

# Les soins dans l'anorexie mentale : la nécessaire synthèse des soins psychiques et somatiques

Bruno Rocher<sup>1</sup>  
Maëlle Le Bras<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup>Nantes Université, CHU Nantes, UIC Psychiatrie et Santé mentale, Institut fédératif des addictions comportementales, F-44000 Nantes, France

<sup>2</sup>CHU de Nantes, PHU2, Institut du thorax et du système nerveux, Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition, Nantes, France

**Résumé.** La prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA) et notamment de l'anorexie mentale dans des formes sévères nécessitant une renutrition entérale est un temps de soin délicat. Fort d'une expérience de collaboration de plus de 40 ans entre les services d'addictologie et d'endocrinologie-nutrition, nous avons souhaité décrire nos pratiques aux différents temps de soin en insistant sur la synergie et l'intérêt pour la patiente et son entourage de cette articulation de liaison.

**Mots clés :** trouble du comportement alimentaire, prise en charge, équipe pluridisciplinaire, anorexie mentale, partenariat, psychiatrie, addictologie, médecine, alimentation artificielle, adolescent

**Abstract. Clinical care in anorexia nervosa: Benefits of a joint somatic and psychiatric approach.** The management of eating disorders, particularly severe anorexia nervosa requiring enteral refeeding, is complex. With over 40 years of joint work between the Addiction and Endocrinology-Nutrition services, we describe our clinical practices at different points in time, emphasizing the importance of joint work and the benefits of the addiction liaison service for the patient and their carers.

**Key words:** eating disorder, management, care, multidisciplinary team, anorexia nervosa, partnership, psychiatry, addictology, medicine, artificial feeding, adolescent

**Resumen. Atención en la anorexia nervosa: la necesaria síntesis de la atención psicológica y somática.** El tratamiento de los trastornos alimentarios (TCA) y, en particular, de la anorexia nervosa en unas formas graves que requieren renutrición enteral, es un momento de atención delicada. Con más de 40 años de experiencia en la colaboración entre los departamentos de Adicciones y Endocrinología-Nutrición, hemos querido describir nuestras prácticas en las distintas etapas de la atención, destacando la sinergia y el interés para la paciente y sus familiares de esta articulación en este enlace.

**Palabras clave:** trastorno del comportamiento alimentario, atención, equipo multidisciplinar, anorexia nervosa, asociación, psiquiatría, adictología, medicina, alimentación artificial, adolescente

## Contexte : troubles du comportement alimentaire (TCA) et organisation de soins

### *Une pathologie ancienne avec ancrage actuel*

La description sémiologique de l'anorexie mentale remonte à l'Antiquité. Il s'agit de troubles qui se sont toujours adaptés au contexte sociétal et environnemental avec des causalités et des modes d'expression fluctuants. Les modes alimentaires, l'image de la femme, le

culte de la performance sont par exemple des facteurs influençant. Le contexte socio-sanitaire anxiogène actuel en lien avec la pandémie Covid a entraîné une majoration des situations de dénutrition sévère, sollicitant fortement le système de santé et rendant indispensable une adaptation des dispositifs de soins [1, 2].

### *Une problématique complexe*

Les TCA sont considérés comme des troubles développementaux essentiellement féminins à émergence majoritairement adolescente, le plus souvent avec des conséquences psychiatriques et physiques potentiellement graves. L'accompagnement de ces problématiques ne peut s'envisager que de manière pluridisciplinaire et au long cours.

Le déni de la gravité de la maladie, la réticence à mettre de côté ce qui est vécu par la patiente comme une solution autothérapeutique, l'accumulation de difficultés

\* Dr Rocher et Dr Le Bras ont contribué à parts égales à cet article.

**Correspondance :** B. Rocher  
<bruno.rocher@chu-nantes.fr>

à la fois sociales, physiques et psychiques nécessitent une prise en charge en réseau organisé et une communication efficace entre les différents acteurs. Un « chef d'orchestre » coordonnant le parcours de soins est souvent reconnu comme nécessaire. La constitution d'un réseau de professionnels partageant des conceptions communes et une reconnaissance de compétences différenciées de chaque acteur est forcément aidante.

### *Structuration d'un réseau de soins*

La France connaît un retard structural d'organisation de services spécialisés dans TCA par rapport aux autres pays occidentaux. Sous l'impulsion de la Fédération française anorexie boulimie (FFAB), créée en 2005 sous le nom d'Association française pour le développement des approches spécialisées des TCA (Afdas-TCA), ce retard tend à se réduire. La parution de recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) éditées en 2010 pour l'anorexie mentale [3] et en 2019 pour la boulimie nerveuse [4] a contribué à harmoniser les prises en charge des patientes. La structuration de centres de référence régionaux est en cours afin de mieux organiser le territoire.

Au CHU de Nantes, les services d'addictologie et d'endocrinologie-diabétologie-nutrition (EDN) ont commencé à collaborer dans les années 80 autour de la prise en charge des patientes présentant des TCA compliqués de dénutrition sévère, sous l'impulsion des professeurs Venisse et Krempf. Grâce à cette approche multidisciplinaire complémentaire, le CHU de Nantes est désormais reconnu comme centre expert régional dans la prise en charge des patientes présentant un TCA.

## **Clinique**

### *Psychopathologie*

#### **Pathologie de l'adolescence, expression corporelle**

Les TCA émergent au cours de l'adolescence, souvent dans le contexte des transformations pubertaires, de remaniements relationnels et de la prise d'autonomie concomitants de cette période. Ils constituent soit une modalité d'autogestion de différentes angoisses, de divers traumatismes, soit une tentative d'individuation, de structuration de personnalité d'emprunt, tentant de dissimuler les fragilités sous-jacentes.

#### **Pathologie addictive**

Dans une conceptualisation addictive, les TCA peuvent être compris comme une pathologie de l'agir inscrivant dans le corps des tensions psychiques difficiles à ressentir, à analyser et à partager. Ces émotions entravées sont globalement muées en comportements itératifs, initialement perçus comme une solution, une tentative de maîtrise, avant de devenir un carcan s'auto-

renforçant et devenant de plus en plus oppressant et rigide.

Les TCA deviennent pour la patiente une entité auto-engendrée et auto-gérée avec laquelle elle entretient un lien venant se substituer aux relations parentales qui ne peuvent être utilisées à ce moment pour diverses raisons.

Au terme de plusieurs mois ou années d'évolution, cette solution pathologique devient quasi-incontournable, ayant fait table rase des autres champs d'intérêt structurant le quotidien des patientes dans une dimension quasi-tyrannique. La capacité à envisager d'autres solutions de lutte contre l'angoisse est souvent faible, de même que la capacité à accepter de l'aide.

### *Les conséquences physiques*

Les troubles somatiques liés à la dénutrition sont fréquents. Il s'agit le plus souvent d'atteintes modérées et réversibles sous réserve d'une réhabilitation nutritionnelle et pondérale adaptée [5]. En cas de chronicisation des TCA, les conséquences physiques s'aggravent : œdèmes de carence, amyotrophie, ostéoporose, troubles circulatoires, cardiaques, digestifs, rénaux, métaboliques, infectieux, cutanés, dentaires, gynécologiques (infertilité). Le risque de décès (par suicide ou complications somatiques) est élevé puisqu'il s'agit de la maladie psychiatrique la plus mortelle, jusqu'à 10 % dans les études comportant un suivi de plus de 10 ans [3]. Le risque de mortalité est plus de cinq fois supérieur chez les patientes TCA ayant déjà été hospitalisées comparativement aux personnes du même âge et du même sexe dans la population générale [6].

En cas de dénutrition sévère, une prise en charge en service spécialisé est nécessaire pour éviter les complications potentielles en lien avec la renutrition. Le syndrome de renutrition inapproprié correspond à l'ensemble des manifestations clinico-biologiques qui surviennent lors de la renutrition de la patiente dénutrie. Le risque majeur est une défaillance multiviscérale. Une renutrition progressive et par alimentation entérale est dans ce cas nécessaire [5].

### *La nécessaire synthèse des soins somatiques et psychiatriques*

La difficulté de l'organisation des soins dans les TCA réside dans la double gravité psychiatrique et médicale. Les services de soins présentant cette double compétence suffisamment organisée sont rares. Malheureusement, on voit souvent des patientes quitter les espaces de soins médicaux par défaut de soins psychiatriques pendant le temps d'hospitalisation ou de projet clair ultérieur. Inversement, une structure de soins psychologiques est parfois obligée d'interrompre son projet du fait de la gravité médicale qui ne peut être prise en

charge dans ce même lieu. C'est le sens de l'organisation de filière de soins TCA articulée que nous avons créée sur le CHU de Nantes. Des années de collaboration ont permis la structuration d'articulations entre les services de pédiatrie, d'addictologie, d'EDN mais aussi de médecine polyvalente et de rééducation et des soins intensifs d'hépatogastroentérologie [7] permettant de proposer une réponse adaptée dans une grande partie des situations de TCA graves.

## Travail de liaison : le rôle de l'addictologue en EDN au CHU de Nantes

### Présence du médecin addictologue

Les missions du service d'EDN se concentrent sur deux aspects : l'évaluation de situations nutritionnelles précaires (hospitalisation « bilan »), et la mise en place de soins de renutrition urgents en cas de dénutrition grave. L'objectif de l'hospitalisation est habituellement discuté en amont entre l'endocrinologue et l'addictologue, et la patiente est informée des modalités d'hospitalisation au préalable (durée prévisible d'hospitalisation, avec ou sans sonde nasogastrique (SNG)). Le rôle de l'addictologue est fondamental dans ces deux types de parcours. De façon pratique, sa présence s'organise sur un jour fixe par semaine. L'augmentation récente de la file active de patientes TCA et l'intérêt d'enseignement de cette pratique a justifié la présence d'un interne sur une demi-journée depuis 2019.

En parallèle, l'addictologue est bien évidemment joignable par mail et téléphone sur l'ensemble de la semaine à la demande de l'équipe soignante d'EDN.

### Staff d'équipe

Afin d'instaurer une réelle culture de prise en charge des TCA et améliorer les pratiques professionnelles, un temps d'échange sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles EPP est organisé de façon trimestrielle. Ces rencontres regroupent l'équipe d'EDN (médecin, infirmier, aide-soignant, assistante sociale, diététicienne, secrétaire, kinésithérapeute, psychologue) et l'addictologue.

Cet espace d'échange permet de donner des éléments théoriques et pratiques de compréhension de la problématique des patientes et de leur famille. Il permet de partager et d'élaborer des attitudes pratiques pour les professionnels d'EDN confrontés en première ligne aux comportements, aux ressentis et aux questionnements des patientes. Cela permet de décharger des craintes, colères et frustrations générées par cette situation psychopathologique lourde et d'améliorer la prise en charge.

### Échange de compétences

La collaboration pluridisciplinaire permet à chaque professionnel de se recentrer sur son domaine de compétence et de s'appuyer sur l'avis de son confrère pour prendre les meilleures décisions. La dimension d'acculturation semble assez évidente au fur et à mesure de ces partages, rendant les décisions communes souvent assez faciles à prendre.

Cette élaboration est particulièrement nécessaire lors de situations délicates : échec thérapeutique, questionnement sur une information préoccupante, soins sous contrainte, interruption de soins. . .

Des interventions en congrès, des lectures communes, des participations à des groupes de travail commun renforcent encore cette collaboration. Pour les équipes, des possibilités de stage dans d'autres unités de la filière TCA sont ouvertes afin de faciliter les représentations.

Pour les internes, un temps d'accueil est organisé en début de semestre afin de transmettre rapidement les modalités de soins proposés dans le service. Un rudiment de psychopathologie est enseigné ainsi que des conseils sur le positionnement face à des patientes réputées difficiles.

L'élaboration de ces pratiques a permis l'accumulation d'un savoir expérientiel. Des écrits de référence ont été élaborés pour permettre de tracer les modalités de fonctionnement d'un moment donné et de transmettre ces éléments à d'autres équipes ou à de nouveaux arrivants.

La culture de prise en charge des TCA dans le service permet une imprégnation de ces pratiques qui est assez naturellement transmise aux nouveaux arrivants « par imbibition ».

## Cadres d'exercice collaboratif

### Transmissions

Des transmissions à propos des patients à rencontrer sont adressées la veille de son intervention à l'addictologue. Cela nécessite une synthèse des données et des avis de l'équipe puis permet une anticipation de l'organisation, ainsi que de penser le patient en amont.

### Consultation conjointe

Une consultation conjointe peut être proposée en semi-urgence, généralement entre une à trois semaines, dans des situations complexes. Le recueil de l'anamnèse et de la symptomatologie se fait à deux. Cela comporte une lecture des courriers et mails d'adressage, suivie d'un interrogatoire commun de la patiente et de son entourage s'il est présent, puis d'un examen physique. Une attention particulière est apportée à l'information de la patiente concernant les modalités de soins possibles et sur le recueil de l'acceptabilité de celles-ci.

Le recueil des antécédents familiaux psychiatriques, addictologiques et alimentaires est fondamental de même que le niveau d'engagement et de demande de la patiente au regard du souhait de la famille. L'évaluation première des comorbidités psychiatriques dépressives qui peuvent s'intriquer dans les TCA se fait à ce moment. Cette évaluation sera approfondie en hospitalisation. Le niveau d'engagement, réticences et capacités d'élaboration sont évaluées, de même que l'existence du risque suicidaire.

L'interrogatoire cherche également à évaluer l'antériorité pondérale, à estimer la vitesse de perte de poids et la survenue de signes de gravité éventuels. L'examen physique est fait par le médecin endocrinologue, sans la présence de l'addictologue. Il permet d'évaluer objectivement la situation pondérale (pesée vessie vide et en sous-vêtements, mesure de la taille, calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), tension artérielle, pouls, température, saturation, électrocardiogramme). On apporte un soin particulier à la recherche d'atteintes des phanères, d'acrosyndrome, de signes d'appel infectieux. Un examen dentaire succin est effectué. L'intérêt d'une visite chez le dentiste est rappelé.

Ce temps de consultation conjointe permet un entretien familial, lorsque l'entourage est présent. Les questions et les incompréhensions de la famille sont bien évidemment entendues en présence de la patiente. Il est aussi proposé et soumis à l'acceptation de la patiente que les parents puissent être entendus par l'addictologue dans un bureau à part, le temps de l'examen physique. Cela est souvent accepté par les patientes. Il semble que ce soit un moment important pour les familles, leur permettant de décharger des tensions et de poser des questions complémentaires.

Les données recueillies sont ensuite concertées et synthétisées, en l'absence de la patiente et de sa famille. Une restitution est faite avec orientation vers les soins les plus adaptés à la situation. Les scénarios de suivi sont discutés en cas d'acceptation ou de refus des propositions. Un courrier de synthèse est envoyé aux différents partenaires de santé impliqués avec un double à destination de la patiente.

### *Hospitalisation de bilan*

Elle est proposée à des patientes en situation de gravité encore modérée et sans indication à une renutrition par SNG, sous un délai habituel de 2 à 3 semaines. Une hospitalisation de bilan dure une semaine. Au-delà du bilan somatique complet, ce temps d'hospitalisation court peut déclencher une mobilisation de la part de patiente et permettre de maintenir les soins ultérieurs en ambulatoire (*tableau 1*).

Elle peut aussi être proposée dans une situation où la SNG serait indiquée mais refusée par la patiente. Elle permet un premier contact hospitalier à durée définie

moins angoissant et un certain « apprivoisement » du cadre proposé.

L'évaluation d'entrée comporte les mêmes éléments que ceux recherchés lors de la consultation conjointe. Biologiquement, un bilan complet est prescrit (ionogramme, urée, créatininémie, bilan hépatique, bilan phosphocalcique, vitamine D, numération formule sanguine, taux de prothrombine, protides, albumine, préalbumine, ferritine, folates, vitamine B12). En cas de doute diagnostique, un bilan étiologique plus complet est proposé, en fonction des éléments d'orientation de l'interrogatoire et de l'examen physique. (Explorations biochimiques, immunologiques, hormonales, examen des selles, endoscopie, échographie abdominale, scanner abdominal, scanner cérébral. Des diagnostics alternatifs ont ainsi pu être identifiés – maladie cœliaque, parasitose, tumeur cérébrale. . .) Le rythme de surveillance clinique et biologique est ensuite adapté.

Le repos est prépondérant ainsi que le changement d'habitude. L'un des objectifs de l'hospitalisation est de limiter l'hyperactivité physique et intellectuelle. Il n'y a pas de sortie de chambre (y compris pour les patientes fumeuses qui se voient proposer une substitution nicotinique), pas de prise en charge par kinésithérapie au cours de l'hospitalisation, et pas de permission.

En temps normal, il n'y a pas de limitations de visites, sous réserve du respect des temps de repos et de repas. Les visites sont donc autorisées de 14 h à 18 h. Du fait du contexte sanitaire et en prévention du Covid, des limitations des visites ont parfois été imposées comme pour tous les autres patients. Ce cadre relativement austère n'est pas toujours mal vécu. Les temps de vide permettent parfois à la patiente de trouver un rythme plus apaisant et ainsi une certaine sérénité. C'est l'occasion de prendre conscience de la gravité de la situation par la confrontation au contexte hospitalier et de mûrir un projet de soins.

Un entretien diététique d'entrée permet d'expliquer les menus et la diversification alimentaire. La patiente est servie selon le menu du jour, donc sans choix possible d'aliments. Elle détermine trois aversions alimentaires dans l'optique de respecter les goûts individuels. Il n'y a pas de suivi diététique ultérieur pendant l'hospitalisation. La durée d'une semaine d'hospitalisation permet de changer le regard sur l'alimentation et les habitudes prises au domicile. Cela ouvre des possibles, variables selon les patientes mais toujours discutés avec l'addictologue lors de la consultation de bilan.

La définition des soins ultérieurs post-EDN est l'un des enjeux fondamentaux des entretiens avec l'addictologue. En effet, cette initiation de prise en charge permet de sécuriser une zone à fort risque médical mais doit être convertie en un soin s'instaurant sur une durée conséquente avec des objectifs élargis.

Les différents projets d'aval sont discutés (voir page suivante, Orientation post EDN 4.e). La consultation

**Tableau 1.** Coordination des prises en charge de l'anorexie mentale, en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC). D'après HAS 2010 [3].

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Quelle approche ?	Où
17 à 19	Travail sur le déni des troubles, l'élaboration d'une alliance thérapeutique	Ambulatoire : médecin généraliste et psychothérapeute
15 à 17	Prise en charge psychiatrique et nutritionnelle	Ambulatoire avec élaboration d'un projet thérapeutique structuré
13 à 15	Réalimentation orale encadrée avec objectifs d'étapes à très court terme	Hospitalisation souhaitable, plutôt en psychiatrie spécialisée
11 à 13	Renutrition très prudente (risque de syndrome de renutrition)	Hospitalisation, plutôt en médecine conventionnelle
≤ 10	Nutrition entérale exclusive prudente Soins sous contrainte si nécessaire	Hospitalisation en réanimation nutritionnelle spécialisée

bilan permet aussi souvent une rencontre familiale et une évaluation des changements chimiothérapeutiques éventuellement réalisés au cours de l'hospitalisation.

### Hospitalisation de renutrition par sonde nasogastrique

Ce projet d'hospitalisation est discuté en amont soit par contact avec les médecins adresseurs soit par consultation conjointe. Nous évitons autant que possible le passage par les urgences. Une fois l'indication posée, le délai d'entrée est de quelques jours.

Ces situations présentent une gravité telle qu'une SNG permettant de sécuriser cette initiation de renutrition doit être posée (Tableau 1). Cette indication et cette nécessité particulière sont rappelées à la patiente et à son entourage.

Le cadre d'hospitalisation ressemble à celui décrit pour l'hospitalisation de bilan. Une fiche résumant les modalités d'hospitalisation est expliquée, argumentée et remise à la patiente (Annexe 1).

La durée visée pour ce temps hospitalier est de 10 et 14 jours. Cela est possible quand tout va bien, à savoir qu'il n'y a pas de complication médicale ou psychiatrique à la renutrition et que des lits d'aval sont disponibles.

Comme pour l'hospitalisation de bilan, il n'y a pas de séparation organisée avec la famille ni de limitation des échanges par téléphone ou ordinateur. La famille est rencontrée si elle le souhaite sur les temps de passage hebdomadaire de l'addictologue. La rencontre avec l'équipe d'EDN, ou des échanges téléphoniques sont tout à fait possibles. Des points familiaux conjoints sont organisés dans les situations délicates.

La technique de renutrition entérale (NE) par SNG est une technique bien standardisée. La NE est majorée prudemment afin de diminuer le risque de syndrome de renutrition inapproprié (SRI). La titration se fait habituellement jusqu'à 1000 Kcal par jour. La NE doit être précédée de la correction des troubles métaboliques éventuels et des carences vitaminiques. En dehors de la survenue d'un SRI, la NE est discontinuée et exclusive-

ment nocturne (de 20 h à 6 h). L'alimentation orale en parallèle est encouragée.

La NE est généralement fortement appréhendée par la patiente. Il faut du temps et de l'expérience infirmière pour la faire accepter dans les meilleures conditions possibles. La pose est effectuée dès le premier jour pour ne pas laisser s'installer plus longtemps l'anxiété anticipatoire d'un soin technique qui est incontournable. Généralement, une fois la SNG posée, le vécu de la patiente est très nettement apaisé. La tolérance physique est très correcte. La tolérance psychique tient aux éléments de psychopathologie anorexique sous-jacente à savoir les craintes de reprise de poids, d'emprise, de perte de liberté, de perte de contrôle, les sensations de réplétion et de gavage...

Les limites sont une gêne physique incontournable qui dans notre expérience est très rare. Une autre limite habituelle est la compensation par la patiente des apports nutritionnels de la SNG à ses capacités alimentaires sur son plateau. Les possibilités de manipulation (auto-ablation et remise en place de SNG) sont possibles, la vidange dans l'évier, dans les toilettes ou par la fenêtre sont probablement assez régulières. Cependant ce sont des discussions qui nourrissent la prise en charge psychopathologique de ces patientes.

L'objectif de la NE est de sortir de la zone de danger vital en quelques semaines. Dès le poids cible atteint (celui-ci étant fixé en amont par l'endocrinologue et l'addictologue), le sevrage de la SNG est organisé.

### Orientation post-EDN

La définition des soins ultérieurs post-EDN est l'un des enjeux fondamentaux des entretiens avec l'addictologue. En effet, cette initiation de prise en charge permet de sécuriser une zone à fort risque médical mais doit être convertie en un soin s'établissant sur une durée conséquente et des objectifs élargis.

Les possibilités courantes de soins post-EDN sont anticipées dès le début du séjour en EDN :

– Hospitalisation d'addictologie dans l'unité Lou Andréas-Salomé : patientes jeunes (15-35 ans) accep-

tant d'engager un travail sur les conduites alimentaires. Engagement d'un travail d'orientation psychiatrique. État somatique stable. Possibilité d'accueil avec NE.

–Hospitalisation en médecine physique et réadaptation : patiente présentant une altération somatique plus importante et acceptant d'engager un travail de réhabilitation physique. Doit avoir une bonne compliance au cadre. Accueil avec NE

–Hospitalisation de jour HDJ en addictologie à l'espace Barbara : patientes connues, n'ayant eu besoin que d'un court temps d'évaluation ou de sécurisation physique.

–Hospitalisation de jour d'EDN pour poursuivre la renutrition par SNG à domicile débutée en hospitalisation conventionnelle : patiente présentant un bon entourage familial et une bonne acceptation des soins.

### Renutrition à domicile - hôpital de jour d'EDN

La NE est toujours initiée en hospitalisation mais peut dans certaines situations être poursuivie à domicile. Un contrat de soins est alors établi, qui stipule explicitement le nombre de passages infirmiers, les modalités techniques de la NE, ainsi que l'objectif de poids final à cette prise en charge, la durée maximale de soins de NE à domicile, la fréquence du suivi en hôpital de jour. La patiente et sa famille doivent valider ce processus qui permet d'obtenir une solidification physique suffisante pour poursuivre les soins vers des aspects psychopathologiques plus soutenus.

C'est une modalité d'accompagnement permettant un retour au domicile et à une vie sociale moins marquée par la claustration de l'hospitalisation. Cette perspective est souvent très satisfaisante pour les patients et la famille. Il faut noter que nous contre-indiquons un retour au travail ou aux études sur cette phase-là.

Le retour au milieu domestique permet une reprise progressive du rythme de vie tout en gardant l'appui d'une NE généralement bien vécue. Le retour en HDJ itératif permet d'orienter le soin si besoin vers une reprise hospitalière en cas de dégradation.

Le risque serait une chronicisation de cette modalité d'alimentation artificielle avec impossibilité anxieuse de reprise d'une alimentation orale. Il est limité par la contractualisation d'une durée totale définie de ce soin.

Il semble fondamental que le service proposant cette approche soit garant de l'ensemble du processus. Cet encadrement strict et formalisé permet d'éviter l'écueil de patientes errant avec des SNG prescrites sur un service plus ou moins spécialisé et renouvelé par des médecins traitants pris en otage.

## Limites et perspectives

### Limites

Le système présente des limites que nous énonçons par manque de place :

–Nécessité d'une articulation suffisamment fonctionnelle et fluide avec des lits d'aval variés.

–Conditions d'hospitalisation relativement austères peu compatibles avec des temps de soins de plus de deux-trois semaines.

–Risque de désengagement de structure moins spécialisées au profit d'un centre expert insuffisamment dimensionné.

### Soutien aux situations complexes

La mission du centre expert est de servir de recours en cas de difficultés régionales. Les apports de la télémédecine seront aidants dans ce cadre. L'apport du regard bifocal médical et psychiatrique donne une légitimité à répondre aux différentes sollicitations.

Les sollicitations par mail et par téléphone sont nombreuses et le temps nécessaire pour y répondre doit pouvoir être défini et valorisé.

### Soins sous contrainte

Dans des situations particulières de gravité, une NE doit être proposée à une patiente farouchement opposée aux soins par un envahissement psychique de sa pathologie. Des mesures de soins sous contrainte en milieu médical sont alors organisées.

L'encadrement réglementaire de ces situations délicates reste insatisfaisant et doit être parfait [8].

## Conclusion

L'approche mixte médico-psychiatrique nous semble incontournable dans les TCA, notamment pour l'accompagnement des patientes lors de moments de gravité particulière : l'équipe soignante doit alors être particulièrement soudée et collaborative.

Ce qui était une nécessité au début des échanges entre services est devenu une collaboration amenant la satisfaction d'une prise en charge pleine et entière des patientes et de l'entourage qui nous sollicitent dans des moments particulièrement périlleux.

Il nous semble que cet accompagnement élargi au sein d'une filière dévolue aux TCA permet d'éviter les écueils dont Charles Lasègue nous a mis en garde il y a plus d'un siècle en parlant de l'anorexie : « *Malheur au médecin qui, méconnaissant le péril, traite de fantaisie, sans portée comme sans durée, cette obstination dont il espère avoir raison par des médicaments, des conseils amicaux, ou par la ressource encore plus défectueuse de l'intimidation.* »

**Liens d'intérêt** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E, et al. Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. *JAMA Netw open* 2021 ; 4(12) : e2137395.
2. Monteleone P. Eating Disorders in the Era of the COVID-19 Pandemic: What Have We Learned? *Int J Environ Res Public Health* 2021 ; 18(23) : 12381.
3. HAS. *Anorexie mentale : prise en charge, Recommandations de bonne pratique*. Paris : HAS, 2010. pp. 1-33.

4. HAS. *Boulimie et hyperphagie boulimique. Recommandations de bonne pratique*. Paris : HAS, 2019.
5. Lemille J, Le Bras M, Fauconnier M, Grall-Bronnec M. Anorexia nervosa: Abnormalities in hematological and biochemical parameters. *Rev Med Interne* 2021 ; 42(8) : 558-65.
6. van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry* 2020 ; 33(6) : 521-7.

7. *La prise en charge des troubles du comportement alimentaire au CHU de Nantes*. [Internet]. <https://www.chu-nantes.fr/la-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-alimentaire-au-chu-de-nantes>.
8. Dupont M, Melchior JC, Ringuenet D, Volpe A. Articuler les dimensions somatique et psychiatrique des soins : Quels enseignements tirer du traitement des formes les plus sévères de l'anorexie mentale ? *La Rev Hosp Fr* 2015 ; 567 : 64-71. [https://bibliotheques.ghu-paris.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=87294](https://bibliotheques.ghu-paris.fr/index.php?lvl=notice_display&id=87294).

## Annexe A. Conditions médicales d'hospitalisation en Endocrinologie au CHU de Nantes – Exemple de fiche à l'admission

Mlle / M - ans

Taille : 1, ... m

Poids à l'arrivée : ... kg (soit un IMC = )

### Objectif :

- Renutrition progressive en s'appuyant sur une sonde naso-gastrique pour sortir de la zone de danger physique en lien avec la maladie.
- ...

### Modalités :

#### Repos :

- 1 heure allongée au calme sur le lit après chaque repas.
- Favoriser le repos et le temps pour soi.

#### Toilette :

- Fréquence : 1 douche par jour.
- Temps de douche : en moins de 15 minutes, le matin avant 11 heures.

#### Repas :

- Essayer de réintroduire progressivement les différentes catégories d'aliments et d'augmenter les quantités.
- Petit déjeuner complet.
- Menu du jour servi sur un « plateau entier ».
- Collation : un produit laitier, une compote ou un fruit.
- Possibilité de définir 3 aversions alimentaires.
- Ne pas stocker de nourriture, ni introduire de la nourriture ou de boisson de l'extérieur.
- Condiments limités à un sachet de sel, de poivre et de moutarde par repas.
- Temps de repas :
  - Petit déjeuner et collations : < 30 minutes
  - Déjeuner et dîner : < 45 minutes

#### Visites et téléphone :

- Pas de limitation stricte. (Garder du temps de repos pour soi).
- Visites possibles entre 14 et 18h. Pas de participation de l'entourage aux temps de repas

#### Activité :

- Pas de sortie de chambre à réévaluer selon état somatique.
- Limitation des activités scolaires à 2 heures matin / 2 heures AM.

#### Orientation post-endocrinologie :

SALOME :

MPR :

Autre :

Dr ... CCA / ... INTERNE