



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 17

Psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent

Anorexie mentale à l'adolescence

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de J-P. RAYNAUD présenté le 24/04/2024.

Anorexie mentale à l'adolescence

I. Introduction

L'anorexie mentale est une souffrance individuelle et familiale. La place de la prévention de ces troubles par des interventions précoces et adaptées est donc très importante. La prise en soin se doit être transdisciplinaire et coordonnée :

- Psychiatrique
- Nutritionnel
- Somatique
- Accompagnement social

Il existe de nombreuses comorbidités psychiatriques et la morbidité et la mortalité psychiatriques et somatiques.

II. Généralités sur les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA)

a. Les TCA

Les TCA concernent différentes pathologies :

- Anorexie mentale
- Boulimie
- Hyperphagie boulimique (binge eating disorder)
- Autres TCA (pica, merycisme, troubles des apports alimentaires, évitant restrictifs)
- Troubles non spécifiques

b. Généralités, l'acte de manger

L'acte de manger est complexe et répond à plusieurs fonctions :

- La faim : manger répond à un besoin instinctuel fondamental. La faim crée un état de tension apaisé par le repas
- Le plaisir : plaisir de sucer de mordre de croquer servant d'exutoire à l'agressivité normale
- L'échange et l'attachement
- Le dedans et le dehors : au niveau de la bouche, s'opère des échanges entre ce qui est du dehors (de l'autre) et ce qui est du dedans (soi). Plusieurs mécanismes psychiques inconscients font intervenir ces notions de dedans et de dehors et de limites du corps
- Significations sociales et culturelles imaginaires et symboliques

c. Définitions

Les troubles des conduites alimentaires sont l'existence de perturbations significatives et durables de la prise alimentaire. Il y a une notion de seuil significatif établit en tenant compte du contexte culturel, de l'intensité des perturbations, de leurs conséquences sur le plan médical général, de la souffrance psychique et des conséquences sociales.

Les modifications des comportements alimentaires seraient initialement des mécanismes adaptatifs à des situations de stress psychique. Ces mécanismes initialement bénéfiques sont rapidement débordés et aboutissent à de véritables maladies qui peuvent aller jusqu'au décès du patient

(Diapo 12) : Les TCA sont des troubles psychiatriques. Ce sont des anomalies qualitative ou quantitatives des comportements alimentaires : apports insuffisants, apports excessifs ou apports aberrants. Ces troubles sont associés à des préoccupations centrées sur le corps. Il n'y a pas d'étiologie organique mais à ce jour, on tend à dire que l'origine est psychiatrique.

d. Perturbations de l'alimentation

A l'adolescence :

- Crises de Bilan Nutritionnel (BN) : 28% adolescentes et 20% adolescents de 10 à 19 ans
- Contrôle du poids
 - o 19% F
 - o 8% H

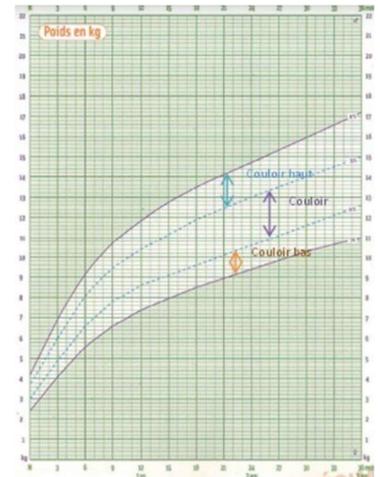
Attention : un trouble pondéral ne signe pas un TCA.

Les troubles pondéraux :

- Dénutrition
- Surpoids
- Obésité

TCA :

- Anorexie
- Boulimie
- Hyperplasie boulimie



Sur la droite est représenté une courbe de poids. Il existe 3 couloirs : le couloir haut, le couloir et le couloir bas. La courbe de poids est réalisée en fonction de l'âge et du poids en kg.

e. Epidémiologie

On estime de 360 à 880 000 les personnes souffrant de TCA en France entre 12 et 35 ans. Ces chiffres sont comparables à l'autisme.

Anorexie mentale :

- Prévalence 0,6 % vie entière
- Sex Ratio : 9 femmes pour 1 homme
- Pics d'apparition 13-14 et 16-18 ans
- Mortalité 4 à 10 %
- Guérison 50 % / Rémission partielle 30 % / Chronicité 20%

III. L'anorexie mentale

a. Critères diagnostiques DSM-V

Les critères sont les suivants :

- A. Amaigrissement consécutif restriction des apports énergétiques
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme du corps (dysmorphophobie)
- D. Altération de la gravité de la maigreur ou influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi

Remarques : Disparition de l'aménorrhée et disparition du critère d'intentionnalité : « refus », disparition de la quantification de l'amaigrissement.

b. Clinique de l'anorexie

Il y a un récit d'un amaigrissement initialement :

- Petit régime
- Facteur externe amaigrissant : voyage, appareil dentaire, maladie.....

Vient la notion d'emballlement : ration de 300 calories /24h, perte rapide et facile. Un auto-renforcement psychologique et biologique de la conduite se met ensuite en place. La phase d'état correspond ensuite aux cognitions anorexiques, rituels alimentaires, isolement social et absence de libido.

c. Formes cliniques

Sur les 3 derniers mois on retrouve des formes cliniques de type restrictives. Elles concernent 60 à 70% des personnes atteintes et se manifestent par

- Restrictions alimentaires prédominantes
- Pas d'accès hyperphagiques

- Pas de vomissements
- Hyperactivité physique

Sur les 3 derniers mois on retrouve aussi des formes cliniques de type purgatives. Elles concernent 30 à 40% des personnes atteintes et se manifestent par :

- Accès hyperphagiques
- Vomissements provoqués
- Laxatifs/diurétiques/lavements

d. La peur de prendre du poids

Témoignage :

Elle perd un kilo. La semaine suivante elle reprend 200g. Nous ne voyons plus en elle qu'un poids qui fluctue, échappe à notre volonté et à la sienne. Nous évaluons notre fille au poids. Nous la soupesons sans cesse du regard.

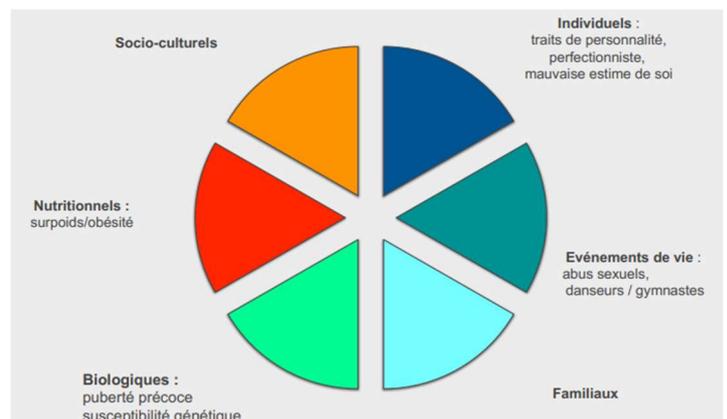
Nos déceptions, nos sourires retrouvés et perdus, nos espoirs, se pèsent en grammes, en kilos. Nous croulons sous le poids des chiffres.

Elle bute sur les chiffres ronds, ronds comme elle ne veut pas être. Elle a refusé l'obstacle des 36, s'est cabrée devant le 37 et à présent, entrevoir au loin le 38 l'horrible. Elle ne les franchit qu'éperonnée, forcée, cravachée. Elle n'a qu'une envie : retourner aux chiffres pointus. « Mais les pointus et effilés comme le 31kg 575, ça, tu n'y retournera plus! J'accepterai qu'on te gave comme une oie mais tu n'y reviendras plus. Je le jure ! » C'est ce que je me dis, sans savoir.

e. Etiopathogénie multifactorielle

Les origines de cette maladie ne se regroupent pas autour d'un seul paramètre. Cette pathologie contient plusieurs facteurs :

- Socio-culturel
- Individuel : Traits de personnalité, perfectionnisme, mauvaise estime de soi
- Événements de vie : abus sexuels, danseurs, gymnastes
- Famille
- Biologie : puberté précoce, susceptibilité génétique
- Nutrition



IV. L'adolescent

La puberté est un changement d'état physique.

A l'adolescence :

- Changement d'état psychique
- Passage de l'enfance à l'âge adulte
- Réactivation de la dynamique de séparation-individuation

Dans l'anorexie, il y a un blocage du processus adolescent :

- Défaut d'investissement du champ social : isolement des pairs, absence de relation amoureuse
- Surinvestissement du champ de l'enfance : enfant idéal du couple parental, surinvestissement scolaire

L'anorexie pourrait alors être vue comme une réponse à une impasse identitaire.

V. Prise en soins

a. Multidisciplinarité

- PEC somatique et nutritionnelle : attention portée au réel du corps, lieu du clivage, approche de l'intime, partage des émotions et échange de discours sur le corps maltraité
- PEC psychologique et psychiatrique (Attention portée au traitement par thérapies familiales)

Objectif : aider la famille à tenir une fonction soutenante afin de faire face aux difficultés du patient et de ne pas se centrer uniquement sur les symptômes alimentaires.

Les méthodes : Psychothérapies individuelles, de groupe, psychodrame, thérapies corporelles, groupe de parents, thérapie multi familiale...

b. Place de la psychothérapie

La psychothérapeutique de la Prise En Charge (PEC) permet

- Favoriser l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique
- Comprendre et accepter la nécessité de la renutrition
- Corriger les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles
- Renforcer le moi (estime image et affirmation de soi)
- Améliorer les relations interpersonnelles (sociales et familiales)
- Traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques
- En cas d'ATCD d'abus sexuel, de permettre une approche adaptée

c. Place de la nutrition

Il n'y a pas d'amélioration du trouble alimentaire sans passer par une normalisation nutritionnelle. Le patient doit modifier son mode alimentaire

Sous l'angle de l'addiction, il est nécessaire de penser l'interruption de la boucle addictive. Lorsque les patients sont très dénutris, l'abord psychologique est surtout une aide à l'adhésion et à la motivation au traitement.

d. Hospitalisation à temps plein

L'indication d'hospitalisation ne repose pas sur un seul critère, mais sur leur association et leur évolutivité. Elle est indiquée en cas d'urgence vitale somatique, psychique ou d'épuisement ou de crise familiale, ou en cas d'échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation). Il faut prendre en compte le patient, sa famille et les structures de soins disponibles.

VI. QCMs

- A. Les étiologies de cette maladie sont multifactorielles
- B. L'anorexie mentale évolue rarement vers la boulimie
- C. La maladie comporte le plus souvent une courte durée d'évolution de quelques semaines
- D. Le suivi des courbes anthropométriques est primordial pour le repérage de l'anorexie à l'adolescence
- E. La prise en charge nécessite un suivi médical combiné somatique (médecin généraliste / pédiatre / médecin nutritionniste) et psychiatrique

Réponses : ADE

VII. Conclusion

8 points clés :

- Gravité potentielle
- Evolution vers la boulimie fréquente
- Suivi des courbes anthropométriques
- Etiologies multifactorielles
- Fragilité du narcissisme
- Suivi somatique et psychique
- De longue durée
- Thérapie / accompagnement des familles

« Guérir n'est pas une question de volonté. C'est peut-être une question d'identité. C'est avant tout une question de personnes, celles qui vous parlent, vous donnent confiance en eux et en vous, celles qui vous prennent par la main parfois, vous bousculent

parfois, vous permettent d'introduire de la légèreté et du second degré dans votre vie, vous aident à trouver d'autres os à ronger que les vôtres. C'est avant tout une question d'amour ». Aurélie Daniel « Moi aussi j'adore les plumes »