

Profil clinique, sociodémographique et thérapeutique des patients hospitalisés pour anorexie mentale dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy-Brabois : comparaison de la période 1992-1997 à la période 2007-2010

Marine Charil de Villanfray

► **To cite this version:**

Marine Charil de Villanfray. Profil clinique, sociodémographique et thérapeutique des patients hospitalisés pour anorexie mentale dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy-Brabois : comparaison de la période 1992-1997 à la période 2007-2010. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01733534

HAL Id: hal-01733534

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733534>

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>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Marine CHARIL DE VILLANFRAY

le 09 septembre 2011

Profil clinique, sociodémographique et thérapeutique des patients hospitalisés pour anorexie mentale dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy-Brabois : comparaison de la période 1992-1997 à la période 2007-2010

Examineurs de la thèse :

M.	B.KABUTH	Professeur	Président
Mme	C.VIDAILHET	Professeur	}
M.	D.SIBERTIN-BLANC	Professeur	} Juges
Mme	F.LIGIER	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 Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NEMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE -
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

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)

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

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

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-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

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-NAVIER – Professeur François ALLA

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

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 Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

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 ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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 – Professeur Marc DEBOUVERIE

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

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

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

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

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

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER
Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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 Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRESSENOT

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

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

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

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

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

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel 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)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

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 (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur de Pédopsychiatrie

Docteur en Psychologie

Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté de présider notre jury de thèse.

Les mois passés dans votre service nous ont permis d'apprécier vos qualités humaines et professionnelles, votre disponibilité et votre sens de l'enseignement.

Nous sommes fière d'avoir été l'une de vos élèves et nous vous remercions pour l'accueil bienveillant que vous nous avez réservé.

Que ce travail vous témoigne notre profond respect et notre admiration.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Émérite de Pédopsychiatrie

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

La lecture des dossiers de vos anciennes patientes nous ont permis d'apprécier le dévouement que vous avez mis au service des enfants et de leurs parents, qui restera pour nous exemplaire.

Nous regrettons de n'avoir pas pu bénéficier de vos enseignements.

Que ce travail vous témoigne notre gratitude, notre admiration et notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous faites 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.

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

A notre Juge

Madame le Docteur Fabienne LIGIER

Praticien Hospitalier en Pédopsychiatrie

Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir bien voulu nous guider dans l'élaboration de notre travail.

Vos connaissances théoriques, vos précieux conseils pratiques, l'intérêt que vous avez porté à ce travail, votre disponibilité et vos encouragements nous ont profondément touchée.

Nous avons beaucoup apprécié les mois passés à vos côtés, qui ont été riches d'enseignements et de partage, tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel.

Que ce travail puisse vous témoigner notre gratitude et notre admiration.

Pour l'élaboration de ce travail :

A Madame le Docteur Fabienne EMPEREUR, Praticien Hospitalier en Épidémiologie et Évaluation clinique, pour les conseils précieux que vous nous avez donnés au cours de l'élaboration de notre travail, et pour la réalisation de l'analyse statistique de notre étude.

A Madame Lucie GERMAIN, pour votre contribution dans la réalisation de l'analyse statistique de notre étude.

Au personnel du DIM, et tout particulièrement à Madame Patricia WITTMANN, pour le travail de fourmi que vous avez réalisé aux archives.

A toute l'équipe du service de Pédopsychiatrie de Brabois, et à Monsieur Patrick ROSSIGNOL, ancien cadre infirmier, pour vos remarques pertinentes qui ont été notre source d'inspiration.

Aux documentalistes du CPN, pour votre écoute et vos conseils.

A Monsieur le Docteur Alain SCHANG
A Monsieur le Docteur Didier CAILLE
A Monsieur le Docteur Daniel GEOFFROY
A Monsieur le Docteur Jacques HENRY
A Monsieur le Docteur Jean-Charles ROUCHICHE
A Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN
A Monsieur le Docteur Nicolas WERNER
A Monsieur le Docteur François BOURGOGNON
A Madame le Docteur Nelly LE DUIGOU
A Monsieur Denis DECKER, infirmier
A Madame le Docteur Sandrine ZEYBEK
A Monsieur le Docteur Francis DAGNEAU

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, et notamment à l'équipe des Glacis pour son accueil chaleureux et ses encouragements sur cette dernière ligne droite.

Plus personnellement :

A mon mari, Julien, qui a su m'encourager tout au long de nos études. Au bonheur que nous partageons à deux, et bientôt à trois...

A mes parents, pour leur amour et leur soutien depuis toujours. Vous avez toujours eu confiance en mes choix, merci pour ça et pour tout le reste.

A mes frères, Doudou et Tom, qui m'ont supportée dans tous les sens du terme durant toutes ces années.

A mes belles-sœurs, Magali et Jessica, pour tous les moments partagés, passés et à venir.

A Marif, Didier, Maud et François, bien évidemment...

A Elodie, pour tout ce que nous avons vécu ces 4 dernières années, et pour ta bonne humeur contagieuse. Vivement nos retrouvailles en région parisienne !

A Magali, pour nos longues discussions et tous nos fous rires. Tu as toujours été là malgré la distance... merci.

A nos amis « parisiens », Stef, Carine, Jayjay, pour toutes ces supers soirées que nous avons passées ensemble. A très vite sur Paris !

A la « bande de la fac », Carlito, Ninie, Damien... En espérant que les occasions de nous revoir se multiplient. Au fait, prochain réveillon chez nous !!

A Caro et Anne-Clo : le lycée, les déménagements, les études, le mariage, la maternité... et vous êtes toujours là, après toutes ces années !

Aux amis rencontrés à Nancy : Emilie et Xavier, Cathy et Benito, Lidiana et Vincent, Richard et Amélie, Maud,... que j'espère revoir même si nous quittons la Lorraine. Vous serez toujours les bienvenus chez nous.

Aux belles rencontres faites au cours de mes stages d'interne : Dorothée, Soumia et Nathalie à Toul, Stéphanie, Sarah et Marie-Chantal à Brabois... merci pour ces beaux souvenirs.

UN GRAND MERCI Á TOUS !!

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".

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	21
INTRODUCTION	23
1. DONNÉES SUR L'ANOREXIE MENTALE.....	27
1.1. Rappels historiques	27
1.2. Définition et clinique	28
1.2.1. Critères diagnostiques de la C.I.M. 10.....	28
1.2.2. Critères diagnostiques du D.S.M. IV-TR	29
1.2.3. Diagnostic clinique	29
1.3. Diagnostic différentiel	31
1.4. Épidémiologie.....	31
1.5. Psychopathologie	33
1.6. Thérapeutique	34
1.6.1. Prise en charge hospitalière ou ambulatoire	34
1.6.2. Approche familiale	36
1.6.3. Réalimentation	37
1.6.4. Prise en charge des troubles psychologiques sous-jacents	38
1.7. Pronostic	38
2. NOTRE ÉTUDE	42
2.1. Justification de l'étude	42
2.2. Objectifs de l'étude	42
2.3. Méthodologie	43
2.3.1. Type d'étude	43
2.3.2. Définition de la cohorte étudiée.....	43
2.3.3. Caractéristiques étudiées.....	44
2.3.4. Méthode de recueil et informatisation des données.....	46
2.3.5. Analyse statistique	46
2.3.6. Analyse descriptive.....	46
2.3.7. Analyse comparative.....	47
2.4. Résultats.....	47
2.4.1. La cohorte globale	47
2.4.2. Les 2 groupes	49
2.4.2.1. Origine ethnique	49
2.4.2.2. Sexe.....	49
2.4.2.3. Age au moment de l'hospitalisation	49
2.4.2.4. BMI à l'admission	50
2.4.2.5. Comorbidités psychiatriques.....	50
2.4.2.6. Scolarité	51
2.4.2.7. Situation matrimoniale des parents.....	52
2.4.2.8. Milieu de vie	52
2.4.2.9. Catégories socioprofessionnelles des parents	53
2.4.2.10. Antécédents psychiatriques familiaux	53
2.4.2.11. Fratrie.....	54
2.4.2.12. Délai de prise en charge.....	55
2.4.2.13. Durée d'hospitalisation.....	56
2.4.2.14. Caractéristiques de prise en charge.....	56
3. DISCUSSION	59
3.1. Données concernant les patients	59
3.1.1. Origine ethnique	59
3.1.2. Sexe.....	60
3.1.3. Age au début des troubles.....	61

3.1.4.	Age au moment de l'hospitalisation	61
3.1.5.	BMI à l'entrée dans le service de pédopsychiatrie de Nancy-Brabois ...	62
3.1.6.	Comorbidités psychiatriques.....	63
3.1.6.1.	Boulimie.....	63
3.1.6.2.	Dépression	63
3.1.6.3.	Trouble anxieux	65
3.1.6.4.	Personnalité.....	67
3.1.7.	Scolarité	67
3.2.	Données concernant la famille des patients	69
3.2.1.	Situation matrimoniale des parents.....	69
3.2.2.	Milieu de vie	70
3.2.3.	Catégories socioprofessionnelles des parents	71
3.2.4.	Antécédents psychiatriques des parents.....	73
3.2.4.1.	Troubles des conduites alimentaires	74
3.2.4.2.	Troubles de l'humeur.....	74
3.2.4.3.	Alcoolodépendance.....	76
3.2.5.	Fratrie du patient	77
3.3.	Données concernant la prise en charge des patients	77
3.3.1.	Durée d'hospitalisation	78
3.3.2.	Réalimentation	79
3.3.3.	Traitement psychotrope	82
3.3.4.	Réhospitalisations	83
3.3.5.	Quelles alternatives dans la prise en charge de ces patients	85
3.3.6.	La question de la prévention.....	86
	CONCLUSION.....	88
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	91

ABRÉVIATIONS

AM : Anorexie Mentale
APA : American Psychiatry Association
BMI : Body Mass Index
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CIM : Classification Internationale des Maladies
CSP : Catégorie Socio Professionnelle
DSM : Diagnostic and Statistical Manual
HAS : Haute Autorité de Santé
NENDC : Nutrition Entérale Nocturne à Débit Continu
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
SNG : Sonde Naso Gastrique
TCA : Troubles des Conduites Alimentaires
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
ZAUER : Zonage en Aires Urbaines et en aires d'emploi de l'Espace Rural

INTRODUCTION

C'est lors d'un stage d'externe dans le service de Psychiatrie et d'Addictologie du Professeur Raynaud, à l'hôpital Paul Brousse de Villejuif, que nous avons été confrontée pour la première fois à la prise en charge d'anorexiques mentaux. Guidée par les internes, le chef de clinique et le praticien hospitalier du service, nous avons été sensibilisée à cette pathologie et à son terrain de prédilection, « l'adolescente brillante issue d'un milieu aisé ».

Notre stage d'interne de spécialité en service de Pédopsychiatrie à l'Hôpital d'Enfants du CHU de Nancy-Brabois ravivera notre intérêt pour ce trouble, et nous permettra de nous heurter à un sentiment de contradiction : les patients anorexiques dont nous avons eu la responsabilité nous ont paru bien éloignés des standards définis dans la littérature, mais aussi très différents les uns des autres. Cette impression nous a semblée être partagée par l'ensemble de l'équipe, comme nous l'ont laissée penser bon nombre de remarques distillées au cours de synthèses hebdomadaires animées.

Le service de pédopsychiatrie de Nancy-Brabois ayant été créé dans les années 1990, nous avons souhaité comparer les patients hospitalisés pour anorexie à l'époque de l'ouverture, aux patients accueillis plus récemment pour ce motif, dans le but de confirmer ou d'infirmer nos impressions. Présent aux débuts du service en tant que chef de clinique, et par conséquent sans doute curieux d'en connaître les conclusions, le Professeur Kabuth nous a encouragée à faire de cette interrogation notre travail de thèse.

A notre grande surprise, nous n'avons pas référencé d'étude similaire dans la littérature nationale ou internationale. Cette observation a attisé encore davantage notre désir de comprendre l'origine des ressentis de l'équipe, et de savoir s'ils étaient fondés ou non.

Dans la première partie de ce travail, nous reprenons succinctement quelques fondamentaux en termes de connaissances théoriques sur l'anorexie mentale : diagnostic, épidémiologie, prise en charge, pronostic...

Dans la deuxième partie, nous détaillons la méthodologie et les résultats de notre étude menée au CHU de Nancy-Brabois.

Enfin, dans la troisième partie, nous discutons nos résultats et les comparons à ceux de la littérature.

1ère partie

**DONNÉES SUR L'ANOREXIE
MENTALE**

1. DONNÉES SUR L'ANOREXIE MENTALE

1.1. Rappels historiques

L'anorexie mentale (AM) n'est pas une affection récente. La précision de son tableau clinique permet de la reconnaître dans des descriptions remontant à l'Antiquité, à Avicenne (qui décrit au XI^e siècle, dans son *Canon de la Médecine* le cas « d'un jeune prince qui se meurt de ne plus consentir à se nourrir »), Richard Morton (avec le cas de Miss Duke qui fut publié en 1694 ; Morton appelle « phtisie nerveuse » le tableau clinique associant un manque apparent d'appétit, un refus de nourriture, une aménorrhée, une hyperactivité, une constipation et une cachexie), Whytt (1767) ou Naudeau (1789) (1).

Il faut pourtant attendre Lasègue en France et Gull en Grande-Bretagne pour que la maladie soit parfaitement individualisée (2,3). En effet, après avoir parlé d'anorexie hystérique, Lasègue évoque le concept d'anorexie mentale en 1883 grâce aux travaux de Huchard. Quant à Gull, il parle d'apepsie hystérique, terme qui évolue en 1873 en *anorexia nervosa* devant l'absence de déficience en pepsine gastrique.

Depuis 1960, de très nombreux travaux sur l'anorexie mentale ont été publiés, affinant le diagnostic, et prenant en compte les facteurs relationnels et de personnalité ainsi que l'influence familiale dans l'évaluation du devenir. Les approches explicatives et thérapeutiques se sont diversifiées, rendant compte de la conception multifactorielle de l'anorexie mentale.

Plus récemment, les dernières recherches se sont portées sur l'association anorexie-boulimie, la possible inclusion de l'anorexie mentale dans les « nouvelles addictions » rencontrées à l'adolescence, le lien entre anorexie et alexithymie, le rapport entre anorexie et TOC, le caractère familial ou encore le rôle des neuropeptides.

1.2. Définition et clinique

L'anorexie mentale est définie selon les critères diagnostiques des classifications internationales (C.I.M.10 et DSM-IV-TR).

1.2.1. Critères diagnostiques de la C.I.M. 10 (F 50.0) (4)

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

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

1.2.2. Critères diagnostiques du D.S.M. IV-TR (2004) (5)

Les critères du D.S.M. IV – T. R. 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 normal pour l'âge et pour la taille (<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, par exemple oestrogènes).

Il faut spécifier le type :

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

1.2.3. Diagnostic clinique

La maladie se résume à trois signes essentiels :

- la restriction alimentaire, quantitative et/ou qualitative, domine le tableau ;
- l'amaigrissement, insidieux au début, se révèle brutalement quand l'anorexie mentale proprement dite s'installe, pouvant atteindre 20 % à 30 % et dans les cas extrêmes jusqu'à 50 % du poids souhaitable ;

- chez la fille, l'arrêt des règles, qui peut être primitif ou secondaire.

Une hyperactivité physique et intellectuelle contraste avec ce tableau souvent impressionnant, avec en particulier des résultats scolaires excellents qui confortent le patient dans sa situation. Plus il maigrit, plus il est actif, et mieux il se sent.

L'anorexique méconnaît sa maigreur, et a souvent un désir éperdu de maigrir sous-tendu par une peur intense de grossir.

L'affectivité se modifie, le comportement finit par changer. Le patient devient exigeant, susceptible et irritable. Les relations amicales et sociales sont souvent désinvesties car perturbées par l'anxiété sociale des patients, les activités de loisir sont abandonnées, car témoignant d'un « laisser-aller » insupportable (1).

Les critères diagnostiques actuels font l'objet de diverses critiques. La caractéristique la plus évidente de l'anorexie mentale est le refus de maintenir un poids corporel minimal. Il n'y a pas d'évidence empirique pour valider les autres critères diagnostiques DSM-IV-TR pour les troubles alimentaires ; en effet, l'arrêt des cycles menstruels, symptôme classiquement considéré comme indispensable au diagnostic d'anorexie mentale, est en fait très souvent lié à la sévérité de la dénutrition. De plus, attendre l'arrêt des règles pour poser le diagnostic peut retarder l'engagement dans un traitement et par conséquent aggraver le pronostic.

Plusieurs auteurs ont critiqué l'accent mis sur certains symptômes, qu'ils considèrent comme pathoplastiques c'est-à-dire variant avec l'univers culturel ambiant, tels que la crainte de la graisse, la crainte de l'obésité ou la sensation d'être gros (6). Ces caractéristiques symptomatiques sont absentes dans un certain nombre de cas. Les auteurs d'articles médicaux de la fin du XIXe siècle, notamment Lasègue, ainsi que les auteurs du début du XXe siècle, parlent peu de la symptomatologie en rapport avec l'image du corps ou la crainte des lipides. La première description de la symptomatologie en relation avec les formes corporelles dans l'anorexie mentale sera publiée en 1963 par Hilde Bruch. Le trouble est considéré comme de nature cognitive, et la psychopathologie est caractérisée par la surévaluation des formes corporelles, du poids et de leur contrôle, ce qui influe sur le jugement de soi.

1.3. Diagnostic différentiel

Concernant les principaux diagnostics différentiels, on évoquera en premier lieu la dépression en raison du ralentissement psychomoteur, de l'anorexie, et de l'amaigrissement, symptômes que l'on retrouve dans les deux tableaux cliniques. Cependant, la perte de poids accompagnant l'anorexie dépressive est le plus souvent bien identifiée lors de l'entretien avec le sujet comme étant différente de celle résultant du contrôle alimentaire du sujet anorexique mental.

Le trouble peut également s'accompagner de symptômes obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. Godart en 2006 (7), et Hudson en 2007 (8), étudient les comorbidités psychiatriques de l'anorexie mentale ; leurs résultats mettent en évidence la fréquence des troubles anxieux, notamment du TOC, et de la dépression.

Enfin, on doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale, et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.

1.4. Épidémiologie

L'anorexie mentale débute le plus souvent après la puberté, avec un âge moyen de début de 17 ans (8). L'âge de survenue connaît deux pics de fréquence : l'un plutôt au début de l'adolescence, contemporain de la puberté vers 12-14 ans, l'autre plus tardif vers 18-20 ans. Les formes prépubertaires vers 9-11 ans, voire avant, semblent en augmentation. La prédominance féminine figure dans toutes les études, avec un sex ratio de 9 filles pour 1 garçon. Cette prédominance semble stable et n'a actuellement aucune tendance à se modifier (9).

L'incidence et la prévalence de l'anorexie mentale varient selon la population et le lieu de recrutement (10). Aucune donnée d'incidence et de prévalence n'est disponible en

France, que ce soit en population générale ou en médecine générale. Les prévalences retrouvées en pédiatrie dans la littérature internationale sont difficilement transposables en France.

Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR sont relativement rares chez les femmes, et la prévalence varie en population générale féminine de 0,9 % à 1,5 % (8). Chez l'homme, la prévalence est encore plus faible, autour de 0,25 % à 0,3 %. Les formes subsyndromiques d'anorexie mentale sont 2 à 3 fois plus fréquentes, avec une fréquence estimée en population générale à 5 % (11).

L'incidence de l'AM est mal connue, et varie selon la source du recueil de données de 1 à 12 pour 100000 sujets par an. On a beaucoup dit que l'AM avait une incidence en augmentation. Cette augmentation a pu avoir lieu avant les années 1980 mais ne semble plus d'actualité (12).

Une étude épidémiologique nationale est en cours en France. Il s'agit de l'étude ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de la journée d'Appel de Préparation À la Défense, menée par l'OFDT en collaboration avec l'U669 de l'INSERM). Elle permettra de décrire dans un échantillon de 50 000 individus, représentatifs au plan national, la prévalence des TCA sur la période de vie 12-17 ans, selon les critères du DSM-IV-TR (9).

Quelques études internationales en population générale montrent une augmentation régulière de l'anorexie mentale depuis 1930 jusqu'aux années 1970 chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (12). Une étude hollandaise comparant l'incidence de l'anorexie mentale entre les années 1985 et 1989 et les années 1990 et 1999 montre que le taux d'anorexie mentale est relativement stable, mais qu'il a doublé dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans (13). Ces résultats sont interprétés comme une augmentation de l'anorexie mentale, mais semblent également liés à une reconnaissance plus rapide des troubles par les médecins généralistes mieux formés à ces pathologies et par les parents plus sensibilisés aux dangers de ce trouble, au moins dans certains pays. En outre, les recherches épidémiologiques récentes suggèrent que l'âge de début de la maladie est plus précoce (14), ce que nous analyserons dans notre étude. L'incidence la plus élevée a été trouvée entre l'âge de 10 et 19 ans (9).

1.5. Psychopathologie

La relation existant entre les troubles du comportement alimentaire et les autres troubles psychiques a suscité des hypothèses variées, dont aucune n'a été retenue. L'hypothèse consensuelle est que l'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire d'origine multifactorielle. Comme la plupart des troubles du comportement de l'adolescent, la restriction alimentaire a une fonction de comportement adaptatif aux réponses à un stress en lui-même peu spécifique. L'organisation de cette réponse dépendrait, selon les cas, de dispositions génétiques, du tempérament, de déterminants psychologiques familiaux, ainsi que du contexte socioculturel qui favorise plus ou moins cette expression du malaise de l'adolescent (1).

Les facteurs de risque sont liés à une insatisfaction corporelle qui s'associe à une préoccupation excessive de l'image du corps, c'est-à-dire de la manière dont chacun se perçoit et se sent par rapport à son corps propre. La pression culturelle avec l'omniprésence de la minceur joue un rôle majeur. L'AM se développe dans un contexte socioculturel particulier, propre à un certain niveau de développement économique. Mais cette exclusivité tend à s'estomper car on l'observe dans les pays en voie de développement, essentiellement dans les classes favorisées ou occidentalisées. Cette affection, quasi inexistante dans les pays où le corps est caché, est en augmentation dans nos pays où le corps est affiché partout et où la "minceur" fait figure d'idéal (1).

Les prédispositions, qui ont été très bien étudiées, font état de la fréquence de l'anxiété, de la dépression, d'une fragilité psychologique, d'un sentiment d'insécurité, d'envie, d'ambition, d'une mauvaise estime de soi, et de besoins affectifs (1). En réalité, ces causes ne sont pas spécifiques et ne prédisent pas la survenue d'une anorexie à l'adolescence. Elles créent tout au plus, par leur association, une vulnérabilité propice à la survenue de difficultés à l'adolescence parmi lesquelles l'anorexie.

D'une certaine façon, les désordres du comportement alimentaire modifient les sensations corporelles et la relation de l'adolescent à ces sensations. La sensation de

faim, comme la drogue, comme la fatigue, devient un moyen pour l'adolescent de se sentir exister et d'avoir un contact avec lui-même (1).

1.6. Thérapeutique

Il faut rappeler que l'étiologie de l'anorexie mentale n'est pas connue et que l'hypothèse la plus partagée est qu'il s'agit d'une maladie complexe, faisant intervenir une fragilité génétique et des facteurs environnementaux. De ce fait, les traitements actuels sont empiriques.

Le traitement proposé s'appuie sur les dernières recommandations de l'HAS et compose avec les ressources locales, la gravité de la situation clinique rencontrée et de son retentissement somatique et psychique, ainsi que l'acceptabilité par le patient et sa famille des mesures proposées. La réponse thérapeutique doit être graduée et adaptée à chaque cas et à chaque étape de l'évolution ; elle associe, dans un travail de partenariat pluridisciplinaire des professionnels des champs concernés, une prise en charge somatique, psychique, sociale et familiale (15).

1.6.1. Prise en charge hospitalière ou ambulatoire

Historiquement, le traitement de l'anorexie mentale est passé d'une prise en charge hospitalière à long terme à des soins ambulatoires avec des périodes de consolidation en hospitalisation (16). Actuellement, la prise en charge ambulatoire est la modalité de prise en charge initiale recommandée dans l'anorexie mentale par toutes les recommandations internationales : toute prise en charge doit être initialement ambulatoire sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique (17). Chez une minorité de patients, l'admission à l'hôpital peut parfois être nécessaire pour restaurer l'état physique ou lorsque le pronostic vital est engagé. Il n'existe aucune preuve que l'hospitalisation confère un avantage à long terme. Elle confère un avantage à court terme pour sauver les patients à haut risque. L'hospitalisation est également recommandée (temps plein ou hôpital de jour) lorsque le trouble ne s'est pas amélioré malgré une prise en charge ambulatoire appropriée, ou lorsqu'il y a un risque grave de suicide ou d'automutilation (18). La rapidité de l'amaigrissement, l'importance de la dénutrition, la présence de crises de boulimie, la fonction cardiaque, et le statut

métabolique sont les paramètres les plus importants à considérer pour le choix du cadre de prise en charge. D'autres paramètres psychosociaux sont importants (19). En France, les indications d'hospitalisation s'appuient également sur le contexte familial, et sur l'intensité des processus défensifs (clivage et déni) (20,21).

En France, il est courant que les équipes hospitalières utilisent dans leur programme de soins un contrat de soins (parfois appelé contrat de poids), comme c'est le cas dans le service de pédopsychiatrie du CHU Nancy-Brabois où nous avons effectué notre étude. L'hospitalisation, généralement programmée, est libre mais contractuelle. Une préparation à la prise en charge hospitalière a été effectuée en amont, soit par les équipes ambulatoires, soit par l'équipe hospitalière. Le contrat de soins est élaboré avec le sujet (et ses parents quand il est enfant ou adolescent), avec différentes cibles thérapeutiques à atteindre qui sont définies généralement par des poids ou leur stabilisation ou d'autres éléments en fonction des équipes. Le contrat de soins permet d'établir une relation de coopération entre le patient et l'équipe soignante concernant le programme de soins, il fixe la durée de ces derniers, les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en oeuvre, et constitue à la fois une référence partagée tout au long de la prise en charge et un document de synthèse de l'ensemble des soins engagés.

Ce contrat intègre ou non une période de séparation ; il est soit écrit, soit oral. On ne dispose à ce jour d'aucune étude répertoriant la fréquence de cette pratique et ses variations au sein des équipes (9). La séparation est définie comme une séparation temporaire du milieu de vie habituel, période durant laquelle le sujet est immergé dans un groupe de patients et de soignants avec qui il a des échanges sociaux et relationnels.

Les durées d'hospitalisation pour anorexie mentale sont assez longues dans la littérature internationale quand des arguments économiques (responsables de sorties prématurées ou d'une durée des soins limitée arbitrairement) n'interfèrent pas. Elle est d'environ 3 mois en Grande-Bretagne, aux États-Unis, en Suisse, entre 2 et 7 mois au Japon et de l'ordre de 4,5 mois en France (9). La durée d'hospitalisation est liée à des facteurs dépendant à la fois du sujet, de ses troubles et du système de soins. Peu de facteurs ont été identifiés comme prédictifs de la durée d'hospitalisation. À l'adolescence, ce sont la durée de l'anorexie mentale à l'admission (plus l'évolution de l'anorexie est prolongée avant l'admission, plus la durée d'hospitalisation est importante), l'existence d'une

comorbidité psychiatrique (anxiété, trouble de la personnalité), la nécessité d'une renutrition entérale et/ou d'un passage en réanimation, et l'aboutissement du contrat de poids qui sont liés à une durée d'hospitalisation plus longue, comme le démontre Jeammet dans son étude de 2009 (22). Les sorties prématurées d'hospitalisation sont très fréquentes, elles concernent de 20 % à 49,6% des sujets selon les études (22).

Les soins hospitaliers doivent être relayés par des soins ambulatoires. Cela est fondamental car les sujets ne sortent pas guéris. Le suivi sur le plan somatique doit se faire par une équipe pluridisciplinaire incluant pédopsychiatre, pédiatre, diététicienne, et infirmière (20).

1.6.2. Approche familiale

Comme les enfants, les adolescents ou les adultes jeunes habitent le plus souvent chez leurs parents ou interagissent avec leur famille tous les jours, l'évaluation de la dynamique de la famille est indispensable, d'autant que les troubles du comportement alimentaire viennent souvent révéler les difficultés pour le jeune à s'autonomiser. Cette problématique de dépendance connaît des déterminants transgénérationnels : les difficultés rencontrées par les patients peuvent trouver des racines au niveau des expériences familiales de séparation, de perte plus ou moins traumatique et de deuils toujours en souffrance. Les travaux de Laporte en 2001 (23) analysent les caractéristiques des familles de femmes présentant une anorexie restrictive comparées à celles de familles témoins ; ils mettent en évidence la surreprésentation des familles rapportant des problèmes liés à l'alcool, ou un antécédent de dépression. En revanche, ses résultats ne confirment pas l'hypothèse qu'il y a plus de troubles des conduites alimentaires dans les familles des patients anorexiques.

De nombreuses études ont montré le rôle positif de la thérapie familiale dans la prise en charge des adolescents en ambulatoire à la suite d'une hospitalisation, mais nous ne disposons pas de données sur l'intérêt de l'approche familiale au cours d'une hospitalisation (9). L'étude de Russell, effectuée en ambulatoire, a mis en avant la supériorité des effets de la thérapie familiale dans le groupe des patientes les plus jeunes au moment du début de la maladie (avant 18 ans) et dont la maladie était relativement récente (évoluant depuis moins de trois ans). En revanche, elle a démontré la plus

grande efficacité de la thérapie individuelle pour le groupe des patientes dont la maladie avait début après 18 ans (20,24).

Enfin, il est nécessaire d'apporter aux parents un soutien à la fois compatissant et tout à fait déculpabilisant, visant aussi à favoriser leur adhésion sur les modalités de reprise de poids et de soins.

1.6.3. Réalimentation

La renutrition vise une restauration de l'état nutritionnel (correction des désordres biologiques et psychologiques consécutifs à la dénutrition), une restauration pondérale et une restauration des attitudes alimentaires, de la perception de la faim et de la satiété (19). Des soins continus, longs et coûteux sont généralement nécessaires pour ceux ayant une forme chronique d'anorexie mentale.

Ces objectifs doivent être atteints idéalement par la reprise d'un régime alimentaire normal et à défaut par des compléments alimentaires, voire une nutrition entérale (25). Généralement, tous les services utilisent la nutrition par voie orale, cependant certains d'entre eux ont recours, plus rapidement que d'autres, à la nutrition par voie entérale (sonde nasogastrique ou Nutrition Entérale Nocturne à Débit Continu) ou intraveineuse (26). En cas d'utilisation de la nutrition entérale, cette dernière ne doit jamais remplacer l'objectif qui est que le patient retrouve une alimentation normale par lui-même. Une fois l'objectif de poids atteint, il semble important de pouvoir demander au patient de se stabiliser au sein du service hospitalier avant de sortir ce qui semble permettre de diminuer les rechutes (19). Chez certains patients incapables de reconnaître qu'ils sont malades, ou incapables d'accepter les soins assurant leur survie, l'équipe doit endosser la responsabilité de la renutrition et privilégier la nutrition entérale par rapport à la renutrition parentérale, laquelle est uniquement prescrite pour une courte durée dans des situations de danger vital. En France, elle est utile pour certains en cas d'urgence liée à un arrêt alimentaire total, en cas d'amaigrissement rapide ou important ou en cas de stagnation pondérale lors d'une renutrition orale ; elle est alors mise en place dans le service ou en réanimation, suivant l'état du patient. Dans le service du CHU de Nancy-Brabois, elle est discontinuée (nocturne), afin de permettre aux patients de participer aux autres soins sans l'apport entéral.

1.6.4. Prise en charge des troubles psychologiques sous-jacents

Les soins psychologiques incluent les soins psychothérapeutiques et les psychotropes. Ces derniers sont utilisés pour soutenir l'action des premiers en cas de comorbidité associée et ne sont en aucun cas des soins de première ligne. Aucun type de psychotrope n'a fait la preuve de son efficacité pour traiter l'AM elle-même, d'autant que peu d'études ont été conduites sur des populations adolescentes (27).

À un stade aigu de l'anorexie mentale, le patient dénutri a surtout besoin d'un cadre strict et rassurant, d'une écoute empathique, d'explications sur ses troubles, d'encouragements, de soutien et de tous autres renforcements positifs. L'APA fait remarquer que « *les efforts pour comprendre les difficultés spécifiques de ce genre de patients peuvent parfois induire une alliance thérapeutique, permettant ainsi d'introduire le protocole nutritionnel* » (19). Toutes les psychothérapies applicables aux troubles des conduites alimentaires visent à renforcer le Moi, à réaliser un soutien psychologique, à déculpabiliser, à faire renaître l'aptitude à éprouver des plaisirs, et dans certains cas seulement mettre à jour et chercher à élucider les conflits infantiles ou les schémas de pensée anciens, erronés et mal adaptés.

La personnalité et les comorbidités éventuelles vont orienter le choix des moyens psychothérapeutiques employés.

1.7. Pronostic

Il faut souligner le pronostic sombre en cas de chronicisation en termes de mortalité (16 % à 21 ans d'évolution et une surmortalité multipliée par neuf selon l'APA (19)), de comorbidités, de qualité de vie (isolement socio-professionnel). Malgré tout, des suivis de cohorte montrent un taux de rémission supérieur à 50 % (15).

Les études de devenir confirment cette tendance à l'amélioration du pronostic, et les classiques pourcentages « un tiers est guéri, un tiers s'améliore, un tiers reste chronique » semblent s'éloigner (21). Le travail effectué par Solenn Kermarrec, dans le cadre de sa thèse soutenue en 2005, conclue en effet à un bon devenir global pour 68,1%, un devenir intermédiaire pour 23,2% et un devenir pauvre pour 8,7% des

patientes (étude réalisée en 2004 sur 69 sujets ayant été hospitalisés ou suivis dans le service de pédopsychiatrie de Nancy-Brabois entre 1983 et 2000, soit au moins 4 ans après que le diagnostic a été posé). Son étude montre également 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) (28).

Le pronostic serait plus sévère chez le garçon (1), notamment du fait de la fréquence des traits de personnalité de type psychotique. Cette impression de plus grande gravité chez le garçon n'est pas retrouvée dans les études les plus récentes (29).

La guérison est possible. La reprise du cycle menstruel semble être un élément de bon pronostic. Dans les écrits à usage pédiatrique il existe des taux de guérison atteignant 60 à 80 % des cas. Ces chiffres se réduisent à 50 % si on fait intervenir les critères de personnalité, les symptômes psychiatriques, la qualité de l'insertion sociale et affective. C'est ce que confirment des études au long cours : 44 % ont une bonne récupération au bout de 4 ans (30).

Les facteurs de mauvais pronostic semblent être un poids initial très bas, la présence de vomissements, une mauvaise réponse au traitement initial. Les patients anorexiques avec manœuvres purgatives ont une plus grande probabilité de développer des complications médicales graves (15). Il est important de souligner que les jeunes adolescents bénéficient d'un meilleur pronostic que les plus âgés (30). En revanche, il ne faut pas désespérer devant une anorexie prolongée, des guérisons complètes se produisant après 15 ans, voire davantage, d'évolution (1).

L'existence de formes mortelles justifie dans tous les cas une surveillance médicale attentive en raison des complications qui peuvent être très sévères. La mortalité globale est de 5 %, la moitié par suicide, l'autre liée aux complications dues à la dénutrition (15).

Steinhausen (31) a réalisé une étude multicentrique européenne concernant le devenir et les facteurs prédictifs de réhospitalisation d'adolescents hospitalisés en moyenne à 14,8 ans et revus à 22,3 ans. 44,8 % des sujets ont été réhospitalisés après l'épisode initial.

Ces sujets ont fait preuve d'une moins bonne évaluation au cours du suivi, d'un poids plus bas à la sortie de l'hôpital qu'initialement, d'une plus grande hyperactivité et de l'utilisation de plus de laxatifs ou de plus de vomissements. Les antécédents personnels et familiaux des adolescents réhospitalisés sont plus lourds (troubles prémorbides du comportement alimentaire dans l'enfance, alcoolisme paternel, anorexie mentale dans la famille).

Les réhospitalisations sont associées à un moins bon devenir, y compris psychosocial, et à plus de séquelles psychopathologiques nécessitant un traitement (15,31).

2^{ème} partie

NOTRE ÉTUDE

2. NOTRE ÉTUDE

2.1. Justification de l'étude

Lors de notre stage dans le service de Pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy-Brabois, entre mai 2010 et novembre 2010, nous avons été interpellée par les constatations de l'équipe médicale et paramédicale concernant le profil des patients hospitalisés pour anorexie mentale dans l'unité.

Certains membres de l'équipe, présents dans le service depuis son ouverture, ont en effet attiré notre attention sur un sentiment d'évolution du profil des jeunes filles, de leur famille et même des troubles. Ainsi, ils rapportaient ces dernières années une tendance à une plus grande gravité clinique, une plus importante précocité des troubles ou l'émergence de problématiques familiales de plus en plus complexes.

Ce qu'ils décrivaient concernant un « nouveau profil » des jeunes anorexiques mentales s'éloignait de ce qui est le plus fréquemment retrouvé dans la littérature, avec la description classique d'une pathologie touchant des patients issus d'un milieu socio-économique favorisé, avec un très bon niveau scolaire.

Ayant lors de notre stage également suivi des jeunes filles qui présentaient un profil un peu « atypique », nous avons décidé de tenter d'objectiver ces impressions, et d'élargir nos recherches à d'autres critères sociaux, démographiques ou cliniques, ainsi qu'aux caractéristiques des prises en charge de ces patients, et nous avons voulu les comparer aux données observées lors de l'ouverture du service.

2.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre recherche est de mettre en évidence une modification du profil des patients anorexiques pris en charge dans le service de Pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants de Nancy-Brabois entre la création du service dans les années 1990 et ces 4 dernières années, soit à un intervalle d'environ 10 ans.

Les objectifs secondaires sont de discuter l'existence de facteurs pronostiques de cette pathologie en comparant profil et prise en charge, d'évaluer l'évolution des pratiques du service et de discuter la mise en œuvre de thérapeutiques différentes, adaptées aux modifications que nous pourrions observer ou non concernant le profil de ces patients anorexiques.

2.3. Méthodologie

2.3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive et rétrospective. La partie transversale évalue les caractéristiques principales du profil clinique et social des patients anorexiques hospitalisés dans le service de Pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy-Brabois au cours de notre stage d'interne. L'étude comporte également une partie rétrospective puisque nous avons intégré à notre analyse les données recueillies lors de la prise en charge initiale de chaque patient, données consignées dans les dossiers médicaux que nous avons consultés aux archives de l'hôpital.

2.3.2. Définition de la cohorte étudiée

La population étudiée est constituée de sujets anorexiques mentaux qui présentaient une anorexie mentale, le diagnostic étant posé selon les critères de la C.I.M. 10 (F 50.0). Cette étude a été rendue possible car ces critères n'ont subi aucune modification entre les deux périodes étudiées.

Les sujets étudiés sont des patients qui ont été hospitalisés pour anorexie mentale dans le service de Pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants du CHU Nancy-Brabois. Nous avons recueilli les données concernant les patients pris en charge entre 1992 et 1997 d'une part, et entre 2007 et 2010 d'autre part.

1992 correspond à l'année de création du service ; avant cette année, les patients anorexiques mentaux qui nécessitaient une hospitalisation bénéficiaient de soins dans le

service de Pédiatrie de l'hôpital d'enfants, associés à un suivi pédopsychiatrique de liaison.

Nous avons étudié deux périodes de plusieurs années (5 ans et 4 ans) afin de pouvoir constituer deux groupes d'effectif suffisamment important pour nos analyses (le nombre de sujets nécessaire a été calculé à partir des résultats attendus) et nous avons privilégié le fait d'avoir 2 groupes équivalents en nombre, afin de rendre une comparaison de données possible. Enfin, l'intervalle de 10 ans entre les deux périodes étudiées nous a semblé permettre une prise de recul suffisante pour rechercher une modification du profil des patients anorexiques.

Les critères d'inclusion des sujets pour notre étude étaient :

- Anorexie mentale diagnostiquée selon les critères de la C.I.M. 10 (F 50.0)
- Première hospitalisation dans le service de Pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants du CHU Nancy-Brabois pour ce motif
- Hospitalisation dans le service entre 1992 et 1997 d'une part, et entre 2007 et 2010 d'autre part.

Les critères de non inclusion étaient :

- Anorexie symptomatique d'une autre pathologie psychiatrique telles que l'émétophobie, la dépression...

2.3.3. Caractéristiques étudiées

Les critères de jugement correspondent aux différentes caractéristiques cliniques, sociales, démographiques et thérapeutiques des patients dont nous avons recueilli les données pour notre étude.

Nous avons réparti chaque donnée qualitative examinée en différents sous-groupes afin de faciliter les analyses statistiques.

En ce qui concerne les données relatives au patient :

- sexe : masculin ou féminin
- origine ethnique : occidentale ou non occidentale

- comorbidités psychiatriques :
 - ➔ boulimie associée : oui ou non
 - ➔ trouble anxieux associé : oui ou non
 - ➔ trouble dépressif associé : oui ou non
 - ➔ trouble de la personnalité associé : oui ou non
- situation scolaire :
 - ➔ redoublement : oui ou non
 - ➔ niveau scolaire : en difficultés, satisfaisant ou excellent.

Pour les données relatives à la famille au 1^{er} degré du patient :

- situation matrimoniale des parents : enfant vivant avec le couple parental ou seulement avec l'un des deux parents
- nombre d'enfants dans la fratrie, le patient compris
- rang du patient dans la fratrie
- aîné de la fratrie : oui ou non
- benjamin de la fratrie : oui ou non
- catégorie socioprofessionnelle du foyer : catégorie socioprofessionnelle INSEE la plus élevée des deux parents, évaluée de 1 à 9
- milieu de vie : catégorie ZAUER de la commune d'habitation, évaluée de 1 à 6. Nous avons utilisé la classification ZAUER de l'INSEE, définissant le Zonage en Aires Urbaines et en aires d'emploi de l'Espace Rural (catégories 1, 2 et 3 : milieu urbain ; catégories 4, 5 et 6 : milieu rural)
- antécédents psychiatriques des parents :
 - ➔ antécédent de troubles des conduites alimentaires chez l'un des parents : oui ou non
 - ➔ antécédent de troubles de l'humeur chez la mère : oui ou non
 - ➔ antécédent de troubles de l'humeur chez le père : oui ou non
 - ➔ antécédent d'alcoolodépendance chez l'un des parents : oui ou non
 - ➔ autres antécédents psychiatriques chez l'un des parents : oui ou non.

En ce qui concerne les données relatives à la prise en charge du patient :

- traitement alimentaire : réalimentation orale exclusive ou par Nutrition Entérale Nocturne à Débit Continu (NENDC)
- traitement médicamenteux :

- traitement anxiolytique : oui ou non
- traitement antidépresseur : oui ou non
- traitement antipsychotique : oui ou non.

Les données quantitatives concernent :

- le patient : âge au début des troubles (en années), âge au moment de l'hospitalisation (en années), durée d'évolution des troubles avant l'hospitalisation (en mois), BMI à l'entrée dans le service (en kg/m²)
- la prise en charge du patient : la durée de l'hospitalisation (en jours).

2.3.4. Méthode de recueil et informatisation des données

Nous avons recueilli les données à partir du dossier médical de chaque patient étudié : dossier papier archivé (archives du Centre Psychothérapique de Nancy) pour la période 1992-1997, dossier informatique pour la période 2007-2010 (utilisation du logiciel CIMAISE).

La saisie des données avec anonymisation a été faite dans le logiciel EXCEL.

2.3.5. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS 9.2.

L'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisées avec l'aide de Madame le Docteur Empereur et de Madame Lucie Germain, du service d'Epidémiologie et Evaluations cliniques du CHU de Nancy-Brabois.

2.3.6. Analyse descriptive

La première étape de cette analyse a consisté en une description globale de chacune des variables étudiées.

Les variables quantitatives sont décrites selon le nombre total, la moyenne et l'écart-type, les variables qualitatives le sont selon la fréquence et le pourcentage calculés.

De la même manière, nous avons ensuite décrit les 2 groupes constitués par période, le groupe 1 concernant les patients hospitalisés entre 1992 et 1997, et le groupe 2 concernant les patients hospitalisés entre 2007 et 2010.

2.3.7. Analyse comparative

Nous avons ensuite comparé les données de nos deux groupes. Pour comparer les variables qualitatives, nous avons utilisé un test de Chi-2. Pour comparer les variables quantitatives, nous avons utilisé un test issu du test de Student.

Les différences statistiquement significatives sont définies par un $p < 0.05$.

2.4. Résultats

2.4.1. La cohorte globale

Nos résultats sont représentés dans le tableau 1.

Nous avons inclus 148 sujets (6 hommes, 142 femmes) dans notre étude.

L'âge moyen des patients au moment de leur hospitalisation est de 15,2 ans (écart-type de 2,3 ans), tandis que leur âge au début des troubles est de 14,2 ans en moyenne (écart-type de 2,2 ans). Leur BMI à l'entrée dans le service est de $14,6 \text{ kg/m}^2$ (écart-type de $1,8 \text{ kg/m}^2$).

Le délai entre le début des troubles et l'hospitalisation dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy-Brabois est en moyenne de 12,7 mois. La durée d'hospitalisation moyenne est de 55,6 jours. 33,8% des patients bénéficient d'une réalimentation par Nutrition Entérale Nocturne à Débit Continu (NENDC) associée à la réalimentation orale.

Tableau 1

Données	N	%/moyenne	Ecart-type
Groupe			
1	71	48,0	
2	77	52,0	
Nationalité			
Occidentale	143	96,6	
Non occidentale	5	3,4	
Sexe			
F	142	95,9	
M	6	4,1	
Age (années)			
Début des troubles		14,2	2,2
Hospitalisation		15,2	2,3
BMI à l'entrée (kg/m²)		14,6	1,8
Comorbidités			
Trouble anxieux	31	20,9	
Syndrome dépressif	66	44,6	
Boulimie	14	9,5	
Traits de personnalité pathologique	10	6,8	
Scolarité			
Redoublement	26	17,6	
Niveau excellent	59	39,9	
Niveau satisfaisant	77	52,0	
Difficultés	12	8,1	
Parents vivant sous le même toit	101	68,2	
Antécédents psy des parents			
TCA mère	11	7,4	
TCA père	2	1,4	
Trouble humeur mère	27	18,2	
Trouble humeur père	7	4,7	
Alcoolodépendance	10	6,8	
CSP du foyer			
1	3	2,0	
2	14	9,5	
3	44	29,7	
4	38	25,7	
5	24	16,2	
6	23	15,5	
9	2	1,4	
Rang dans la fratrie			
Aîné	67	45,3	
Benjamin	55	37,2	
Médian	26	17,6	
Enfants dans la fratrie			
Unique	14	9,5	
2	71	48,0	
3	44	29,7	
4 ou plus	19	12,8	
Milieu de vie (catégorie ZAUER)			
1, 2 ou 3 (zone urbaine)	123	83,1	
4,5 ou 6 (zone rurale)	25	16,9	
Délai de prise en charge (mois)		12,7	10,9
Durée d'hospitalisation (jours)		55,6	38,8
SNG	50	33,8	
Psychotrope			
Antidépresseur	41	27,7	
Anxiolytique	20	13,5	
Antipsychotique	10	6,8	

2.4.2. Les 2 groupes

Notre population est répartie en deux groupes. Le groupe 1 réunit les patients hospitalisés entre 1992 et 1997, il comporte 71 patients, soit 48% de notre effectif total. Le groupe 2 concerne les patients hospitalisés entre 2007 et 2010, il comporte 77 patients, soit les 52% restants de notre effectif.

2.4.2.1. Origine ethnique

95,8% des patients sont d'origine occidentale dans le groupe 1 ; 97,4% des patients sont occidentaux dans le groupe 2.

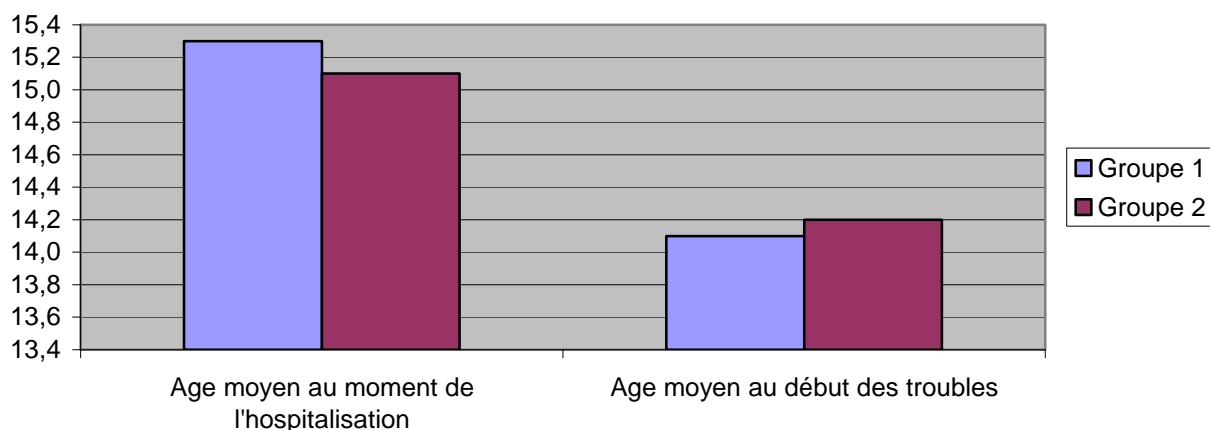
2.4.2.2. Sexe

95,8% sont de sexe féminin dans le groupe 1, tandis qu'une proportion de 96,1% est calculée dans le groupe 2.

2.4.2.3. Age au moment de l'hospitalisation

L'âge moyen au moment de l'hospitalisation est de 15,3 ans (extrêmes de 8,5 ans et 21,5 ans) dans le groupe 1, et de 15,1 ans (extrêmes de 7,9 ans et 18,3 ans) dans le groupe 2, donc sans différence significative. L'âge moyen au début des troubles est de 14,1 ans (extrêmes de 8,5 ans et 18,5 ans) dans le groupe 1, et de 14,2 ans (extrêmes de 7,8 ans et 17,2 ans) dans le groupe 2, sans différence significative. Cf. graphique 1.

Graphique 1: Age des patients



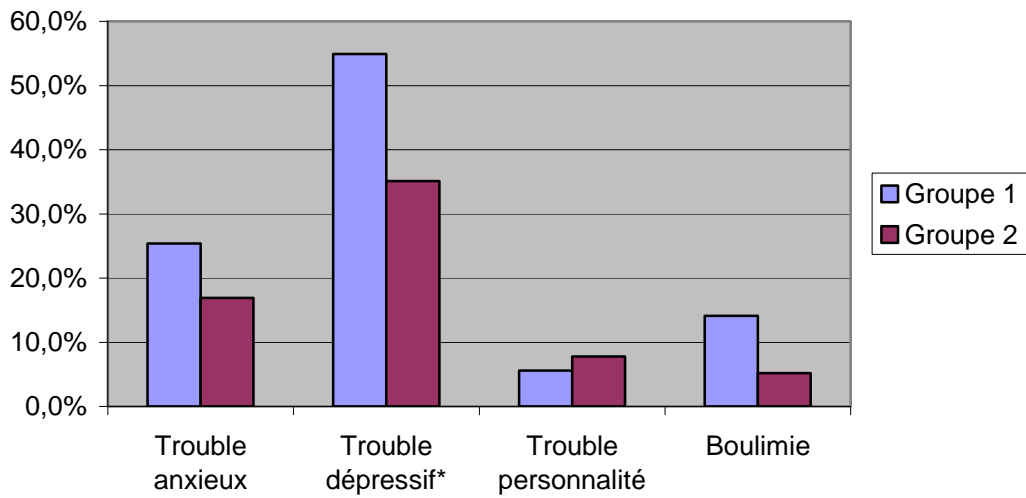
2.4.2.4. BMI à l'admission

Le BMI moyen à l'entrée dans le service est de $14,5 \text{ kg/m}^2$ (extrême inférieure de $10,5 \text{ kg/m}^2$) dans le groupe 1, et de $14,7 \text{ kg/m}^2$ (extrême inférieure de $11,3 \text{ kg/m}^2$) dans le groupe 2, sans différence significative.

2.4.2.5. Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques concomitantes de l'anorexie mentale relevées dans nos échantillons sont résumées dans le graphique 2 ci-après. Seul le syndrome dépressif est noté dans des proportions significativement différentes entre nos deux groupes : une proportion de 54,9% est constatée dans le premier groupe, contre 35,1% dans le second groupe (p évalué à 0,0151). Nous retenons également qu'un des patients souffre d'un syndrome de Gilles de la Tourette dans le groupe 1, et qu'un patient souffre d'énurésie et d'encoprésie dans le groupe 2.

Graphique 2: Comorbidités psychiatriques

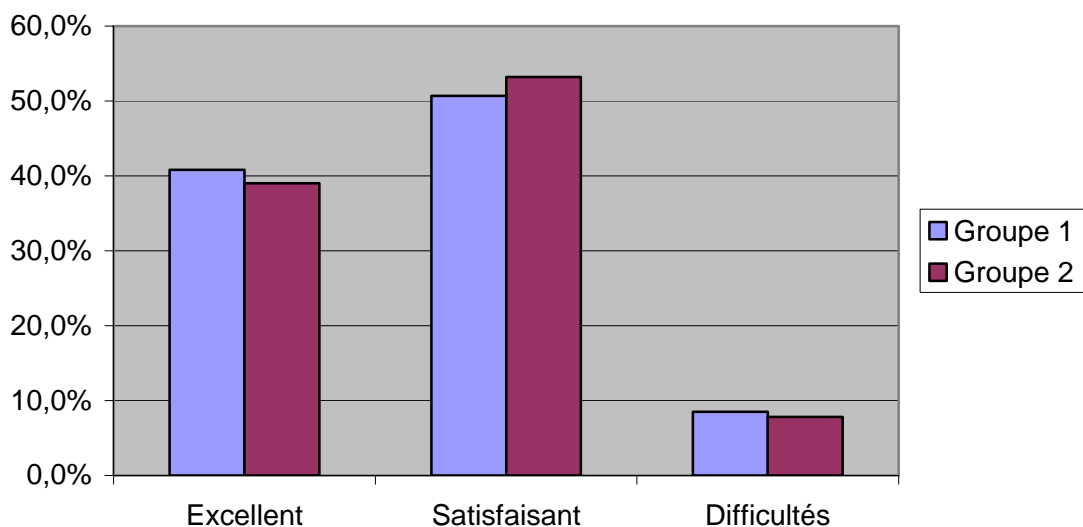


* = $p < 0,05$

2.4.2.6.Scolarité

Le niveau scolaire de nos deux échantillons est représenté dans le graphique 3 ci-dessous. 16,9% des patients du groupe 1 ont redoublé au moins une classe (3 patients ont redoublé deux classes), contre 18,2% dans le groupe 2. Il n'y a donc pas de différence significative.

Graphique 3: Niveau scolaire



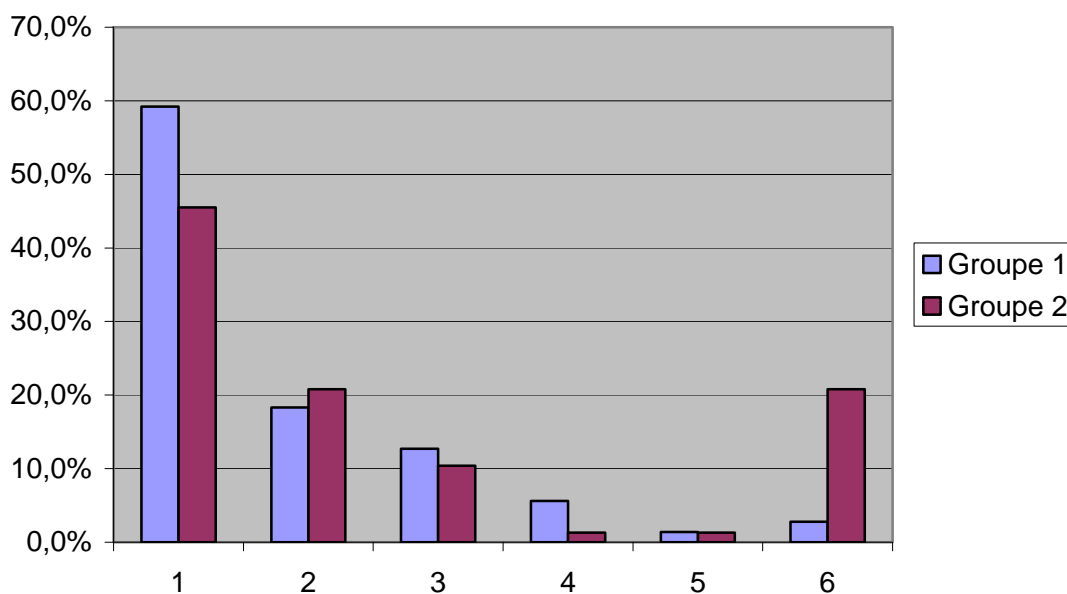
2.4.2.7.Situation matrimoniale des parents

73,2% des patients vivent avec leurs deux parents dans le groupe 1. Un des patients est orphelin de mère. Dans le groupe 2, seuls 63,6% des patients vivent avec leurs deux parents ; et deux patients ont perdu l'un de leurs parents.

2.4.2.8.Milieu de vie

90,1% de notre effectif du groupe 1 vit en zone urbaine selon la classification de ZAUER, les 9,9% restants vivent en zone rurale. Dans le groupe 2, 76,6% de l'effectif vit en zone urbaine, et 23,4% vit en zone rurale. La répartition entre les différentes zones est représentée dans le graphique 4 ci-dessous. La modification la plus marquée concerne la zone 6, où vit 2,8% du groupe 1, et 20,8% du groupe 2. La différence est significative entre les deux groupes, avec un p évalué à 0,0193.

Graphique 4: Classification de ZAUER

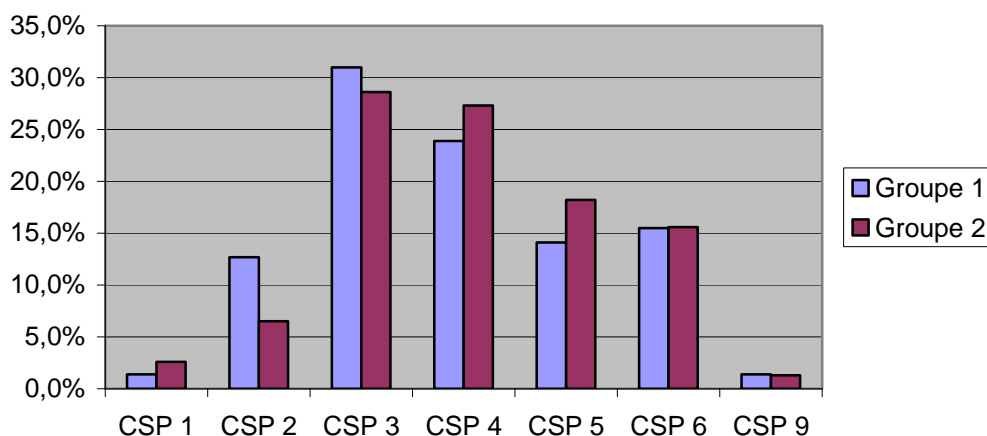


2.4.2.9. Catégories socioprofessionnelles des parents

Les catégories socioprofessionnelles représentées parmi les parents de nos patients sont schématisées dans le graphique 5 ci-dessous. Il n'y a pas de différence significative entre nos deux échantillons. Nous avons utilisé la catégorisation de l'INSEE :

- CSP 1 : agriculteurs et exploitants
- CSP 2 : artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- CSP 3 : cadres et professions intellectuelles supérieures
- CSP 4 : professions intermédiaires
- CSP 5 : employés
- CSP 6 : ouvriers
- CSP 9 : retraités

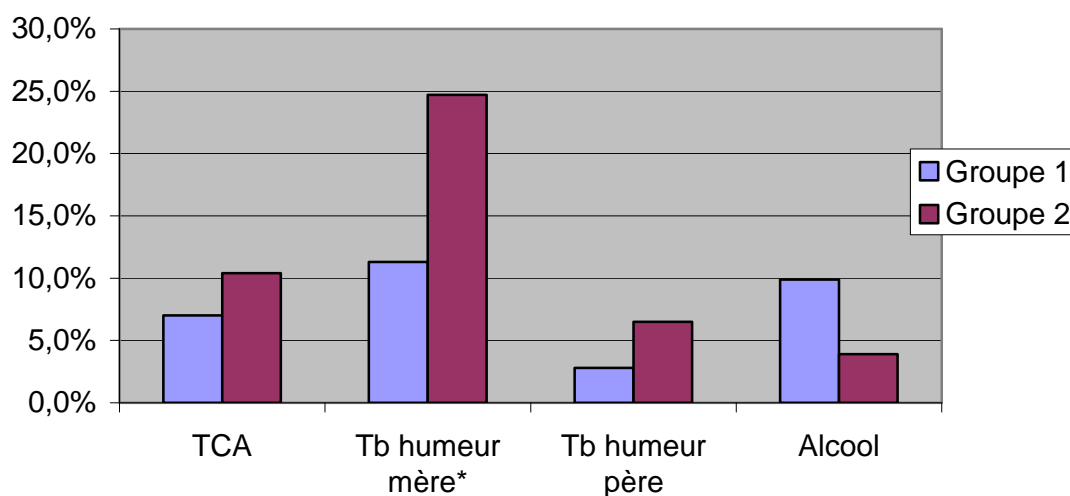
Graphique 5: Catégorie socioprofessionnelle



2.4.2.10. Antécédents psychiatriques familiaux

Les antécédents psychiatriques des parents de ces patients sont représentés dans le graphique 6 suivant.

Graphique 6: Antécédents psychiatriques des parents



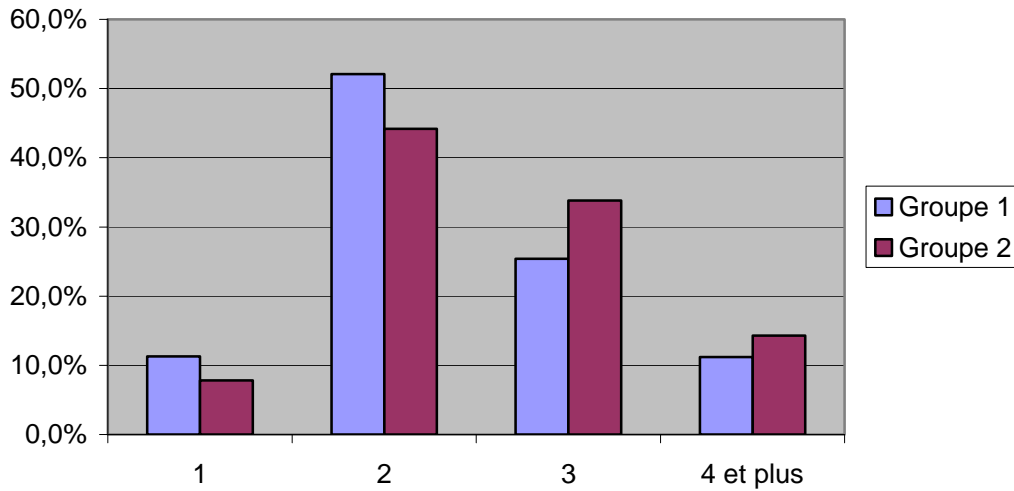
* = $p < 0,05$

Seuls les troubles de l'humeur maternels ont été retrouvés dans des proportions significativement différentes entre les deux groupes : cette caractéristique concerne en effet 11,3% du groupe 1, et 24,7% du groupe 2 (p évalué à 0,0349). Sous l'appellation « trouble de l'humeur », il s'agit le plus souvent d'un antécédent de syndrome dépressif. Seule la mère d'une patiente du groupe 2 souffre d'un trouble bipolaire. Les troubles des conduites alimentaires concernent 7,0% des parents du groupe 1 (3 mères obèses, 2 mères anorexiques), et 10,4% des parents du groupe 2 (6 mères anorexiques, 1 père obèse, 1 père ayant souffert d'anorexie dans l'enfance).

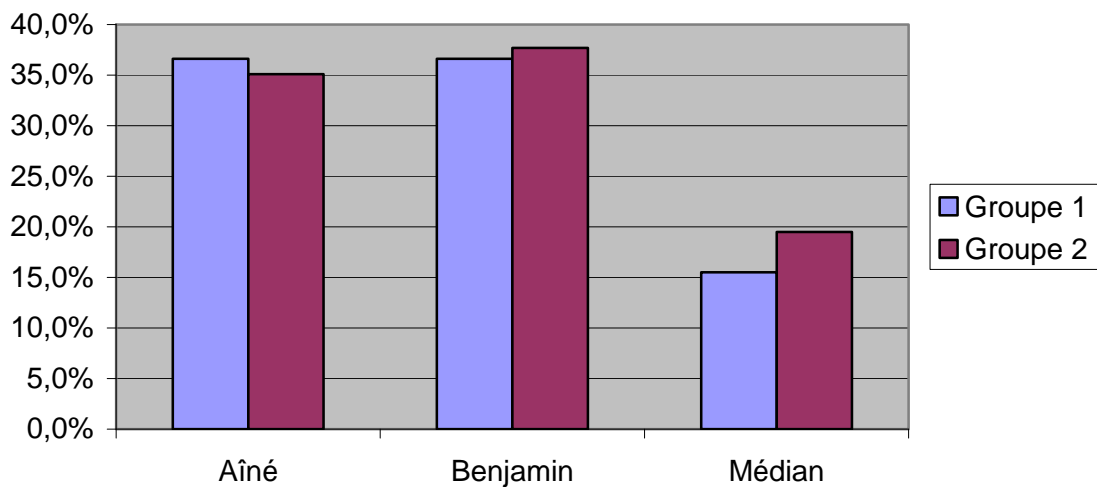
2.4.2.11. Fratrie

La fratrie du patient n'est pas significativement différente d'un groupe à l'autre. Nos résultats sont regroupés dans les graphiques 7 et 8 ci-après :

Graphique 7: Nombre d'enfants dans la fratrie



Graphique 8: Rang du patient dans sa fratrie



2.4.2.12. Délai de prise en charge

Concernant le délai entre le début des troubles et l'hospitalisation dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy-Brabois, celui-ci n'est pas significativement différent d'un groupe à l'autre. Ce délai est de 14,4 mois en moyenne (écart-type de 13,4 mois) pour le premier groupe, et de 11,2 mois en moyenne (écart-type de 7,7 mois) pour le second.

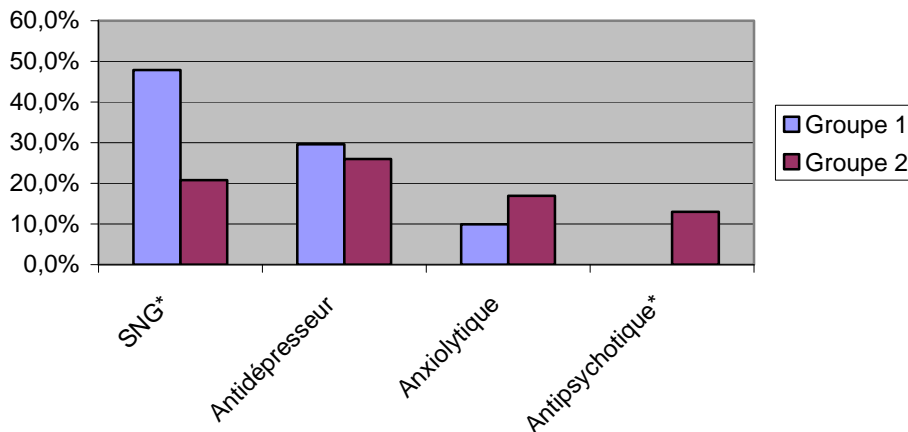
2.4.2.13. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est de 52,6 jours (écart-type de 36,2 jours) pour le groupe 1, et de 58,4 jours (écart-type de 41,1 jours) pour le groupe 2. Trois patients du groupe 1 sont sortis prématurément d'hospitalisation : l'un est sorti contre avis médical et deux sont sortis pour des raisons inhérentes au service. Dans le groupe 2, trois patients sont sortis contre avis médical après une durée d'hospitalisation variant de 2 à 15 jours. Les durées de séjour des patients sortis prématurément d'hospitalisation n'ont pas été prises en compte dans nos calculs.

2.4.2.14. Caractéristiques de prise en charge

Les caractéristiques de la prise en charge des patients de notre étude sont résumées dans le graphique 9 ci-dessous :

Graphique 9: Prise en charge



* = $p < 0,05$

Nous relevons une utilisation de la sonde nasogastrique (SNG) significativement moins fréquente dans le groupe 2 par rapport au groupe 1 : 47,9% du groupe 1 a bénéficié d'une renutrition par sonde, contre 20,8% du groupe 2 (p évalué à 0,0005). En ce qui concerne le traitement médicamenteux, notre analyse met en évidence une prescription significativement plus fréquente des antipsychotiques, en l'occurrence du Risperdal® ; aucun patient du groupe 1 ne s'est vu prescrire d'antipsychotique, alors que 13,0% des

patients du groupe 2 en ont bénéficié. L'utilisation des autres classes thérapeutiques ne diffère pas significativement entre les deux échantillons.

3^{ème} partie

DISCUSSION

3. DISCUSSION

3.1. Données concernant les patients

3.1.1. Origine ethnique

Dans notre groupe 1, 95,8% des patients sont d'origine occidentale, et cette proportion est identique dans notre groupe 2. Ces chiffres concordent avec ce que rapporte la littérature, qui fait état d'une pathologie touchant principalement les sociétés occidentales, qui procurent sécurité et satiété.

Molgaard, en 1989 (32), et Hjern, en 2006 (33), retrouvent respectivement une proportion de 5% et 0,3% de patients anorexiques d'origine non européenne. Hjern ira plus loin dans son analyse en admettant l'absence d'impact de l'origine ethnique sur le développement d'une AM.

Chambaud-Peycher relate quant à elle la prévalence de l'anorexie dans les pays occidentaux, au sein de familles de race blanche, socialement aisées, mais elle souligne l'augmentation de la diversité des groupes socioéconomiques touchés, qui semble être en rapport avec un changement des normes culturelles et des concepts de beauté de notre société, ainsi qu'avec la plus grande mobilité des populations. Pour les immigrés, adopter les normes des pays industrialisés est souvent dans leur esprit gage d'une meilleure insertion sociale (34).

Nous nous attendions donc à observer une augmentation de la fréquence des patients d'origine ethnique non occidentale dans notre groupe 2, du fait de l'augmentation de la population immigrée constatée par l'INSEE en France. En effet, le nombre d'immigrés a augmenté de 18 % entre 1990 et mi-2004, et l'INSEE souligne qu'une fraction importante de cette hausse est intervenue entre 1999 et 2004-2005. En 2008, la France métropolitaine comporte 5 millions d'immigrés, soit 8% de la population. Cette population arrivante est originaire d'Europe orientale (+ 37% entre 1999 et 2004) et du Maghreb (+ 17% entre 1999 et 2004) principalement, tandis que la part des immigrés d'Europe occidentale ne s'est pas modifiée.

La stabilité de notre résultat peut s'expliquer par la persistance d'un effet protecteur de la culture non occidentale sur l'acceptation du corps à l'adolescence en dépit de l'immersion occidentale.

Cathébras, en 1991 (35), explique l'incidence croissante de l'anorexie mentale au XX^{ème} siècle en France par l'expansion de valeurs morales occidentales (telles que le self control et l'individualisme) et les changements de structure familiale.

En 2002, Becker publie les résultats d'une expérience réalisée aux îles Fidji entre 1995 et 1998 : elle observe l'évolution des comportements alimentaires avant et après l'introduction de la télévision, la population ayant ainsi accès aux émissions américaines. Elle constate que le contexte culturel est un critère pertinent pour le développement des troubles des conduites alimentaires, et met en avant l'impact négatif des média occidentaux sur l'image corporelle et sur les conduites alimentaires (36).

En 2004, Makino souligne que la prévalence de l'anorexie mentale augmente avec l'urbanisation et la densité de population dans les pays non occidentaux (37).

3.1.2. Sexe

Dans nos deux groupes, notre sex ratio se situe entre 9 et 10 femmes pour un homme, conformément à ce qui est rapporté par la Haute Autorité de Santé en juin 2010 dans son argumentaire pour ses recommandations de bonnes pratiques. Cette proportion est sensiblement la même dans l'ensemble de la littérature internationale. Citons par exemple l'étude de Lee, effectuée à Hong Kong et publiée en 2010, qui retrouve une population composée à 99% de filles (38).

En dehors de tout facteur génétique, cette prédominance du sexe féminin est sans doute due au rôle fondamental des transformations pubertaires, tant physiques que psychologiques. D'autre part, ce que l'on appelle la problématique narcissique et la quête d'une image de soi valorisante, centrales dans les TCA, se jouent chez la femme du côté de l'apparence. D'une manière générale, tous les troubles psychiques qui impliquent le corps, alors utilisé de manière défensive, sont plus fréquents chez les

filles. On peut aussi avancer la difficulté pour la fille à se différencier de sa mère, puisqu'elles ont un corps semblable, et donc à affirmer son identité (39).

3.1.3. Age au début des troubles

L'âge de début des troubles n'est pas significativement différent dans nos deux groupes, il se situe à 14,1 ans dans le groupe 1 et à 14,2 ans dans le groupe 2 (écarts-types respectivement de 2,3 et 2,1 ans). Ces chiffres sont conformes aux données dont dispose l'HAS, qui fait état d'un début des troubles entre 12 et 19 ans (9).

Dans son étude de 2001, Laporte retrouve un âge de 15,9 ans (écart-type de 0,7 ans) à l'apparition des premiers symptômes de la maladie (23), ce qui est significativement différent de nos résultats. Cela peut s'expliquer par le fait que nous avons intégré à notre étude des anorexiques dits prépubères, ce qui n'est pas le cas dans l'étude de Laporte. Notre moyenne s'en trouve donc diminuée, avec un écart-type plus important.

L'étude de Béraud, réalisée sur la période 1985-2000, a mis en évidence une invariabilité de certains critères, notamment du délai moyen de prise en charge, ainsi qu'une stabilité de l'âge moyen de début, ce qui est corroboré par les données de la littérature (40). Ses travaux retrouvent un âge moyen de début des troubles de 13,8 ans.

Quoi qu'il en soit, il est important de noter qu'il existe un biais de recrutement dans notre étude car nous étudions des patients hospitalisés, dont les troubles sont par conséquent plus graves, et peut-être plus précoces, que dans la population générale.

3.1.4. Age au moment de l'hospitalisation

Les patients de notre étude sont âgés de 15,3 ans en moyenne pour le groupe 1 (écart-type de 2,4 ans), et de 15,1 ans en moyenne (écart-type de 2,2 ans) au moment de leur première admission dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants du CHU Nancy-Brabois.

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre nos deux groupes. Le sentiment de notre équipe soignante, qui est que les patients anorexiques admis dans notre service

sont de plus en plus jeunes, n'est donc pas vérifié par ces chiffres. Peut-être est-il à mettre en lien avec la prise en charge d'anorexiques prépubères qui, sans être plus fréquente avec les années, reste un phénomène marquant dans l'esprit des soignants ? Nous pouvons aussi nous demander ce qui peut renvoyer une image davantage juvénile au personnel soignant ; en effet, l'âge chronologique n'est pas la seule donnée à prendre en considération. L'immaturation psychique perçue peut être due à des difficultés de verbalisation et d'élaboration. L'apparence du patient est également un critère important dans l'âge qu'on va « lui donner » ; une tenue vestimentaire peut par exemple rapidement « inscrire » le patient dans une catégorie d'âge différente de son âge chronologique.

A l'inverse, la littérature (notamment Carney en 2009) souligne le fait que les patients atteints de troubles des conduites alimentaires sont de plus en plus âgés (41). Cependant, cette étude ne différencie pas les anorexiques mentaux des autres troubles des conduites alimentaires.

3.1.5. BMI à l'entrée dans le service de pédopsychiatrie de Nancy-Brabois

Nous avons pour hypothèse que les patients hospitalisés dans le service entrent avec un BMI de plus en plus faible, ce qui n'a pas été confirmé par notre étude : nous n'avons en effet pas observé de différence significative entre nos deux groupes avec une moyenne de $14,5 \text{ kg/m}^2$ dans le groupe 1 (écart type de $2,0 \text{ kg/m}^2$), et de $14,7 \text{ kg/m}^2$ dans le groupe 2 (écart-type de $1,6 \text{ kg/m}^2$).

Avant nous, Béraud s'est lui aussi intéressé à l'évolution, sur 15 années de pratique, des critères cliniques à l'entrée en hospitalisation ; ses résultats retrouvés à l'entrée font également état d'une stabilité du BMI sur la période étudiée (1985-2000) (40).

L'étude de Favaro (42) en 2002 (réalisée en Italie) fait état d'un BMI « le plus bas » dans l'histoire des troubles de $16,4 \text{ kg/m}^2$ en moyenne (écart-type de $1,2 \text{ kg/m}^2$). Cependant cette analyse est effectuée dans une population adulte (âgée de 18 à 25 ans) et exclusivement féminine issue de la population générale.

L'étude de Laporte en 2001 (23) retrouve des chiffres en conformité avec ceux que nous observons dans nos deux populations, à savoir un BMI « le plus bas » de 14,8 kg/m² en moyenne (écart-type de 2,1 kg/m²).

3.1.6. Comorbidités psychiatriques

Notre étude a recherché les comorbidités psychiatriques présentes à l'admission dans le service.

3.1.6.1. Boulimie

Nous observons la présence d'une boulimie associée dans 14,1% des cas dans le groupe 1, et dans 5,2% des cas dans le groupe 2, sans différence significative entre les deux groupes. Cependant nous pouvons dire d'après ces chiffres qu'il existe une tendance à la diminution de la proportion des anorexiques mentaux de type « binge-eating / purging type » entre nos deux échantillons. Cette tendance à la diminution n'a fait l'objet d'aucun article dans la littérature récente, et serait sans doute intéressante à étudier.

L'HAS en 2010 met en évidence des antécédents de boulimie chez 0 à 7% des patients anorexiques (9), proportion comparable à celles que nous retrouvons.

3.1.6.2. Dépression

La dépression légère, modérée ou majeure accompagne le plus souvent les troubles alimentaires et influe sur la symptomatologie cognitive associée. Elle participe donc aux facteurs de pérennisation qui, par le jeu des autoreinforcements contribuent à l'enfermement dans le trouble (43).

Nous relevons la présence d'un trouble dépressif associé pour 54,9% de notre effectif du groupe 1. Cette proportion diminue significativement ($p = 0,0151$) dans notre groupe 2, avec un chiffre de 35,1%.

L'étude de Guilbaud publiée dans l'*Encéphale* en 2000 (44) retrouve une proportion de 46,9% d'anorexiques souffrant de dépression associée, chiffre inférieur à celui observé

dans notre groupe 1, mais supérieur à celui observé dans notre groupe 2. Ce chiffre est observé en 2000, soit entre nos deux périodes étudiées, et il ne contredit donc pas nos analyses.

En 2004, Garcia-Alba (45) met en évidence un trouble dépressif associé chez 36% de la population anorexique qu'elle observe, proportion proche de celle de notre groupe 2, étudié 3 ans plus tard.

En 2005, Godart (46) met en évidence un Episode Dépressif Majeur, selon les critères du DSM IV, concomitant de l'anorexie mentale pour 45,78% de son effectif.

Hudson en 2007 fait état d'un trouble de l'humeur concomitant au trouble anorexique dans 70,1% des cas (8), et Salbach-Handrae en 2008 retrouve un chiffre de 60,4% (47). Ces données ne sont pas semblables à celles que nous observons dans notre étude.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude analysant l'évolution de la proportion des différentes comorbidités psychiatriques dans le temps.

Nous avons cherché à faire le lien entre notre observation et une éventuelle diminution de la prévalence de la dépression dans la population générale adolescente. Cependant aucun auteur ne constate de tendance à la diminution en ce qui concerne le trouble dépressif de l'adolescent. Les études épidémiologiques menées en population générale révèlent des prévalences de dépression variant de 0,4 à 8,3% chez l'adolescent de plus de 13 ans. Entre autres, l'étude de Mathet en Aquitaine en 2003 retrouve une prévalence de 5% pour l'Episode Dépressif Majeur de l'adolescent en se référant à un score supérieur ou égal à 21 à l'autoquestionnaire Center for Epidemiological Studies Depression Scale (48). Bailly, en 1992, relève une prévalence de 4,4% pour la dépression de l'adolescent en utilisant les mêmes critères (48). Ces données sont en défaveur d'une diminution de la prévalence de la dépression chez l'adolescent en population générale, et ne peuvent donc pas expliquer nos chiffres.

Le fait que ces deux pathologies, la dépression et l'anorexie mentale, touchent de façon plus prépondérante la population féminine, est toutefois intéressant à relever. En effet,

l'INSERM fait état d'un odds ratio de 2 pour la dépression chez les filles par rapport aux garçons.

Il est également intéressant de souligner que bon nombre d'auteurs ont insisté sur le fait que la symptomatologie anxiodépressive est majorée par la dénutrition, et qu'il faut donc prendre en compte l'état nutritionnel du patient pour établir un diagnostic de comorbidité (49,50). De plus, comme nous l'avons déjà souligné, la symptomatologie anorexique peut parfois ressembler de manière trompeuse à la symptomatologie de la dépression (ralentissement psychomoteur entre autres).

Dans notre étude, nous avons établi les comorbidités des patients sur toute la durée de leur séjour dans notre service, d'après les tests projectifs effectués par une psychologue clinicienne à l'admission dans l'unité, mais aussi d'après les observations cliniques médicales et infirmières effectuées et mises en commun lors des réunions de synthèse du service. Il est possible que, sensibilisée par son expérience et par ces données de la littérature, l'équipe soignante ait porté de façon moins hâtive le diagnostic de dépression chez le patient anorexique.

3.1.6.3. Trouble anxieux

Sous l'appellation « Trouble anxieux », nous avons regroupé Trouble Anxieux Généralisé, Phobie Spécifique, Phobie Sociale, et Trouble Obsessionnel Compulsif.

Un trouble anxieux est présent de façon concomitante à l'anorexie mentale pour 25,4% de notre groupe 1, et pour 16,9% de notre groupe 2, sans différence significative entre nos deux groupes.

L'estimation de la prévalence des troubles anxieux chez les sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires varie considérablement selon les études; Piran en 1985 (51,52) et Laessle en 1987 (51,53) trouvent respectivement au moins un trouble anxieux chez 54% et 23% des patients anorexiques faisant partie de leur étude. En 2001, Herpetz-Dahlmann décrit au moins un trouble anxieux concomitant pour 30,8% de son effectif (51). Hudson fait état d'un trouble anxieux concomitant pour 15,3% de son effectif (8), ce qui est comparable à nos résultats.

Godart, en 2005, nous rappelle qu'il est important de prendre en compte la durée d'évolution des troubles et l'âge des patients étudiés pour établir les comorbidités des anorexiques (51). Déjà en 1996, elle notait la difficulté méthodologique incontournable pour l'estimation de la comorbidité entre anorexie et trouble anxieux : « il est difficile de porter des diagnostics de trouble anxieux chez des sujets émaciés alors que la cachexie elle-même peut-être responsable de ce type de symptômes » (54). En effet, Keys démontre en 1950 que la perte de poids peut aggraver ou induire des symptômes obsessionnels compulsifs « non alimentaires » (50). Cependant, les études sur la dénutrition rapportent des symptômes d'anxiété mais jamais de syndromes complets (54).

Pollice, dans son étude longitudinale de 1997, évalue l'évolution des symptômes obsessionnels compulsifs lors de la renutrition de patientes anorexiques ; il montre que la malnutrition intensifie ces symptômes (51).

Dans son étude réalisée en population générale, Zaidler montre que les TCA sont significativement plus fréquents chez les adolescents présentant un trouble dépressif ou un trouble anxieux (55). Cela pose la question de l'ordre d'apparition des troubles chez ces adolescents, question posée dans plusieurs études récentes. Kaye, entre autres, démontre en 2004 que le trouble anxieux (et surtout les TOC) a une prévalence plus élevée chez les patients souffrant de TCA que dans la population générale, avec un début dans l'enfance pour la plupart (avant l'installation du TCA) (56); il s'interroge donc sur le fait que le trouble anxieux puisse être un facteur de vulnérabilité des TCA. Halmi en 2009 exploite cette hypothèse et démontre que le trouble anxieux dans l'enfance est un facteur de risque majeur pour le développement de l'AM (57). Les troubles alimentaires seraient un moyen pour des sujets « fragiles » de lutter contre l'angoisse (54).

Enfin, dans son étude publiée dans l'*Encéphale* en 2001, Speranza rappelle l'hypothèse faite par certains auteurs d'un lien fort entre TCA et TOC. Les TCA pourraient être une variante phénotypique des TOC, voire faire partie d'un spectre des TOC (58). Cette hypothèse est fondée sur des éléments sémiologiques et épidémiologiques, des études familiales, des anomalies biologiques communes, et des études thérapeutiques.

D'une manière générale, la variabilité de ces chiffres peut également être mise en lien avec l'âge des patients, leur sexe, et les divers troubles anxieux considérés selon les études.

3.1.6.4. Personnalité

Divers traits de personnalité pathologique ont été relevés dans nos deux échantillons. Etant donné l'âge de nos patients, nous ne pouvons pas réellement parler de trouble de la personnalité, aussi nous resterons prudents et ne comparerons pas nos statistiques aux données de la littérature.

De plus, Godart nous rappelle en 2004 que, plus que des troubles de la personnalité, ce sont des traits de caractère bien précis qui sont retrouvés plus fréquemment chez les patients anorexiques, entre autres le perfectionnisme et la faible estime de soi (59).

3.1.7. Scolarité

Nous avons cherché à savoir si les redoublements étaient plus nombreux parmi les patients du groupe 2, en comparaison avec ceux du groupe 1. Nos résultats ne confirment pas notre hypothèse de départ, qui était que le niveau scolaire des patients anorexiques est aujourd'hui moins efficient qu'autrefois. En effet, nos analyses mettent en évidence un antécédent de redoublement pour 16,9% du groupe 1, et 18,2% du groupe 2, ce qui n'est pas significativement différent.

Toutefois, les chiffres publiés par l'Education Nationale en 2010 mettent en avant une diminution du taux de redoublement en France depuis 1994, alors que nos résultats montrent une tendance inverse.

Nous notons que nos chiffres sont très inférieurs au taux de 38% observé chez les adolescents de 15 ans de la population générale française (taux publié par l'Education Nationale en 2010 dans le magazine *Regards sur l'Education*). Cette différence est peu surprenante, si l'on considère que les adolescents anorexiques restent d'une manière générale plus efficientes que le reste de la population du même âge. De plus, bien que le redoublement ne soit pas considéré comme étant plus fréquent chez les garçons que

chez les filles (Bailly, 1992, et Kaplan) (48), ce taux de 38% est relevé dans une population où le sex ratio avoisine 1, par conséquent très différente de la population que nous étudions.

En ce qui concerne la moyenne générale de nos patients, nous ne retrouvons pas non plus de différence significative entre nos deux populations. Les patients « en difficultés » (moyenne inférieure à 10/20) restent peu nombreux dans un groupe comme dans l'autre (8,5% du groupe 1, 7,8% du groupe 2). La proportion de patients dont la moyenne est supérieure à 15/20, qualifiée d' « excellente », est quant à elle relativement élevée (40,8% du groupe 1, 39,0% du groupe 2). Pourtant, s'appuyant sur la durée d'études de ses patients, Favaro a mis en évidence le fait qu'un niveau d'éducation plus élevé ne montrait qu'une augmentation modeste et non significative du risque de TCA (42).

Pour Alvin, la réputation d'intelligence « remarquable » de ces patientes est à nuancer, car les résultats sont meilleurs pour l'apprentissage que pour la créativité et les processus intellectuels purs (29).

Durand-Pilat distingue quant à elle la connaissance et le savoir : la connaissance vient du latin *cognitio* et désigne l'action d'apprendre, qui relève d'un apprentissage et n'exige pas de travail de compréhension, de logique, de déduction (on répète ce que l'on connaît) ; le savoir, *sapiens*, exige un travail de remise en question, de démonstration, et donc la possibilité de douter des connaissances acquises. Or, les symptômes anorexiques sont pris dans une modalité particulière de relation à la connaissance bien plus qu'au savoir (60).

Notre mauvaise appréciation du niveau scolaire des patients hospitalisés dans le service nous renvoie à un nouveau questionnement. Qu'entendons-nous par capacités intellectuelles ? Il semble que nos impressions subjectives concernant les capacités d'élaboration et de verbalisation des affects des patients nous aient conduit à porter des conclusions trop hâtives à ce sujet. En effet, chez l'anorexique, la capacité à verbaliser, à associer, à s'interroger sur leur monde intérieur est très limitée, surtout pendant la phase de grande maigreur, ce que beaucoup d'auteurs appellent aujourd'hui l'alexithymie (20,61). Comme le rappelle Kermarrec dans son travail de thèse, « la

réussite concerne surtout les domaines nécessitant un travail de mémoire et de savoir au contraire des domaines de créativité et d'imagination », particulièrement appauvris (28).

Nous nous sommes questionnée sur l'impact du redoublement sur la pathologie et sa prise en charge. Pour ce faire, nous avons divisé notre population totale en deux groupes (patient n'ayant jamais redoublé soit 82,4% de notre effectif ; patient ayant redoublé au moins une fois soit 17,6% de notre effectif), et nous avons comparé différentes données cliniques telles que l'âge au moment de l'hospitalisation, l'âge au début des troubles, le délai entre le début des troubles et l'hospitalisation, le BMI à l'entrée dans le service, et la durée d'hospitalisation. Nos résultats mettent en évidence un délai de prise en charge significativement plus long ($p= 0,0032$) pour les patients ayant redoublé au moins une fois. Cependant ces analyses sont à considérer avec précaution en raison des effectifs très différents de nos deux sous-populations. Ces résultats ne démontrent pas le fait qu'un antécédent de redoublement soit un facteur de risque d'allongement du délai de prise en charge de la pathologie anorexique, mais ils interrogent sur ce sujet. Ils posent également la question inverse de l'impact de la pathologie sur la scolarité.

3.2. Données concernant la famille des patients

3.2.1. Situation matrimoniale des parents

Nos analyses ne retrouvent pas de différence significative entre nos deux groupes pour la situation matrimoniale des parents. Le patient vit avec ses deux parents dans 73,2% des cas dans le premier groupe, et dans 63,6% des cas dans le second groupe.

Hjern publie en 2006 les résultats d'une étude menée en Suède entre 1987 et 1992, étudiant les caractéristiques sociodémographiques de patientes anorexiques. Dans son échantillon, 11,1% des patientes vivent avec un seul des deux parents, et 87,4% vivent avec leurs deux parents. Il émet l'hypothèse que les familles monoparentales sont corrélées à un risque sanitaire plus élevé, risque qui concerne l'AM et toutes les autres pathologies, psychiatriques ou non (33).

En parallèle de l'évolution actuelle des mœurs, nous nous attendions à compter davantage de parents séparés dans notre groupe 2. Or, une des caractéristiques

dysfonctionnelles des familles d'anorexiques est la peur du conflit. L'apparition de toute tension, l'explication de tout désaccord, l'allusion à une possibilité de discussion ou de litige sont vécues comme extrêmement dangereuses et ressenties comme une menace de désagrégation de l'unité familiale qui est le « mythe » à protéger. Dans ce contexte, la maladie de l'adolescent peut permettre aux parents de s'affranchir de la responsabilité d'affronter le problème de leur relation de couple. Ainsi, dans ces familles, le divorce paraît moins fréquent dans la mesure où les conflits sont détournés (34).

3.2.2. Milieu de vie

Nous avons réparti nos deux groupes selon la classification de ZAUER en zones 1 à 6. Nos analyses mettent en évidence une proportion de patients vivant en milieu rural significativement plus importante dans le groupe 2 ($p = 0,0079$). En effet, la zone 6, qui concernait 2,8% des patients du groupe 1, regroupe 20,8% des patients du groupe 2. Cette modification semble se faire au détriment de la zone 1, qui passe de 59,2% à 45,5% des effectifs à dix ans d'intervalle.

Les résultats de Hjern publiés en 2006 sont comparables à ceux que nous trouvons dans notre groupe 2. Dans son étude effectuée entre 1987 et 1992, 23,7% des patients anorexiques vivent en milieu rural, 24,3% vivent dans des grandes villes, et 52,0% vivent en milieu urbain (33). Nos résultats sont bien sûr difficilement transposables d'un pays à un autre, quand la politique, l'emploi, ou les caractéristiques géographiques sont si différentes. Il en va de même au sein d'un même pays, quand de telles analyses sont réalisées dans tel ou tel département. Cette même étude, effectuée dans un département d'Ile-de-France, n'aurait bien sûr pas mis en évidence les mêmes résultats.

Quoi qu'il en soit, van Son démontre dans une étude récente réalisée aux Pays-Bas qu'il n'y a pas d'association entre l'AM et l'urbanisation, contrairement à la boulimie qui est plus fréquente en zone urbaine (13). Nos analyses sont en faveur de cette hypothèse. Il semble que les travaux de Hoek en 1995 aboutissaient déjà à de tels résultats, puisqu'il ne trouvait pas de différence de prévalence pour l'AM entre les aires urbaines et rurales (62).

A l'inverse, Favaro a effectué une étude en Italie où il met en évidence le fait que l'AM tend à avoir une prévalence plus élevée dans les zones urbaines (42).

Cela montre bien que les données disponibles sur l'AM, sa prévalence et ses caractéristiques sociodémographiques sont encore largement discutées. Il apparaît difficile dans ce contexte de mettre en évidence des modifications éventuelles. Nous retiendrons de ces éléments que les données concernant les troubles des conduites alimentaires sont différentes si l'on considère la boulimie ou l'AM, alors que beaucoup d'études internationales s'intéressent aux TCA sans faire de distinguo. Cependant, nous avons pu constater, au fil de nos recherches bibliographiques, que les études s'attachent aujourd'hui plus souvent à un TCA particulier qu'aux TCA dans leur globalité.

Pour aller plus loin dans notre réflexion, nous avons voulu analyser l'impact du milieu de vie sur l'AM. Nous sommes partis du postulat qu'un milieu de vie rural pouvait rendre l'accès aux soins plus difficile, la prise en charge plus longue ou encore le diagnostic plus tardif. Nous avons comparé certaines données (telles que l'âge au moment de l'admission, l'âge au début des troubles, le délai d'évolution des troubles avant l'hospitalisation, le BMI au moment de l'admission et la durée du séjour dans notre service) entre deux sous-populations : les patients vivant en milieu urbain (zones ZAUER 1, 2 ou 3) et ceux vivant en milieu rural (zones ZAUER 4, 5 ou 6). Nos analyses n'ont pas mis en évidence de différence significative entre nos deux groupes. Ces résultats soulignent finalement le fait que la répartition milieu urbain/milieu rural de nos patients ne semble pas avoir de conséquence sur les caractéristiques de la pathologie. La répartition ZAUER de notre groupe 2 est-elle à mettre en lien avec une ruralisation de l'AM ou est-elle comparable aux mouvements de population intra-régionaux ?

3.2.3. Catégories socioprofessionnelles des parents

Nos analyses concluent à une absence de modification significative du statut socioéconomique des familles de patients anorexiques. Nous avons étudié l'impact éventuel de la catégorie socioprofessionnelle sur certains critères cliniques (âge au début des troubles, âge au moment de l'hospitalisation, délai des troubles avant l'admission, BMI à l'admission, durée d'hospitalisation), et nos résultats n'ont pas mis

en évidence de différence significative entre nos deux sous-groupes « CSP 5 ou 6 » (milieu socioéconomique faible) et « autres CSP » (milieu socioéconomique moyen ou élevé).

En 1989, Molgaard démontre que le risque d'AM est plus important dans les familles de classe moyenne ou élevée (32). Ce sont de telles affirmations que nous trouvons encore aujourd'hui dans la plupart de nos manuels, et c'est à partir de ces observations que nous avons imaginé le sujet de notre travail.

L'étude récente de Carney en 2009 montre à l'inverse que les patients présentant des TCA sont issus de milieux socioéconomiques de plus en plus variés (41).

L'étude de Favaro en 2002 aboutissait déjà à de tels résultats ; il montrait alors qu'un niveau social plus élevé n'entraîne qu'une augmentation modeste et non significative du risque de TCA (42).

Hjern se positionne de façon similaire lorsqu'il affirme l'absence d'impact du statut socioéconomique sur le développement de l'AM. Pour rappel, ses travaux effectués en Suède relevaient un milieu économique bas ou modéré pour 40,6% de ses patients, tandis que ceux dont le milieu économique était élevé représentaient 39,3% de son effectif (33). Ces chiffres étaient comparables aux données disponibles à partir de l'organisme équivalent de l'INSEE dans son pays.

Enfin, d'après Alvin, l'AM, longtemps considérée comme une maladie « bourgeoise », apparaît de moins en moins sélective dans sa distribution (29).

Ces études, qui semblent confirmer l'une de nos hypothèses de départ, nous laissent supposer que nous n'avons pas pris suffisamment de recul entre nos deux groupes pour observer une tendance similaire.

Nous pouvons également imaginer qu'il ne s'agit pas là d'une « modification » du profil des patients anorexiques, mais d'une caractéristique qui a toujours existé : l'AM toucherait de façon identique toutes les classes économiques de la population. En effet, il a été largement affirmé que l'AM concernait principalement les classes

socioéconomiques favorisées, mais il semblerait que ce soit plutôt le résultat de biais des études réalisées en milieu clinique autrefois : les sujets les mieux informés accédaient plus aux soins pour ces troubles rares (59).

Dans ces conditions, il paraît difficile de mettre en évidence un changement, d'où l'importance de telles études pour pouvoir objectiver une certaine réalité clinique.

3.2.4. Antécédents psychiatriques des parents

L'AM est une pathologie d'origine multifactorielle, avec des facteurs prédisposants (individuels, familiaux et culturels), précipitants et pérennisants (63). Un antécédent psychiatrique familial (toutes pathologies confondues à l'exception de l'alcoolodépendance), particulièrement lorsqu'il concerne la mère, est un facteur de risque pour l'AM avec un odds ratio de 7,67 ($p < 0,001$) (32). Le TOC, la dépression et le trouble anxieux sont plus élevés chez les parents d'anorexiques mentaux que dans la population générale (64).

C'est dans le but de comprendre au mieux la psychopathologie de chacun des patients que nous avons inclus dans notre étude, que nous avons voulu relever les antécédents psychiatriques de leurs parents. Cette recherche nous est également apparue indispensable puisque, comme le souligne l'HAS, l'existence de relations familiales difficiles (qui peuvent être favorisées ou induites par une pathologie mentale parentale) est un facteur de mauvais pronostic au même titre qu'un nombre d'hospitalisations et des durées de séjour plus élevés, un trouble de la personnalité ou une dépression associée, une boulimie ou un âge de début précoce (9).

Nous avons collecté l'histoire familiale de nos patients sans utiliser d'instrument de mesure. Nous avons retenu les antécédents psychiatriques des parents mentionnés lors des différents entretiens médicaux réalisés tout au long de l'hospitalisation, ou lors du bilan psychologique effectué peu après l'admission.

3.2.4.1.Troubles des conduites alimentaires

Face à un patient anorexique, le médecin s'efforce toujours de dépister une éventuelle vulnérabilité génétique. Il recherche, dans l'histoire de la famille, des troubles dépressifs majeurs, des troubles obsessionnels compulsifs et, plus particulièrement, des troubles alimentaires dans lesquels la problématique dépressive joue un rôle très important. On retrouve de tels antécédents familiaux chez les anorexiques restrictives pures plutôt que chez celles qui vomissent. Des études actuelles montrent que le risque d'avoir un enfant anorexique est de 3% si une personne apparentée en est atteinte, alors qu'il n'est que de 0,3% si ce n'est pas le cas (39).

La prévalence des TCA chez l'un des deux parents ne varie pas significativement entre nos deux groupes. Nos analyses révèlent un TCA chez 7,0% des mères dans le groupe 1, et 7,8% des mères dans le groupe 2. Les chiffres concernant les pères sont trop peu importants pour être discutés.

Nous ne disposons pas de chiffres précis concernant cette donnée dans la littérature, cependant, contrairement à Jeammet, Laporte en 2001 ne relève pas plus de TCA dans les familles d'anorexiques que dans la population générale (23). Ses travaux se sont penchés sur les caractéristiques des familles de femmes présentant un trouble d'AM restrictive comparées à celles de familles-témoins.

3.2.4.2.Troubles de l'humeur

Beaucoup d'études se sont intéressées aux antécédents familiaux de troubles de l'humeur chez les patients anorexiques. .

Perdereau effectue d'ailleurs une revue de la littérature à ce sujet dans l'*Encéphale* en 2007 (63), qui reprend les données publiées entre 1980 et 2002. Ses travaux distinguent les troubles de l'humeur, la dépression et l'Episode Dépressif Majeur (EDM).

Strober trouve 18,1% de troubles de l'humeur dans la famille au 1^{er} et 2^{ème} degré des patients anorexiques déprimés, 5,1% dans la famille au 1^{er} degré d'anorexiques non déprimés, et 4,1% dans la famille de sujets témoins, souffrant d'autres troubles psychiatriques.

Rivinus rapporte quant à lui 16,1% de dépression chez les parents au 1^{er} degré d'anorexiques, alors que cette proportion est de 6,5% selon Halmi. Cependant, dans ces deux études, nous notons que l'auteur ne précise pas quel trouble est considéré.

Enfin, Lilenfeld fait état de 15% d'EDM chez les apparentés d'anorexiques mentales restrictives (population féminine), et de 7% d'EDM chez les apparentés de sujets sains (différence significative avec $p < 0,06$). Halmi souligne au contraire l'absence de différence significative entre la prévalence de l'EDM chez les mères d'anorexiques (11%) et chez les mères de sujets témoins (3,5%).

Kaplan effectue une autre revue de littérature et rapporte des troubles de l'humeur chez 6,5% à 20,4% des parents d'anorexiques (23). Les chiffres de Laporte se situent dans cet intervalle avec une proportion de 16% de familles rapportant un antécédent de dépression (dont 8% chez la mère) (23).

L'étude de Rastam en 1991 compare une population anorexique mentale à une population témoin ; ses résultats sont en faveur d'une prévalence plus élevée de mères déprimées chez les anorexiques mentaux par rapport à la population générale (65).

La tendance dépressive de la mère est significativement associée à une tendance à l'abnégation chez sa fille anorexique (66), ce qui concorde avec la littérature qui décrit les patients anorexiques comme étant prêts à se sacrifier pour les besoins de leur famille.

La dépression de l'un des parents, et de la mère en particulier, peut constituer un facteur susceptible de renforcer l'angoisse de la jeune fille. Parce que ses désirs sont ressentis comme potentiellement dangereux et risquent de lui faire perdre l'amour de ses parents, l'enfant les réprimera, ce qui favorise sa soumission excessive aux attentes des autres, au détriment de l'affirmation de soi (39).

Nos résultats chez les mères (11,3% des mères dans le groupe 1 et 24,7% des mères dans le groupe 2 avec p significatif évalué à 0,0349) nous ont surpris de par l'évolution constatée : les mères des patients anorexiques hospitalisés à Nancy-Brabois ont tendance à être plus souvent dépressives dans le second groupe. Nous nous sommes interrogée sur la tendance évolutive de la dépression d'une manière plus générale, et

nous avons pu constater qu'aucune étude ne relève de tendance à l'augmentation pour la prévalence de l'EDM chez la femme (67). Une étude à plus grande échelle, avec des outils de mesure précis, permettrait de confirmer ou d'infirmer la tendance que nous avons observée.

Quoi qu'il en soit, si elle impacte sur la prévalence du TCA chez l'adolescent, notre étude démontre que la présence d'un trouble de l'humeur chez la mère a également une incidence sur la prévalence de l'épisode dépressif chez nos patients. En effet, en se basant sur les chiffres relevés dans notre groupe 2, nous notons que 24,1% des patients du sous-groupe « pas de trouble de l'humeur de la mère » sont déprimés, alors que 68,4% des patients du sous-groupe « trouble de l'humeur de la mère » sont déprimés, avec $p = 0,0008$.

3.2.4.3. Alcoolodépendance

Dans son étude de 1989, Molgaard étudie l'histoire conjugale des parents, les antécédents familiaux de dépendance alcoolique, les antécédents familiaux psychiatriques, et la composition de la fratrie de 40 anorexiques mentaux, dans le but de définir des facteurs de risque à cette pathologie. Ses résultats conduisent à considérer l'alcoolisme maternel comme un facteur de risque de l'anorexie, avec un odds ratio de 4,00 ($p < 0,006$) (32).

Selon Laporte, 40% des familles rapportent des problèmes liés à l'alcool ; cela concerne le père dans 25% des cas, la mère dans 8% des cas, et les deux parents dans 8% des cas (23). Ses résultats témoignent d'une consommation d'alcool plus fréquente chez les parents d'anorexiques que dans la population générale.

Dans notre étude, un antécédent de dépendance à l'alcool, actuel ou ancien, est relevé pour 9,9% de l'effectif du groupe 1, et pour 3,9% de l'effectif du groupe 2, sans différence significative entre les deux groupes. Nos chiffres apparaissent très éloignés de ceux de Laporte, mais ils sont comparables à ceux relevés dans la population générale de Lorraine, où 8,6% de la population avoue une consommation excessive d'alcool en 1995 (68) contre 6,1% en 2008 (69) (score ≥ 2 au questionnaire CAGE DETA).

3.2.5. Fratrie du patient

Nos résultats ne montrent pas de modification significative entre nos deux périodes dans la fratrie des patients étudiés.

Dans l'étude de Laporte, la fratrie des anorexiques comporte en moyenne 1,6 enfant (écart-type de 1,3), et le patient est aîné ou unique dans 35,7% des cas, benjamin dans 50,0% des cas, et médian dans 14,3% des cas (23).

Dans notre étude, le patient anorexique inclus est aîné ou unique dans 47,9% (groupe 1) et 42,9% (groupe 2) des cas, benjamin dans respectivement 36,6% et 37,7% des cas, et médian dans respectivement 15,5% et 19,5% des cas. La fratrie comporte en moyenne 2,5 enfants dans le groupe 1, et 2,7 enfants dans le groupe 2 (chiffres bien supérieurs à ceux de Laporte, mais à comparer à ceux du département, et à mettre en lien avec l'augmentation de la natalité constatée ces dernières années).

Si aucune étude ne cite la composition de la fratrie comme facteur de risque potentiel de l'AM, nos résultats nous ont confortée dans l'idée qu'il pourrait s'agir là d'une étude intéressante à mener comparativement à la population générale.

3.3. Données concernant la prise en charge des patients

La durée d'évolution des troubles avant l'instauration de la prise en charge hospitalière dans notre service est en moyenne de 14,4 mois dans le groupe 1 (écart-type de 13,4 mois), et 11,2 mois pour le groupe 2 (écart-type de 7,7 mois), sans différence significative entre les deux groupes.

Le fait que l'un de nos critères d'inclusion soit la première hospitalisation à Nancy-Brabois peut être considéré comme un biais important.

Premièrement, il s'agit d'un service de CHU à la renommée importante, bénéficiant par conséquent d'un recrutement régional voire inter-régional. Aussi, pour plusieurs patients, la première hospitalisation dans notre service n'est pas la première hospitalisation qu'ils ont connue dans le cadre de la prise en charge de leur anorexie. Certains nous sont même transférés d'autres centres hospitaliers, originaires de services

divers tels que pédiatrie générale, endocrinologie, ou pédopsychiatrie. Ce biais a non seulement un impact sur le délai entre le début des troubles et la prise en charge dans notre service, mais il peut également avoir des conséquences sur le BMI à l'admission, qui sera majoré ou aggravé selon le type et l'efficacité de la prise en charge instaurée précédemment.

Deuxièmement, la prise en charge instaurée lors du premier séjour du patient dans le service peut être tout à fait différente lors des réhospitalisations éventuelles ; les critères que nous avons étudiés peuvent alors s'en trouver extrêmement modifiés. Aussi notre étude ne donne-t-elle qu'un aperçu des pratiques du service, une photographie à un instant t.

3.3.1. Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation n'est pas significativement différente dans nos deux groupes, avec 52,6 jours en moyenne dans le groupe 1 et 58,4 jours en moyenne dans le groupe 2.

Déjà en 2006, Kabuth expliquait que la durée d'hospitalisation peut être très variable ; « elle semble osciller en moyenne à Nancy autour d'un peu plus d'un mois et demi, et dans les diverses publications entre 3 et 6 mois » (20,21).

Nos chiffres sont très éloignés de ceux de Jeammet, dont l'analyse, incluant 300 patients de 12 à 22 ans, faisait ressortir une durée d'hospitalisation de 135 jours en moyenne. Dans cette étude, l'auteur rappelle les facteurs prédictifs de la durée d'hospitalisation : la durée des troubles avant hospitalisation, la mise en place d'une sonde nasogastrique (SNG) pendant l'hospitalisation, l'aboutissement du contrat de poids et les comorbidités psychiatriques (22).

Les chiffres de Willer se rapprochent des nôtres avec une durée moyenne de séjour de 73,1 jours entre 1975 et 1980, et de 39,5 jours entre 1990 et 1995 (70); en revanche, nous ne retrouvons pas dans notre analyse la tendance qu'il décrit, à savoir la diminution dans le temps de la durée de séjour. Cette observation est sans doute à mettre en relation avec l'inflation du coût des soins aux Etats-Unis ; « le rôle de l'hospitalisation dans l'AM a changé dramatiquement depuis 10 ans aux USA et se

limite à des séjours brefs quand la perte de poids est aiguë », explique en effet Steiner en 1998 (20). De plus, Willer fait le lien entre moindre durée d'hospitalisation (par conséquent gain de poids plus rapide) et risque croissant de réhospitalisation.

Selon Béraud, la durée d'hospitalisation serait également liée à l'âge de début des troubles : les hospitalisations seraient plus courtes quand le trouble débute plus précocement (40).

Ces disparités de résultats entre les études peuvent s'expliquer d'une manière générale par les variabilités internationale, interservice et interéquipe des politiques menées. La stabilité dans le temps de nos résultats démontre la cohérence de nos prises en charge d'un patient à un autre, cohérence qui peut être mise en lien avec le fait que certains médecins et cadres infirmiers sont présents depuis l'ouverture du service.

3.3.2. Réalimentation

Comme le rappelle l'HAS, la nourriture est le seul traitement de référence (9).

La sonde nasogastrique (SNG) est rarement débutée d'emblée. En tout état de cause, il n'existe aucun consensus concernant les critères imposant le recours à la nutrition par sonde. Le plus souvent, face à des patients cachectiques, c'est la tolérance de l'équipe soignante qui est déterminante. Celle-ci dépend de son expérience, de sa capacité à élaborer collectivement l'angoisse suscitée par le patient et sur la possibilité d'un recours immédiat à une équipe de réanimation expérimentée en cas de symptômes cliniques évoquant une aggravation (71). Ses critères cliniques de mise en route sont : l'aphagie quasi-totale, une perte de poids rapide au cours de l'hospitalisation, un BMI < 12 kg/m², une bradycardie importante, et une fluctuation de l'état de conscience. A Nancy, c'est en cas de perte de poids ou de stagnation pondérale durant plus d'une semaine que la réalimentation assistée est proposée au patient par le pédiatre ou l'équipe de pédopsychiatrie (72).

Il faut savoir que la mise en place d'une sonde constitue toujours, de par l'effraction physique et psychique qu'elle suppose, un traumatisme. La réalimentation par sonde est le plus souvent continue mais ses modalités techniques sont en réalité fonction des

capacités de surveillance hospitalière (73). Si elle est requise, son utilisation doit être la plus brève possible (71).

Pour Robb, la SNG permet un gain de poids et une augmentation du BMI plus rapide et plus importante, c'est pourquoi elle est mise en place pour des patients plus sévères. Il s'agit le plus souvent des patients dont le nombre d'hospitalisations antérieures est plus important. Selon elle, la SNG n'entraîne pas d'augmentation de la durée d'hospitalisation (74).

Une étude menée par Rigaud en 2008 démontre que la SNG permet une prise de poids plus rapide et harmonieuse (62 % de masse maigre et 38 % de masse grasse), alors que la prise d'eau hors les cellules (oedèmes) est plus grande dans le groupe "sans sonde" (75).

Dans l'étude de Couturier réalisée au Canada sur une cohorte de 21 patients âgés de 15,1 ans en moyenne (écart-type de 1,9 ans), l'utilisation de la SNG diminue de 67% à 11% après la mise en place de repas thérapeutiques. L'auteur souligne l'absence d'impact de la SNG sur la durée d'hospitalisation, la courbe pondérale, et le nombre de réhospitalisations (27).

Dans notre étude, respectivement 47,9% des patients du groupe 1 et 20,8% des patients du groupe 2 ont bénéficié d'une réalimentation par sonde en plus de la réalimentation orale, avec une différence significative entre nos deux échantillons ($p = 0,0005$). Nous avons été frappée par cette évolution dans les pratiques du service. Cette modification nous interroge à nouveau sur la variabilité des pratiques d'un praticien à un autre (il s'agit en l'occurrence du pédiatre dans notre service de Nancy-Brabois), mais aussi sur la moindre fréquence d'indication de la sonde dans le groupe 2.

Contrairement à Robb, nous notons que, dans notre étude, la durée d'hospitalisation augmente significativement lorsqu'une SNG est mise en place, confirmant le fait que cet outil thérapeutique n'est employé que dans les situations les plus critiques (BMI moyen à l'admission dans le groupe 2 calculé à $15,0 \text{ kg/m}^2$ dans le sous-groupe n'ayant pas eu de SNG, et à $13,5 \text{ kg/m}^2$ dans le sous-groupe ayant eu la SNG, avec $p = 0,0012$). Ainsi, la durée de séjour passe de 38,2 à 67,9 jours dans le groupe 1 ($p = 0,0005$), et de

51,2 à 85,9 jours dans le groupe 2 ($p = 0,0030$) dans le sous-groupe ayant bénéficié d'une renutrition par sonde.

Dans son travail effectué en 1999, Body Lawson se propose de présenter la nutrition entérale comme une alternative possible à des séjours hospitaliers qui s'éternisent. Ainsi, il compare l'expérience nancéenne en 1998, au travers de la thèse de Grandvoinet, sur la période 1985-1996, à une étude de référence (Jeammet, 1991). Par l'intermédiaire d'autoquestionnaires, il étudie l'évolution clinique et le retentissement psychologique d'une telle méthode chez 48 anciens patients du service. Il nous explique qu'il peut exister une résistance initiale, qui s'atténue en expliquant aux patients l'intérêt et les limites de la sonde et en leur montrant son utilisation chez les enfants, en particulier les nourrissons. L'acceptation peut être difficile au début du fait de l'aspect mécanique et artificiel de ce mode de réalimentation qui peut induire des fantasmes d'intrusion intracorporelle et de perte partielle de maîtrise du corps et de l'alimentation. Grandvoinet remarque que l'utilisation de la SNG dans le contexte de l'anorexie mentale semble moins fréquente depuis quelques années dans le service. En effet, sur la cohorte 1985-1996, 23 des 38 patients hospitalisés ayant répondu aux questionnaires ont bénéficié d'une réalimentation par sonde, soit 60%, tandis que dans la précédente étude nancéenne (Reichenbach, 1992), portant sur la période de 1983 à 1991, la réalimentation complémentaire par sonde gastrique a été utilisée dans 87% des cas. Plus de 10 ans plus tard, notre étude confirme cette tendance qu'elle observait déjà en 1998. Concernant le ressenti des patients évalués, le traitement par SNG a été « considéré comme utile et supportable, même si les patients ont éprouvé quelques moments difficiles ». Enfin, Body Lawson met en évidence une différence significative de durée d'hospitalisation entre les patients ayant reçu une alimentation entérale et ceux n'ayant reçu qu'une alimentation orale. Le recours à cette méthode permet donc d'éviter un poids trop bas pendant la maladie et de réduire la durée d'hospitalisation. « Elle est une tutelle pour mettre l'adolescent anorexique hors du danger physique mortel » (72).

Toujours selon Body Lawson, de l'avis de nombreuses infirmières, l'assistance nutritionnelle est une aide supplémentaire, au même titre que les collations. Elle permet de gagner du temps. Le fait que le patient lui-même mette sa sonde signifie qu'il fait lui-même le geste de se nourrir. L'opposition de la part des patients montre qu'ils ne restent

pas passifs mais sont partie prenante dans la démarche thérapeutique, ce qui signifie une tentative de gestion de la distance affective avec les soignants (72).

Dans l'étude de Béraud, l'utilisation de la SNG est en progression constante, notamment au milieu des années 1990, avec 39% d'utilisation dans la période 1993-1996. Cependant, la pose de SNG n'entraîne pas de différence significative par rapport à l'absence de sonde en ce qui concerne les durées d'hospitalisation (97,6 jours vs 87,3 jours en moyenne) et le nombre d'hospitalisations (1,7 vs 1,4), ces deux variables étant même plus importantes quand la patiente a bénéficié d'une renutrition parentérale. Le recours plus fréquent à la SNG peut s'expliquer par la collaboration plus étroite avec les pédiatres dans la prise en charge des facteurs somatiques liés au trouble, et la prise en compte plus accrue des facteurs nutritionnels (40).

3.3.3. Traitement psychotrope

Combinée à la renutrition et à une psychothérapie, la pharmacothérapie peut être utile chez les patients pris en charge pour un TCA et une comorbidité (76).

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont utilisés en combinaison avec la psychothérapie en cas de syndrome dépressif ou de trouble obsessionnel associé (9). D'une manière générale, les antidépresseurs sont très rarement utilisés en première partie d'hospitalisation, et leur prescription entre le plus souvent dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché (dépression avérée voire mélancoliforme, TOC) (73).

L'indication des neuroleptiques n'est justifiée que pour une minorité de patients, qui présentent une anxiété quasi panique face aux aliments, un état d'agitation prolongé, des phobies très importantes, des comportements obsessionnels majeurs (29), une résistance sévère à prendre du poids, ou si le déni prend des proportions délirantes (9). Compte tenu des effets secondaires et toxiques (hypotension, troubles du rythme) de la plupart des neuroleptiques, ceux-ci doivent être utilisés avec extrême précaution chez les adolescents anorexiques (29).

Les anxiolytiques sont parfois utiles pour traiter l'anxiété anticipatoire présente avant les repas (9).

Nos résultats sont en faveur d'une certaine stabilité des pratiques en ce qui concerne la prescription de psychotropes. Seuls les neuroleptiques atypiques ont vu leur fréquence de prescription augmenter de manière significative de 0 à 13% entre le groupe 1 et le groupe 2 ($p = 0,0017$). Le seul antipsychotique prescrit dans notre étude est la rispéridone. En France, ce traitement est apparu sur le marché en 1995, soit pendant la période d'observation du groupe 1. Il a bien sûr fallu quelques années de recul pour que sa prescription entre dans les pratiques du service, ce qui explique probablement sa fréquence plus importante dans le groupe 2. Les patients qui se sont vus prescrire de la rispéridone (9 filles et 1 garçon) avaient tous un trouble anxieux associé et une rigidité de la pensée. Pour 5 d'entre eux, les traits psychotiques relevés lors du bilan psychologique faisaient craindre l'installation d'un trouble de la personnalité, voire d'une psychose chronique. Les 5 autres adolescents concernés souffraient d'un trouble de l'humeur associé (de type dépressif), et le traitement par rispéridone leur a été prescrit à visée thymorégulatrice. Dans tous les cas, nous constatons que l'antipsychotique a bien été prescrit dans le but de traiter les comorbidités présentes, et non l'AM elle-même.

3.3.4. Réhospitalisations

D'après Steinhausen, 44,8% des patients requièrent une réhospitalisation au moins (31). Les facteurs de risque dont il fait mention sont une alcoolodépendance chez le père, un antécédent familial de TCA, un trouble alimentaire dans l'enfance, une hyperactivité périodique, une faible prise de poids pendant la première hospitalisation, et enfin, un BMI très bas à la sortie de la première hospitalisation.

Dans son étude, Willer met en évidence un nombre moyen de réhospitalisations plus important dans sa cohorte 1990-1995 (1,43) que dans sa cohorte 1975-1980 (0,68) (70). Selon lui, cette tendance est à mettre en lien avec la durée d'hospitalisation plus courte et le gain de poids plus rapide qu'il observe dans sa cohorte 1990-1995.

Pour Béraud, il existe une relative stabilité des réhospitalisations par individu au cours de ces 15 années 1985-2000, qui peut nous donner à penser que quelle que soit la prise en charge, la durée de l'hospitalisation et le nombre de réhospitalisations, il existe une constance des mécanismes psychopathologiques qui semble indépendante de l'évolution thérapeutique et de l'évolution socioculturelle, voire culturelle (40).

Nous notons que les réhospitalisations ont tendance à être moins fréquentes dans le groupe 2 (0,46 réhospitalisation en moyenne, avec un écart-type de 0,75) que dans le groupe 1 (1,1 réhospitalisation en moyenne avec un écart-type de 2,08). 24 patients sont concernés dans le groupe 2, et 29 dans le groupe 1, d'où l'importance de prendre en compte l'écart-type. Cependant, les chiffres retrouvés dans notre groupe 2 sont à considérer avec précaution du fait du peu de recul dont nous disposons, notamment pour les patients hospitalisés pour la première fois en 2010. Les chiffres du groupe 1 sont également discutables du fait de l'écart-type très important.

Le ressenti de l'équipe, supposant la plus grande gravité clinique des patients hospitalisés actuellement, nous a amenée à anticiper des résultats inverses à ceux que nous avons mis en évidence. En effet, plusieurs facteurs auraient pu être à l'origine de réhospitalisations plus fréquentes aujourd'hui qu'auparavant. Premièrement, la prise en charge bifocale de la pathologie rend l'échappement aux soins beaucoup plus rare. Deuxièmement, le mode de recrutement du CHU est régional, ce qui amène à rencontrer des patients particulièrement difficiles. Et troisièmement, le retour au domicile au sortir de l'hospitalisation peut être source de difficultés pour le patient si la problématique familiale n'a pas été prise en compte et traitée dans son ensemble, ce qui est malheureusement souvent le cas.

Dans notre pratique, plusieurs familles se sont montrées difficilement mobilisables pour les entretiens médicaux, de par leur manque de disponibilité, leurs difficultés de verbalisation, d'élaboration ou de remise en question. Globalement, les patients issus de familles décrites comme dysfonctionnelles semblent avoir un devenir et un pronostic à court et long terme moins favorables que les patients de familles au fonctionnement moins perturbé ; une plus grande sévérité des difficultés intrafamiliales est associée à une moins bonne adhésion thérapeutique et à des risques plus élevés d'interruption précoce de traitement ; et l'évolution de la maladie est fortement associée à l'évolution

de la qualité des relations familiales au cours de la période de traitement et de suivi ultérieur (77). Pour que les thérapies familiales obtiennent de bons résultats, il faut des familles qui acceptent et soient capables de suivre ce type de traitement, car cette méthode demande beaucoup de responsabilités.

3.3.5. Quelles alternatives dans la prise en charge de ces patients

Cette constatation nous conduit à considérer les alternatives de l'hospitalisation ou du retour au domicile comme des outils indispensables de l'arsenal thérapeutique. Ces solutions intermédiaires sont :

- le CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel);
- l'internat scolaire : si l'anorexique ne pose plus de problèmes médicaux immédiats et que toute la famille est d'accord ;
- les familles d'accueil ;
- les centres de post-cure en institution pour adolescents : si l'hospitalisation n'a abouti qu'à un résultat encore très partiel, tant au plan symptomatique que psychologique, et qu'une prolongation de l'éloignement familial paraît hautement souhaitable. Selon les besoins il pourra s'agir d'un établissement médical de soins de suite et de réadaptation ou d'un centre spécialisé à orientation psychoéducative ou psychiatrique (29) .

D'autre part, afin de rendre la participation des familles aux soins plus facile, il existe entre autres des thérapies multifamiliales, comme cela est proposé dans le service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent de l'Hôpital Robert Debré à Paris. Celles-ci consistent à regrouper plusieurs familles dans l'optique de créer un cadre et un réseau social thérapeutiques, en combinant des approches de thérapie de groupe et de thérapie familiale, ainsi que des éléments de thérapie psychoéducative. Leurs objectifs sont de combattre le vécu d'isolement et de culpabilité familiale, de créer une dynamique de solidarité, d'introduire de nouvelles perspectives et techniques dans la gestion du refus alimentaire, et de favoriser des passerelles entre le monde hospitalier et le monde familial. Les résultats des premières expériences d'application à Dresde en Allemagne montrent des taux de réhospitalisation significativement réduits (77).

Une autre forme de thérapie, le « groupe de parents », est mis en place depuis environ 30 ans dans le service du Pr Jeammet. Ses objectifs sont : d'amener les parents à parler en leur nom et non plus au nom de leur enfant ; de leur permettre d'exprimer leurs affects dans leurs composantes libidinale et agressive, et de s'autoriser à vivre pour eux-mêmes ; de revaloriser leur rôle en nuancant leur idéal de perfection, en faisant le lien avec leur enfance et leurs propres parents, de leur montrer l'aspect positif de l'évolution de leur enfant et l'importance de cette crise maturative que représentent l'anorexie et l'hospitalisation ; de leur témoigner leur part de responsabilité dans l'évolution de leur enfant, non pas pour les accuser mais pour mettre l'accent sur l'attachement que celui-ci leur porte ; d'éviter que le processus d'autonomisation de l'adolescent ne provoque une inversion de la qualité de sa relation à ses parents ; enfin, d'exercer une action spécifique sur les pères, en valorisant leur rôle et leur importance auprès de leur enfant en les incitant à intervenir davantage, voire à s'imposer et à supporter le conflit avec lui en posant des interdits et en marquant des limites entre lui et eux (39). Ce type de thérapie a également été expérimenté à Nancy-Brabois.

Parmi les nouvelles alternatives parfois proposées dans le traitement de l'AM, il y a également les approches intégratives en milieu ambulatoire. Il s'agit de traitements séquentiels, courts et répétés, sous le type d'hospitalisation de jour ou de demi-journée ou dans le cadre de programmes multivariés, pluridisciplinaires de prise en charge de groupe ou de thérapies systémiques brèves dans lesquelles le respect de l'individu est privilégié tout comme le maintien dans son milieu de vie, ainsi que l'implication plus rapide des parents et des familles (40).

3.3.6. La question de la prévention

Elle paraît difficile lorsqu'on sait que les facteurs de risque sont assez peu spécifiques et que, s'il existe des facteurs de vulnérabilité, ils ne prédisent pas le mode d'expression de la difficulté psychique et la forme pathologique qu'elle va prendre à l'adolescence.

Une étude publiée dans un journal de santé publique américain a montré une augmentation significative de l'apparition des troubles après un essai de prévention par des anciennes anorexiques, sollicitées pour informer leurs camarades. S'appuyant sur l'échec de ces approches, d'autres équipes médicales proposent un changement radical

de perspectives : cesser de centrer la prévention sur les dangers potentiels et former des groupes de parole au sein desquels les jeunes apprendraient à faire face aux risques auxquels ils sont confrontés. L'accent ne serait alors plus mis sans cesse sur l'interdit et le mauvais, mais sur la préservation de leur capacité à se réaliser et à avoir des satisfactions et du plaisir (39).

CONCLUSION

Notre travail a permis d'évaluer le profil des patients anorexiques hospitalisés dans le service de Pédiopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants du CHU de Nancy-Brabois, et de mettre en évidence les changements observés en 10 années de pratique. Il a également permis d'objectiver une certaine réalité clinique, parfois éloignée des données de la littérature, et d'évaluer les pratiques du service.

Contrairement à nos attentes, les patients anorexiques que nous accueillons actuellement dans le service ne sont pas plus inquiétants qu'aux débuts du service ; leur âge, leur BMI à l'admission, ou leur durée d'hospitalisation sont en tous points comparables sur les deux périodes étudiées. De plus, si nous pensions que nos patients étaient moins efficaces sur le plan scolaire qu'autrefois, nos résultats ont également infirmé cette hypothèse. Enfin, l'AM touche toutes les catégories socioéconomiques sans distinction, et les caractéristiques sociodémographiques de nos deux groupes de patients sont sensiblement identiques.

Notre étude a toutefois objectivé certains changements en 10 ans : nos patients sont moins déprimés, tandis que leurs mères le sont davantage ; les adolescents vivant en milieu rural sont plus touchés ; la renutrition par sonde est moins utilisée, et le recours aux antipsychotiques est plus fréquent.

Notre travail ne nous a pas permis de mettre en évidence de facteurs pronostiques parmi ceux que nous avons étudiés (scolarité, milieu de vie, milieu socioéconomique).

Dans l'ensemble, nous avons été surprise par le **décalage entre nos attentes et nos résultats**. Ceci nous a poussée à nous interroger sur ce qui a façonné nos connaissances et nos ressentis, ce que nous considérons comme une expérience très enrichissante, et nous espérons que ce travail intéressera ceux qui, tout comme nous, ont été acteurs dans la prise en charge de ces patients.

Nous n'avons pas pu comparer toutes les données que nous avons étudiées à celles de la littérature, du fait d'un manque certain de recherches dans ce domaine, notamment en France. Premièrement, **la population généralement étudiée est exclusivement féminine, et concerne des tranches d'âges bien définies**, excluant le plus souvent les patients prépubères. Ensuite, nous n'avons répertorié **aucune étude sur l'évolution**

éventuelle de la pathologie anorexique : le terrain et le profil clinique (notamment le type restrictif ou purgatif), la situation familiale, les antécédents des parents ou les comorbidités psychiatriques de ces patients sont-ils les mêmes aujourd'hui qu'il y a quelques années ? Si nous ne sommes pas parvenus à répondre à cette question à l'échelle départementale, nous pensons qu'une étude à plus grande échelle serait sûrement intéressante et instructive. Enfin, aucune étude ne semble s'être intéressée à la **composition de la fratrie comme éventuel facteur de risque**, alors que son impact sur les relations intrafamiliales nous apparaît évident.

Nous avons pris conscience que, si la pathologie anorexique est décrite dans la littérature depuis l'Antiquité, elle reste néanmoins un sujet d'étude inépuisable, dans le sens où elle dépend de la société dans laquelle on la considère, elle-même en mouvement perpétuel.

RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. ARTHUIS M, DUCHE D-J.

Diagnostic et traitement des troubles des conduites alimentaires des adolescents: anorexie mentale et boulimie nerveuse [Internet]. 2002 [cité 2011 mars 5]; Available from: http://74.125.155.132/scholar?q=cache:Khk-LFGEp64J:scholar.google.com/+donn%C3%A9es+%C3%A9pid%C3%A9mio+anorexie+hardy&hl=fr&as_sdt=0

2. GULL W.

Anorexia nervosa (asepsia hysterica, anorexia hysterica). Dans: Transactions of the clinical Society of London. 1874. p. 22-28.

3. LASEGUE C.

L'anorexie hystérique. Dans: Archives générales de Médecine. 1873. p. 316-385.

4. Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.).

CIM 10 (Classification Internationale des Maladies et problèmes de santé connexes. 10e éd. OMS Genève: 1993.

5. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION.

DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2004.

6. RUSSELL GF, TREASURE J.

The modern history of anorexia nervosa. An interpretation of why the illness has changed. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1989;575:13-27; discussion 27-30.

7. GODART N, BERTHOZ S, PERDEREAU F, JEAMMET P.

Comorbidity of Anxiety With Eating Disorders and OCD. Am J Psychiatry. 2006 févr 1;163(2):326.

8. HUDSON J, HIRIPI E, POPE H, KESSLER R.
The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 févr 1;61(3):348-358.
9. HAS.
Anorexie mentale: prise en charge. Recommandations de bonne pratique: argumentaire. 2010. [Internet]. [cité 2011 févr 24]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf
10. GREEN L, FRYER G, YAWN B, LANIER D, DOVEY S.
The ecology of medical care revisited. *N. Engl. J. Med.* 2001 juin 28;344(26):2021-2025.
11. WADE T, BERGIN J, TIGGEMANN M, BULIK C, FAIRBURN C.
Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 févr;40(2):121-128.
12. HOEK H.
Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 juill;19(4):389-394.
13. VAN SON G, VAN HOEKEN D, BARTELDS A, VAN FURTH E, HOEK H.
Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2006 déc;189:562-563.
14. VAN SON G, VAN HOEKEN D, BARTELDS A, VAN FURTH E, HOEK H.
Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord*. 2006 nov;39(7):565-569.

15. GODART N, LAMAS C, NICOLAS I, CORCOS M.
Anorexie mentale à l'adolescence. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 2010;;30-50.
16. HAY P, BACALTCHUK J, CLAUDINO A, BEN-TOVIM D, YONG PY.
Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD003909.
17. GODART N, LYON I, PERDEREAU F, CORCOS M.
Eating disorders: how to treat adolescents?. Rev Prat. 2008;58(2):177-182.
18. National Institute for Clinical Excellence.
Eating disorders guidelines from NICE. Lancet. 7;365(9453):79-81.
19. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION.
Treatment of patients with eating disorders,third edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. 2006;163(7 Suppl):4-54.
20. KABUTH B, LOCK J.
Traitement de l'anorexie mentale de la jeune fille : de la Lorraine à la Californie. Adolescence. 2006;24(2):405-419.
21. GRANDVOINNET C.
Le devenir de l'anorexie mentale: A propos de 48 cas. 1998;
22. STRIK LIEVERS L, CURT F, WALLIER J, PERDEREAU F, REIN Z, JEAMMET P, et al.
Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008;18(2):75-84.

23. LAPORTE L, MARCOUX V, GUTTMAN HA.
Characteristics of families of women with restricting anorexia nervosa compared with families of normal probands. *Encephale*. 2001 avr;27(2):109-119.
24. RUSSELL G, SZMUKLER G, DARE C, EISLER I.
An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 déc 1;44(12):1047-1056.
25. LEONARD T, FOULON C, GUELFY JD.
Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *Encyclopédie Médico Chirurgicale* [Internet]. 2005 [cité 2011 avr 13]; Available from: http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=categ_see&id=283&page=8&nbr_lignes=116&main=&l_typedoc=s%2Cu%2Cp%2Cw%2Cy%2Cz%2Cq%2Ca
26. FISHER M.
Treatment of Eating Disorders in Children, Adolescents, and Young Adults. *Pediatrics in Review*. 2006;27(1):5-16.
27. COUTURIER J, MAHMOOD A.
Meal support therapy reduces the use of nasogastric feeding for adolescents hospitalized with anorexia nervosa. *Eat Disord*. 2009 sept;17(4):327-332.
28. KERMARREC S.
Le devenir de l'anorexie mentale de l'adolescence: à propos de 144 cas. Suivi de l'expérience nancéienne. 2005.
29. ALVIN P.
Anorexies à l'adolescence. Doin Editions; 1997.

30. STEINHAUSEN H.
The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002 août;159(8):1284-1293.
31. STEINHAUSEN H, GRIGOROIU-SERBANESCU M, BOYADJIEVA S, NEUMÄRKER K, WINKLER METZKE C.
Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study. *Int J Eat Disord*. 2008;41(1):29-36.
32. MOLGAARD CA, CHAMBERS CM, GOLBECK AL, ELDER JP, FERGUSON J.
Maternal alcoholism and anorexia nervosa: a possible association? *Int J Addict*. 1989 févr;24(2):167-173.
33. HJERN A, LINDBERG L, LINDBLAD F.
Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*. 2006 nov 1;189(5):428-432.
34. CHAMBAUD-PEYCHER C, DOYEN C, MOUREN-SIMEONI M-C.
Anorexie mentale et situations psychosociales anormales = Anorexia nervosa and abnormal psychosocial situations. *Annales de psychiatrie*. 2000;15(3):200-213.
35. CATHEBRAS P, FAYARD L, ROUSSET H.
Is anorexia nervosa a cultural disorder?. *Rev Med Interne*. 1991 avr;12(2):104-110.
36. BECKER A, BURWELL R, GILMAN S.
Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*. 2002 juin 1;180(6):509-514.

37. MAKINO M, TSUBOI K, DENNERSTEIN L.
Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and Non-Western Countries. *MedGenMed.* 6(3).
38. LEE S, NG K, KWOK K, FUNG C.
The changing profile of eating disorders at a tertiary psychiatric clinic in Hong Kong (1987-2007). *Int J Eat Disord.* 2010 mai;43(4):307-314.
39. JEAMMET P.
Anorexie Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence. Hachette Littératures; 2005.
40. BERAUD J, FENEON-LANDOU D, HENRY C, GENESTE J.
Anorexie mentale et hospitalisation : à propos de quinze années de pratique dans une unité psychiatrique pour adolescents. Recommandations, objectifs, devenir = Anorexia nervosa and hospitalization : about evolution of fifteen years practices in a psychiatric unit for adolescents. Recommendations, aims, outcome. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale.* 2005;9(86):43-48.
41. CARNEY J-M.
A demographic and symptom descriptive study of callers to the National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders: linking research and advocacy. *Eat Disord.* 2009 sept;17(4):293-301.
42. FAVARO A, FERRARA S, SANTONASTASO P.
The Spectrum of Eating Disorders in Young Women: A Prevalence Study in a General Population Sample. *Psychosom Med.* 2003 juill 1;65(4):701-708.
43. BIZEUL C.
Etude de la relation entre anorexie mentale et dépression. *Nervure.* 2002;15(8):31-35.

44. GUILBAUD O, CORCOS M, CHAMBRY J, PATERNITI S, LOAS G, JEAMMET P.
Alexithymia and depression in eating disorders. *Encephale*. 2000 oct;26(5):1-6.
45. GARCIA-ALBA C.
Anorexia and depression: depressive comorbidity in anorexic adolescents. *Span J Psychol*. 2004 mai;7(1):40-52.
46. GODART N, CURT F, PERDEREAU F, LANG F, VENISSE JL, HALFON O, et al.
Is depressive disorder linked to anxiety disorder among anorexics and bulimics?]. *Encephale*. 2005 août;31(4 Pt 1):403-411.
47. SALBACH-ANDRAE H, LENZ K, SIMMENDINGER N, KLINKOWSKI N, LEHMKUHL U, PFEIFFER E.
Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008 sept;39(3):261-272.
48. MATHET F, MARTIN-GUEHL C, MAURICE-TISON S, BOUVARD M-P. [
Prevalence of depressive disorders in children and adolescents attending primary care. A survey with the Aquitaine Sentinelle Network. *Encephale*. 2003 oct;29(5):391-400.
49. GODART N, CURT F, PERDEREAU F, LANG F, VENISSE J-L, HALFON O, et al.
Are anxiety or depressive disorders more frequent among one of the anorexia or bulimia nervosa subtype?. *Encephale*. 2005 juin;31(3):279-288.
50. KEYS A, BROZEK J, HENSCHER A, MICKELSEN O, TAYLOR H, SIMONSON E, et al.
The Biology of Human Starvation. [Internet]. [cité 2011 mars 30]; Available from: <http://www.cabdirect.org/abstracts/19512901514.html;jsessionid=71C521D6F4EC C305420F96D630389307>

51. GODART N, PERDEREAU F, JEAMMET P, FLAMENT M.
Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: results]. *Encephale*. 2005 avr;31(2):152-161.
52. PIRAN N, KENNEDY S, GARFINKEL PE, OWENS M.
Affective disturbance in eating disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1985 juill;173(7):395-400.
53. LAESSLE RG, KITTL S, FICHTER MM, WITTCHEN HU, PIRKE KM.
Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. A descriptive diagnostic study. *Br J Psychiatry*. 1987 déc;151:785-789.
54. GODART N, FLAMENT M, JEAMMET P.
Comorbidité des troubles des conduites alimentaires et des troubles anxieux = Comorbidity of eating disorders and anxiety disorders. *Perspectives psychiatriques*. 1996;35(4):298-305.
55. ZAIDER TI, JOHNSON JG, COCKELL SJ.
Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *Int J Eat Disord*. 2000 juill;28(1):58-67.
56. KAYE W, BULIK C, THORNTON L, BARBARICH N, MASTERS K.
Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2004 déc;161(12):2215-2221.
57. HALMI K.
Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(1):100-103.

58. SPERANZA M, CORCOS M, GODART N, JEAMMET P, FLAMENT M.
Current and lifetime prevalence of obsessive compulsive disorders in eating disorders]. *Encephale*. 2001 déc;27(6):541-550.
59. GODART N, PERDEREAU F, JEAMMET P.
Données épidémiologiques : anorexie chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2004 sept;17(6):327-330.
60. DURAND-PILAT I, VINCENT T.
Le lien au savoir de l'anorexique = Anorexia: The connection with knowledge. *Adolescence*. 2002;40(2):287-301.
61. CORCOS M, GUILBAUD O, SPERANZA M, STEPHAN P, JEAMMET P.
Place et fonction du concept d'alexithymie dans les troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico Psychologiques*. 1998;(156):668-678.
62. HOEK H, BARTELD S A, BOSVELD J, VAN DER GRAAF Y, LIMPENS V, MAIWALD M, et al.
Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry*. 1995 sept 1;152(9):1272-1278.
63. PERDEREAU F, FAUCHER S, JEAMMET P, GODART N-T.
Mood and anxiety disorders in relatives of anorexia nervosa patients: a review. *Encephale*. 2007 avr;33(2):144-155.
64. RAVIS, FORSBERG S, FITZPATRICK K, LOCK J.
Is there a relationship between parental self-reported psychopathology and symptom severity in adolescents with anorexia nervosa? *Eat Disord*. 2009 févr;17(1):63-71.

65. RASTAM M, GILLBERG C.
The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991 mars;30(2):283-289.
66. BACHAR E, KANYAS K, LATZER Y, CANETTI L, BONNE O, LERER B.
Depressive tendencies and lower levels of self-sacrifice in mothers, and selflessness in their anorexic daughters. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;16(3):184-190.
67. CORRUBLE E.
Epidemiological specificity and clinical aspects of depression in the woman]. *Encephale*. 2006 sept;32 Pt 3:S564-567; discussion S572.
68. COHIDON C, ALLA F, CHAU N, MICHAELY J.
Tabac, alcool et médicaments psychotropes en Lorraine, enquête épidémiologique en population générale. *Santé Publique*. 2005;17(3):325.
69. Enquête Santé Mentale Lorraine. Exploitation Régionale de l'Enquête Nationale « Indicateurs en Santé Mentale ». Octobre 2008 [Internet]. [cité 2011 juin 25]; Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sm_rap.pdf
70. WILLER M, THURAS P, CROW S.
Implications of the Changing Use of Hospitalization to Treat Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 2005 déc 1;162(12):2374-2376.
71. FIDELLE G, CORCOS M, BOCHEREAU D, HERMAN B, JEAMMET P.
Anorexie mentale et alimentation artificielle. Expérience d'un service de psychiatrie pour adolescents et jeunes adultes = Anorexia nervosa and artificial alimentation. Experience in psychiatric service for adolescents and young adults. *Annales Médico Psychologiques*. 1997;155(4):240-248.
72. BODY LAWSON F.
Anorexie mentale et assistance nutritionnelle. 1999.

73. DE TOURNEMIRE R, ALVIN P.

Prise en charge somatique dans l'anorexie mentale: recommandations médicales = Anorexia nervosa: Medical guidelines. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2001;49(5-6):384-392.

74. ROBB A, SILBER T, ORRELL-VALENTE J, VALADEZ-MELTZER A, ELLIS N, DADSON M, et al.

Supplemental Nocturnal Nasogastric Refeeding for Better Short-Term Outcome in Hospitalized Adolescent Girls With Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 2002 août 1;159(8):1347-1353.

75. RIGAUD D, BRONDEL L, POUPARD A, TALONNEAU I, BRUN J.

A randomized trial on the efficacy of a 2-month tube feeding regimen in anorexia nervosa: A 1-year follow-up study. *Clinical Nutrition*. 2007 août;26(4):421-429.

76. ROSSI G, BALOTTIN U, ROSSI M, CHIAPPEDI M, FAZZI E, LANZI G.

Pharmacological treatment of anorexia nervosa: a retrospective study in preadolescents and adolescents. *Clin Pediatr (Phila)*. 2007 nov;46(9):806-811.

77. COOK-DARZENS S, DOYEN C, BRUNAUX F, RUPERT F, BOUQUET M, BERGAMETTI F, et al.

Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie Familiale*. 2005;26(3):223.

VU

NANCY, le 15 juillet 2011
Le Président de Thèse

Professeur B. KABUTH

NANCY, le 15 juillet 2011
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3664

NANCY, le 19 juillet 2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'anorexie mentale est une pathologie fréquente, touchant en France environ 1% des adolescents ; cependant, peu d'études françaises se sont consacrées au profil des patients concernés. Dans la littérature, les descriptions dont l'anorexie mentale fait l'objet ont peu évolué ces dernières décennies, ce qui interroge sur l'aspect figé des connaissances à propos de cette maladie, pourtant fortement liée à l'environnement.

Nous nous sommes tout d'abord intéressée aux données actuelles sur l'anorexie mentale, et avons ensuite mené une étude du profil clinique, sociodémographique et thérapeutique des patients hospitalisés pour anorexie mentale dans le service de Pédopsychiatrie du CHU de Nancy, entre 1992 et 1997 d'une part, et entre 2007 et 2010 d'autre part. Ayant passé un semestre dans ce service, et nous appuyant sur notre ressenti mais aussi sur celui de l'équipe soignante, nous avons pour hypothèse que ces différentes caractéristiques s'étaient modifiées, au moins en partie.

Les données de notre étude font l'objet d'une étude descriptive puis comparative, et sont ensuite mises en parallèle avec celles de la littérature française et internationale.

Nous notons que l'âge, le BMI à l'admission, la durée d'hospitalisation, l'efficacité scolaire, ou les caractéristiques sociodémographiques des patients sont sensiblement identiques sur les deux périodes étudiées.

En revanche, nous observons quelques modifications : la comorbidité dépressive est moins fréquente, tandis que les mères souffrent davantage de trouble de l'humeur ; par ailleurs, le milieu rural est plus touché. Concernant le profil thérapeutique, la renutrition par sonde est moins utilisée, et le recours aux antipsychotiques est plus fréquent.

Au final, nos résultats mettent en évidence un décalage entre nos ressentis, ceux de l'équipe soignante, et les évolutions constatées en 10 années de pratique.

Ce travail souligne l'intérêt d'une étude qui serait menée à plus grande échelle, afin de mettre à jour l'état actuel des connaissances sur l'anorexie mentale.

TITRE EN ANGLAIS

Clinical, socio-demographic and therapeutic profile of patients hospitalized for anorexia nervosa in the Department of Child Psychiatry of the University Hospital of Nancy-Brabois: comparing the period 1992-1997 to 2007-2010.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2011

MOTS CLEFS :

Anorexie mentale – Adolescence – Evolution clinique – Evolution sociodémographique

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex