

Définition

Trouble mental caractérisé par la recherche et le maintien d'une poids anormalement faible et par une peur intense de grossir. (Greene et al., 2017, p.271)

Épidémiologie

L'anorexie touche plus fréquemment les femmes que les hommes.

Dans le monde, de 0,1% à 3,6% de femmes et jusqu'à 0,3% d'hommes souffrent d'anorexie au cours de leur vie (prévalence vie entière) (van Eeden et al., 2021)
En Suisse, 1,2% de femmes et 0,32% d'hommes souffrent d'anorexie (Schnyder et al., 2012, comme cité sur le site admin.ch)

Le taux d'incidence le plus élevé se situe autour de 15 ans (van Eeden et al., 2021)

Critères diagnostiques

selon le DSM-5 (2013)

Restriction des apports énergétiques

Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros

Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps

Types d'anorexie

• Restrictif :

Perte de poids essentiellement obtenue par le jeûne / régime / sport. Pas de glotonnerie, de vomissements ni de comportements purgatifs durant les 3 derniers mois

• Purgatif :

Glotonnerie, vomissements et comportements purgatifs récurrents durant les 3 derniers mois

(American Psychiatric Association, 2013)

Conséquences

Problème de santé physique suite à une dénutrition

- Sensibilité au froid et baisse de la température corporelle
- Pilosité anormalement élevée liée à la réduction du tissu sous-cutané ou la tentative du corps de maintenir la température centrale
- Sécheresse de la peau et perte de cheveux
- Disparition des caractéristiques sexuelles secondaires (= particularités physiques, en dehors des organes sexuels, qui différencient les hommes des femmes)
- Ostéoporose -> risques de fracture plus élevés
- Gastroparésie -> problème digestif

Dans les cas d'une sévérité du trouble :

- Aménorrhée -> la fertilité peut même être affectée de façon permanente
- Ralentissement du rythme cardiaque, malaises fréquents

(Westmoreland et al., 2016)

Problème psychologique

- Trouble dépressif : causé par un changement neurobiologique -> effets d'hormones stéroïdiennes sur l'anatomie du cerveau en développement
- Détresse psychologique
- Retrait social et isolement -> activités sociales évitées car peur de devoir se nourrir en public
- Anxiété -> souvent comorbidité entre anorexie et anxiété sociale ou trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- Fatigue et manque de concentration -> peut mener à un arrêt des activités scolaires ou extrascolaires
- Faible estime de soi -> pensées destructives
- Irrabilité émotionnelle
- Incidence de suicide élevée -> environ 10 à 20% des personnes souffrant d'anorexie mentale font état d'antécédents de tentative de suicide

(Herpertz-Dahlmann, 2009)

Taux de mortalité élevé

La mort subite d'origine cardiaque ainsi que d'autres complications médicales et le suicide représentent environ 60 % des décès des troubles psychiatriques (Westmoreland et al., 2016)

Causes

Approche biologique

- **Facteurs héréditaires :** Les études sur des jumeaux ont permis de démontrer une contribution génétique de l'ordre de 50% à 80% dans l'anorexie (Kaye, 2008).
- **Facteurs biochimiques :** L'anorexie résulte d'un dysfonctionnement des mécanismes sérotoninergiques de contrôle de la faim et de la satiété dans le cerveau. En effet, une perturbation de l'activité neuronale de la 5-HT entraîne une humeur dysphorique. Lorsque ce que l'apport alimentaire est réduit, l'activité de la 5-HT est modulée ce qui entraîne un soulagement temporaire de l'humeur dysphorique. Il s'agit d'un cercle vicieux (Kaye, 2008).

Approche psychologique

- Trouble obsessionnel compulsif
 - Rigidité, besoin d'ordre /contrôle, préoccupation pour les détails, perfectionnisme
- Troubles anxieux
- Faible estime de soi
- Style d'adaptation évitant
- Stress
- Dépression

(Woerwag-Mehta, 2008)

Approche sociale

- Pression sociale de la minceur
- Idéal de la minceur amplifié par les magazines et les réseaux sociaux
- Regard des autres, comparaison sociale
- Association la minceur extrême à la beauté

(Simon, 2007)

Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux s'influencent entre eux, ce qui peut mener au développement de l'anorexie.

Traitement

Hospitalisation

Prise en charge par une équipe multiprofessionnelle

- Psychiatre et/ou un pédiatre pour enfants et adolescents
- Psychothérapeute
- Diététicien
- Physiothérapeute
- Ergothérapeute
- Infirmières qualifiées

Durée de l'hospitalisation très variable selon le/la patient-e

Programme de réalimentation

- Calcul des besoins caloriques basé sur l'âge, le sexe, le poids pré-morbide, le niveau d'activité et l'augmentation de poids nécessaire pour atteindre le poids cible
- Permettre le rétablissement d'un poids corporel sain + stabilisation somatique
- Programme alimentaire individualisé comprenant 3 repas principaux et 3 collations
- Conseils nutritionnels très utiles aux adolescents pour rétablir un comportement alimentaire sain, pour gagner et conserver du poids

Il existe des différences significatives entre les systèmes de soins de santé et différentes indications pour le traitement hospitalier. Cela entraîne une disponibilité variable des options de traitement sans qu'il y ait suffisamment de preuves pour déterminer quel cadre de traitement fonctionne pour qui.

(Herpertz-Dahlmann, 2021)

Psychothérapie

- Thérapie cognitivo-comportementale
- Traitement basé sur la famille
- Traitement centré sur le ou la patient-e

Traitement à domicile

- Programme de groupe psychoéducatif
- Parents informés des conséquences de la privation de nourriture + leur rôle dans le traitement de l'anorexie
- Repas familiaux communs
- Séances psychothérapeutiques de famille. Dès que les patients sont médicalement stabilisés ; passent le week-end à la maison + sont supervisés et soutenus par leurs soignants pour se conformer à leurs plans de repas

Références :

- Articles :**
Herpertz-Dahlmann, B. (2009). Adolescent Eating Disorders : Definitions, Symptomatology, Epidemiology and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 31-47. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.005>
Herpertz-Dahlmann, B. (2021). Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 13(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/nu13041265>
Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, 94(1), 121-135. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.037>
Simon, Y. (2007). Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 21(4), 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2008.03.006>
van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*, 129(1), 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>
Woerwag-Mehta, S., & Treasure, J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry*, 7(4), 147-151. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.02.01>

- Livres :**
American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
Greene, B.A., Rathus, S.A., & Nevid, J.S. (2017). *Psychopathologie : une approche intégrée de la santé mentale* (2e ED). ERPI – Le Renouveau Pédagogique Editions.

- Site internet :**
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/essstoerungen.html> (site de la Confédération pour la prévalence suisse)