujet.

BULIK⁸⁶ retient comme facteurs de guérison de l'anorexie mentale : les relations extra-familiales, la prise en charge thérapeutique et le degré de maturation du sujet.

En 2002, dans une revue de la littérature des 5 dernières décennies sur le devenir de l'anorexie mentale, STEINHAUSEN⁶⁵ reprend les facteurs considérés comme intervenant dans le pronostic de la pathologie. Il montre que la valeur pronostique de chacun de ces facteurs est en réalité souvent controversée⁶⁸.

GODART¹⁰¹ reprend plusieurs revues de la littérature et classe les facteurs pronostiques retrouvés en trois catégories : facteurs pronostiques reconnus, partiellement reconnus et controversés témoignant bien des difficultés à mettre en évidence des facteurs pronostiques fiables.

2.2.3.1. L'âge de début de l'anorexie

Les résultats sont contradictoires et certaines études ne mentionnent même pas ce critère comme facteur pronostique de l'anorexie mentale.

Pour certains auteurs, l'âge de début précoce est décrit comme facteur de bon pronostic, comme le suggère RATNASURIYA⁸⁶, qui retrouve un âge de début tardif (supérieur à 18 ans) comme facteur de mauvais pronostic par rapport à la tranche des 11-15 ans.

D'autres auteurs ne retrouvent pas de corrélation entre l'évolution et l'âge de début des troubles. STEINHAUSEN¹⁰², dans sa revue de la littérature, compte cinq études qui ne retrouvent pas d'influence de l'âge de début et une qui observe un pronostic plus sombre si l'anorexie débute avant 11 ans.

2.2.3.2. La perte de poids initiale

Depuis longtemps, certains auteurs ont souligné qu'un poids bas au début des soins s'associait à une évolution sévère^{63,80}.

ECKERT⁸⁹ évalue à 14 fois plus que la population générale du même âge la surmortalité des anorexiques et considère comme facteur de surmortalité un poids bas lors de la prise en charge.

En comparant des sujets encore anorexiques à des sujets qui ne le sont plus, HERPETZ-DAHLMANN⁹¹ définit deux éléments pronostiques péjoratifs significatifs :

- Poids minimum bas
- IMC bas à l'admission

GOWERS¹⁰³ observe qu'un poids initial inférieur à 70% du poids attendu est un facteur de mauvais pronostic à deux ans.

2.2.3.3. La durée des symptômes avant l'admission

En 1990, ROSENVINGE¹⁰⁴ montre de façon significative dans son étude rétrospective, portant sur 41 sujets ayant souffert d'anorexie mentale, qu'une durée de la maladie longue (supérieure à trois années) est prédictive d'un devenir global pauvre.

2.2.3.4. L'hyperactivité et les conduites de régime

ROSENVINGE¹⁰⁴ ne met pas en évidence de lien significatif entre l'existence d'une hyperactivité au moment du diagnostic et un profil de devenir particulier.

2.2.3.5. Les vomissements

Ce sont les vomissements, plus que la boulimie ou les abus de laxatifs qui sont retrouvés comme facteur de mauvais pronostic dans la plupart des études (RATNASURIYA⁸⁶, JEAMMET¹¹ et STEINHAUSEN⁸²). ROSENVINGE¹⁰⁴ ne retrouve pas de lien significatif entre l'existence de vomissements chez certains anorexiques et leur devenir.

2.2.3.6. L'hospitalisation

STEINHAUSEN⁸² et JEAMMET¹¹ considèrent que la durée et le nombre d'hospitalisations sont des facteurs pronostiquant un devenir insatisfaisant.

HERPERTZ-DAHLMANN¹⁰⁵ ne confirme pas ces résultats.

L'étude de GOWERS¹⁰³ portant sur 75 adolescents montre que les sujets non hospitalisés ont à deux ans 67% de chance de présenter une « bonne évolution » et les sujets hospitalisés seulement 14,3% de « bonne évolution ».

2.2.3.7. La structure et l'attitude familiales

STEINHAUSEN⁸² parle du facteur positif que constituent de bonnes relations parents-enfant dans l'évolution de la pathologie.

RATNASURIYA⁸⁶ observe une corrélation significative entre des relations familiales perturbées et un mauvais pronostic après 20 ans de suivi.

VANDERLINDEN¹⁰⁶ observe que les familles d'anorexiques mentaux se caractérisent « par une plus grande stabilité ou une plus grande rigidité avec une moindre tendance à parler ouvertement des désaccords entre parents et enfants ».

2.2.3.8. La composante psychologique

Dans son étude de suivi à 20 ans, RATNASURIYA⁸⁶ conclut à un moins bon pronostic s'il existe un trouble de la personnalité antérieur au début des troubles anorexiques.

STEINHAUSEN⁸² note qu'une personnalité histrionique serait de bon pronostic en cas d'anorexie mentale tardive alors qu'il n'y aurait aucune corrélation chez les plus jeunes.

Dans une revue de la littérature, JEAMMET¹⁷ observe qu'une vulnérabilité narcissique serait prédictive d'un trouble des conduites alimentaires. « Les facteurs prédictifs les plus forts sont l'insatisfaction quant à l'image corporelle, une forte émotionnalité avec des affects négatifs, et un défaut de capacité introspective ».

La présence de symptômes dépressifs au moment du diagnostic joue un rôle pronostique controversé. STEINHAUSEN⁸² considère sa présence comme un facteur de mauvais pronostic alors que HERPERTZ-DAHLMANN⁹¹ ne confirme pas son influence sur l'évolution du trouble alimentaire ou l'apparition d'un syndrome dépressif.

BIZEUL^{107,108} a montré que la dépression associée à l'anorexie mentale constituait un facteur pronostique péjoratif, notamment comme facteur de pérennisation qui, par le jeu des auto-renforcements contribue à l'enfermement dans le trouble.

En 2003, dans son étude rétrospective, ANDERLUH¹⁰⁹ a montré que l'existence de traits de personnalité obsessionnelle dans la petite enfance était un facteur de risque important de développement d'une anorexie mentale à l'adolescence et à l'âge adulte. Ces traits de personnalité représenteraient aussi un marqueur phénotypique d'un groupe spécifique de sujets anorexiques mentaux.

Dans une étude sur l'adaptation sociale de sujets anorexiques, GODART⁷⁴ montre que l'existence de troubles anxieux et de comportements d'évitement social, fréquents dans cette pathologie, favorise l'inadaptation sociale et la pérennisation des troubles du comportement alimentaire. Elle insiste sur la nécessité de reconnaître et de traiter ces troubles anxieux pour permettre une amélioration du devenir en terme d'adaptation sociale, mais aussi de devenir global⁷⁴.

2.2.3.9. Les abus sexuels

Ces dernières années, des travaux se sont centrés sur l'étude d'un lien possible entre le passé d'abus sexuel et le développement d'un trouble des conduites alimentaires. Leurs résultats étaient divergents, variant de 7% à 65%, avec cependant une majorité d'études estimant à environ 30% les antécédents d'abus sexuels, alors qu'en population indemne de pathologie psychiatrique, leur fréquence est estimée à 10%. VANDERLINDEN¹⁰⁶ retrouve 30% d'antécédents de vécu traumatisant (abus sexuel et/ou physique dans la famille, rejet parental majeur). GOSSET¹¹⁰ estime que le traumatisme sexuel n'est pas un facteur spécifique dans l'apparition d'une anorexie mentale, aucun lien causal linéaire n'ayant été retrouvé. L'existence d'antécédent d'abus sexuels dans l'enfance met l'adolescent dans une situation à risque de développer un trouble psychiatrique, et notamment une anorexie mentale. Pour GOSSET¹¹⁰, « l'anorexie mentale va avoir une fonction adaptative par rapport au traumatisme sexuel ». Par le contrôle de son corps, de son apparence, de ses besoins, de ses sentiments et de ses relations aux autres, l'anorexique tente de retrouver une image positive de lui-même, de son corps antérieurement maltraité. La conduite anorexique, en masquant les caractères sexuels secondaires et en stoppant les menstruations et les impulsions sexuelles, permet à l'adolescent d'éviter la sexualité, traumatisante, repoussante et dégoûtante à ses yeux. La plupart des victimes d'abus sexuels ont tendance à se blâmer, à se considérer comme indignes, responsables de leur agression. L'anorexie mentale correspond alors à « une conduite punitive, visant à sanctionner ce corps qui a trahi »¹¹⁰.

2.2.3.10. L'évolution à moyen terme

Il faut donc envisager avec prudence le rôle de la présence de ces facteurs pronostiques ; pour JEAMMET²⁹, « La sévérité globale du pronostic de l'anorexie mentale doit être corrigée par le fait qu'il n'existe aucun critère pronostique de valeur absolue. Toute forme d'anorexie mentale reste potentiellement susceptible de guérir » et « le meilleur facteur de pronostic semble bien être la nature, la qualité, la cohérence et la durée du traitement ».

2.3. DESCRIPTION DE DEUX ETUDES

2.3.1. Etude de JEAMMET (1991)¹¹

JEAMMET la décrit comme « prospective », mais la méthodologie correspond plutôt au schéma de notre étude personnelle, de type transversale et rétrospective. L'étude présente le devenir, avec un recul d'au moins quatre ans, de 122 cas d'anorexie mentale (et non pas de 129 comme le précise JEAMMET car 7 sujets retrouvés ont refusé de participer à l'étude) sur 146 sujets inclus.

C'est l'une des études de référence parmi celles analysant le devenir à long terme de l'anorexie mentale chez les adolescents. En s'attachant à respecter des critères méthodologiques rigoureux émis et reconnus par les spécialistes de cette pathologie, JEAMMET a fait de son étude une référence dans le domaine de l'anorexie mentale, autorisant alors la comparaison des résultats d'études ultérieures aux résultats de son travail.

2.3.1.1. Sujets

Cette étude évaluait le devenir de tous les adolescents suivis ou vus au moins une fois en consultation par l'unité de psychiatrie de l'Hôpital International de l'Université de Paris (HIUP) pour anorexie mentale selon les critères de FEIGHNER³³.

Les suivis allaient de 1968 à 1982, afin de respecter le délai de quatre ans minimum après le début de la prise en charge, critère méthodologique essentiel dans ce type d'étude catamnésique.

Parmi les 146 patients (138 femmes et 8 hommes) inclus dans l'étude, 30% étaient suivis uniquement par une psychothérapie en ambulatoire, 50% étaient hospitalisés pour la première fois dans le service, 13% pour la deuxième fois et 5% pour la troisième fois. 44% des patients avaient déjà été hospitalisés dans un autre service. L'âge des patients au début de la prise en charge était de 16 ans $\pm$ 3 ans. La durée d'évolution de la maladie avant la prise en charge par le service était inférieure à 1 an dans 25% des cas et entre 1 et 2 ans dans 40% des cas. 65% des familles étaient d'un niveau socio-économique élevé (profession libérale ou cadres supérieurs).

2.3.1.2. Méthodes

Chaque sujet inclus dans l'étude a été contacté par un courrier qui expliquait la nature de l'étude et lui proposait de revenir à l'hôpital pour un entretien. En cas de non-réponse, le sujet était contacté par téléphone pour connaître les raisons de sa non-réponse et éventuellement obtenir des informations sur son devenir par un entretien téléphonique. Des informations indirectes ont également pu être obtenues par l'intermédiaire de membres de la famille ou de thérapeutes.

L'évaluation faisait appel à des moyens différents :

Il s'agissait essentiellement d'un entretien clinique semi-directif, d'environ une heure, explorant les principaux domaines de l'activité psychique du sujet, de sa vie affective et sexuelle, de son intégration socioprofessionnelle. A l'issue de l'entretien, l'examineur remplissait la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) qui explore les grands axes cliniques de la psychopathologie et la Liste d'Evaluation Clinique par l'Examineur (LECE), adaptation de l'échelle de MORGAN et RUSSELL qui décrit le profil de devenir de l'anorexie mentale.

Le sujet répondait pour sa part à une échelle d'auto-évaluation, la Hopkins Symptom Check List (HSCL)⁷⁶ qui évaluait les symptômes non anorexiques et à un questionnaire clinique retraçant le ou les épisode(s) antérieur(s) d'anorexie mentale, l'histoire du traitement et l'état actuel du sujet avec notamment son auto-évaluation globale cotée de 1 à 4 (satisfaisant, assez satisfaisant, insatisfaisant et très insatisfaisant).

L'évaluation globale du devenir du sujet a été estimée en utilisant le nombre d'items notés 1 (satisfaisant) ou 2 (assez satisfaisant) sur la LECE. 3 profils d'évaluation clinique étaient alors définis :

- un « **bon devenir** » pour 8 ou plus d'items notés 1 ou 2.
- un « **devenir intermédiaire** » entre 4 et 7 items notés 1 ou 2.
- un « **devenir pauvre** » pour 3 ou moins d'items notés 1 ou 2.

2.3.1.3. Résultats

Parmi les 146 sujets inclus dans l'étude, des données de suivi ont été obtenues pour 122 sujets (83%) car 24 sujets (17%) étaient considérés comme perdus de vue :

- 10 (7%) sont décédés.
- 63 (43%) ont été vus en entretien individuel à l'hôpital.
- 49 (33%) ont eu une autre forme d'évaluation (entretien par téléphone, lettre et /ou informations par des membres de la famille ou psychothérapeute).

La période du suivi s'étendait de 4 à 20 ans ($11,7 \pm 3$ ans). Au moment de l'étude, l'âge des sujets s'étage de 17 à 44 ans avec une moyenne de 28 ans.

Le devenir de chaque sujet a été évalué par la LECE dont les 10 items recouvrent les différents champs de l'évolution de la personnalité des sujets. Voici les résultats obtenus par JEAMMET pour chacun des 10 items :

- **L'alimentation**

51% des sujets ont une alimentation normale donc sans préoccupation alimentaire. 28% ont un comportement alimentaire assez satisfaisant, c'est-à-dire que les particularités rencontrées lors de l'alimentation ne semblent, ni à la patiente, ni à l'examineur être une source de souffrance ou de handicap.

- **Le poids**

90% des sujets ont un poids normal si on le compare au poids moyen de la population en fonction de l'âge et de la taille ($MPMW \pm 13\%$). Mais, 31% des sujets, tout en ayant un poids satisfaisant, restent préoccupés de façon exagérée par leur poids. Il semble persister fréquemment quelques restrictions alimentaires, sans caractère obsédant et restant très marginales dans la vie du sujet. L'auteur signale la tendance des sujets à maintenir un poids légèrement inférieur au poids de sortie de l'hôpital, restant alors pour le sujet une limite pondérale à ne pas dépasser pour conserver la maîtrise de leur poids.

- **Les menstruations**

Les menstruations sont présentes et régulières chez 58% des jeunes femmes alors que chez 35% d'entre elles il persiste des troubles majeurs du cycle menstruel.

- **L'état mental**

Parmi les 55% de sujets ayant un fonctionnement mental bon ou assez bon, l'examineur estime que seulement 20% ont un fonctionnement mental normal. 45% des sujets présentent des symptômes psychiatriques.

- **La capacité d'insight**

Seuls 24% des sujets présentent un très bon insight.

- **Les relations affectives, familiales et sociales**

Sur le plan relationnel, seuls 55 à 65% des sujets présentent une évolution satisfaisante ou assez satisfaisante.

- **L'occupation (profession ou études)**

Ce secteur de la vie des sujets apparaît très satisfaisant ou assez satisfaisant pour 74% d'entre eux, mais ce chiffre relativement élevé semble inférieur à celui que laissait espérer leur parcours scolaire souvent très brillant.

- **Les conduites addictives**

La majorité des sujets (59%) ne présente aucune conduite addictive. Il existe des conduites addictives strictement limitées à la nourriture (boulimie, vol de nourriture) chez 33% des sujets, alors que 8% des sujets expriment une dépendance à l'alcool ou à des toxiques.

Globalement, parmi les 76 sujets ayant des données de devenir complètes, l'analyse de la LECE par l'examineur montre que :

- 47% ont un bon devenir global.
- 38% ont un devenir intermédiaire.
- 15% ont un devenir pauvre.

L'auto-évaluation globale par le sujet montre des chiffres supérieurs :

- 73% de sujets considèrent leur état comme satisfaisant ou assez satisfaisant.
- 19% de sujets considèrent leur état comme insatisfaisant.
- 8% de sujets considèrent leur état comme très insatisfaisant.

L'étude de la relation statistique entre les résultats de l'hétéro-évaluation et de l'auto-évaluation du devenir global conclut à l'existence d'une liaison modérée entre ces deux types d'évaluation ($r = 0,60$, $p < 0.001$).

2.3.2. Etude de GRANDVOINET (1998)¹¹¹

Cette étude est particulièrement intéressante à étudier pour notre travail pour plusieurs raisons :

- La population d'étude est constituée d'anciens adolescents pris en charge à l'hôpital d'enfants de NANCY-Brabois de 1985 à 1996 qui répondent donc tous également à nos critères d'inclusion.
- Sur le plan méthodologique, certaines similitudes sont à signaler dans la méthode de recueil de données :
 - utilisation d'un autoquestionnaire validé, le Eating Attitudes Test dans sa version à 40 items (EAT-40).
 - utilisation d'un autoquestionnaire général non validé dont nous avons utilisé une partie des questions pour notre propre autoquestionnaire général.
 - un entretien clinique proposé à chaque sujet pour permettre une évaluation globale par l'examineur à l'aide de la LECE.
 - un courrier contenant les questionnaires et les objectifs de l'étude adressé personnellement à chaque sujet.

Par contre, un critère d'inclusion majeur diffère de ceux que nous utiliserons, le recul au moment du suivi. L'auteur a inclus des sujets avec un recul s'étendant de 1 an 7 mois à 14 ans 10 mois, ne respectant pas rigoureusement le recul minimum préconisé dans ce type d'étude. L'auteur a alors séparé en deux groupes sa population, un groupe avec un recul supérieur à 4 ans et l'autre avec un recul inférieur à 4 ans pour permettre une analyse plus rigoureuse.

Elle reste malgré tout une référence essentielle pour la comparaison de ses résultats avec nos propres résultats statistiques.

Par ailleurs, nous allons pouvoir comparer les données obtenues lors de cette étude avec les données obtenues pour un même sujet lors de notre étude, soit 6 ans après. Il sera alors très intéressant d'évaluer la stabilité des devenirs observés entre 1998 et 2004.

Sur les 106 dossiers classés « anorexie mentale », après vérification des codages diagnostiques et des critères d'inclusion, l'auteur a inclus dans son étude 61 sujets (dont 3 garçons).

Parmi ces 61 sujets inclus, deux (un garçon et une fille) ont été perdus de vue, trois ont refusé de participer à l'étude et une mère a refusé de montrer le courrier à sa fille.

Au total, des données de suivi ont été obtenues pour 48 sujets avec 47 réponses aux autoquestionnaires, dont 44 EAT-40, et 13 échelles d'évaluation clinique LECE grâce aux entretiens.

Dans cette étude, le devenir de la triade symptomatique classique - *poids, comportement alimentaire et menstruations* - s'est amélioré :

- Le poids est estimé normal chez 17% des sujets et correct dans 37,5%.
- Le comportement alimentaire est normal chez 40% des sujets et plutôt satisfaisant chez 42%.
- 68% des sujets ont des menstruations.

Concernant le devenir au niveau relationnel (accomplissement social et familial), les scores « satisfaisants » varient entre 54% et 67%.

Pour 27% des sujets, l'état mental est jugé satisfaisant.

Selon les critères de JEAMMET, l'auteur obtient les résultats suivants de devenir global :

- 56% de devenir « bon ».
- 27% de devenir « intermédiaire ».
- 10% de devenir « pauvre ».

3^e partie
NOTRE ETUDE

3.1. INTRODUCTION

Notre étude s'intéresse au devenir à long terme des adolescents pris en charge par les services de pédiatrie et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital d'enfants du CHU de NANCY-Brabois depuis l'existence des consultations pédopsychiatriques de liaison. Avec le souci de respecter au maximum les critères méthodologiques précédemment cités, nous voulons définir de façon scientifique les profils de devenir des anciens patients et comparer les résultats obtenus avec d'autres études reconnues sur le plan international.

Cette étude des prises en charge des anorexiques mentaux permet d'établir un bilan de l'activité et du travail spécifiques réalisés depuis plus de vingt ans par les équipes soignantes. Toujours dans un souci d'améliorer notre prise en charge au quotidien, ce travail nous encourage à réévaluer régulièrement nos méthodes de soins afin d'optimiser nos prises en charge actuelles et futures.

3.1.1. Justification de l'étude

Comme nous l'avons rappelé précédemment, l'anorexie mentale de l'adolescent est une pathologie complexe qui peut évoluer de très nombreuses façons sans que l'épisode initial ne prédisse son évolution. Mais, globalement, elle reste une pathologie considérée comme grave, d'évolution lente avec un pronostic lointain, incertain et potentiellement mortel. Cette très grande variété de devenir à long terme de la pathologie reste difficile à estimer précisément.

Depuis les années 1970, de très nombreuses études catamnésiques internationales ont étudié le devenir des patients ayant souffert d'anorexie mentale afin de tenter de définir des facteurs pronostiques qui permettraient d'optimiser les prises en charge et éventuellement d'entreprendre des actions préventives.

Mais les méthodologies utilisées par ces différentes études du devenir sont très variées et rendent donc leur comparabilité difficile. Ainsi, elles peuvent différer par leur

population d'étude, leurs critères d'inclusion, leurs moyens d'évaluation, leur durée de suivi, leur nombre de sujets.

En effet, du fait de la grande disparité des outils d'évaluation et des critères utilisés, les profils de devenir peuvent varier selon les études de façon importante.

De plus, dans une même étude, deux sujets ayant les mêmes scores à une échelle d'évaluation peuvent avoir des symptômes très différents.

Face à cette disparité de méthodologie rendant aléatoire la comparaison entre les groupes, HSU⁶³ a défini des critères méthodologiques que devraient s'efforcer de respecter les auteurs des études de devenir de l'anorexie mentale. Ces recommandations sont depuis reconnues et acceptées par les spécialistes ; respectées, elles permettent certaines comparaisons entre les études.

HSU⁶³ recommande ainsi :

- des critères diagnostiques explicites pour exclure les formes atypiques
- l'inclusion de plus de 25 sujets
- au moins 4 ans de recul après la survenue de la maladie
- moins de 20% de perdus de vue
- un entretien direct sur plus de 50% des sujets
- plusieurs mesures de devenir bien définies

3.1.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre recherche est d'appréhender le devenir d'anciens patients anorexiques mentaux pris en charge dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et/ou de pédiatrie du C.H.U. de NANCY-Brabois avec un recul d'au moins quatre ans. Cette évaluation porte sur la symptomatologie anorexique, les critères d'insertions sociale et professionnelle et la psychopathologie générale.

Les objectifs secondaires sont de discuter l'existence de facteurs pronostiques de cette pathologie et d'apprécier notre travail pour le faire évoluer si nécessaire, en fonction des résultats. Un rétro-contrôle est toujours nécessaire dans toute pratique médicale.

3.2. PRISE EN CHARGE A L'HOPITAL D'ENFANTS DE BRABOIS

Nous décrivons les modalités thérapeutiques appliquées lors de nos stages d'interne dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Mme le Professeur VIDAILHET et dans le service de pédiatrie du Professeur VIDAILHET à l'hôpital d'Enfants du CHU de NANCY-Brabois. Une revue de la littérature suggère que de nombreuses autres équipes soignantes suivent, avec quelques variantes, ce type de prise en charge⁴⁸.

Rappelons que **le traitement de l'anorexie mentale** est souvent long, contraignant, mobilisant tout **un réseau multidisciplinaire**, souvent pendant plusieurs années et nécessitant un travail de cohésion, de communication permanente entre les différents acteurs pour permettre le bon fonctionnement de cette prise en charge complexe.

Notre prise en charge institutionnelle fait appel à deux équipes soignantes dont les rôles sont clairement définis, **l'équipe de pédopsychiatrie** (pédopsychiatres, psychologues, infirmiers et éducateurs, enseignants) et **l'équipe de pédiatrie nutritionnelle** (pédiatres, diététiciennes et infirmières)^{52,111}.

Qu'elle soit **ambulatoire ou hospitalière**, toute prise en charge thérapeutique débute par une consultation d'importance capitale pour son évolution. C'est un entretien qui associe l'adolescent, ses deux parents (exceptionnellement un seul d'entre eux en cas de séparation), le pédiatre et le pédopsychiatre (soit lors d'une consultation conjointe, soit, le plus souvent, lors de deux consultations successives) et comporte plusieurs objectifs.

En premier lieu, **le diagnostic d'anorexie mentale** est confirmé et sa gravité évaluée par une enquête anamnésique détaillée et un examen somatique avec pesée de l'adolescent en sous-vêtements. L'IMC de l'adolescent est alors calculé. La **sévérité de la perte pondérale** est objectivée en situant le poids et l'IMC du jour sur les courbes normales de poids et d'indice de corpulence et en les comparant aux courbes personnelles de l'adolescent qu'on aura retracées à l'aide de son carnet de santé.

Ensuite, la nature et l'évolution naturelle de la maladie sont clairement expliquées à l'adolescent et à ses parents. Les médecins posent alors l'indication d'une prise en charge spécialisée bifocale, pédiatrique et pédopsychiatrique.

A ce stade, les médecins se heurtent souvent à la réticence aux soins de l'adolescent et parfois même de ses parents. Comme le signale SIBERTIN-BLANC⁴⁶, l'adolescent reste très fréquemment dans « le déni des symptômes et la dénégation explicite de toute souffrance ». Les parents ont parfois eux-mêmes des difficultés à prendre conscience de la pathologie, malgré l'amaigrissement majeur et les modifications de comportement de leur enfant qui parvient à donner à ses parents l'illusion que « tout va bien ».

Il est donc essentiel de prendre le temps de bien expliquer la pathologie, ses conséquences et le projet de soin proposé et de répondre clairement à leurs éventuelles questions, afin d'établir une alliance thérapeutique précoce pour optimiser les soins.

Le pédiatre établit alors un contrat de poids avec l'adolescent et ses parents. Le contrat définit un poids cible considéré comme acceptable pour l'adolescent en fonction de son âge et de sa taille. Il correspond au poids situé au 25^{ème} percentile de la courbe d'indice de corpulence. Ce poids cible reste encore 10% au dessous du Poids Théorique pour la Taille (P.T.T.) mais permet de limiter l'angoisse générée alors chez l'adolescent à l'évocation du poids à reprendre.

Nous insistons sur le fait qu'une fois le poids cible atteint, l'adolescent sera toujours mince.

Le contrat de poids, établi de façon définitive, en accord avec l'adolescent, ses parents et les médecins joue comme le rappelle JEAMMET²⁹ « une fonction de cadre thérapeutique intangible pendant toute la durée de la prise en charge ».

A l'issue de cette consultation, deux modalités de prise en charge thérapeutiques sont possibles en fonction de la symptomatologie présentée : le suivi ambulatoire ou l'hospitalisation en service spécialisé, de pédopsychiatrie, de pédiatrie ou de réanimation pédiatrique.

Si l'état somatique et psychologique le permet, la prise en charge se poursuit en ambulatoire et toujours de façon conjointe par les équipes soignantes de pédopsychiatrie et de pédiatrie.

Le suivi pédiatrique régulier porte alors sur le rétablissement d'une alimentation et d'une hydratation normale et la reprise du poids par une pesée en sous-vêtements lors de chaque consultation. Le contrat ambulatoire fixe le minimum de prise pondérale hebdomadaire exigé (300g en moyenne) et le poids minimum en dessous duquel l'hospitalisation est décidée ; le non respect de ce contrat entraîne l'hospitalisation.

L'information nutritionnelle donnée à l'adolescent et à ses parents est complétée par une consultation auprès d'une diététicienne du service.

La prise en charge psychiatrique est assurée par des entretiens réguliers avec l'adolescent seul puis l'adolescent avec ses parents. Ces consultations, partie intégrante du contrat fixé, associent « une guidance parentale » et, auprès de l'adolescent, une première approche des conflits et des zones de souffrance.

Une psychothérapie individuelle est proposée à l'adolescent qui souvent la refuse dans un premier temps. Cette psychothérapie est néanmoins présentée comme un temps indispensable de l'abord thérapeutique.

Cette prise en charge bifocale permet d'engager des actions individuelles et/ou familiales tout en assurant la prise en compte du symptôme.

Grâce à ce cadre accepté d'abord par les parents, puis par l'adolescent plus ou moins rapidement, la prise en charge bifocale permet la régression des formes modérées d'anorexie mentale.

Toutefois le recours à l'hospitalisation avec séparation thérapeutique s'avère souvent nécessaire. Les indications de l'hospitalisation sont posées dans plusieurs circonstances. Si le retentissement physique apparaît sévère avec un poids trop faible, une dénutrition importante ou des troubles biologiques, l'hospitalisation est nécessaire. L'hospitalisation peut aussi être décidée en fonction du contexte familial, de l'intensité des processus défensifs (clivage et déni)¹¹¹ ou de l'échec du traitement ambulatoire instauré. Certains adolescents font eux-mêmes la demande d'une hospitalisation, ne se sentant pas capables de fournir les efforts alimentaires au domicile familial.

Dans certaines circonstances, où s'observent des signes de gravité ou de décompensation précédemment évoqués, une hospitalisation en urgence s'impose, le pronostic vital étant mis en jeu.

3.2.1. Hospitalisation en service de réanimation

L'hospitalisation dans un service de réanimation s'impose devant un état de dénutrition extrême avec signes d'adynamie circulatoire ou de troubles hydroélectrolytiques importants menaçant le pronostic vital. Heureusement, ce type d'hospitalisation reste exceptionnel.

3.2.2. Hospitalisation en service de psychiatrie

L'hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent est souvent indiquée devant l'échec de la prise en charge ambulatoire. Elle est également nécessaire d'emblée en cas d'état nutritionnel inquiétant ($IMC \leq 13 \text{ Kg/m}^2$), de relations familiales sur un mode tyrannique autour du symptôme ou avec d'intensifs processus de défense (clivage ou déni) chez l'adolescent. Il arrive, de façon assez rare, que l'adolescent lui-même demande une hospitalisation.

L'admission est décidée de façon conjointe par le pédiatre nutritionniste et le psychiatre lors de la consultation qui précède l'hospitalisation. L'hospitalisation doit être préparée et ses objectifs et ses modalités sont expliqués.

3.2.3. Les objectifs de l'hospitalisation sont triples :

- (1)- Assurer la sauvegarde somatique par une prise en charge pédiatrique adaptée.
- (2)- Aider l'adolescent à abandonner sa conduite anorexique par l'investissement d'un nouvel espace psychique personnel. L'adolescent doit pouvoir, peu à peu, abandonner ses défenses anorexiques et redécouvrir des modalités de fonctionnement et de relation différentes, plus variées et plus satisfaisantes, que centrées sur son symptôme. La rencontre avec l'autre est favorisée. L'hospitalisation peut permettre le début de

perception de son propre corps et le démarrage d'un fonctionnement mental autonome⁶⁶.

(3)– Permettre à l'adolescent des changements relationnels. SIBERTIN-BLANC⁴⁶ pense que l'hospitalisation permet de « Rompre la tyrannie des interrelations entre le patient et sa famille car elles contribuent à la pérennisation des symptômes ». L'adolescent doit retrouver le plaisir des relations avec les autres et ne plus les vivre comme dangereuses et intrusives.

3.2.4. Modalités de l'hospitalisation

Elles sont définies par trois éléments essentiels.

3.2.4.1. Le contrat de poids

Ce contrat reprend le poids cible fixé pour le suivi ambulatoire. Lors de l'hospitalisation, il devient **le poids de sortie** de l'hôpital mais pas de la fin du traitement. A ce poids sont associés des poids intermédiaires qui définissent des étapes de l'hospitalisation⁵¹:

- La participation aux activités de groupe
- La participation aux enseignements adaptés à son niveau scolaire et assurés par des enseignants de l'AISCOBAM (Aide SCOLAire Bénévole Aux Malades)
- La participation aux promenades hors du service
- La participation aux activités sportives
- **La levée de séparation**, lorsque le poids se situe 2 Kg en dessous du poids de sortie, constitue la deuxième étape essentielle de l'hospitalisation après la période de séparation thérapeutique. Lorsque l'adolescent atteint ce poids, il rencontre ses parents lors d'un entretien médical. L'hospitalisation se poursuit et l'adolescent peut à nouveau communiquer avec son entourage par l'intermédiaire d'appels téléphoniques, de courriers, de visites dans le service et de permissions de une ou deux journées au domicile familial.

Durant l'hospitalisation, le poids est surveillé quotidiennement lors de la pesée matinale, en sous-vêtements en présence d'une infirmière.

3.2.4.2. La séparation thérapeutique

Il s'agit d'une séparation totale entre le patient et son entourage proche (famille et amis) avec interdiction de communiquer de quelques manières que ce soit jusqu'à l'obtention du poids de levée de séparation. L'adolescent n'a donc ni visite, ni appel téléphonique, ni courrier, mais peut circuler librement dans l'unité avec les autres patients et prendre ses repas avec eux. Ce n'est donc pas vraiment un isolement puisqu'il s'agit pour l'adolescent de partager une vie collective institutionnelle lui permettant, à distance du regard des proches, l'investissement de nouvelles personnes et d'activités diverses. Cette séparation constitue un véritable travail de « déconditionnement »⁴⁶.

Par contre, les parents peuvent prendre quotidiennement des nouvelles par téléphone auprès des infirmiers du service et bénéficient d'entretiens réguliers avec le psychiatre référent de leur adolescent.

Ils sont également invités à participer aux réunions mensuelles de parents d'enfants anorexiques organisées par le service.

3.2.4.3. La Nutrition Entérale Nocturne à Débit Constant (NENDC)^{27,51,95}

La possibilité de recourir à la NENDC est considérée comme une aide précieuse dans la prise en charge de certains adolescents.

Les modalités de son éventuelle mise en route sont expliquées dès le contrat initial et notamment son intérêt pour aider l'adolescent à reprendre du poids si après 5 à 7 jours le poids stagne toujours ou chute avec la seule alimentation orale spontanée. Le pédiatre nutritionniste insiste sur le caractère non agressif de la NENDC en donnant l'exemple des tout petits enfants qui en bénéficient dans le service des nourrissons.

La NENDC est en général bien acceptée par l'adolescent du point de vue technique ; par contre, la perte de la maîtrise totale qu'il voudrait avoir sur son alimentation peut être source d'angoisse (quoique l'utilisation de différentes stratégies leur permet de garder encore la maîtrise).

Le but de la NENDC est d'assurer une réalimentation et d'aider au rattrapage pondéral nécessaire, tout en demandant à l'adolescent de continuer à manger la journée aux six repas fixés par le contrat.

Les apports caloriques assurés par la sonde varient entre 400 et 1200 kcals par 24 heures selon les cas, sans que l'adolescent ne soit informé de la contenance de la sonde. Les apports sont adaptés par le pédiatre nutritionniste et la diététicienne en fonction de la prise de poids. La NENDC est conduite pendant la nuit, entre 20-22 heures et 5-7 heures le lendemain.

La NENDC est très efficace sur le plan nutritionnel et présente peu d'effets indésirables. Parallèlement à la prise en charge nutritionnelle indispensable, l'approche psychothérapique doit être mise en place dès le début de l'hospitalisation.

3.2.4.4. Le travail institutionnel

Dès le début de l'hospitalisation, l'établissement d'une relation d'étayage régressif avec certains soignants (les infirmiers référents), la diversification des investissements sur la pluralité des lieux et des personnes (ateliers, groupe institutionnel et lieux d'expression) vont créer des conditions d'un « traitement institutionnel ». Ce travail institutionnel sert souvent à préparer et à étayer la psychothérapie individuelle.

L'équipe soignante initie auprès de l'adolescent des médiations relationnelles diverses pour l'aider à ne pas reproduire les modes relationnels pathologiques entretenus à domicile avec sa famille.

Les activités de groupe permettent à l'adolescent de retrouver du plaisir à son insu et d'expérimenter, sans menace personnelle, une relance émotionnelle en s'appuyant sur le groupe.

3.2.4.5. L'approche psychothérapique individuelle

Elle ne concerne plus le symptôme mais l'adolescent dans sa globalité et sa personnalité.

Si une psychothérapie individuelle existait déjà avant l'hospitalisation, elle est poursuivie. Sinon, elle va progressivement être initiée durant l'hospitalisation. Elle consiste en des entretiens individuels réguliers (environ trois entretiens par semaine) avec le psychothérapeute.

Au début il s'agit surtout d'une psychothérapie de soutien visant à établir une alliance thérapeutique essentielle dans la perspective d'un travail psychothérapeutique long¹¹².

JEAMMET parle de « psychothérapie de soutien et d'invigoration »⁶. L'adolescent dispose alors d'un espace de parole propre, lui permettant d'exprimer ses désirs en dehors des contraintes et des limites « imposées » (inconsciemment) par le milieu familial. De manière défensive, l'anorexique mental répond à la poussée pulsionnelle propre à l'adolescent par un « certain désinvestissement du monde extérieur et une tentative de maîtrise des objets et de l'expropriation du corps »⁵⁴. On observe dans l'organisation intrapsychique de l'adolescent « la négation de la réalité corporelle ainsi qu'un certain degré de scission moïque »⁵⁴.

L'approche individuelle cherche à stimuler et à protéger l'expression du désir propre de l'anorexique et la mise en place des conditions propices à l'émergence d'un discours autonome de l'adolescent à l'égard du désir parental.

3.2.4.6. L'approche familiale

La prise en charge des parents, individuelle, en couple ou en groupe s'avère essentielle d'autant plus que l'hospitalisation renforce habituellement leur culpabilité et la blessure narcissique de ce qu'ils ressentent comme un échec, qui voue leur enfant à la mort, et qu'ils sont fréquemment partie prenante dans le processus d'anorexie mentale.

Le travail avec les parents est systématique pendant l'hospitalisation lors d'entretiens réguliers, tous les 8 ou 15 jours avec le pédopsychiatre référent.

Créer une alliance thérapeutique avec les parents nous apparaît indispensable dans la prise en charge globale de l'anorexique mentale. MAURY⁶⁶ définit la qualité de cette alliance « par le mode relationnel des parents avec l'équipe et le thérapeute, mais aussi par leurs capacités à se mobiliser eux-mêmes, dans l'organisation de la vie relationnelle familiale, voire dans leur propre équilibre psychologique ». Trois grands types de situations peuvent alors être observés⁶⁶:

- Les parents font alliance et se mobilisent pour modifier l'organisation relationnelle familiale, voire leur propre équilibre psychologique.

- Les parents font alliance sans remettre en question de façon significative l'organisation personnelle mais autorisent leur adolescent à nouer des liens en dehors du cercle familial.
- Les parents ne font pas alliance. Certains ne manifestent aucune revendication, mais d'autres émettent des récriminations pouvant aller jusqu'au passage à l'acte avec rupture du traitement. MAURY⁶⁶ essaye alors d'utiliser même la rupture comme une occasion de poursuivre l'alliance.

3.2.4.7. Le recours à la pharmacothérapie

La place des psychotropes est limitée car sans réelle efficacité directe sur le trouble des conduites alimentaires. Il n'existe que peu d'études contrôlées sur de vastes échantillons démontrant l'efficacité de la pharmacothérapie dans l'anorexie mentale¹¹³.

Nous les utilisons en appoint pour aider l'adolescent à certains moments psychologiquement difficiles de sa prise en charge.

Cependant, il ne faut pas recourir trop vite à ces traitements en dehors des effondrements psychologiques sévères car la phase d'affect dépressif est constante au cours de l'anorexie mentale et représente un moment privilégié d'expression des sentiments, des doutes, voire du désarroi de l'adolescent. Il serait regrettable de bloquer l'élaboration de ce vécu en l'abrasant prématurément par la voie chimique. Cette élaboration dépressive représente souvent une phase nécessaire et dynamique de la progression psychothérapique

Les anxiolytiques peuvent être utilisés temporairement en cas de débordement anxieux tout en tenant compte du risque d'assuétude aux benzodiazépines.

Les antidépresseurs ont leur intérêt lors d'épisodes dépressifs majeurs mais également, dans le cas des Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) comme la fluoxétine, une efficacité dans la prévention des rechutes d'anorexie mentale. Dans les formes d'anorexie mentale avec boulimie, les ISRS, par leur action sur la transmission sérotoninergique, ont montré une efficacité pour réduire les crises de boulimie.

3.3. METHODOLOGIE

3.3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique **transversale descriptive** évaluant le devenir à long terme de l'anorexie mentale de l'adolescent et **rétrolective** évaluant les facteurs pronostiques du devenir des patients. La partie transversale descriptive correspond aux données de devenir recueillies au moment de notre étude auprès de chaque individu de notre échantillon. La partie rétrolective correspond aux données recueillies lors de la prise en charge initiale de l'anorexie mentale dans les dossiers médicaux de chaque sujet afin de les intégrer à notre analyse.

3.3.2. Population étudiée

La population étudiée est constituée de sujets anorexiques mentaux, diagnostiqués selon les critères diagnostiques codifiés pour définir l'anorexie mentale : les critères de la C.I.M. 10 (F 50.0)³¹.

3.3.3. Echantillon étudié

Les sujets sont des patients anorexiques mentaux examinés et/ou suivis en consultation ambulatoire ou en hospitalisation par les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de pédiatrie de l'Hôpital d'enfants du CHU de NANCY-Brabois entre novembre 1983 et août 2000. **Novembre 1983** correspond à la date de début de prise en charge de jeune fille dont le dossier médical est le plus ancien des dossiers médicaux de patient anorexique mental que nous ayons retrouvé dans les archives de l'Hôpital d'Enfants de NANCY-Brabois. Les analyses statistiques de notre étude ont été réalisées en août 2004. Nous avons choisi d'inclure les sujets jusqu'en **Août 2000** pour permettre un recul suffisant par rapport à l'épisode initial et évaluer de façon plus objective et rigoureuse le devenir des sujets comme le recommande HSU⁶³. JEAMMET⁶ suggère que « la guérison de l'anorexie mentale est un processus lent qui n'est que rarement inférieur à quatre ans » et que « ce délai est souvent une étape charnière dans le cours de l'évolution ».

Mais, la guérison peut apparaître bien plus tard dans l'évolution, de même que des rechutes. Il ne faut surtout pas conclure que la dynamique évolutive de l'anorexie mentale s'arrête au bout de quatre ans d'évolution⁶⁹.

Les patients ont été adressés aux pédopsychiatres par différents médecins : généralistes, pédiatres, psychiatres, gynécologues-obstétriciens, endocrinologues ou gastro-entérologues ou par les parents eux-mêmes.

3.3.3.1. Critères d'inclusion

- Le diagnostic d'anorexie mentale selon les critères de la C.I.M. 10 (F50.0)
- L'âge supérieur à 11 ans au moment du diagnostic d'anorexie mentale.
- Le diagnostic d'anorexie mentale porté avant le 25 août 2000.
- La prise en charge médicale a été ambulatoire, hospitalière ou associant ces deux types de prise en charge.

3.3.3.2. Critères de non inclusion

- Les maladies organiques avec troubles de l'appétit et/ou perte de poids (par exemple, maladie de Crohn, hyperthyroïdie ou tumeur cérébrale).
- Les troubles alimentaires manifestement au second plan, masquant une pathologie psychiatrique avérée : psychose maniaco-dépressive, schizophrénie, refus alimentaire temporaire accompagnant une conduite hystérique, phobie de déglutition, dépression.

3.3.4. Indicateurs étudiés

3.3.4.1. Critères de jugement

Les critères de jugement correspondaient aux différents types d'évolution à long terme des patients ayant souffert d'anorexie mentale. Ces données provenaient de différentes études épidémiologiques descriptives sur le devenir à long terme de l'anorexie mentale que nous avons détaillées dans la deuxième partie de notre travail. Nous avons utilisé plusieurs instruments d'évaluation :

- **Une auto-évaluation**

Un questionnaire général (annexe 2) et deux échelles d'auto-évaluation validées, le Eating Attitudes Test (EAT-40) (annexe 3)⁷⁰ et la Hopkins Symptom Check List (HSCL) (annexe 4)^{76,77} ont été remplis par les sujets.

L'EAT-40, questionnaire validé et reconnu dans l'évaluation des troubles du comportement alimentaire, comporte 40 questions avec chacune six modalités de réponse. Le système de cotation attribue, en fonction de la question, une valeur de 0, à trois des modalités, et les valeurs de '1', '2', '3' aux trois autres modalités. Après sommation des scores de chaque item, le score global du sujet s'échelonne entre 0 et 120. Plus le score global est élevé, plus le sujet présente des troubles du comportement alimentaire. Un score supérieur à 30 signe un comportement de type anorexique⁶⁹.

La HSCL, échelle de psychopathologie générale, permet d'obtenir un score global en sommant les scores de chacun des 58 items, à quatre modalités de réponse d'intensité progressive, cotés de 1 à 4. Le score global peut varier de 58 à 233. Plus le score est élevé, plus il existe des symptômes recherchés par l'échelle.

- **Une hétéro-évaluation**

Elle est réalisée par l'examineur à partir de l'échelle de MORGAN et RUSSELL modifiée par JEAMMET¹¹. C'est la Liste d'Evaluation Clinique par l'Examineur (**LECE**) qui permet de décrire le profil du devenir de l'anorexie mentale¹¹ à partir de 10 items à 4 modalités de réponse (sauf l'item Poids à 3 modalités de réponse) cotés de 1 à 4.

Lors d'un entretien direct ou téléphonique, en sommant le nombre d'items cotés '1' (satisfaisant) ou '2' (assez satisfaisant) par l'examineur pour chaque sujet, JEAMMET¹¹ classe en trois catégories le devenir global du sujet :

- « Bon devenir » si 8 ou plus d'items cotés '1' ou '2'.
- « Devenir intermédiaire » si entre 4 et 7 items cotés '1' ou '2'.
- « Devenir pauvre » si moins de 4 items cotés '1' ou '2'.

Lorsqu'un entretien clinique n'est pas réalisé, les résultats de la LECE 7 items correspondent à l'évaluation clinique établie à partir des réponses aux 7 items obtenus par l'auto-évaluation autre que l'« état mental », « l'insight » et les « conduites addictives » évalués uniquement lors d'un entretien clinique.

Lorsqu'il est possible, l'entretien clinique permet donc d'affiner certains items de l'évaluation et de coter les trois items renseignés uniquement par un entretien.

La **LECE 10 items** correspond donc à l'évaluation clinique complète par l'examineur lorsque qu'un entretien clinique est possible.

La **LECE 7 items** correspond à l'évaluation clinique à partir des données des trois autoquestionnaires remplis par le sujet.

3.3.4.2. Méthodes et moment du recueil des données

Les critères étudiés ont été établis en fonction de l'objectif principal et des objectifs secondaires fixés dans ce protocole qui cherchait à évaluer le devenir de l'anorexie mentale et à mettre en évidence d'éventuels facteurs pronostiques de cette pathologie.

Ces données ont été recueillies en deux étapes, rétrospective et transversale.

La partie **rétrospective** de l'étude s'intéresse à la période de diagnostic et de prise en charge de l'anorexie mentale au CHU de NANCY-Brabois.

Les données recueillies dans la partie rétrospective sont les suivantes :

- *Des données administratives* : nom, prénom, date de naissance, adresse et numéro de téléphone.
- *Des données familiales* : situation matrimoniale des parents, niveau socio-économique des parents, antécédents familiaux, fratrie.
- *Les antécédents personnels* : anomalies développementales prémorbides, difficultés de la relation parents-enfant, troubles de la personnalité, symptômes psychiques, abus sexuels et échec de traitements antérieurs.
- *Des symptômes anorexiques et cliniques* : sexe, âge (années), poids (Kg), taille (cm), perte de poids initiale (Kg), durée des symptômes avant l'admission, hyperactivité et conduites de régime, aménorrhée primaire ou secondaire, crises de boulimie, vomissements, stockage d'aliments, problèmes somatiques.

- *L'histoire du traitement* : nombre et durée de la ou des hospitalisation(s) au CHU de NANCY-Brabois ou ailleurs, existence d'une psychothérapie et/ou d'une prise en charge familiale.

Toutes ces données ont été recueillies à partir de l'examen du dossier médical des sujets inclus et des observations des infirmiers lors des hospitalisations dans le service.

La partie **transversale** de l'étude correspond à l'évaluation clinique au moment de l'étude, des sujets inclus à l'aide du questionnaire général, de l'EAT-40, du HSCL et de la LECE.

3.3.4.3. Evaluation complète du devenir

L'évaluation du devenir du sujet était la plus complète lorsqu'un entretien clinique était possible. Cet entretien clinique, semi-structuré, individuel, durait environ une heure, une heure et trente minutes et se déroulait dans le service de consultation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital d'Enfants. Il permettait une exploration de l'état de santé du sujet sur les plans alimentaire, social, affectif et psychologique. Les dix items de l'échelle d'évaluation clinique LECE étaient alors complétés pour évaluer le devenir global du sujet.

3.3.5. **Traitement des non-réponses**

Pour les sujets répondants, mais pour lesquels nous n'avons obtenu que des informations indirectes ou partielles, les questionnaires et échelles utilisées ont été complétées par toutes les informations valables obtenues (appel téléphonique au patient, à ses parents).

En ce qui concerne les non-réponses, en l'absence de réponse au courrier initial un mois après l'envoi, nous avons essayé de recontacter par téléphone les sujets, ou à défaut, leurs parents pour connaître la raison de leur non participation. En cas de persistance d'absence de contact, et après avoir recherché s'il n'était pas décédé, le sujet a été considéré comme perdu de vue et donc ses données n'ont pas été analysées comme celles des répondants.

3.3.6. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée dans le service d'Epidémiologie et d'évaluation cliniques du Professeur BRIANCON au C.H.U. de NANCY.

3.3.6.1. La saisie des données

Les données obtenues à partir des questionnaires et des entretiens cliniques ont été saisies informatiquement sur un masque de saisie avec le logiciel EPIdata.

3.3.6.2. Les analyses statistiques

Le Docteur RAT, épidémiologiste, a réalisé les analyses statistiques des données avec le logiciel S.A.S 8.2¹¹⁴.

La première étape de cette analyse statistique a consisté en une **description globale** de chacune des variables recherchées par :

- Le calcul du nombre de sujets, de la moyenne, de l'écart à la moyenne et de la médiane pour les variables quantitatives.
- Le calcul de la fréquence et des pourcentages pour les variables qualitatives.

Les sujets ont été classés en fonction de leur devenir d'après les classifications de l'EAT-40, de la HSCL et de la LECE. Le pourcentage de chaque classe est calculé.

Les associations entre le devenir et les variables démographiques et les caractéristiques cliniques initiales ont été analysées par des analyses de variance ou des tests Chi 2.

Le coefficient de corrélation de PEARSON a été utilisé pour mesurer la relation linéaire entre deux variables.

Les moyennes ont été comparées par un test T de STUDENT et la fréquence de la distribution par un test de Chi2 ou un test exact de FISHER si les effectifs étaient trop petits pour remplir les conditions de validité du test du Chi2. Le test de Chi2 est utilisé si l'effectif dans chaque est supérieur à 5 sinon le test exact de FISHER, valide quelque soit la taille des effectifs.

La deuxième étape a comparé les scores des différentes échelles de devenir aux variables étudiées par des tests non paramétriques du fait du faible effectif de certains groupes. Le test de WILCOXON a comparé les moyennes d'une variable qualitative à deux modalités. Le test de KRUSKAL-WALLIS a comparé les moyennes d'une variable qualitative à plus de deux modalités. Les variables statistiquement significatives ($p < 0,05$) et susceptibles d'avoir un rôle pronostique dans l'évolution de l'anorexie mentale ont été sélectionnées.

La troisième étape avait pour objectif de **mettre en évidence d'éventuels facteurs pronostiques de l'évolution** de l'anorexie mentale. Les analyses multivariées, dont l'analyse par régression logistique permettent d'exprimer le lien entre une variable dépendante et des variables indépendantes. Dans notre étude, nous avons cherché à expliquer, lors de l'évaluation, le devenir des sujets en fonction de données préexistantes que nous avons recueillies (variables indépendantes).

Les variables candidates à l'analyse étaient les variables sélectionnées dans la deuxième étape. Une analyse par régression logistique a étudié les facteurs pronostiques, la variable dépendante étant le devenir d'après les classifications de la LECE, de l'EAT et du HSCL et les variables indépendantes étant les variables démographiques et cliniques recueillies au moment de la prise en charge initiale et présents dans les dossiers médicaux et les variables de prises en charge intermédiaire (le suivi médical et psychologique et les hospitalisations ultérieures à notre prise en charge initiale).

Les odds ratio (OR) et leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés. L'odds ratio est un estimateur du risque relatif de survenue de l'évènement étudié chez les sujets présentant un facteur de risque. Le degré de signification des odds ratio a été estimé à un seuil de $p < 0,05$.

3.3.7. Organisation logistique

3.3.7.1. Information et garantie éthique

La mise en œuvre d'une telle enquête a nécessité **une information** préalable des sujets appartenant à l'échantillon étudié, par le courrier qui leur était adressé avec les autoquestionnaires (annexe 1).

Une préoccupation essentielle était d'apporter des garanties sur la préservation de la **confidentialité des données** recueillies : les personnes interrogées ont été clairement informées de l'enquête et de ses objectifs ; elles auraient pu bien évidemment refuser d'y participer.

La notion d'**éthique** dans l'anorexie mentale est une question qui se pose à chaque étape de sa prise en charge comme le rappelle VIDAILHET⁴⁴ « au moment du diagnostic, des soins et du consentement aux soins, de la décision d'hospitalisation qui s'accompagne d'une séparation d'avec la famille et parfois d'une assistance nutritionnelle par sonde gastrique, de l'évaluation, et enfin, au sujet de la recherche ».

Avant d'entreprendre l'étude, la question de l'éthique de notre démarche nous est donc parue primordiale. Pouvions-nous nous permettre, après tant d'années pour certains, de reprendre contact avec ces patients, et de réveiller en eux une période difficile de leur adolescence ? Mesurons-nous l'impact entraîné par cette reprise de contact ?

3.3.7.2. Modalités de contact

Nous avons sélectionné les dossiers médicaux des sujets admis quatre ans ou plus avant le début de notre étude, donc antérieurs au mois d'août 2000. Le dossier médical le plus ancien de patient anorexique mental date de novembre 1983. Les sujets ont été inclus après avoir vérifié les critères d'inclusion et de non inclusion. Nous nous sommes efforcés de retrouver leurs coordonnées, adresse et numéro de téléphone dans le dossier ou, à défaut, par l'intermédiaire des services médicaux où le sujet pouvait avoir consulté.

Nous les avons alors contactés par téléphone, afin de nous assurer de leurs domiciliations, puis nous avons adressé, à chaque sujet, un courrier contenant une lettre (annexe 1) expliquant la nature de l'étude et proposant un entretien, les auto-questionnaires à remplir et une enveloppe timbrée à l'adresse du service pour nous adresser leurs réponses.

En cas de non-réponse un mois après ce courrier, nous avons tenté de les contacter par téléphone.

La prise de contact auprès de cette population a parfois été difficile, notamment du fait du recul de plusieurs années par rapport à la période de suivi. De plus, ces anciens patients, adolescents lors de leur première admission, constituent une population mobile n'ayant souvent plus la même adresse. Enfin, certains sujets n'ont pas voulu raviver des souvenirs passés, douloureux en participant à notre étude.

Lorsque nous n'avons pas rencontré le sujet, nous avons tenté d'obtenir le maximum d'information par les auto-questionnaires et éventuellement lors d'un entretien téléphonique.

3.4. RESULTATS

3.4.1. Interprétations statistiques

Pour bien comprendre les résultats statistiques qui vont être présentés, il est important d'expliquer ou de rappeler quelques règles statistiques :

- (1)- Une variable statistique correspond à une donnée recueillie dans l'étude pour tous les sujets inclus.
- (2)- Pour toute analyse statistique, il est important de toujours vérifier les conditions d'application des tests statistiques utilisés, notamment en vérifiant les effectifs de chaque groupe de sujets étudié, pour que les résultats puissent être interprétés.
- (3)- Les résultats statistiques obtenus n'affirment pas ou n'écartent pas la présence d'un lien entre les variables étudiées, mais donnent le risque de se tromper en affirmant l'existence de ce lien. Le degré de signification du risque s'exprime par la probabilité p . En France, il est d'usage de parler d'une « différence significative » lorsque le risque de se tromper, en prétendant qu'il existe un lien, est inférieur à 5% (soit $p < 0,05$). La différence est dite « très significative » lorsque le risque de se tromper, en prétendant qu'il existe un lien, est inférieur à 1% (soit $p < 0,001$).

Nous allons donc tenter de rendre compte des résultats statistiques de notre étude en étant le plus complet et le plus clair possible. Cette démarche permet de mieux comprendre et de conclure en tenant compte des remarques précédentes.

3.4.2. Etude descriptive

3.4.2.1 Notre échantillon en 2004

Nous avons **inclus 198 sujets** (7 hommes et 191 femmes) dans notre étude.

Pour diverses raisons, 57 sujets n'ont pas participé à notre étude :

- 29 sujets (14,6% de l'échantillon) ont été perdus de vue, n'ayant pas retrouvé leurs nouvelles coordonnées.
- 14 sujets (7,1%) ont refusé de participer à notre étude lors de notre première prise de contact par appel téléphonique.
- 3 sujets (1,5%) n'ont pas répondu alors que les parents joints par téléphone devaient transmettre notre courrier à leur enfant.
- 8 sujets (4,1%) n'ont pas eu connaissance de notre courrier, leurs parents refusant de le leur transmettre ou de nous communiquer les coordonnées actuelles de leur enfant.
- 3 sujets (1,5%) sont décédés (des femmes).

141 sujets ont participé à notre étude :

- 69 sujets (34,8%) ont répondu aux questionnaires uniquement, sans qu'un entretien n'ait été possible.
- 11 sujets (5,6%) ont été évalués lors d'un entretien téléphonique et 58 (29,3%) lors d'un entretien direct avec réponses aux questionnaires (sauf pour un sujet, rencontré en entretien, qui trouvait impersonnel de répondre aux autoquestionnaires).
- 3 sujets (1,5%) ont été évalués par d'autres moyens (une jeune fille a préféré nous adresser un courrier personnel, que nous avons complété par un entretien téléphonique avec le père ; d'autres parents nous ont donné des nouvelles de leur enfant par courrier ou lors d'un entretien téléphonique).

Au total, nous avons évalué, à partir des données de suivi obtenues, **le devenir de 144 sujets (72,7%)**, dont 3 sujets décédés. 140 sujets ont répondu à un ou plusieurs questionnaires et 69 ont également été évalués lors d'un entretien direct ou téléphonique.

3.4.2.2. Caractéristiques des patients lors de la prise en charge initiale (N=144)

• **Caractéristiques démographiques et cliniques de l'échantillon**

Nous détaillons dans le tableau 2 les caractéristiques démographiques et cliniques de notre échantillon au moment de la prise en charge initiale au CHU de NANCY-Brabois.

Tableau 2 - Caractéristiques démographiques et cliniques de l'échantillon lors de la prise en charge initiale (N=144)

		N (%)	Etendue
Sex-ratio	♂	5 (3,5)	
	♀	139 (96,5)	
Age au début de l'anorexie (Moy ± DS)		15,1 ± 2,2 ans	11 à 21 ans
Poids au moment du suivi (Kg) (Moy ± DS)		38,7 (6,9)	
IMC (Kg/m ²) (Moy ± DS)		14,4 (2,0)	
Aménorrhée		137 (97,2)	
	Primaire	26 (19,0)	
	Secondaire	111 (81,0)	
Hyperactivité			
	Pas d'hyperactivité	13 (9,0)	
	Physique	76 (52,8)	
	Intellectuelle	4 (2,8)	
	Physique et intellectuelle	51 (35,4)	
Conduite de régime		144 (100)	
Crises de boulimie		29 (20,1)	
Vomissements		44 (30,6)	
Stockage de nourriture		10 (7,0)	

Moy ± DS: moyenne ± déviation standard

Seulement 20% des adolescents présentaient une symptomatologie d'anorexie- boulimie témoignant de la forte prédominance d'anorexie mentale restrictive dans notre échantillon lors de la prise en charge initiale.

La prédominance féminine de la pathologie était nette (96,5%) et supérieure à la proportion de 90% souvent avancée dans les études épidémiologiques de l'anorexie mentale que nous avons détaillées dans la deuxième partie de notre travail.

• Antécédents personnels des patients

Les antécédents personnels des patients au début de la prise en charge par notre service ont été recherchés dans leurs dossiers médicaux. Le tableau 3 détaille ces antécédents.

Tableau 3 - Antécédents personnels des patients (N=144)

	N (%)
Anomalies de développement	24 (16,7)
Troubles de la relation parents-enfant	79 (54,9)
Troubles de la personnalité	25 (17,4)
Troubles psychiatriques	23 (16,0)
Abus sexuel	8 (5,6)
Echec de traitement antérieur	81 (56,3)

Dans 54,9% des cas, un trouble de la relation parents-enfant existait au moment de la prise en charge initiale. Dans plus de la moitié des cas (56,3%), un traitement antérieur avait échoué. Un antécédent d'abus sexuel est retrouvé dans 5,6% des cas.

• Caractéristiques familiales au moment du suivi de l'anorexie mentale

Nous nous sommes intéressée aux caractéristiques des familles qui jouent souvent un rôle important dans le déclenchement et l'évolution de l'anorexie mentale.

Tableau 4 - Caractéristiques familiales au moment de la prise en charge initiale (N=144)

		N (%)
Situation matrimoniale des parents	Mariés	116 (80,6)
	Divorcés	26 (18,1)
	Concubinage	2 (1,4)
Niveau socio-économique des parents	Parents en difficulté	3 (2,1)
	Niveau faible	29 (20,1)
	Niveau moyen	81 (56,3)
	Niveau supérieur	31 (21,5)
Fratrie	1	15 (10,4)
	2	64 (44,4)
	3	47 (32,6)
	4 ou plus	18 (12,5)
Rang dans la fratrie	1 ^{er}	61 (42,4)
	2 ^e	52 (36,1)
	3 ^e	22 (15,3)
	4 ^e ou plus	9 (6,3)

Près de 78% des patients étaient issus de familles à niveau socio-économique moyen ou supérieur. Dans 82% des cas, les parents vivaient ensemble lors de la prise en charge initiale par le service.

3.4.2.3. Prise en charge initiale de l'anorexie mentale

Les modalités de la prise en charge spécialisée des patients à l'Hôpital d'Enfants sont présentées dans le tableau 5.

Tableau 5 - Prise en charge initiale de l'anorexie mentale (N=144)

	N (%)	Etendue
Délai de prise en charge depuis le début des symptômes (mois) (Moy ± DS)	11,5 (9,4)	
Nombre d'hospitalisations par patient		
0	107 (74,3)	
1	66 (61,7)	
2	19 (17,8)	
3	12 (11,2)	
4	4 (3,7)	
5 ou plus	6 (4,6)	
Nombre moyen d'hospitalisations par patient (Moy ± DS)	1,8 (1,4)	1 à 8
Durée cumulée des hospitalisations par patient (mois) (Moy ± DS)	3 (3,0)	
NENDC	32 (22,5)	
Psychothérapie individuelle	115 (79,9)	
Durée de la psychothérapie individuelle (mois) (Moy ± DS)	21,3 (20,4)	
Thérapie familiale	18 (12,5)	

NENDC : Nutrition Entérale Nocturne à Débit Constant

Moy ± DS: moyenne ± déviation standard

74,3% des patients ont été hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants. 22,5% des patients ont nécessité une assistance nutritionnelle par NENDC durant l'hospitalisation. Moins de 13% des patients ont bénéficié d'une prise en charge en thérapie familiale conjointement à la prise en charge individuelle initiale.

3.4.2.4. Prise en charge entre la période initiale et 2004

Nous nous sommes intéressée aux prises en charge éventuelles dont auraient bénéficié les sujets entre le suivi initial et le moment de l'étude en 2004. Cette période correspond

à la période de suivi intermédiaire et distingue le suivi psychothérapique du suivi médical par un médecin généraliste, un pédiatre ou un endocrinologue. Le tableau 6 présente ces données.

Tableau 6 - Prise en charge entre la période initiale et 2004 (N=144)

	N (%)
Suivi médical	57 (40,4)
Durée du suivi (mois) (Moy $\pm$ DS)	39,4 (40,7)
Psychothérapie	98 (69,5)
Durée de la psychothérapie (mois) (Moy $\pm$ DS)	29,6 (30,3)
Réhospitalisation	34 (24,1)

Moy $\pm$ DS: moyenne $\pm$ déviation standard

A l'issue la prise en charge initiale, 40% des patients ont été suivis sur le plan somatique et près de 70% ont été pris en charge en psychothérapie individuelle.

24% des patients ont été hospitalisés pour anorexie mentale, ultérieurement à la prise en charge initiale, témoignant d'une rechute de la maladie.

La reprise des menstruations apparaît très majoritaire (86,8% des jeunes femmes), mais il faut tenir compte de l'utilisation de contraceptifs oraux chez 57% des patientes, biaisant les résultats concernant les menstruations.

3.4.2.5. Caractéristiques cliniques de l'échantillon en 2004

Notre objectif principal est d'évaluer le devenir d'anciens patients anorexiques mentaux pris en charge au C.H.U. de NANCY-Brabois. Nous décrivons leurs devenirs sur le plan clinique, du comportement alimentaire et de la psychopathologie générale, à l'aide des autoquestionnaires. Nous avons par ailleurs évalué de façon plus complète le devenir global de 69 sujets lors d'un entretien clinique, permettant d'affiner les résultats des autoquestionnaires.

- **Caractéristiques cliniques en 2004**

Le tableau 7 décrit, à partir des réponses à l'autoquestionnaire général (annexe 2), les caractéristiques cliniques de notre échantillon au moment de notre évaluation clinique.

Tableau 7 - Caractéristiques cliniques au moment de l'évaluation en 2004 (N=141)

		N (%)	Etendue
Age à l'inclusion (Moy $\pm$ DS)		22,6 $\pm$ 3,9 ans	15 à 36 ans
Recul depuis le début de l'anorexie (Moy $\pm$ DS)		7 $\pm$ 3,2 ans	4 à 20 ans
Poids à l'évaluation (Kg) (Moy $\pm$ DS)		52,2 (8,8)	
IMC (Kg/m ²) (Moy $\pm$ DS)		18,7 (2,8)	
Aménorrhée		18 (13,2)	
Contraception orale		77 (57,0)	
Situation familiale	Célibataire	44 (31,2)	
	Vivant chez leurs parents	46 (32,6)	
	Marié ou vivant maritalement	51 (36,2)	
Nombre d'enfants	Pas d'enfant	121 (85,8)	
	Un enfant	16 (11,4)	
	Deux enfants	4 (2,8)	
Activité régulière		109 (77,3)	
Occupation régulière		118 (84,3)	
Catégorie socioprofessionnelle	Non actif	16 (11,4)	
	Etudiant	81 (57,9)	
	Cadre moyen, employé	38 (27,1)	
	Cadre supérieur, profession libérale	5 (3,6)	
Relations familiales	Bonnes	90 (63,8)	
	Assez bonnes	43 (30,5)	
	Insatisfaisantes	8 (5,7)	
Relations amicales	Bonnes	95 (67,4)	
	Assez bonnes	34 (24,1)	
	Insatisfaisantes	12 (8,5)	

Moy $\pm$ DS: moyenne $\pm$ déviation standard

Le recul depuis le début de la prise en charge initiale s'étale de 4 à 20 ans avec une moyenne de 7 ans. L'âge des sujets s'étage de 15 à 36 ans avec une moyenne de 22,6 ans. 57,9 % sont étudiants. 63,8% vivent seuls ou chez leurs parents. Les relations familiales sont satisfaisantes pour 63,8% et les relations amicales sont satisfaisantes pour 67,4% des sujets.

3.4.1.6. Evaluation du devenir en 2004

Deux autoquestionnaires (annexes 2 et 3) et une échelle d'évaluation clinique (la LECE) ont permis d'apprécier le devenir des sujets inclus.

Comparaison entretiens cliniques directs et téléphoniques

La comparaison des résultats de l'évaluation clinique par la LECE montre une moyenne à 17,12 avec un entretien direct, versus 16,64 avec un entretien téléphonique ($p = 0,83$).

Les résultats sont non significativement différents et nous avons donc inclus les 11 sujets avec entretien téléphonique au groupe des 58 sujets ayant eu un entretien direct, permettant **une évaluation complète à la LECE chez 69 sujets (38,9%)**.

Le score global à la LECE, obtenu en sommant les scores des 10 items, peut varier **entre 10 et 39**. Pour les sujets n'ayant pas bénéficié d'entretien clinique, sept des dix items de l'échelle ont été complétés à l'aide des réponses aux autoquestionnaires. Les items 'Etat mental', 'Insight' et 'Conduites addictives' ne pouvant pas être évalués uniquement par les réponses aux autoquestionnaires, nous distinguons donc les résultats de la LECE obtenus par l'évaluation clinique complète de 69 sujets (**LECE 10 items**) de ceux de obtenus à partir de l'évaluation des 140 sujets (**LECE 7 items**).

• **Scores globaux à l'EAT-40, au HSCL, à la LECE et auto-évaluation globale par le patient**

Le tableau 8 présente les résultats des scores globaux des 2 autoquestionnaires EAT-40 et HSCL, de la LECE, ainsi que les résultats de l'auto-évaluation globale par le sujet.

Tableau 8 - Scores globaux à l'EAT-40, au HSCL, à la LECE et auto-évaluation globale par le patient

	N	Moy	DS	Etendue
EAT-40	136	24,9	19,3	3- 87
HSCL	136	42,2	31,0	0-131
LECE 7 items (autoquestionnaires ± entretiens)	140	11,2	4,2	5- 25
LECE 10 items (que les entretiens)	69	16,9	6,4	8- 32
Auto-évaluation globale par le patient (N=141)				
	N (%)			
Satisfaisant	57 (40,7)			
Assez satisfaisant	53 (37,9)			
Insatisfaisant	22 (15,7)			
Très insatisfaisant	8 (5,7)			

EAT-40 : Eating Attitudes Test

HSCL: Hopkins Symptom Check list

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examineur

Moy : moyenne

DS : déviation standard

L'auto-évaluation globale montre une proportion élevée (78,6%) de sujets estimant leur état actuel comme « satisfaisant » ou « assez satisfaisant ».

La moyenne du score global à l'EAT-40 est de 24,9, sachant qu'un score global > 30 traduit la présence d'un comportement alimentaire anorexique.

- **Comparaisons entre l'auto-évaluation globale par le sujet et les scores au HSCL, à l'EAT-40 et à la LECE 7 items.**

Le tableau 9 présente les résultats des comparaisons entre l'auto-évaluation globale par le sujet et les scores des auto-questionnaires et de la LECE. Pour chacun des trois groupes d'auto-évaluation globale par le sujet, « satisfaisant », « assez satisfaisant » et « insatisfaisant ou très insatisfaisant », les scores moyens au HSCL, à l'EAT-40 et à la LECE 7 items ont été calculés pour les comparer.

Tableau 9 - Comparaisons entre l'auto-évaluation globale par le sujet et les scores au HSCL, à l'EAT-40 et à la LECE 7 items

Auto-évaluation globale par le patient	HSCL		EAT-40		LECE 7 items	
	N	Moy± DS	N	Moy± DS	N	Moy± DS
Satisfaisant	54	20,5 (15,0)	54	12,1 (6,7)	57	10,3 (3,0)
Assez satisfaisant	52	46,4 (27,5)	52	28,7 (18,9)	53	13,7 (4,7)
Insatisfaisant+Très insatisfaisant	30	74,1 (27,6)	30	41,4 (20,1)	30	20,4 (7,0)
P	< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001	

EAT-40: Eating Attitudes Test

HSCL: Hopkins Symptom Check list

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examineur

Moy ± DS: moyenne ± déviation standard

Les moyennes des scores globaux deviennent, de façon statistiquement significative ($p < 0,0001$), plus pathologiques lorsque l'état global ressenti par le patient est moins satisfaisant. Plus le sujet estime son état global insatisfaisant, plus son score au HSCL augmente, témoignant de la présence plus importante de symptômes psychiatriques.

Plus le sujet estime son état global insatisfaisant, plus son score à l'EAT-40 augmente, témoignant d'un comportement alimentaire plus pathologique.

Plus le sujet estime son état global insatisfaisant, plus son score à la LECE 7 items augmente ; c'est-à-dire que l'examineur juge l'état global du sujet moins satisfaisant.

- **Evaluation du devenir par la LECE**

Plusieurs classifications du devenir des patients à l'aide de la LECE ont été proposées. Afin de pouvoir comparer nos résultats avec ceux obtenus par JEAMMET¹¹, nous appliquons à notre échantillon les trois classifications utilisées par l'auteur.

(1) Classification en fonction du nombre d'items cotés « satisfaisant » ou « assez satisfaisant »

Le tableau 10 présente les résultats globaux des 69 sujets à la LECE 10 items¹¹ lors d'un entretien direct ou téléphonique en sommant le nombre d'items cotés '1' (satisfaisant) ou '2' (assez satisfaisant) pour chaque sujet. JEAMMET¹¹ classe alors en trois classes le devenir global des sujets en tenant compte du nombre d'items cotés '1' ou '2' par l'examinateur :

- « Bon devenir » si 8 ou plus d'items cotés '1' ou '2'.
- « Devenir intermédiaire » si entre 4 et 7 items cotés '1' ou '2'.
- « Devenir pauvre » si moins de 4 items cotés '1' ou '2'.

Tableau 10 – Evaluation globale du devenir en trois classes en fonction du nombre d'items cotés '1' ou '2' à la LECE

	LECE 10 items (N=69) n (%)	LECE 7 items (N=140) n (%)
Bon devenir (≥ 8 items)	47 (68,1)	47 (33,6)
Devenir intermédiaire (4 à 7 items)	16 (23,2)	81 (57,9)
Devenir pauvre (≤ 3 items)	6 (8,7)	12 (8,6)

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examinateur

Nous concluons à un **bon devenir global pour 68,1%** des 69 sujets évalués de façon complète lors d'un entretien clinique direct ou téléphonique et à l'aide des réponses aux auto-questionnaires. Le **devenir est intermédiaire pour 23,2%** et **pauvre pour 8,7%** des 69 sujets évalués lors d'un entretien.

(2) Classification en fonction du score global obtenu par sommation des scores des 10 items à la LECE

Le tableau 11 présente les sujets en deux groupes en fonction du score global obtenu en sommant les scores des dix items (le score global d'un sujet peut varier de 10 à 39). La valeur seuil est un score égal à 20, comme l'a fait JEAMMET¹¹ qui estime qu'une note inférieure ou égale à 20 traduit un état globalement satisfaisant du sujet.

Tableau 11 – Evaluation du devenir en fonction du score global à la LECE 10 items (N=69)

	N (%)
Devenir satisfaisant (LECE 10 items $\leq$ 20)	51 (73,9)
Devenir insatisfaisant (LECE 10 items $>$ 20)	18 (26,1)

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examinateur

Dans notre échantillon, **73,9%** des sujets obtiennent un score global inférieur ou égal à 20, correspondant alors, par cette classification, à un **devenir satisfaisant**. Ce résultat est très légèrement supérieur aux résultats obtenus par la classification précédente des scores de la LECE en fonction du nombre d'items cotés '1' ou '2' (cf. tableau 10).

(c) Résultats détaillés aux 10 items de la LECE

Les 10 critères de la LECE permettent d'explorer différents aspects de l'état clinique du sujet. Afin d'évaluer le devenir des sujets au niveau de chacun de ces aspects, le tableau 12 présente les résultats de chacun des dix critères de la LECE.

Tableau 12 – Résultats détaillés de l'évaluation du devenir par la LECE

	LECE 10 items (N=69)		LECE 7 items (N=140)	
	Satisfaisant (1 ou 2)		Satisfaisant (1 ou 2)	
	n	(%)	n	(%)
Alimentation	48	(69,6)	101	(72,1)
Poids	59	(85,5)	125	(89,3)
Menstruations	46	(66,7)	92	(65,7)
Etat mental	45	(65,2)	*	
Insight	56	(81,2)	*	
Relations sexuelles	51	(73,9)	113	(80,7)
Relations familiales	63	(91,3)	130	(92,9)
Contacts sociaux	55	(79,7)	120	(85,7)
Occupations	60	(87,0)	122	(87,1)
Conduites addictives	64	(92,7)	*	

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examinateur

(*): Items non estimés par les autoquestionnaires

Parmi les 69 sujets ayant bénéficié d'un entretien, nous estimons **l'alimentation** comme **satisfaisante** chez **69,6%**. Sur le plan relationnel, l'évolution semble positive, avec des **relations familiales satisfaisantes** dans **91,3%** des cas, des **contacts sociaux**

satisfaisants chez **79,7%** des sujets. Les **relations sexuelles** semblent **satisfaisantes** pour **73,9%** des sujets. Les **occupations** (études ou profession) apparaissent **satisfaisantes** pour **87%** des sujets.

- **Etude des corrélations entre les items de la LECE 10 items**

Un test de corrélation sert à étudier la liaison entre deux variables aléatoires qui jouent un rôle symétrique. Nous avons cherché à savoir s'il existait une liaison entre les items deux à deux et à quantifier l'intensité de la liaison par le coefficient de corrélation. Plus la valeur du coefficient de corrélation tend vers 1, plus la corrélation entre les deux items est forte. Mais, même proche de 1, un coefficient de corrélation n'est en aucun cas critère de causalité ; il permet seulement d'affirmer une liaison statistique entre deux variables et de générer des hypothèses.

Une valeur supérieure ou égale à 0,4 témoigne d'une bonne corrélation entre deux items.

Tableau 13 - Corrélations items de la LECE 10 items (N = 69)

	Alimentation	Poids	Règles	Mental	Insight	Relations sexuelles	Relations familiales	Contacts	Occupations	Addictions
Alimentation	1.00	0.62	0.33	0.44	0.33	0.25	0.13	0.37	0.21	0.06
Poids	0.62	1.00	0.50	0.30	0.22	0.51	0.17	0.41	0.33	-0.12
Règles	0.33	0.50	1.00	0.39	0.29	0.56	0.22	0.33	0.18	0.16
Mental	0.44	0.30	0.39	1.00	0.50	0.26	0.31	0.39	0.26	0.27
Insight	0.33	0.22	0.29	0.50	1.00	0.30	0.38	0.22	0.14	0.30
Relations sexuelles	0.25	0.51	0.56	0.26	0.30	1.00	0.17	0.44	0.26	-0.17
Relations familiales	0.13	0.16	0.22	0.31	0.38	0.17	1.00	0.48	0.19	0.11
Contacts	0.37	0.41	0.33	0.39	0.22	0.44	0.48	1.00	0.34	-0.00
Occupations	0.21	0.33	0.18	0.26	0.14	0.26	0.19	0.34	1.00	-0.11
Addictions	0.06	-0.11	0.16	0.26	0.29	-0.16	0.11	-0.00	-0.11	1.00

On observe trois groupes où les items sont corrélés entre eux de façon significative :

- Le poids est corrélé à l'alimentation ($r = 0,62$), aux règles ($r = 0,50$) aux relations sexuelles ($r = 0,51$) et aux contacts sociaux ($r = 0,41$). L'alimentation est également corrélée au mental ($r = 0,44$).
- Les contacts sociaux sont corrélés aux relations familiales ($r = 0,48$), aux relations sexuelles ($r = 0,44$).
- L'insight est corrélé avec le mental ($r = 0,50$).

Il n'y a aucune corrélation pour les items occupations et conduites addictives.

3.4.2.7. Comparaison des échantillons en 1998 et 2004

Disposant, avec l'accord de GRANDVOINNET, des résultats détaillés de son étude réalisée en 1998 au CHU de NANCY-Brabois, nous avons comparé les résultats de son échantillon aux nôtres.

• Comparaison des perdus de vue en 2004 et des sujets revus en 2004 parmi les patients inclus en 1998

Parmi les 48 sujets répondant à nos critères d'inclusion et ayant également participé à l'étude de devenir de GRANDVOINNET¹¹¹ en 1998, **33 sujets ont été réévalués en 2004** (groupe 1) et 16 ont été considérés comme perdus de vue (groupe 2) (9 n'ont pas été retrouvés, 6 n'ont pas pu être contactés, leurs parents refusant de leur remettre notre courrier, 1 a refusé de participer à notre étude).

Tableau 14 - Comparaison des perdus de vue et des sujets revus en 2004 parmi les sujets inclus en 1998

Résultats en 1998	Groupe 1 (N=33) (1998 et 2004) N (%)	Groupe 2 (N=16) (1998) N (%)	p
Age de prise en charge (*)	15,1 (2,1)	14,7 (2,8)	0,21
<i>Situation matrimoniale des parents</i>			
Mariés ou concubinage	26 (78,8)	13 (81,2)	0,51
Divorcés	7 (21,2)	3 (18,7)	
<i>Niveau socio-économique des parents</i>			
En difficulté ou niveau faible	5 (15,1)	0 (0,0)	0,47
Niveau moyen	18 (54,5)	12 (75,0)	
Niveau supérieur	10 (30,3)	4 (25,0)	
<i>Fratrie</i>			
1	5 (15,1)	3 (18,7)	0,70
2	18 (54,5)	10 (62,5)	
3 ou plus	10 (30,3)	3 (18,7)	
<i>Rang dans la fratrie</i>			
1 ^e	16 (48,5)	9 (56,2)	0,33
2 ^{ème} ou plus	17 (51,5)	7 (43,7)	
Trouble du développement	6 (18,2)	5 (31,2)	0,47
Trouble relation parents-enfant	18 (54,5)	7 (43,7)	0,48
Trouble de la personnalité	8 (24,2)	4 (25,0)	1,00
Echec de traitement antérieur	19 (57,6)	6 (37,5)	0,19
IMC à l'évaluation (Kg /m ²)	19,0 (3,2) (*)	18,8 (2,5) (*)	0,85
Poids à l'évaluation (Kg)	51,2 (8,7) (*)	51,7 (8,8) (*)	0,90
Boulimie	4 (12,1)	1 (6,2)	1,00
Vomissements	6 (18,2)	7 (43,7)	0,09
Hospitalisation	27 (81,8)	14 (87,5)	1,00
NENDC	9 (27,3)	6 (37,5)	0,52
Psychothérapie individuelle	30 (90,9)	12 (75,0)	0,20
Psychothérapie familiale	8 (24,2)	4 (25,0)	1,00
EAT- 40 (*)	28,3 (13,5)	29,3 (22,0)	0,60
LECE 10 items (*)	16,9 (7,3)	11,1 (5,2)	0,06
LECE 7 items (*)	13 (5,5)	9,7 (4,2)	0,07

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examineur

EAT-40: Eating Attitudes Test

NENDC: Nutrition Entérale Nocturne à Débit Constant

(*) Moyenne ± déviation standard

Parmi les sujets évalués en 1998, les caractéristiques des perdus de vue en 2004 ne sont pas statistiquement différentes de celles des sujets réévalués en 2004 ($p > 0,05$). Les perdus de vue en 2004 ne sont donc pas différents des sujets réévalués en 2004, n'entraînant pas de biais dans les résultats de devenir observés.

• **Evolution des sujets inclus à la fois en 1998 et en 2004**

Dans le tableau 15, nous avons comparé les résultats d'évaluations communes à l'étude de GRANDVOINNET chez les 33 sujets évalués à la fois en 1998 et en 2004.

Tableau 15 – Comparaison de résultats entre 2004 et 1998 (N=33)

Différences entre 2004 et 1998	N	Moy (DS)	min	max	p
EAT-40	29	-7,6 (14,6)	-38	19	0,009
LECE 10 items	11	-2,2 (7,5)	-17	13	0,36
IMC (Kg /m ²)	30	0,4 (3,1)	-7	6	0,53

EAT-40 : Eating Attitudes Test

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examineur

Moy (DS): moyenne ±déviation standard

Min et max : valeurs minimale et maximale des différences entre les valeurs observées en 2004 et en 1998 au sein du groupe de sujets ayant participé en 1998 et en 2004.

La comparaison entre les scores en 1998 et en 2004 des mêmes sujets montre une diminution moyenne statistiquement très significative ($p = 0,009$) au score global à l'EAT-40. Elle témoigne **d'une amélioration globale du comportement alimentaire entre l'évaluation de 1998 et celle de 2004** chez les 29 sujets ayant répondu à cet autoquestionnaire.

Par contre, les scores à la LECE et l'IMC ne sont pas statistiquement différents entre 1998 et 2004. Il n'existe donc pas de modification importante de la corpulence et de l'évaluation clinique globale par l'examineur des sujets vus en 1998 puis revus en 2004.

3.4.3. Analyse bivariée

L'analyse bivariée des résultats des autoquestionnaires et de la LECE avec les caractéristiques initiales et de suivi intermédiaire des sujets a permis d'évaluer l'influence de ces variables sur l'évaluation actuelle de notre échantillon. Les variables statistiquement significatives ont ensuite été retenues comme variables candidates à une analyse multivariée.

Pour distinguer **les variables statistiquement significatives**, nous mettons en évidence **en caractère gras les degrés de signification $p < 0,05$** , dans les 5 tableaux suivants.

Nous rappelons la signification des scores globaux aux échelles utilisées :

Plus le score global au HSCL est élevé, plus il témoigne de la présence de symptômes psychiatriques. Plus le score global à l'EAT-40 est élevé, plus il témoigne de la présence de troubles du comportement alimentaire. Plus le score global à la LECE 7 items ou à la LECE 10 items est élevé, plus l'examineur estime insatisfaisant l'état global du sujet.

3.4.3.1. Score des questionnaires de 2004 en fonction des antécédents personnels

Le tableau 16 détaille les moyennes des scores aux différentes échelles en fonction de la présence ou non de chaque antécédent personnel étudié. Le degré de signification, p, de la différence observée est toujours précisé.

Tableau 16 – Score des questionnaires de 2004 en fonction des antécédents personnels

Antécédents personnels	HSCL N=136		EAT-40 N=136		LECE 7 items N=140		LECE 10 items N=69	
	M (DS)	p	M (DS)	p	M (DS)	p	M (DS)	p
Anomalie de développement		0,75		0,5		0,7		0,53
oui	43,1 (30,6)		22,4 (18,4)		11,5 (4,3)		15,6 (5,7)	
non	42,0 (31,2)		25,4 (19,6)		11,2 (4,2)		17,3 (6,5)	
Trouble de la relation parents-enfant		0,52		0,4		0,4		0,85
oui	39,9 (28,7)		23,5 (18,4)		11,4 (4,3)		16,9 (6,4)	
non	45,0 (33,5)		26,5 (20,3)		11,0 (4,2)		17,3 (6,3)	
Trouble de la personnalité		0,35		0,73		0,91		0,45
oui	46,2 (29,4)		23,4 (17,1)		11,0 (3,7)		15,7 (5,6)	
non	41,3 (31,4)		25,2 (19,8)		11,3 (4,3)		17,4 (6,5)	
Trouble psychiatrique		0,03		0,7		0,73		0,76
oui	55,0 (32,2)		30,3 (27,1)		11,2 (4,9)		18,0 (7,0)	
non	39,9 (30,3)		23,9 (17,5)		11,2 (4,1)		16,9 (6,2)	
Abus sexuel		0,81		0,4		0,12		0,12
oui	46,2 (39,3)		31,0 (26,4)		14,1 (6,1)		23,2 (9,4)	
non	42,0 (30,6)		24,5 (18,9)		11,0 (4,1)		16,7 (6,0)	
Echec de traitement antérieur		0,32		1,0		0,007		0,02
oui	44,0 (30,2)		24,3 (18,0)		11,9 (4,2)		18,6 (6,3)	
non	39,9 (32,2)		25,7 (21,1)		10,3 (4,1)		15,3 (6,0)	

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examineur

EAT-40: Eating Attitudes Test

HSCL: Hopkins Symptom Check list

M (DS): moyenne (déviation standard)

Les sujets ayant un **antécédent de trouble psychiatrique** ont un score moyen au questionnaire HSCL significativement plus élevé ($p = 0,03$) que les sujets sans

antécédent de trouble psychiatrique. Les sujets ayant un **antécédent d'échec de traitement antérieur** ont un score moyen à la LECE 7 ($p = 0,007$) et à la LECE 10 items ($p = 0,02$) significativement plus élevé que les sujets sans antécédent d'échec de traitement antérieur.

Il est justifié de retenir les antécédents 'trouble psychiatrique' et 'échec d'un traitement antérieur' comme variables candidates à une analyse multivariée.

3.4.3.2. Score des questionnaires de 2004 en fonction des caractéristiques familiales initiales à l'admission

Le tableau 17 détaille les moyennes des scores aux différentes échelles en fonction des caractéristiques familiales à l'admission. Le degré de signification, p , de la différence observée est toujours précisé.

Tableau 17 - Score des questionnaires de 2004 en fonction des caractéristiques familiales initiales à l'admission

Caractéristiques familiales l'admission	HSCL		EAT-40		LECE 7 items		LECE 10 items	
	N=136		N=136		N=140		N=69	
	M (DS)	p	M (DS)	p	M (DS)	p	M (DS)	p
Situation matrimoniale des parents		0,32		0,83		0,14		0,09
<i>Mariés ou Concubinage</i>	43,4 (31,3)		24,7 (18,5)		13,6 (6,1)		16,6 (6,6)	
<i>Divorcés</i>	36,7 (29,3)		25,9 (22,9)		14,5 (5,8)		19,0 (4,7)	
Niveau socio-économique des parents		0,56		0,02		0,34		0,51
<i>Parents en difficulté et niveau faible</i>	46,8 (31,4)		32,0 (20,5)		14,8 (5,7)		17,9 (5,1)	
<i>Niveau moyen</i>	40,4 (30,7)		22,1 (18,6)		13,7 (6,2)		16,7 (7,0)	
<i>Niveau supérieur</i>	42,6 (31,8)		25,1 (18,7)		13,0 (6,0)		17,0 (6,1)	
Fratrie		0,93		0,66		0,06		0,42
1	43,9 (34,8)		27,4 (17,9)		15,1 (7,4)		19,0 (7,0)	
2	42,3 (28,9)		24,4 (17,6)		14,8 (6,3)		17,7 (7,0)	
3 ou plus	42,6 (31,8)		24,7 (21,3)		12,5 (5,3)		15,8(5,4)	
Rang dans la fratrie		0,26		0,40		0,28		0,39
1 ^{er}	39,6 (30,9)		21,8 (15,6)		13,3 (5,5)		15,8 (5,5)	
2 ^{ème}	40,5 (29,7)		25,3 (20,1)		14,5 (6,8)		18,5 (7,4)	
3 ^{ème} ou plus	42,6 (31,8)		29,8 (23,3)		13,4 (5,9)		17,4 (6,2)	

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examinateur

EAT-40: Eating Attitudes Test

HSCL: Hopkins Symptom Check List

M (DS): moyenne (déviation standard)

(*) Coefficient de corrélation

On observe une différence significative entre les scores moyens du questionnaire EAT-40 des sujets en fonction du **niveau socio-économique de leurs parents**

($p = 0,02$). Les sujets issus d'un milieu socio-économique moyen ont un score moyen à l'EAT-40 plus bas, que les sujets issus de milieux socio-économiques faible ou supérieur.

3.4.3.3. Score des questionnaires de 2004 en fonction des caractéristiques démographiques et cliniques initiales à l'admission

Le tableau 18 présente les moyennes des scores aux différentes échelles en fonction des caractéristiques démographiques et cliniques à l'admission. Le degré de signification, p , de la différence observée est toujours précisé.

Tableau 18 - Score des questionnaires de 2004 en fonction des caractéristiques démographiques et cliniques initiales à l'admission

Caractéristiques démographiques et cliniques à l'admission		HSCL N=136		EAT-40 N=136		LECE 7 items N=140		LECE 10 items N=69	
		M (DS)	p	M (DS)	p	M (DS)	p	M (DS)	p
Sexe			0,16		0,02		0,0005		0,04
	♂	22,0 (20,9)		8,8 (3,6)		6,2 (0,8)		10,7 (1,5)	
	♀	42,9 (31,1)		25,4 (19,4)		11,4 (4,2)		17,3 (6,3)	
Aménorrhée			0,16		0,02		0,002		0,04
	oui	43,0 (31,3)		25,2 (19,1)		11,4 (4,2)		17,4 (6,4)	
	non	22,0 (21,0)		8,8 (3,6)		6,5 (0,6)		10,7 (1,5)	
			0,02		0,07		0,02		0,003
	Primaire	28,3 (23,4)		18,6 (13,4)		9,7 (3,15)		12,4 (2,7)	
	Secondaire	46,0 (32,0)		26,6 (19,9)		11,8 (4,3)		18,5 (6,5)	
Crises de boulimie			0,47		0,98		0,32		0,66
	oui	36,3 (24,0)		25,2 (20,4)		10,4 (3,6)		15,9 (5,5)	
	non	43,8 (32,5)		24,8 (19,1)		11,4 (4,4)		17,4 (6,6)	
Vomissements			0,62		0,44		0,61		0,38
	oui	43,1 (29,8)		27,9 (22,8)		11,6 (4,6)		17,6 (6,5)	
	non	41,9 (31,6)		23,6 (17,5)		11,1 (4,1)		16,7 (6,3)	
Durée des symptômes (r)		0,05	0,53	0,07	0,42	0,17	0,04	0,27	0,03
Age à la PEC (r)		0,04	0,66	0,09	0,29	0,17	0,03	0,22	0,07
Poids initial (Kg) (r)		0,02	0,84	0,14	0,11	-0,09	0,29	0,002	0,99
Perte de poids (Kg) (r)		0,13	0,14	0,10	0,27	0,11	0,18	0,12	0,32
Poids à l'entrée (Kg) (r)		-0,24	0,006	-0,18	0,03	-0,5	< 0,0001	-0,58	< 0,0001
IMC (Kg /m ²) (r)		0,01	0,92	0,16	0,07	-0,08	0,32	-0,04	0,72

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examinateur

EAT-40: Eating Attitudes Test

HSCL: Hopkins Symptom Check List

M (DS): moyenne (déviati on standard)

PEC : Prise en charge

(r) : Coefficient de corrélation

Nous ne pouvons pas interpréter les différences observées aux scores moyens du questionnaire EAT-40 et des échelles LECE 7 et 10 items , en fonction du sexe, car l'effectif de 3 sujets masculins est trop petit. Nous ne pouvons pas interpréter les différences observées aux scores moyens des questionnaires HSCL et EAT-40 et des échelles LECE 7 et 10 items en fonction de l'aménorrhée car l'effectif de 2 jeunes filles sans aménorrhée est trop petit.

Les scores moyens du questionnaire HSCL diffèrent significativement selon **le poids initial à l'entrée** dans le service ($p = 0,02$). Les scores moyens du questionnaire EAT-40 diffèrent significativement selon **le poids initial à l'entrée** dans le service ($p = 0,03$). Les scores moyens de la LECE 7 items diffèrent significativement selon **le poids initial à l'entrée** dans le service ($p < 0,001$), selon **l'âge à la prise en charge initiale** ($p = 0,03$) et selon **la durée des symptômes** ($p = 0,04$).

Les scores moyens de la LECE 10 items diffèrent significativement selon **le poids initial à l'entrée** dans le service ($p < 0,001$) et selon **la durée des symptômes** ($p = 0,03$).

3.4.3.4. Score des questionnaires de 2004 en fonction de la prise en charge initiale de l'anorexie mentale

Le tableau 19 présente les moyennes des scores aux différentes échelles en fonction de la prise en charge initiale de l'anorexie mentale. Le degré de signification, p , de la différence observée est toujours précisé.

Tableau 19 - Score des questionnaires de 2004 en fonction de la prise en charge initiale de l'anorexie mentale

Prise en charge initiale de l'anorexie mentale		HSCL N=136		EAT-40 N=136		LECE 7 items N=140		LECE 10 items N=69	
		M (DS)	p	M (DS)	p	M (DS)	p	M (DS)	p
Hospitalisation			0,55		0,21		0,07		0,25
	oui	42,7 (30,1)		23,7 (18,8)		11,6 (4,4)		17,3 (6,3)	
NENDC	non	41,0 (33,6)		28,1 (20,5)		10,2 (3,5)		15,5 (6,9)	
			0,59		0,59		0,27		0,8
	oui	40,4 (33,9)		24,3 (22,8)		10,6 (4,2)		16,5 (5,8)	
	non	42,2 (29,3)		24,9 (18,3)		11,4 (4,2)		17,2 (6,6)	
Psychothérapie individuelle			0,11		0,02		0,03		0,1
	oui	44,2 (31,1)		27,0 (20,4)		11,6 (4,4)		17,6 (6,6)	
	non	34,7 (30,0)		16,6 (11,0)		9,7 (2,9)		13,4 (2,2)	
			0,87		0,78		0,87		0,5
Thérapie familiale	oui	40,8 (29,6)		23,3 (17,6)		11,9 (5,2)		17,4 (8,7)	
	non	42,5 (31,3)		25,1 (19,6)		11,1 (4,1)		17,0 (6,0)	

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examineur

EAT-40: Eating Attitudes Test

HSCL: Hopkins Symptom Check List

M (DS) : moyenne (déviation standard)

Les sujets ayant bénéficié d'une **psychothérapie individuelle** ont un score moyen au questionnaire EAT-40 significativement plus élevé ($p = 0,02$) et à la LECE 7 items ($p = 0,03$) que les sujets n'ayant pas été suivis en psychothérapie individuelle.

3.4.3.5. Score des questionnaires de 2004 en fonction de la prise en charge intermédiaire de l'anorexie mentale

Le tableau 20 détaille les moyennes des scores aux différentes échelles en fonction de la prise en charge intermédiaire de l'anorexie mentale. Le degré de signification, p , de la différence observée est toujours précisé.

Tableau 20 - Score des questionnaires de 2004 en fonction de la prise en charge intermédiaire de l'anorexie mentale

Prise en charge intermédiaire de l'anorexie mentale	HSCL N=136		EAT-40 N=136		LECE 7 items N=140		LECE 10 items N=69	
	M (DS)	p	M (DS)	p	M (DS)	p	M (DS)	p
Suivi médical		0,002		0,008		0,008		0,04
oui	52,5 (33,0)		12,6 (4,9)		12,6 (4,9)		18,9 (7,0)	
non	35,1 (27,5)		21,9 (16,8)		10,3 (3,4)		15,3 (5,1)	
Suivi psychothérapique		0,11		0,04		0,03		0,15
oui	46,6 (31,7)		26,6 (19,7)		11,7 (4,4)		17,6 (6,5)	
non	31,3 (26,5)		20,6 (17,8)		10,0 (3,4)		15,1 (5,7)	
Réhospitalisation		< 0,001		0,015		0,001		0,002
oui	60,3 (30,0)		34,1 (21,5)		13,9 (5,5)		21,4 (7,3)	
non	36,5 (29,1)		21,9 (17,7)		10,4 (3,4)		15,4 (5,1)	

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examineur

EAT-40: Eating Attitudes Test

HSCL: Hopkins Symptom Check List

M (DS) : moyenne (déviation standard)

La prise en charge intermédiaire, c'est-à-dire entre la prise en charge initiale et 2004 comprend le suivi psychothérapique ou médical et les réhospitalisations pour anorexie mentale après la prise en charge initiale à l'Hôpital d'Enfants de Brabois.

Les sujets ayant bénéficié d'un **suivi médical** ont des scores moyens significativement plus élevés au HSCL ($p = 0,002$), à la LECE 7 items ($p = 0,008$) et à la LECE 10 items ($p = 0,04$) et ont un score moyen significativement plus faible à l'EAT-40 ($p = 0,008$) que les sujets non suivis sur le plan somatique.

Les sujets ayant été **réhospitalisés pour anorexie mentale** ont des scores moyens significativement plus élevés au HSCL ($p < 0,001$), à la LECE 7 items ($p = 0,001$), à la LECE 10 items ($p = 0,002$) et à l'EAT-40 ($p = 0,015$) que les sujets non réhospitalisés.

Les sujets ayant bénéficié d'un **suivi psychothérapique** ont des scores moyens significativement plus élevés à la LECE 7 items ($p = 0,03$) et à l'EAT-40 ($p = 0,04$) que les sujets non suivis en psychothérapie.

En conclusion, les différentes analyses bivariées permettent de sélectionner, pour une analyse multivariée les variables suivantes :

- Les antécédents de trouble psychiatrique ou d'échec de traitement antérieur.
- Le niveau socio-économique des parents.

- La durée des symptômes, l'âge de la prise en charge initiale, le poids à l'admission, la psychothérapie individuelle initiale.
- La prise en charge intermédiaire : le suivi psychothérapique, le suivi médical et la réhospitalisation.

3.4.4. Analyse multivariée

La mise en évidence d'éventuels **facteurs pronostiques de l'évolution de l'anorexie mentale** constitue un objectif secondaire de notre étude.

Nous avons inclus dans l'analyse par régression logistique les variables statistiquement significatives lors de l'analyse bivariable : le niveau socio-économique des parents, les antécédents personnels psychiatriques, un échec de traitement antérieur, l'âge au début de la prise en charge, la durée des symptômes initiaux, la perte de poids initiale, la durée de la psychothérapie individuelle initiale, une réhospitalisation, un suivi médical et la durée de suivi psychothérapique lors de la période intermédiaire.

Nous avons également inclus des variables considérées comme facteurs pronostiques par certains auteurs et qui nous semblaient intéressantes : la fratrie, les vomissements, les crises de boulimie.

Pour permettre leur inclusion dans l'analyse par régression logistique, les variables indépendantes quantitatives sont recodées de façon binaire en prenant leur médiane comme limite. La médiane est un paramètre de position centrale indiquant la valeur qui partage une distribution en deux effectifs égaux. Nous prenons comme limite les médianes suivantes :

- Durée de psychothérapie individuelle : 12 mois
- Durée d'hospitalisation : 1 mois
- Durée des symptômes : 12 mois
- Perte de poids initiale : 26 Kg
- Age de début de prise en charge : 15 ans
- Durée du suivi psychiatrique : 24 mois.

Nous utilisons également la médiane des scores obtenus par notre échantillon aux échelles d'évaluation, HSCL et EAT-40, pour la modélisation des résultats observés au sein de notre population. La médiane du HSCL est 36, celle de l'EAT-40 est 20. Pour la

modélisation des scores de la LECE 10 items et de la LECE 7 items, nous avons utilisé les classifications définies par JEAMMET¹¹ précédemment développées.

Pour chaque facteur étudié, l'odds ratio (OR) et son degré de signification (p) sont calculés. Par exemple, si nous modélisons la probabilité d'avoir un score supérieur ou égal au seuil choisi : un odds ratio significativement inférieur à 1 ($p < 0,05$) traduit une diminution de cette probabilité lorsque le sujet est exposé au facteur étudié.

3.4.4.1. Modélisation du score au HSCL

Tableau 21 – Probabilité modélisée d'un score au HSCL ≥ 36

HSCL	OR	IC 95%	p
Pas de réhospitalisation	0,23	0,09 ; 0,59	0,002
Pas de suivi médical	0,57	0,27 ; 1,21	0,143
Durée psychothérapie individuelle (> 12 mois)	1,94	0,89 ; 4,22	0,094

HSCL: Hopkins Symptom Check list

IC 95% est l'intervalle de confiance de l'odds ratio (OR) à 95%.

La probabilité d'avoir un score global au HSCL supérieur ou égal à 36 est multipliée par 0,23 pour les sujets qui n'ont pas été réhospitalisés pour anorexie mentale après la prise en charge initiale par rapport à ceux qui l'ont été. C'est à dire que **les sujets qui ont nécessité une ou de plusieurs hospitalisation(s) ultérieure(s) à la prise en charge initiale présentent en 2004 plus de symptômes psychiatriques** que les sujets qui n'ont pas été réhospitalisés pour anorexie mentale.

3.4.4.2. Modélisation du score à l'EAT-40

Tableau 22 - Probabilité modélisée d'un score global à EAT-40 ≥ 30

EAT-40	OR	IC 95%	p
NSE parents (3 versus 2)	0,35	0,13 ; 0,89	0,028
NSE parents (4 versus 2)	0,47	0,15 ; 1,49	0,198
Durée psychothérapie individuelle (> 12 mois)	2,80	1,31 ; 6,30	0,008
Pas de réhospitalisation	0,31	0,13 ; 0,74	0,009

EAT-40 : Eating Attitudes Test

NSE : Niveau socio-économique

IC 95% est l'intervalle de confiance de l'odds ratio (OR) à 95%.

Nous rappelons que, plus le score global à l'EAT-40 est élevé, plus il témoigne de l'existence de troubles du comportement alimentaire. Un score global supérieur ou égal

à 30 signe un comportement alimentaire anorexique, les sujets dont le score global est strictement inférieur à 30 ont un comportement alimentaire satisfaisant⁶⁹.

Dans notre étude, la probabilité d'avoir un score global à l'EAT-40 supérieur ou égal à 30 est multipliée par 0,35 pour les sujets issus d'un milieu socio-économique moyen (3) par rapport aux sujets issus d'un milieu socio-économique faible (2). C'est-à-dire que le score global à l'EAT-40 montre en 2004 **plus de comportements alimentaires anorexiques chez les sujets issus d'un milieu socio-économique faible par rapport aux sujets issus d'un milieu socio-économique moyen.**

Le score global à l'EAT-40 montre plus de comportements alimentaires anorexiques **chez les sujets réhospitalisés ou ayant bénéficié d'une psychothérapie individuelle d'une durée supérieure à 12 mois.**

3.4.4.3. Modélisation du score à la LECE

Tableau 23 - Probabilité modélisée d'un score global < 8 items côtés '1' ou '2' à la LECE 10 items (N= 69)

LECE 10 items	OR	IC 95%	p
Pas de suivi médical	0,39	0,12 ; 1,30	0,12
Pas de réhospitalisation	0,26	0,07 ; 0,91	0,03
Durée psychothérapie individuelle (> 12 mois)	5,01	1,46 ; 17,23	0,01

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examinateur

IC 95% est l'intervalle de confiance de l'odds ratio (OR) à 95%.

La probabilité d'avoir moins de 8 items côtés '1' ou '2' à la LECE 10 items est 0,26 fois supérieure pour les sujets qui n'ont pas été réhospitalisés pour anorexie mentale et 5,01 fois supérieure pour ceux dont prise en charge psychothérapique initiale a été supérieure à 12 mois. C'est-à-dire que **l'évaluation clinique par l'examinateur est plus satisfaisante chez les sujets dont la psychothérapie initiale a été d'une durée inférieure à 12 mois ou chez ceux qui n'ont pas été réhospitalisés pour anorexie mentale ultérieurement à la prise en charge initiale.**

Tableau 24 - Probabilité modélisée d'un score global < 8 items cotés '1' ou '2' à la LECE 7 items (N=141)

LECE 7 items	OR	IC 95%	p
Pas d'échec de traitement antérieur	0,46	0,22 ; 0,97	0,04
Durée psychothérapie individuelle (> 12 mois)	1,14	0,51 ; 2,55	0,75
Pas de réhospitalisation	0,59	0,23 ; 1,48	0,26
Durée d'hospitalisation (> 1 mois)	0,41	0,19 ; 0,88	0,02
Pas de suivi médical	1,08	0,50 ; 2,33	0,84

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examinateur

IC 95% est l'intervalle de confiance de l'odds ratio (OR) à 95%.

La probabilité d'avoir moins de 8 items cotés '1' ou '2' à la LECE 7 items est 0,46 fois supérieure pour les sujets sans antécédent d'échec de traitement antérieur par rapport à ceux avec un antécédent d'échec de traitement antérieur. La probabilité d'avoir moins de 8 items cotés '1' ou '2' à la LECE 7 items est 0,49 fois supérieure pour les sujets dont l'hospitalisation dans notre service a duré plus d'un mois par rapport aux sujets hospitalisés moins d'un mois. C'est-à-dire que **l'évaluation clinique par l'examinateur est plus satisfaisante chez les sujets hospitalisés plus d'un mois lors de la prise en charge initiale et chez les sujets sans antécédent d'échec de traitement antérieur.**

Tableau 25 - Probabilité modélisée d'un score > 20 à la LECE 10 items (N=69)

LECE 10 items	OR	IC 95%	p
Durée des symptômes (> 12 mois)	1,75	0,49 ; 6,25	0,39
Durée psychothérapie individuelle (> 12 mois)	1,76	0,47 ; 6,52	0,40
Pas de réhospitalisation	0,18	0,05 ; 0,68	0,01
Pas de suivi médical	0,24	0,06 ; 0,89	0,03

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examinateur

IC 95% est l'intervalle de confiance de l'odds ratio (OR) à 95%.

La probabilité d'avoir un score supérieur à 20 à la LECE 10 items est 0,18 fois supérieure pour les sujets non réhospitalisés par rapport aux sujets réhospitalisés. Cette probabilité est 0,24 fois supérieure pour les sujets ayant bénéficié d'un suivi médical ultérieur. C'est-à-dire que **l'évaluation clinique par l'examinateur est plus satisfaisante chez les sujets non réhospitalisés et chez les sujets ayant été suivi sur le plan médical.**

Tableau 26 - Probabilité modélisée d'un score > 20 à la LECE 7 items (N=141)

LECE 7 items	OR	IC 95%	p
Fratrie (3 versus 1)	0,05	0,01 ; 0,43	0,007
Fratrie (2 versus 1)	0,22	0,03 ; 1,57	0,130
Durée psychothérapie individuelle (> 12 mois)	2,78	0,65 ; 11,82	0,170
Pas de réhospitalisation	0,11	0,03 ; 0,45	0,002
Pas de suivi médical	0,15	0,04 ; 0,65	0,010

LECE : Liste Evaluation Clinique par l'Examineur

IC 95% est l'intervalle de confiance de l'odds ratio (OR) à 95%.

La probabilité d'avoir un score supérieur à 20 à la LECE 7 items est 0,05 fois supérieure pour les sujets issus d'une fratrie de 3 par rapport aux sujets sans fratrie. Cette probabilité est 0,11 fois supérieure pour les sujets non réhospitalisés ultérieurement et 0,15 fois supérieure pour les sujets suivis sur le plan somatique après la prise en charge initiale. C'est-à-dire que **l'évaluation clinique par l'examineur par la LECE 7 items est plus satisfaisante chez les sujets issus d'une fratrie de 3 par rapport aux sujets enfant unique. Elle l'est aussi chez les sujets non réhospitalisés et chez les sujets suivis sur le plan médical.**

L'existence de vomissements ou de crises de boulimie n'a pas de rôle pronostique.

3.5. DISCUSSION

3.5.1. Résultats principaux

3.5.1.1. Apport de notre étude

- **Taille de notre échantillon**

L'anorexie mentale est, comme nous l'avons précédemment développé, une pathologie ancienne, grave, au pronostic incertain. Cette pathologie a suscité de nombreuses études, essentiellement anglo-saxonnes, souvent très différentes au niveau de la méthodologie, de l'échantillon étudié et même des résultats observés. Entreprendre une énième étude de devenir de cette pathologie pouvait alors apparaître redondant et sans intérêt scientifique. Pourtant, tenter d'évaluer le devenir des anciens patients pris en charge au CHU de NANCY-Brabois depuis la création de la consultation de psychiatrie

de l'enfant et de l'adolescent nous tenait à cœur. L'implication des services de pédiatrie et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans la prise en charge spécialisée de l'anorexie mentale y est majeure depuis plus de vingt ans. Notre population d'étude, relativement conséquente (198 sujets inclus), donne un sens à la mise en place de cette étude. Les médecins, en étudiant le devenir de leurs patients, évaluent également la qualité de la prise en charge.

Avec 144 sujets évalués, notre étude est, à notre connaissance, la plus grande étude de devenir de l'anorexie mentale de l'adolescence en France depuis l'étude de JEAMMET¹¹ en 1991 où l'évaluation portait sur 122 sujets.

- **Hétérogénéité de notre échantillon**

Notre échantillon est composé de sujets ayant été hospitalisés en services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de pédiatrie ou de réanimation pédiatrique et/ou suivis en ambulatoire pour une anorexie mentale durant l'adolescence. Notre étude s'intéresse donc à **tous les stades de sévérité de la pathologie** pour obtenir une représentation assez exhaustive des évolutions possibles. Comme ne le permettent que peu de services hospitaliers en France, de nombreux adolescents anorexiques mentaux originaires de plusieurs régions françaises ont été pris en charge en hospitalisation et/ou en ambulatoire au CHU de NANCY-Brabois suivant les modalités thérapeutiques détaillées précédemment.

- **Evolution du devenir d'un sous-groupe à 6 ans d'intervalle**

Six ans après l'étude de devenir de l'anorexie mentale de GRANDVOINET¹¹¹, notre étude, de méthodologie très proche, permet de réévaluer le devenir d'un sous-groupe de 33 sujets inclus en 1998 et 2004 et ayant accepté de participer aux deux études. Nous avons donc comparé leurs résultats en 1998 et en 2004. **Le comportement alimentaire s'est amélioré de façon significative entre 1998 et 2004 chez les 29 sujets ayant répondu à l'EAT-40.** Ce résultat confirme l'idée que l'amélioration clinique et notamment l'abandon de la conduite alimentaire pathologique peut prendre du temps, nécessitant au préalable, de façon plus ou moins rapide, des changements d'ordre psychologique. L'évaluation du devenir du sujet ne doit pas être trop précoce dans l'évolution et peut être réévalué à distance.

3.5.1.2. Validité méthodologique des résultats

Notre étude a pour objectif de respecter au mieux les critères méthodologiques des études de devenir définis par HSU¹¹⁵ en 1997 que nous avons détaillés dans la deuxième partie de notre travail : **Etudes de devenir**. Nous avons respecté 5 des 6 critères posés :

(1)- Nous avons utilisé les critères diagnostiques de la C.I.M.10, fiables et reconnus sur le plan international pour l'inclusion des sujets. Nous avons vérifié de façon systématique dans chacun des dossiers médicaux des patients inclus afin d'exclure les formes atypiques d'anorexie mentale et les éventuelles erreurs diagnostiques.

(2)- Avec 144 sujets évalués dans notre étude, nous dépassons largement la recommandation de HSU d'inclure au moins 25 sujets.

(3)- Un recul de 4 ans minimum après le début de la prise en charge initiale par notre service est respecté pour tous les sujets inclus.

(4)- Notre population compte 14,6% de perdus de vue ; nous avons également considéré comme perdus de vue les sujets contactés qui ont refusé de participer et les sujets dont les parents contactés n'ont pas voulu remettre à leur enfant notre courrier ou les informer de notre appel téléphonique. Au total, nous avons considéré 27,5% de sujets perdus de vue, ne respectant alors pas le critère de moins de 20% de perdus de vue recommandé par HSU¹¹⁵.

(5)- Parmi les 141 sujets vivants de notre échantillon, nous avons évalué 69 sujets (49%) lors d'un entretien clinique dont 58 (41,2%) en entretien direct et 11 (7,8%) en entretien téléphonique, respectant pratiquement le critère de HSU d'avoir un entretien direct chez plus de 50% des patients. En effet, comme nous l'avons évoqué auparavant, il n'y a pas de différence significative entre les résultats obtenus à la LECE 10 items en entretien direct et téléphonique.

(6)- Nous avons évalué le devenir des sujets, à l'aide de plusieurs mesures bien définies. Nous avons utilisé les autoquestionnaires HSCL et EAT-40, l'échelle d'évaluation clinique LECE et un autoquestionnaire général reprenant une partie du questionnaire général de GRANDVOINNET¹¹¹.

Le respect de ces critères méthodologiques reconnus permet d'attribuer une certaine fiabilité à nos résultats.

3.5.2. Comparaison avec deux études de devenir de l'anorexie mentale

Notre étude se rapproche par certains aspects des études de JEAMMET¹¹ et de GRANDVOINNET¹¹¹ que nous avons détaillées dans la deuxième partie de notre travail. Il semble donc intéressant de tenter, avec prudence, des comparaisons de nos résultats avec ceux de ces deux études de devenir de l'anorexie mentale.

Notre étude se rapproche de celle de JEAMMET¹¹ par la méthodologie et le nombre de sujets inclus.

L'étude de GRANDVOINNET¹¹¹ concerne une partie de notre population. Elle a été réalisée, six ans avant la nôtre, dans le même service hospitalier, avec une méthodologie très proche.

3.5.2.1. Les caractéristiques familiales

Les familles de patients anorexiques mentaux comportent quelques caractéristiques communes. C'est d'ailleurs cette constatation qui a permis d'élaborer une théorie familiale de la pathologie comme nous l'avons décrite dans la première partie de notre travail.

Structure familiale et couple parental

Avec 82% de parents vivant ensemble, nous retrouvons un résultat similaire à ceux de JEAMMET (81%) et de GRANDVOINNET (80%). Ces résultats, concordants, apparaissent élevés si nous les comparons à la fréquence des séparations des couples parentaux dans la population générale. Contrairement à d'autres pathologies psychiatriques, divorces et séparations parentales ne sont pas plus fréquents ; au contraire, les familles au statut matrimonial « normal » semblent surreprésentées. Nos résultats ne mettent pas en évidence de différence significative d'évolution clinique à la LECE selon l'état matrimonial des parents.

L'étude de la fratrie montrait que 10,4% des sujets étaient enfant unique. L'analyse par régression logistique montre que **l'évaluation clinique par la LECE 7 items est plus favorable chez les sujets enfant unique par rapport aux sujets issus une fratrie de**

trois. Le sujet est l'aîné dans 42,4% des cas, sans qu'il n'y ait de différence significative aux scores globaux des échelles d'évaluation du devenir.

Relation parents-enfant

Nous avons retrouvé dans les antécédents personnels un trouble de la relation enfant-parents chez 54,9% des 144 sujets. Cet antécédent personnel ne modifie pas de façon significative les scores globaux obtenus par notre population aux échelles de mesure.

Position sociale des parents

Evaluer la position sociale des parents n'est pas aisé connaissant les grandes variabilités de situations professionnelles pour une même profession. Nous avons repris la classification utilisée par GRANDVOINNET¹¹¹ qui regroupait le plus objectivement possible les catégories professionnelles des parents en quatre classes. 78% de notre population est issue de milieu socio-économique moyen (56,3%) ou supérieur (21,5%) selon cette classification. GRANDVOINNET¹¹¹ comptait 71,7% et 23,9% de sa population issue respectivement de catégories socio-professionnelles moyenne et supérieure. JEAMMET¹¹ établissait le niveau socio-économique de ses patients en fonction de la profession du père, observant 65% de professions libérales ou de cadres supérieurs.

Les sujets évalués dans notre étude et dans celle de GRANDVOINNET semblent provenir moins souvent d'un milieu social aisé que dans l'études de JEAMMET et que dans des travaux plus anciens qui observaient des anorexies mentales essentiellement au sein de milieux socio-économiques aisés. Cette observation suggère l'extension de cette pathologie de l'adolescence aux milieux socio-économiques plus moyens. Notre étude observe une différence significative entre la catégorie socio-économique des parents et les résultats à l'EAT-40. Les sujets issus de milieu socio-économique faible ont une probabilité plus forte d'avoir un score à l'EAT-40 élevé donc de présenter un comportement alimentaire anorexique.

3.5.2.2. L'âge au début de prise en charge

JEAMMET¹¹ observait dans son échantillon un début de la pathologie à 16 ans. GRANDVOINNET¹¹¹ ne précisait pas l'âge des sujets au début des troubles. L'âge

moyen de 15,1 ans retrouvé dans notre étude se conforme à la plupart des études antérieures que nous avons détaillées dans la deuxième partie. Il faut prendre en compte le fait que nous avons posé comme critère d'inclusion à notre étude un âge égal ou supérieur à 11 ans, excluant les cas d'anorexie pré-pubère (la patiente la plus âgée que nous avons incluse avait 21 ans). L'anorexie mentale est une pathologie de l'adolescence, même si un déclenchement plus tardif ne correspond pas à un diagnostic d'exclusion. L'anorexie pré-pubère présente des caractéristiques différentes, non développées dans ce travail.

L'âge de prise en charge initiale ne semble pas être prédictif du devenir des sujets évalués dans notre étude.

3.5.2.3. La perte de poids initiale

Dans notre étude, la perte de poids initiale des sujets était en moyenne de 26,5 Kg, supérieure à celle de 16 Kg observée par JEAMMET¹¹ et non détaillée par GRANDVOINNET¹¹¹. L'IMC moyen était 14,4 Kg/m², confirmant la sévérité de l'anorexie mentale présentée par notre population. Plusieurs auteurs (JEAMMET, HSU, STEINHAUSEN) corrèlent la perte de poids avec le devenir à long terme des sujets anorexiques mentaux.

Nous n'avons pas mis en évidence de rôle pronostique de la perte de poids initiale chez les sujets évalués.

3.5.2.4. Le délai de prise en charge initiale

L'anorexique ne se reconnaissant pas comme malade, les délais de prise en charge de cette pathologie sont souvent décrits comme longs^{6,29}. Fréquemment les anorexiques mentaux ne consultent que sous la pression de leur famille inquiète et il n'est pas rare que le diagnostic corresponde à une situation devenue précaire, nécessitant une prise en charge rapide et parfois hospitalière dès la première consultation.

GRANDVOINNET ne précisait pas le délai de prise en charge initiale des sujets. JEAMMET signalait une 'durée de l'anorexie mentale' à la première admission dans son service de 5,6 ans en moyenne.

Dans notre population, **les troubles anorexiques existaient en moyenne depuis 11 mois et demi** au début de notre prise en charge. Ce délai, bien qu'inférieur à ceux

observés par d'autres études nous apparaît long et doit encourager les médecins, notamment les médecins généralistes, à intervenir de façon appropriée auprès des jeunes patients dès le diagnostic d'anorexie mentale suspecté pour éviter l'aggravation ou la chronicisation du comportement alimentaire pathologique.

3.5.2.5. L'utilisation de la NENDC

Parmi les 107 sujets hospitalisés, 30% ont nécessité le recours à une réalimentation par sonde nasogastrique (NENDC). Nos résultats sont inférieurs à ceux de GRANDVOINNET¹¹ qui notait l'utilisation de la NENDC chez 60% des patients hospitalisés. Cette différence importante de recours à la NENDC au sein du même service hospitalier suggère que les indications de ce type de réalimentation ont évolué au cours du temps et sont moins fréquentes. Les indications de la NENDC sont sans doute réservées à des anorexies plus sévères ou plus résistantes.

Dans notre étude, l'usage d'une NENDC ne modifie pas les résultats aux échelles de devenir. Si l'on estime que l'indication de ce type de nutrition est privilégiée dans les cas graves, il semble que ces cas graves n'aient pas de plus mauvais pronostic et n'évoluent pas de façon plus pathologique.

3.5.2.6. Le devenir global

D'après la classification de la LECE de JEAMMET¹¹, sur les 69 sujets évalués en entretien nous observons :

- 68,1% de bon devenir
- 23,2% de devenir intermédiaire
- 8,7% de devenir pauvre

Nos résultats sont supérieurs à ceux de JEAMMET¹¹ qui obtenait respectivement 47%, 38% et 15%, ainsi qu'à ceux de GRANDVOINNET¹¹ qui obtenait respectivement 56%, 27% et 10%.

A l'auto-évaluation globale, les sujets de notre échantillon estiment leur état global :

- 78,6% satisfaisant ou assez satisfaisant
- 15,7% insatisfaisant
- 5,7% très insatisfaisant.

Les sujets estiment donc leur état global meilleur que notre évaluation clinique. Cette tendance était déjà apparue dans l'étude de JEAMMET¹¹ où l'auto-évaluation globale par le sujet montrait des chiffres supérieurs à ceux de l'évaluation clinique par l'examinateur avec respectivement 73%, 19% et 8%. Il semble donc que les sujets estiment leur état global de façon plus favorable que le clinicien, ne prenant sans doute pas en compte tous les critères évalués par l'examinateur, comme l'état mental et la capacité d'insight souvent défaillants dans la pathologie anorexique. JEAMMET¹¹ explique cette constatation par le mode d'organisation des défenses psychiques. Pour lui, il y a un risque de sur-évaluation lors de l'auto-évaluation de la part d'un sujet dont les défenses restent rigides ou s'il y a persistance du déni. Par ailleurs, un clinicien peut sous-évaluer des sujets dont l'assouplissement des défenses leur permet d'exprimer plus facilement leur souffrance.

3.5.2.7. Le devenir de la triade symptomatique classique

Si nous tenons seulement compte de l'évolution de la triade symptomatique (comportement alimentaire, poids et aménorrhée), **notre étude conclut à une amélioration majoritaire des trois symptômes.**

Le poids

Nous estimons comme normal ou moins de 15% inférieur au poids idéal le poids de 89,3% des 141 sujets évalués sur le plan pondéral.

Le comportement alimentaire

Le comportement alimentaire apparaît normal ou anormal moins de 50% du temps chez 72,1% des sujets.

L'aménorrhée

L'aménorrhée primaire ou secondaire est un signe clinique indispensable au diagnostic d'anorexie mentale. Sa disparition est un critère important d'amélioration clinique. La reprise des menstruations, fort variable dans le temps, est liée à la normalisation du poids et traduit une reprise du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Dans notre étude, l'évaluation de la reprise des menstruations est plus complexe, car il faut tenir compte de la prise de contraceptifs oraux par 57% des sujets féminins au

moment de l'évaluation. La prise de contraceptifs oraux peut être interprétée de plusieurs façons :

- Elle peut traduire l'existence d'une activité sexuelle régulière chez une femme dont les menstruations sont réapparues spontanément et qui ne désire pas de grossesse.
- Elle peut avoir été motivée par une aménorrhée persistante, mal vécue par la jeune femme, désireuse d'« avoir à nouveau ses règles ».
- Certains médecins prescrivent à leurs patientes en aménorrhée un traitement de substitution hormonale par contraception orale avec pour objectif de prévenir les complications somatiques d'une aménorrhée prolongée. Mais les avis des spécialistes concernant l'intérêt et de l'efficacité de ces contraceptifs oraux dans l'anorexie mentale.

Dans les deux dernières situations, la reprise des menstruations est artificielle et ne témoigne pas systématiquement du fonctionnement total de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Lors de l'évaluation clinique par la LECE, nous en avons tenu compte comme le fait JEAMMET¹¹, et nous avons coté à '4' (règles absentes) l'item 'Menstruations' chez les sujets féminins sous contraceptifs oraux dont les menstruations n'étaient réapparues que sous cette médication. Nous avons coté à '1' (règles présentes et régulières) le même item chez les sujets féminins dont les menstruations étaient réapparues avant la prise de contraceptifs oraux, expliquant les différences de résultats observés à la question sur les menstruations de l'autoquestionnaire général et à l'item 'Menstruations' de la LECE.

3.5.2.8. L'évaluation de la personnalité

La capacité d'insight est une donnée essentielle dans l'évaluation du devenir de l'anorexie mentale comme le rappelle JEAMMET¹¹. Pourtant, son évaluation est particulièrement délicate et subjective, variant avec l'examineur et le moment de l'évaluation. Les réponses à des questionnaires appauvrissent les dimensions relationnelle et affective de l'évaluation. Dans notre étude, nous avons évalué la capacité d'insight de 64 des 69 sujets ayant bénéficié d'un entretien clinique, limitant ainsi la variabilité inter-observateurs. Les échelles de la LECE des 5 autres sujets ont été cotées par les deux pédopsychiatres du service qui les suivaient en psychothérapie

individuelle au moment de l'étude. Pour palier à notre manque d'expérience clinique pédopsychiatrique, nous avons auparavant pris conseil auprès de pédopsychiatres expérimentés du service pour la cotation de la LECE.

Nous avons estimé comme **satisfaisant ou assez satisfaisant la capacité d'insight de 81,2%** des sujets évalués lors d'un entretien.

Les résultats obtenus par JEAMMET¹¹ étaient un peu inférieurs (71%). L'étude de GRANDVOINET¹¹¹ ne donnait pas de résultat d'évaluation de l'insight chez les 13 sujets ayant bénéficié d'un entretien clinique (dont 3 entretiens téléphoniques).

3.5.2.9. La vie affective

Parmi les sujets évalués, 20 (14,2%) sujets féminins, ont eu un ou deux enfants. Dans l'échantillon de GRANDVOINET¹¹¹, une jeune fille était mère (2,1%) lors de l'évaluation. La comparaison de ces deux résultats doit restée prudente du fait de la différence importante d'effectifs des deux études. De plus il faut noter que le recul par rapport à l'épisode initial est plus grand dans notre étude, et que notre échantillon comprend en grande partie les sujets évalués par GRANDVOINET¹¹¹. Parmi les sujets évalués par JEAMMET¹¹, 39 (35%) étaient mères de famille. Ce résultat plus élevé peut s'expliquer en partie par l'âge des sujets au moment de l'évaluation. Notre échantillon, âgé en moyenne de 22,6 ans ($\pm 3,9$ ans) est plus jeune que celui évalué par JEAMMET (28 ans ± 6 ans). Beaucoup des sujets de notre échantillon sont au début de leur vie d'adulte ou ne l'ont pas encore entamée. Leur vie affective est à cette période de la vie en pleine construction et beaucoup deviendront parents que dans les années à venir. Une nouvelle évaluation à distance sera certainement plus représentative de ce secteur de vie.

3.5.2.10. La réadaptation socioprofessionnelle

- **Sociabilité**

Dans notre étude, **91,5% des sujets estiment leurs relations amicales 'satisfaisante'** ou 'assez satisfaisantes' alors qu'à la LECE 7 items nous jugeons que **85,7%** des sujets ont des contacts sociaux 'satisfaisants' ou 'assez satisfaisants'. Ces chiffres sont supérieurs à celui de 66% avancé par JEAMMET¹¹, et confirment celui de 87% observé par GRANDVOINET¹¹¹.

- **Occupation (études ou profession)**

En 2004, **77,3% de notre échantillon considère avoir une activité ‘satisfaisante’** à l’auto-évaluation. GRANDVOINET¹¹¹ et JEAMMET¹¹ obtenaient des résultats similaires avec respectivement, une activité ‘satisfaisante’ chez 78% et chez 74% des sujets. JEAMMET¹¹ comptait dans son échantillon âgé en moyenne de 28 ans, 40% d’étudiants et de non actifs pour 53% d’actifs (18% de professions libérales ou cadres supérieurs et 35% de cadres moyens ou employés).

Dans notre étude, les étudiants et les non actifs représentent 69,3% de l’échantillon. La forte proportion d’étudiants (57,9%) est expliquée en partie par le caractère jeune de notre échantillon avec un âge moyen de 22,6 ans ($\pm 3,9$ ans). Par contre parmi les 30,7% de sujets exerçant une activité professionnelle, 27,1% sont cadres moyens ou employés et seulement 3,6% sont cadres supérieurs ou exercent une profession libérale. Globalement, ces résultats semblent peu concordants avec le parcours scolaire souvent excellent des sujets qui laissent présager une réussite professionnelle supérieure à la moyenne, mais il serait plus fiable de réévaluer dans quelques années l’activité professionnelle de notre échantillon encore étudiant pour une majorité.

3.5.2.11. La mortalité

Parmi les 144 sujets inclus dans notre étude, **3 (1,5%) sont décédés**. Une jeune fille est décédée lors d’un accident de la voie publique, une autre est décédée en service de réanimation médicale pédiatrique d’un arrêt cardiaque réfractaire à toute réanimation, dans un contexte de cachexie majeure, témoin d’une anorexie mentale extrêmement sévère. Une jeune fille s’est suicidée par défenestration un an après l’interruption du suivi par le CHU de NANCY-Brabois. **Notre taux de mortalité est plus faible** que celui observé dans la plupart des études de devenir de l’anorexie mentale publiées. L’étude de JEAMMET¹¹ observait 7% de décès. GRANDVOINET¹¹¹ comptait 1 (2,1%) décès dans sa population d’étude, celui de la jeune fille décédée en réanimation pédiatrique.

KEEL⁹⁷ pense que le suicide est sans nul doute la première cause de décès chez l’anorexique, avant les causes de décès par dénutrition. Le risque léthal augmente avec le recul, concernant essentiellement les formes chroniques ou avec rechute. Ainsi, selon l’étude de RATNASURYIA⁸⁶ évaluant 40 sujets, le taux de mortalité brut de 5% à 5 ans de recul atteint 17,5% à 20 ans de recul.

3.5.2.12. La prise en charge spécialisée

Nous avons vu que les modalités de prise en charge peuvent être très différentes selon les équipes spécialisées et peuvent évoluer au cours du temps au sein d'un même service hospitalier.

En comparant nos résultats à ceux de GRANDVOINET¹¹, nous constatons que le recours initial à l'hospitalisation a légèrement diminué (74,3% versus 81,0%). 37,3% ont nécessité deux ou plus de deux hospitalisations après la prise en charge initiale, traduisant une rechute de la maladie. GRANDVOINET retrouvait 23,4% de sujets réhospitalisés parmi les 47 sujets évalués. Nous avons noté une durée moyenne d'hospitalisation de trois mois par patient alors qu'elle était d'un mois et demi dans l'étude de GRANDVOINET¹¹. Nous pensons que l'indication d'hospitalisation a évolué pour privilégier des formes plus sévères de la pathologie.

Le recours à la réalimentation complète par sonde nasogastrique (NENDC) a par contre nettement diminué (30% versus 60%). Cette diminution importante d'utilisation de la NENDC peut être liée à l'allongement des durées d'hospitalisation, si l'on estime que la NENDC permet d'accélérer la reprise pondérale.

JEAMMET¹¹ observait que 58% des sujets avaient nécessité une ou plusieurs hospitalisations.

3.5.2.13. Les facteurs pronostiques

Lors de la prise en charge d'une pathologie qu'il vient de diagnostiquer, le médecin recherche les facteurs pronostiques de l'évolution clinique de son patient. Malheureusement, dans le cas de l'anorexie mentale, pathologie ancienne et complexe, il n'existe pas de réponse univoque et de nombreux facteurs que nous avons détaillés dans la deuxième partie, sont encore étudiés afin d'en déterminer l'éventuel rôle pronostique, souvent controversé.

JEAMMET¹¹ montrait qu'une durée d'hospitalisation supérieure à trois mois ($p < 0,001$), un nombre plus élevé d'hospitalisations ($p = 0,07$) et des vomissements ($p = 0,07$) seraient associés à un devenir 'insatisfaisant' à la LECE 10 items.

Dans notre étude, par une analyse multivariée par régression logistique, nous avons mis en évidence des facteurs pronostiques du devenir de l'anorexie mentale évaluée par plusieurs échelles validées.

Parmi les caractéristiques lors de la prise en charge initiale :

- **Un niveau socio-économique moyen des parents** est un facteur de bon pronostic par rapport à un niveau socio-économique faible.
- **Un sujet issu d'une fratrie de 3** est un facteur de bon pronostic par rapport à un sujet enfant unique.
- **L'absence d'échec d'un traitement antérieur** est un facteur de bon pronostic.

Durant la période de prise en charge initiale :

- **Une durée d'hospitalisation initiale supérieure à un mois** est un facteur de meilleur pronostic que si l'hospitalisation a duré moins d'un mois.
- **Une durée de psychothérapie initiale inférieure à 12 mois** est de meilleur pronostic qu'une psychothérapie de durée supérieure à 12 mois.

Parmi les données de suivi ultérieur

- **L'absence de réhospitalisation** après la prise en charge initiale est facteur de bon pronostic.
- **L'existence d'un suivi médical** (somatique) ultérieur à la prise en charge initiale est un facteur de bon pronostic du devenir de notre échantillon.

Nous avons donc mis en évidence comme **facteur de mauvais pronostic**, commun à ceux de JEAMMET, **la réhospitalisation**, témoignant alors de rechute de la maladie, avec sans doute un renforcement des comportements pathologiques associés à la maladie, rendant plus difficile la guérison.

3.5.3. Limites et critiques de notre étude

3.5.3.1. Notre méthodologie

Malgré un souci permanent pour respecter les critères méthodologiques rigoureux définis précédemment, comme pour toute étude statistique, nos résultats doivent être interprétés en tenant compte des problèmes méthodologiques rencontrés.

• Partie rétrospective

La phase de recueil de données dans les dossiers médicaux peut être source de difficultés : données manquantes dans certains dossiers, appréciation clinique différente selon les médecins, fiabilité des facteurs potentiellement prédictifs du devenir. RATNASURIYA⁸⁶ note que les réserves liées au caractère rétrospectif des études concernent essentiellement les relations familiales, l'adaptation avant la maladie et l'âge du début de la maladie. L'étude de HERPERTZ-DAHLMANN⁹¹ sur la dépression associée à l'anorexie mentale montre l'avantage que peut apporter une étude prospective puisque les patientes sont évaluées avec les mêmes échelles au début du suivi et lors de l'évaluation du devenir.

Seules des études prospectives avec un suivi très prolongé d'un nombre conséquent de sujets permettraient de mettre en évidence des facteurs pronostiques fiables. Or, ces études sont difficiles à mettre en place. La situation idéale serait une étude rétrospective commençant au moment du début de l'anorexie, mais il concède que cela est peu réaliste. C'est pourquoi, la détermination de facteurs prédictifs de l'évolution de l'anorexie mentale demeure encore imprécise de nos jours.

• Partie transversale

La difficulté de cette étape a été le choix des outils de mesure avec les objectifs d'appréhender au mieux le devenir des sujets et de pouvoir comparer nos résultats à ceux d'études antérieures. Nous avons essayé d'apprécier plusieurs aspects (alimentaire, psychopathologique, mental, personnalité) du devenir de notre échantillon à l'aide de plusieurs questionnaires. Si l'EAT-40 a été validé dans l'anorexie mentale, ce n'est pas le cas pour le HSCL qui a été validé dans d'autres pathologies, essentiellement les troubles anxio-dépressifs^{116,117}.

3.5.3.2. Notre effectif

Notre taux de perdus de vue légèrement supérieur à celui recommandé par HSU traduit des difficultés dans le recueil des données et peut s'expliquer dans l'anorexie mentale de plusieurs façons :

- Lors de la phase initiale de la maladie, notre population est constituée d'adolescents vivant pour la plupart chez leurs parents et qui ont, plusieurs années après, lors de l'étude, été amenés à déménager, pour beaucoup d'entre eux, rendant plus difficile la prise de contact au moment de notre étude.
- L'ancienneté de l'épisode anorexique n'encourage pas toujours la participation des sujets contactés. Certains sont réticents à évoquer cette période de la maladie, revivant alors des moments souvent très douloureux, plusieurs années après.
- Un taux important d'abandons thérapeutiques, a contribué à augmenter le nombre de perdus de vue.
- Le déni de la maladie est une des caractéristiques fréquentes de cette pathologie et peut expliquer des refus de participer.
- Nous avons également été confrontée au refus de parents ou de grands-parents contactés par téléphone qui ont refusé, pour diverses raisons, d'informer leur enfant ou petit-enfant de notre appel téléphonique ou de leur remettre le courrier expédié. Des parents craignaient que cette prise de contact ne ravive chez leur enfant des moments difficiles, voire n'entraîne une rechute de la pathologie. Un parent nous a adressé un courrier expliquant que son fils n'avait jamais souffert d'anorexie mentale, mais d'une précocité de développement. Le dossier médical de ce jeune homme, très détaillé, décrivait une symptomatologie typique d'anorexie mentale.

3.5.3.3. Le sex-ratio de notre échantillon

Parmi les 198 sujets inclus dans notre étude, nous comptons seulement 7 sujets de sexe masculin soit 3,5% de sujets masculins. Nous avons évalué le devenir de 5 des 7 sujets masculins. Cet effectif est faible et ne permet pas de comparer le devenir de l'anorexie mentale en fonction du sexe.

Les études de devenir des formes masculines sont rares, du fait de la nette prédominance de la forme féminine et les résultats sont parfois contradictoires. En 1984, dans une étude portant sur 77 cas masculins, BURNS¹¹⁸ montre une évolution similaire à celles des sujets féminins avec 30% de sujets mariés et 48% jouissant d'une vie sexuelle active et satisfaisante. A l'opposé, JEAMMET⁵ rappelle l'étude catamnésique de TOLSTRUP en 1982 qui montrait 33% de mères de famille alors qu'il

notait une absence de tout lien conjugal chez la totalité des sujets masculins. Il faut toutefois préciser que cette série comportait 127 sujets féminins et seulement 11 sujets masculins.

Il semble que seules des études multicentriques ou des études de méta-analyse permettraient d'étudier de façon rigoureuse les spécificités de l'anorexie masculine, et notamment son évolution à long terme sur un échantillon plus conséquent sujets masculins.

3.5.3.4. Notre expérience

Comme nous l'avons précisé, nous avons réalisé 64 des 69 entretiens cliniques de notre étude, limitant la variabilité inter-observateurs. Cette homogénéité dans l'appréciation clinique des sujets permet de palier à notre manque d'expérience clinique, sans doute préjudiciable à notre évaluation, notamment pour l'évaluation de la capacité d'insight. JEAMMET¹¹ rappelle que cette donnée doit être, si possible, appréhendée par des cliniciens expérimentés.

3.5.4. Perspectives

Depuis plus de 40 ans, les études de devenir permettent de mieux appréhender l'évolution de l'anorexie mentale. Les premières études concluaient selon la règle du 1/3 : 1/3 de guérison, 1/3 d'amélioration, 1/3 de chronicité. Puis, se concentrant sur un début à l'adolescence et tenant compte de critères méthodologiques progressivement définis, la plupart des études observent 50% de devenir global 'bon', 30% de devenir 'intermédiaire' et 20% de devenir 'pauvre'. Mais des disparités persistent dans les résultats observés soulignant la nécessité de **progrès méthodologiques**.

Les difficultés d'évaluation du devenir de l'anorexie mentale proviennent aussi de la chronologie de son évolution, très variable en fonction de chaque individu.

Ainsi, des **études longitudinales** seraient préférables aux études transversales actuelles mais sont difficiles à mettre en place.

Des **études de validation d'échelles d'évaluation clinique** de patients et d'anciens patients anorexiques mentaux restent à développer pour améliorer la rigueur des études de devenir, permettre leur comparabilité et affiner les types de profils évolutifs. En effet, si l'on excepte l'échelle d'évaluation du comportement alimentaire EAT-40 validé

dans une population anorexique mentale, aucune échelle de personnalité, d'inadaptation sociale, de psychopathologie générale ou spécifique d'un trouble psychiatrique n'a, à notre connaissance, été validée dans cette pathologie.

Un recul minimum de 4 ans par rapport à l'épisode initial semble aujourd'hui un critère méthodologique communément reconnu par les spécialistes pour une évaluation valide du devenir sur le plan des critères symptomatiques classiques et psychoaffectifs. JEAMMET⁵ rappelle que « la guérison de l'anorexie mentale est un processus lent qui n'est que rarement inférieur à 4 ans ». Dans notre étude, la comparaison de l'évaluation du devenir d'un sous-groupe de sujets à 6 ans d'intervalle a montré une amélioration du comportement alimentaire suggérant l'intérêt d'une **réévaluation à distance du devenir** des sujets au cours du temps. Ce résultat confirme que l'anorexie mentale est une pathologie qui demande parfois de nombreuses années pour l'obtention d'une guérison complète amenant à une normalisation du comportement alimentaire et à une « reconstruction » à la fois physique et mentale.

L'évaluation des prises en charge constitue un aspect essentiel dans ces études de devenir car reste le moyen principal, par rétro-contrôle, de juger de l'efficacité à long terme de nos pratiques médicales. Toute équipe soignante doit avoir conscience de l'impact de ses actions, pour pouvoir les valoriser, les améliorer ou les remettre en cause. Cette démarche nous semble bénéfique pour les soignants, tant au point de vue individuel que collectif, pour poursuivre au quotidien la prise en charge difficile et souvent longue de l'anorexie mentale.

Tenter de **prévenir l'apparition de la pathologie** constitue un domaine encore flou de la pathologie. JEAMMET¹⁷ rappelle que l'absence de spécificité des facteurs de risques des troubles des conduites alimentaires doit encourager à promouvoir des recherches sur les facteurs susceptibles de favoriser le début et la pérennisation du trouble. Pour l'auteur, ces facteurs psychologiques individuels, rendant le sujet vulnérable à la pression sociale autour de la minceur, interagissent avec des facteurs génétiques.

Des recherches sur les facteurs protecteurs ou de résilience seraient à développer pour mieux connaître la pathologie et essayer d'éviter son apparition. Enfin, des recherches psychologiques et biologiques sur la dimension addictive du trouble ont récemment été développées, notamment par le Réseau Dépendance¹³.

CONCLUSION

Notre travail a permis d'établir **un bilan du devenir des patients suivis pour anorexie mentale** dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de pédiatrie de l'Hôpital d'Enfants depuis 1983. Les résultats observés chez 144 sujets de notre échantillon sont relativement satisfaisants, confirmant les résultats encourageants observés par GRANDVOINET¹¹ en 1998. Par l'Evaluation Clinique par l'Examineur (LECE), le devenir global des 69 sujets ayant bénéficié d'un entretien clinique se répartit ainsi :

- **Bon devenir pour 68,1%**
- **Devenir intermédiaire pour 23,2%**
- **Devenir pauvre pour 8,7%**

Ces résultats permettent de dresser un bilan plutôt positif de la prise en charge multidisciplinaire proposée depuis plus de 20 ans à l'hôpital d'enfants de NANCY-Brabois dans l'anorexie mentale. Ils doivent nous encourager à poursuivre et à essayer d'optimiser les démarches thérapeutiques actuelles qui mobilisent, en collaboration, deux équipes multidisciplinaires pédiatrique et psychiatriques.

Nous avons étudié **le rôle pronostique de facteurs** existants lors de la prise en charge initiale de la pathologie et lors de la période intermédiaire entre la prise en charge initiale et 2004 à l'aide de plusieurs échelles d'évaluation du devenir. Des **facteurs de pronostic favorable** ont été mis en évidence parmi les caractéristiques existantes à l'admission, lors de la prise en charge initiale et durant le suivi intermédiaire entre la prise en charge initiale et 2004 : **Un niveau socio-économique moyen des parents, une fratrie de 3, l'absence d'échec d'un traitement antérieur, une durée d'hospitalisation initiale supérieure à 1 mois, l'absence de réhospitalisation et l'existence d'un suivi médical (somatique) après la prise en charge initiale apparaissent facteurs d'une meilleure évolution de l'anorexie mentale.**

En menant cette étude, au-delà de l'intérêt scientifique recherché sur les plans pronostique et thérapeutique, c'est une expérience humaine très étonnante et enrichissante que nous avons vécue. Etonnante, car nous ne soupçonnions pas la facilité avec laquelle beaucoup ont participé ; enrichissante par les paroles de ces anciens patients qui retraçaient l'histoire de leur maladie. En effet, prendre contact avec d'anciens patients qui avaient, pour beaucoup « tourné la page » avec la période anorexique, nous semblait délicat. Comment allaient-ils réagir à cette démarche ?

Allions nous raviver en eux des moments difficiles ? Nous ressentions de nombreux doutes quant à notre démarche.

Mais, dès le début, nous avons été très touchée par la confiance et la sincérité avec lesquelles beaucoup ont témoigné. Les 69 personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenues ont exprimé ouvertement leurs affects actuels, même pour celles dont la pathologie anorexique persiste. Sans doute que se livrer ainsi à une personne étrangère à leur quotidien leur permettait d'exprimer leurs affects sans se sentir juger. Beaucoup ont apprécié l'intérêt porté à leur devenir par les soignants du service qui les avait pris en charge. Certains ont alors exprimé leur reconnaissance vis-à-vis des médecins, infirmiers et psychologues qu'ils avaient rencontrés, soulignant qu'aux moments difficiles qu'ils avaient alors vécus ils avaient connu de bons moments et des expériences enrichissantes.

D'autres ont critiqué ouvertement, toujours avec sincérité la prise en charge dont ils avaient bénéficiée.

Comprendre et analyser ces critiques, écouter les impressions et les ressentis vécus par ces jeunes gens plusieurs années après le début de la maladie nous apparaissait essentiel pour mieux appréhender dans sa globalité la pathologie anorexique qui nous reste encore, sous certains aspects, bien énigmatique.....

ANNEXES

Annexe 1- Lettre adressée à un ancien patient

Nancy, le 24 mars 2004

Mlle S. KERMARREC (interne en psychiatrie)

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans le cadre de mon **travail de thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine**, Madame le Professeur Vidailhet et Monsieur le Professeur Vidailhet m'ont confié une étude sur le devenir des adolescents hospitalisés et /ou suivis **à l'hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy pour anorexie mentale**.

Il y a quelques années, vous avez été examiné et/ou suivi en consultation et /ou en hospitalisation par le service de pédiatrie et/ou de pédopsychiatrie pour ce problème. Il est important pour les médecins d'évaluer **le devenir des patients**. C'est pourquoi nous entreprenons ce travail d'évaluation pour les patients suivis pour anorexie mentale.

Cette évaluation est aussi une évaluation de la qualité des soins que vous avez reçus et permet également, par les informations que vous aurez fournies, d'évaluer la prise en charge des jeunes filles et jeunes garçons que nous suivons actuellement.

Pour ce faire nous avons besoin de vous. Il nous est, en effet, indispensable d'avoir des renseignements sur votre état de santé et votre vie actuelle.

Nous vous serions très reconnaissants de nous accorder un peu de votre temps pour **remplir les questionnaires** ci-joints et nous les retourner à l'aide de l'enveloppe également jointe. **Nous vous en remercions** par avance. Vous pouvez naturellement, si vous le souhaitez, y ajouter des commentaires ou des questions auxquelles nous nous efforcerons de vous répondre au mieux. Si certaines questions vous choquent, ne vous sentez pas forcément concerné, il s'agit d'un questionnaire général.

Le mieux serait bien sûr de pouvoir vous rencontrer pour aborder toutes ces questions lors d'un entretien individuel.

Pour cela, et pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me contacter aux numéros de téléphone suivants : **03.83.15.45.53** ou au **03.83.15.48.50** et me laisser vos coordonnées ou votre message afin que je vous rappelle dès que possible.

Comptant sur votre participation et votre aide très précieuses pour poursuivre de la meilleure façon possible nos soins aux adolescents en difficulté, nous vous prions de croire, Madame, Mademoiselle, Monsieur à nos meilleures salutations.

Mme le Pr. VIDAILHET

M. le Pr. VIDAILHET

S. KERMARREC

Annexe 2 A- Autoquestionnaire général (première page)

Nom :

Prénom :

Date :

1- Comment vivez-vous ?

- ☐ seul (e)
- ☐ chez vos parents
- ☐ avec un ou une ami (e)
- ☐ marié (e)

Avez-vous des enfants ? ☐ oui

☐ non

Si oui, combien ?.....

2- Concernant votre vie relationnelle :

Vos relations familiales sont :

- ☐ bonnes
- ☐ assez bonnes
- ☐ insatisfaisantes

motif :.....

Vos relations amicales sont :

- ☐ bonnes
- ☐ assez bonnes
- ☐ insatisfaisantes

motif :.....

3- Concernant votre vie professionnelle ou estudiantine :

Quelle est votre profession ou niveau d'étude ?

Exercez-vous une activité régulière ? ☐ oui

☐ non

si non, motif :.....

Votre occupation est plutôt : ☐ satisfaisante

☐ insatisfaisante

si insatisfaisante, motif :.....

4- Depuis votre passage dans notre service, avez-vous de nouveau été hospitalisé(e) ?

☐ non

☐ oui

si oui, motif :

Lieu :.....

Annexe 2 B- Autoquestionnaire général (deuxième page)

5- Depuis votre passage ici, vous avez continué à voir (pour votre suivi) :

☐ un médecin généraliste ou pédiatre
pendant combien de temps ?..... fréquence :.....

☐ un psychiatre ou psychologue
pendant combien de temps ?.....
fréquence :.....

☐ autre précisez :.....

6- Pouvez-vous préciser :

Votre taille :.....m
Votre poids :.....Kg

7- Comment estimeriez-vous globalement votre état actuel ?

- ☐ satisfaisant
- ☐ assez satisfaisant
- ☐ insatisfaisant
- ☐ très insatisfaisant

8- Pour les femmes :

Etes-vous réglée ? ☐ non
☐ oui
Si oui, comment : ☐ régulièrement ☐ irrégulièrement
Date du retour des règles :.....
Prenez-vous des contraceptifs ? ☐ oui ☐ non

9- Si vous avez autre chose à ajouter, vous pouvez le faire ici (en particulier si vous avez des plaintes somatiques à formuler...) :

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

Annexe 3 A- Autoquestionnaire EAT-40 (première page)

Vous trouverez ci-dessous une liste de phrases décrivant des problèmes et des symptômes que vous pouvez éprouver.

Nous vous demandons de lire attentivement chaque phrase.

Pour chacune de ces phrases, vous devez cocher, à l'aide d'une croix, une et une seule des six cases qui se trouvent à droite c'est-à-dire celle qui donne la meilleure description de ce qui s'est passé au cours de la semaine qui vient de s'écouler y compris aujourd'hui. Répondez à toutes les questions sans exception.

Mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

	Toujours	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
1 J'aime manger en compagnie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Je prépare la cuisine pour les autres mais je ne mange pas ce que je fais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Je deviens anxieux (se) avant de manger.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Je suis terrifié(e) à la pensée d'être trop gros (se).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 J'évite de manger quand j'ai faim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 Je suis préoccupé(e) par la nourriture.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 J'ai eu des accès de glotonnerie durant lesquels j'ai senti que je ne pourrai peut-être pas m'arrêter.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 Je découpe mes aliments en petits morceaux.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 J'ai conscience de la teneur calorique des aliments que je mange.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 Je me sens gonflé(e) après le repas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 Je sens que les autres préféreraient que je mange davantage.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 Je vomis après avoir mangé.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 Je me sens extrêmement coupable après avoir mangé.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 Le désir d'être plus mince me préoccupe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 Je m'acharne à faire de l'exercice pour brûler des calories.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 Je me pèse plusieurs fois par jour.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 J'aime que mes vêtements soient moulants.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19 Je prends plaisir à manger de la viande.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 Je me réveille tôt le matin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 B- Autoquestionnaire EAT-40 (deuxième page)

	Toujours	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
21 Je mange tous les jours les mêmes aliments.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 Quand je fais de l'exercice je pense aux calories que je brûle.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 J'ai des règles régulières.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24 Les autres pensent que je suis trop maigre.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25 Je suis préoccupé(e) à l'idée d'avoir de la graisse sur le corps.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26 Je passe plus de temps que les autres à prendre mes repas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27 J'aime bien manger au restaurant.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28 Je prends des laxatifs.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29 J'évite de manger des aliments sucrés.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30 Je mange des aliments de régime.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31 J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32 Je montre volontiers mes capacités à contrôler mon alimentation.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33 Je sens que les autres font pression sur moi pour que je mange.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34 Je consacre trop de temps et je pense trop à la nourriture.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35 Je souffre de constipation.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36 Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37 J'essaie d'entreprendre des régimes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38 J'aime avoir l'estomac vide.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39 Je prends plaisir à essayer des aliments nouveaux et riches.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40 J'ai l'impulsion de vomir après les repas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 4 A- Autoquestionnaire HSCL (première page)

Vous trouverez ci-dessous une liste de phrases décrivant des problèmes et des symptômes que l'on peut éprouver.

Nous vous demandons de lire attentivement chaque phrase.

Pour chacune de ces phrases, vous devez cocher à l'aide d'une croix, une, et une seule des quatre cases qui se trouvent à droite, c'est-à-dire celle qui donne la meilleure description de ce qui vous a ennuyé ou préoccupé *au cours de la semaine qui vient de s'écouler y compris aujourd'hui*.

Suivant que le symptôme est très important, moins important, ou relativement léger, vous mettez la croix à OUI beaucoup, OUI moyennement, OUI un peu.

Si vous estimez que vous ne pourriez pas prononcer la phrase qui constitue la proposition, vous mettez une croix à NON.

Répondez à *toutes* les questions sans exception. Ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.

	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Non
1. J'ai des maux de tête				
2. Je me sens nerveux et /ou je sens comme un tremblement intérieur				
3. Je suis incapable de me débarrasser de mauvaises pensées ou de mauvaises idées				
4. J'ai des tendances à m'évanouir ou des vertiges				
5. J'ai perdu le goût et le plaisir que j'éprouvais aux choses sexuelles				
6. J'ai l'impression d'être critique à l'égard des autres				
7. J'ai des mauvais rêves				
8. J'ai des difficultés à parler quand je me sens énervé(e)				
9. J'ai des difficultés à me rappeler des choses				
10. Je suis ennuyé(e) par ma négligence et mon manque de soins				
11. Je suis facilement contrarié(e) ou irrité(e)				
12. J'ai des douleurs au cœur ou à la poitrine				
13. J'ai des démangeaisons				
14. Je me sens sans énergie ou ralenti(e)				
15. Je pense en finir avec la vie				
16. Je transpire				
17. J'ai des tremblements				
18. J'ai l'impression d'être troublé(e) et de perdre le nord				
19. J'ai un mauvais appétit				
20. Je pleure facilement				
21. Je me sens timide et mal à l'aise avec une personne du sexe opposé				
22. J'ai l'impression d'être « coincé(e) » ou pris(e) au piège				
23. Je suis subitement effrayé(e) sans aucune raison				
24. J'ai des explosions de colère que je ne peux contrôler				
25. Je suis constipé(e)				

Annexe 4 B- Autoquestionnaire HSCL (deuxième page)

	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Non
27. J'ai des douleurs à la partie inférieure du dos				
28. Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose à faire				
29. J'ai un sentiment de solitude				
30. J'ai le cafard				
31. Des choses me tracassent ou me tourmentent				
32. Je ne m'intéresse à rien				
33. Je suis rempli(e) d'un sentiment de peur				
34. Je suis facilement blessé(e) ou offensé(e)				
35. Je suis obligé(e) de demander aux autres ce que je devrais faire				
36. J'ai l'impression que les autres ne me comprennent pas, ou qu'ils ne me montrent pas de sympathie				
37. J'ai l'impression que les gens sont inamicaux envers moi ou ne m'aiment pas				
38. Je suis obligé(e) de faire les choses très lentement pour être certain de bien les faire				
39. J'ai l'impression que mon cœur bat très fort ou qu'il s'emballe				
40. J'ai des nausées ou envie de vomir				
41. Je me sens inférieur(e) aux autres				
42. J'ai l'impression que mes muscles sont endoloris				
43. J'ai des selles molles				
44. J'ai du mal à m'endormir ou à rester endormi(e)				
45. Je suis obligé(e) de vérifier et de revérifier ce que je fais				
46. J'ai des difficultés à prendre des décisions				
47. J'ai envie d'être seul(e)				
48. J'ai des difficultés à respirer				
49. J'ai comme des bouffées de chaleur ou de froid				
50. Je suis obligé(e) d'éviter certaines choses, certains endroits ou certaines activités car elles m'effrayent				
51. J'ai l'impression que mon esprit se vide				
52. J'ai une impression d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties de mon corps				
53. J'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge				
54. J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir				
55. J'ai des difficultés de concentration				
56. J'ai une sensation de faiblesse dans certaines parties de mon corps				
57. J'ai l'impression d'être tendu(e)				
58. J'ai l'impression de pesanteur dans les bras ou les jambes				

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WILKINS J.

Anorexie mentale et boulimie. Un modèle d'intervention qui tient compte des enjeux de l'adolescence.

Revue québécoise de psychologie, 16, 3, 133-158

2. PEWZNER-APELOIG E.

Anorexie mentale et conduite sacrificielle. Réflexion sur l'itinéraire de Simone Weil.

Ann. Méd. Psychol., 2001, 159, 615-621.

3. GUILLEMOT A., LAXENAIRE M.

Anorexie mentale et boulimie, le poids de la culture.-(2ième édition)

Paris : éditions Masson, 1997, -138p.

4. BRUCH H.

Les yeux et le ventre : L'obèse, l'anorexique.

Editions Payot, Paris, 1994, 444p. (Bibliothèque scientifique).

5. AGMAN G., CORCOS M., FRANCE P.

Troubles des conduites alimentaires.

Encycl. Med. Chir. (Paris France), Psychiatrie, 376350A¹⁰, 1994, 16p.

6. JEAMMET P.

L'anorexie mentale.

Encycl. Med Chir., Paris, Psychiatrie, 37350 A¹⁰ et A¹⁵, 2-1984.

**7. VENISSE J.L., SARANTOGLU Y., RAULT A., VERLINGUE M.,
BESANÇON G.**

Pronostic de l'anorexie mentale à partir de l'étude d'une centaine d'observations.

Implications thérapeutiques.

Revue Française de Psychiatrie, 1984, 2, 4, 5-12.

8. KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.

La faim et le corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale.

PUF 1994, 306p. (Fil rouge)

9. BRUSSET B.

L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Toulouse : Privat, 1977.- 273p.

10. VENISSE J.L., MAMMAR N.

Un exemple de prise en charge ambulatoire des anorexies difficiles.

Neuropsychiatrie de l'Enfance Adolesc., 1999, 47 (7-8), 330-333.

- 11. JEAMMET P., BRECHON G., PAYAN C., GORGE A., FERMANIAN J.**
Le devenir de l'anorexie mentale : une étude prospective de 129 patients évalués au moins quatre ans après leur première admission.
Psychiatr. Enfant, 1991, 34, 2, 381-442.
- 12. SCHMIT G., ROUAM F.**
L'anorexie mentale chez l'adolescent de sexe masculin. Observations et réflexions théoriques.
Neuropsychiatr. De l'Enfance, 1984, 32(5-6), 245-247.
- 13. CORCOS M., FLAMENT M., JEAMMET PH.**
Les conduites de dépendance : Dimensions psychopathologiques communes.
Paris : Masson, 2003.- 424p.
- 14. DETHIEUX J.B. et.al.**
A la recherche des émotions perdues : l'adolescente anorexique et son père. Etude préliminaire à propos de l'hypothèse alexithymique.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 2001, 49, 131-140.
- 15. DE SILVA P.**
Anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder.
Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1993, 41, 5-6, 269-272.
- 16. KIPMAN A., GORWOOD P., MOUREN-SIMÉONI M.C., ADÈS J.**
Anorexie mentale et obsession: continuité ou contiguïté?
Ann. Med. Psychol. 2001, 159, 560-575.
- 17. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)**
Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.
Paris : INSERM, 2002, 887p.
- 18. DRIEU D., GENVRESSE P.**
Anorexie mentale et problématique familiale.
Evol. Psychiatr., 2003, 68, 249-259.
- 19. ONNIS L.**
Quand le temps est suspendu: individu et famille dans l'anorexie mentale.
Thérapie familiale, 2000, 21, 3, 289-303.
- 20. PERDEREAU F., GODART N., KAGANSKI I.**
Approche familiale et implication thérapeutique.
Annales Médico Psychologiques, 2003, 161, 630-633.

21. PEWZNER-APELOIG E.

L'anorexie mentale, un nouveau choix de vie ?
Ann. Méd. Psychol., 2003, 161, 710-716.

22. CORCOS M., AGMAN G., BOCHEREAU D., CHAMBRY J., JEAMMET P.

Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence.
Encycl. Med Chir., Paris, Psychiatrie, Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, 15p.

23. HARDY P., DANTCHEV N.

Epidémiologie des troubles des conduites alimentaires.
In: Confront. Psychiatr., 1989, 31, 133-163.

24. SAMUEL-LAJEUNESSE B.

Les troubles des conduites alimentaires : Nouvelles perspectives en clinique.
Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1993, 41(5-6), 226-230.

25. LUCAS A.R., CROWSON C.S., O'FALLON W.M., MELTON L.J.

The ups and downs of anorexia nervosa.
Int. J. Eat. Disord., 1999, 26, 397-405.

26. CORCOS M.

L'anorexie mentale : données actuelles.
Soins psychiatriques, 1994, 163, 3-10.

27. FEILLET F., BODY-LAWSON F., KABUTH B., VIDAILHET M.

Rôle du pédiatre dans la prise en charge de l'anorexie mentale.
Journées Parisiennes de Pédiatrie.
Paris, Flammarion, 2001, 219-229.

28. SENE G.

Anorexie mentale et fantasmes : à propos de l'œuvre d'Amélie Nothomb- 287p.
Thèse d'exercice : Médecine : Nancy I : 2003.

29. JEAMMET P.

L'anorexie mentale.
Paris : Doin (Monographies), 1985, 75p..

30. HOLLAND A.J., HALL A., MURRAY R., RUSSEL G.F., CRISP A.H.

Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets.
Br. J. Psychiatry, 1984, 145, 414-419.

31. Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.).

CIM 10 (Classification Internationale des Maladies et problèmes de santé connexes)
10^{ème} révision, OMS Genève, imprimé en France, 1993.

32. American Psychiatry Association (A.P.A.).

Mini DSM IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994)

Traduction Française par J.D. GUELFY et al. Masson, Paris, 384 p.

33. FEIGHNER M.M., ROBINS E., GUZE S.B., WOODRUFF R.A., WINOKUR G., MUNOZ R.

Diagnostic criteria for use in Psychiatric Research.

Arch. Gen. Psychiatry, 1972, 26 (1), 57-63.

34. BRUSSET B.

L'anorexie mentale des adolescentes.

In : Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Presses Universitaires de France, 2^{ème} éd. 1995, II, 1693-1711.

35. LACAN J.

Les formations de l'inconscient. Le séminaire, livre V.

Paris : Seuil, 1998.- 522p.

36. BELLIDO F.

Le scénario de l'anorexie.

Perspectives Psy., 2002, 41, 1, 16-18.

37. CRISP A.H., CALLENDER J.S., HALEK C., HSU L.K.

Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20 year follow-up of St George's and Aberdeen cohorts.

British Journal of Psychiatry, 1992, 161, 104-107.

38. ALVIN P.

Anorexies à l'adolescence. Collection conduites.

Paris : Doin, 1996, 179p.

39. BOTBOL M., LIDA-PULIK H., ATGER I.

L'anorexie mentale, entre corps et institution.

Perspectives Psy., 2002, 41, 1, 9-15.

40. GUILBAUD O., BERTHOZ S., DE TOURNEMINE R., CORCOS M.

Approche clinique et biologique des troubles des conduites alimentaires

Annales Médico Psychologiques, 2003, 161, 634-639.

41. MEHLER P.S., CREWS C.K.

Refeeding the patient with anorexia nervosa.

Eating Disorders, 2001, 9, 167-171.

42. CORCOS M., ATGER F, JEAMMET P.

Evolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires.
Annales Médico Psychologiques, 160, 2003, 621-629.

**43. CRISP A.H., NORTON K., GOWERS S., HALEK C., BOWYER C.,
YELDHAM D., LEVETT G., BHAT A.**

A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family
psychopathology in anorexia nervosa.
Br. J. of Psychiatry, 1991, 159, 325-333.

44. VIDAILHET C.

L'anorexie mentale : paradigme des questions éthiques en psychiatrie.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1999, 47(10-11), 447-453.

45. JEAMMET P.

Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur
heuristique du concept de dépendance.
In : Confront. Psychiatr., 1989, 31, 177-202.

46. SIBERTIN-BLANC D.

Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence.
La Rev. Du Prat., 1996, 46, 2255-2264.

47. FOULON C.

Les anorexies difficiles, prise en charge à la clinique des maladies mentales et de
l'encéphale.
Neuropsychiatrie de l'Enfance Adolesc., 1999, 47 (7-8), 307-311.

48. BOCHEREAU D., CLERVOY P., CORCOS M., GIRARDON N.

L'anorexie mentale de l'adolescence.
La presse médicale, 1999, 28, 2, 89-99.

49. AGMAN G.

Les anorexies difficiles.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1999, 47, (7-8), 312-315.

50. DUPUIS G., VENISSE J.L.

Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence. Diagnostic, principes du traitement.
Revue du Praticien, 1999, 49, 1591-1597.

51. REICHENBACH S.

Traitement et devenir de l'anorexie mentale à l'adolescence en clinique pédiatrique. A
propos de 17 cas.-194p.
Thèse : Médecine spécialisée : Nancy I, 1992.

52. VIDAILHET C., MORALI A., REICHENBACH S., KABUTH B., VIDAILHET M.

Prise en charge collaborative des anorexies mentales dans le cadre d'un hôpital d'enfants.

Ann. Pédiatr., 1996, 43, 3, 183-189.

53. ROBB A.S., SILBER T.J., ORRELL-VARENTE J.K., VALADEZ-MELTZER A., ELLIS N., DADSON M.J., CHATOOR I.

Supplemental nocturnal nasogastric refeeding for better short time outcome in hospitalized adolescent girls with anorexia nervosa.

Am. J. Psychiatry 2002, 159, 1347-1353.

54. SERRANO J.A., JETTEN P., CORNU G., CHARLIER D.

Prise en charge intégrée des pré-adolescentes et des jeunes adolescentes anorexiques.

Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1996, 44(8), 352-361.

55. DIVAC S.M., MIRABEL SARRON C., VERA L.

Bases comportementales et cognitives du traitement des troubles des conduites alimentaires.

In : Samuel-Lajeunesse B., Foulon Ch. Les conduites alimentaires, Paris, Masson, 1994.

56. PIKE K.M., WALSH B.T., VITOUSEK K., WILSON G.T., BAUER J.

Cognitive behaviour therapy in posthospitalization treatment of anorexia nervosa.

Am. J. Psychiatry, 2003, 160, 2046-2049.

57. RICHARD B.

Thérapies de groupe de l'anorexie mentale.

Psychiatr. de l'enfant, 1991, 34, 1, 285-302.

58. POWERS P.S., SANTANA C., BANNON Y.S.

Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: an open label trial.

Int. J. Eat. Dis., 2002, 146-154.

59. RUSSEL J.

Management of anorexia nervosa revisited.

B.M.J., 2004, 328, 479-480.

60. JEAMMET P.

Le groupe de parents : sa place dans le traitement de l'anorexie mentale.

Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1984, 32(5-6), 299-303.

61. KAGANSKI I., REMY B.

Aspects familiaux, cliniques et thérapeutiques des troubles des conduits alimentaires.

In: Confront. Psychiatr., 1989, 31, 203-232.

62. GARFINKEL P.E., MOLDOFSKY H., GARNER D.M.

Prognosis of anorexia nervosa as influenced by clinical features, treatment and self-perception.

Can. Med. Assoc., 1977, 117, 1041-1045.

63. HSU L.K.G

The outcome of anorexia nervosa, a reappraisal.

Psychol. Med., 1988, 18, 807-812.

64. HSU L.K.G

Outcome of early anorexia nervosa: what do we know?

Journal of youth and adolescence, 1996, 25 (4), 563-568.

65. STEINHAUSEN H.-C.

Outcome of anorexia nervosa in younger patient.

J. Child. Psychol. Psychiat., 1987, 38(3), 271-276.

66. MAURY M. et al.

Le devenir d'un groupe d'adolescentes ayant souffert d'anorexie.

Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1991, 39 (8-9), 368-381.

67. JEAMMET P., JAYLE D., TERRASSE-BRECHON G., GORGE A.

Le devenir de l'anorexie mentale.

Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1984, 32, 2-3, 97-113.

68. PAVLOVICI B., DONNADIEU H., ANGLES B., MAURY M.

Etude du devenir de 19 cas d'anorexie mentale.

La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1999, 33, 27-32.

69. NORRING C.E.A., SOHLBERG S.S.

Outcome, recovery, relapse and mortality across six years in patients with clinical eating disorders.

Acta. Psychiatr. Scand, 1993, 87, 437-444.

70. GUELFY J.D.

L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome II.

Boulogne : Editions médicales de Pierre Fabre, 1997.-783.

71. GARROT G., LANG F., ESTOUR B., PELLET J., GAUTHEY C., WAGON C.

Study of the E.A.T., a self-evaluation case in anorexia in a control population and in a sample of anorectics.

Ann. Med. Psychol., 1987, 145, 258-264.

72. GARNER D.M., OLMSTED M.P., POLIVY J.

Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia.

Int. J. Eat. Disord., 1983, 2, 15-34.

73. CRIQUILLION-DOUBLET S., DIVAC S.M., DARDENNES R., GUELFY J.D.

Le 'Eating Disorder Inventory' (EDI).

Paris: Psychopathologie quantitative, 1995, 249-260.

74. GODART N.T., FLAMENT M.-F., PERDEREAU F., JEAMMET P.

Facteurs prédictifs de l'inadaptation sociale chez les patients anorexiques et boulimiques.

L'encéphale, 2003, XXIX, 149-156.

75. HALMI K.A., ECKERT E., MARCHI P., SAMPUGNARO V., APPLE R., COHEN J.

Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa.

Arch. Gen. Psychiatry, 1991, 48, 712-718.

76. DEROGATIS LR., LIPMAN RS., RICKELS K., UHLENHUTH EH., COVI L.

The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory.

Behav. Sci., 1974, 19, 1-15.

77. GUELFY J.D., BARTHELET G., LANCRENON S., FERMANIAN J.

Structure factorielle de la H.S.C.L. sur un échantillon de patients anxio-dépressifs français.

J. Ann. Méd. Psychol., 1984, 142, 889-898.

78. DEROGATIS LR., LIPMAN RS., COVI L.

SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report.

Psychopharmacol Bull, 1973, 9, 13-28.

79. BRUN-EBERENTZ A., SAMUEL-LAJEUNESSE B.

Troubles des conduites alimentaires et examens psychométriques.

Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1993, 41(5-6), 316-328.

80. MORGAN H.G., RUSSELL G.F.M.

Value of family background a clinical feature as prediction of long-term outcome in anorexia nervosa: four years follow-up study of 42 patients.

Psychol.Med. 1975, 5, 355-372.

81. TOLSTRUP K., BRINCH M., ISAGER T., NIELSEN S., NYSTRUP J., SEVERIN B., OLESEN N.S.

Long-term outcome of 151 cases of anorexia nervosa. The Copenhagen Anorexia Nervosa Follow-Up Study.

Acta. Psychiatr. Scand., 1985, 71, 380-387.

82. STEINHAUSEN H.-C., GLANVILLE K.

A long-term follow-up of adolescent anorexia nervosa.
Acta. Psychiatr. Scand. , 1983, 68, 1-10.

83. TANAKA H., KIRIIKE N., NAGATA T., RIKU K.

Outcome of severe anorexia nervosa patients receiving inpatient treatment in Japan: an 8-year follow-up study.
Psychiatry Clin. Neurosci., 2001, 55, 389-396.

84. FICHTER M.M., QUADFLIEG N.

Six-year course and outcome of anorexia nervosa.
Int. J. Eat. Disord., 1999, 26, 359-385.

85. WENTZ E., GILLBERG CH.

Ten year follow-up of adolescent onset anorexia nervosa. Psychiatric disorder and overall functioning scale.
J. Child. Psychol. Psychiat., 2001, 42, 5, 613-622.

86. RATNASURIYA R.H., EISLER Y., SMUCKLER G.I., RUSSEL G.F.M.

Anorexia Nervosa: Outcome and prognosis factors after twenty years.
Br.J. Psychol., 1991, 158, 495-502.

87. SULLIVAN P.F., BULIK C.M., FEAR J.L. et al.

Outcome of anorexia nervosa: a case-control study.
Am. J. Psychiatry, 1998, 155, 939-946.

88. LOWE B., ZIPFEL S., BUCHHOLZ C., DUPONT Y., REAS D.L., HERZOG W.

Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study.
Psychol. Med., 2001, 31, 5, 881-890.

89. ECKERT E.D., HALMI K.A., GROVE W., CROSBY R.

Ten year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome.
Psychol. Med., 1995, 25 (1), 143-156.

90. DETER H.C., HERZOG W.

Anorexia nervosa in a long term perspective: results of Heidelberg Mannheim study.
Psychosom. Med., 1994, 56 (1), 20-27.

91. HERPERTZ-DAHLMANN B.M., WEWETZER C., REMSCHMIDT H.

The perspective value of depression in anorexia nervosa. Results of a seven-year follow-up study.
Acta. Psychiatr. Scand., 1995, 91, 2, 114-119.

92. SACCOMANI L., SAVOINI M., CIRRINCIONE M., VERCELLINO F., RAVERA G.

Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity.

J. Psychosom. Res., 1998, 44, 565-571.

93. HEYMANN CL., KAHN J.-P., VIDAILHET C., LAXENAIRE M.

Quel devenir pour les anorexiques mentales et leurs enfants?

Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1993, 41 (5-6), 303-308.

94. JORNOD P., RUEDI B.

L'ostéopénie: une conséquence de l'anorexie mentale.

Revue médicale de la suisse romande, 1997, 117, 485-494.

95. DE TOURNEMINE R., ALVIN P.

Prise en charge somatique dans l'anorexie mentale : recommandations médicales.

Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 2001, 49, 384-392.

96. PATTON G.

Mortality in eating disorders.

Psychol. Med., 1988, 18, 947-951.

97. HERZOG D.B., GREENWOOD D.N., DORER D.J., FLORES A.T.,

EKEBLAD E.R., RICHARDS A., BLAIS M.A., KELLER M.B.

Mortality in eating disorders: a descriptive study.

Int. J. Eat. Disord., 2000, 28, 20-26.

98. KEEL P.K., DORER D.J., EDDY K.T., FRANKO D., CHARATAN D.L., HERZOG D.B.

Predictors of mortality in eating disorders.

Arch. Gen. Psychiatry. 2003, 60, 179-183.

99. GODART N., PERDEREAU F., JEAMMET P., FLAMENT M.F.

Comorbidité et chronologie des troubles anxieux dans les troubles des conduites alimentaires.

Annales Médico Psychologiques, 2003, 160, 498-503.

100. HAWLEY R.M.

The outcome of anorexia nervosa in younger subjects.

British Journal of Psychiatry, 1985, 146, 657-660.

101. GODART N., AGMAN G., PERDEREAU F., JEAMMET P.

"Anorexies difficiles" De notre pratique à la littérature internationale.

Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1999, 47, 7-8, 316-321.

102. STEINHAUSEN H.-C.

The outcome of anorexia nervosa in the 20th century.
Am. J. Psychiatry, 2002, 159, 1284-1293.

103. GOWERS S.G.

Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent from anorexia nervosa.
British Journal of Psychiatry, 2000, 176, 138-141.

104. ROSENVINGE J.H., MOULAND O.

Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A retrospective study of 41 subjects.
Br. J. Psychiatry, 1990, 156, 92-97.

**105. HERPERTZ-DAHLMANN B., MULLER B., HERPERTZ S., HEUSSEN N.,
HEBE BRAND J., REMSCHMIDT H.**

Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa—course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation.
J. Child. Psychol. Psychiatry, 2001, 42, 603-612.

106. VANDERLINDEN J., VANDERREYCKEN W.

Facteurs familiaux et génétiques prédisposant à l'apparition de troubles des conduites alimentaires : une brève mise au point.
Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1993, 41, (5-6), 231-234.

107. BIZEUL C.

Etude de la relation entre anorexie mentale et dépression.
Nervure, 2002, tome XV, 8, 31-35.

108. BIZEUL C., BRUN J.M., RIGAUD D.

Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients.
Eur. Psychiatry, 2003, 18, 119-123.

109. ANDERLUH M.B., TCHANTURIA K., RABE-HESKETH S., TREASURE J.

Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype.
Am. J. Psychiatry, 2003, 160, 242-247.

110. GOSSET N.

L'incidence d'un traumatisme sexuel dans le développement d'une anorexie mentale.-
164 p.
Thèse : Médecine spécialisée : Nancy I, 2002.

111. GRANDVOINNET C.

Le devenir de l'anorexie mentale à l'adolescence : à propos de 48 cas.- 225 p.
Thèse : Médecine spécialisée : Nancy I, 1998.

112. BARRIGUETE J.A., BOTBOL M.

L'alliance thérapeutique dans l'anorexie mentale.
Perspectives Psy. 2002, 41, 1, 24-32.

113. MARANDA F.

Prise en charge des troubles des conduits alimentaires: quelques repères cliniques.
Prisme, 2000, 32, 86-96.

114. SAS INSTITUTE INC.

SAS: STAT User's guide, Release 8.2.
SAS Institute Inc, Cary, NC, USA (1999).

115. HSU L.K.

Epidemiology of the eating disorders.
Psychiatr. Clin. North. Am., 1996, 19, 681-700.

116. DEROGATIS L.R., LIPMAN R.S., RICKELS K., UHLENHUTH E.H., COVI L.

The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A measure of primary symptom dimensions.
Mod. Probl. Pharmacopsychiatry, 1974, 7, 79-110.

117. GUELFY J.D., BARTHELET G., LANCRENON S., FERMANIAN J.

Structure factorielle de la H.S.C.L. sur un échantillon de patients anxio-dépressifs français.
J. Ann. Méd. Psychol., 1984, 142, 889-898.

118. BURNS T., CRISP A.H.

Outcome of anorexia nervosa in males.
British journal of psychiatry. 1984, 145, 319-325.



VU

NANCY, le **09 décembre 2004**

Le Président de Thèse

NANCY, le **21 février 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Mme le Professeur **C. VIDAILHET**

Professeur **H. COUDANE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **1^{er} mars 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RÉSUMÉ

L'anorexie mentale de l'adolescence est une pathologie complexe dans son étiopathogénie, ses traitements et son évolution.

Après avoir retracé un état des lieux des données actuelles de l'anorexie mentale de l'adolescence, l'auteur analyse les principales études antérieures de devenir, puis détaille son étude personnelle sur le devenir de 144 sujets hospitalisés et/ou suivis pour anorexie mentale à l'hôpital d'Enfants de Nancy.

Elle respecte une méthodologie rigoureuse : un recul minimum de 4 ans (moyenne 7 ans), une évaluation à l'aide de mesures bien définies (autoquestionnaires EAT-40, HSCL, autoévaluation globale par le patient, entretien clinique et Liste d'Evaluation Clinique par l'Examineur de JEAMMET).

Les résultats de devenir sont plutôt bons. L'étude montre le rôle de bon pronostic de facteurs à la prise en charge initiale (un niveau socio-économique moyen, une fratrie de 3, une hospitalisation de plus d'un mois) et à la période intermédiaire (existence d'un suivi somatique).

TITRE EN ANGLAIS

The outcome of anorexia nervosa in adolescence: about 144 cases.

Follow-up of nancéienne experience.

THÈSE: MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2005

MOTS CLÉS : Anorexie mentale – Adolescence – Troubles des conduites alimentaires – Evolution – Facteurs pronostiques

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, Avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex