



**Université
de Rennes**

Formation DE IPA

Responsables :

Pr Dominique SOMME

Dr Aline CORVOL

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE
DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE
MENTION PSYCHIATRIE SANTÉ MENTALE
Promotion 2021-2023

Présenté et soutenu le 29 juin 2023 par

Odin DUBOCQ

Évaluation des Pratiques Professionnelles

**L'hospitalisation à temps complet de psychiatrie
des patients atteints d'anorexie mentale**

DIRECTEUR

Gabriel ROBERT

**Professeur de psychiatrie
Maître de conférence
Praticien hospitalier
Enseignant-chercheur**

CO-DIRECTEUR

Pierre PENNAMEN

IPA mention PSM

ANNÉE UNIVERISTAIRE 2022-2023

REMERCIEMENTS

Au Professeur Dominique Somme et au Docteur Aline Corvol, responsables de la formation, pour ce grand élan qu'ils ont offert à la pratique avancée infirmière.

Au Professeur Gabriel Robert, directeur de ce mémoire, pour son précieux guidage sur la voie de la méthode scientifique en psychiatrie.

À Pierre Pennamen, co-directeur de ce mémoire, parrain de formation, collègue de travail et ami, pour avoir su endosser toutes ces casquettes en conservant toujours un style unique.

À l'Université de Rennes, aux responsables et formateurs du Diplôme d'État IPA, pour l'organisation des cours et pour la qualité de leurs enseignements.

À l'équipe pédagogique de la formation, Sylvie Roussin-Guéna, Catherine Verdier et Véronique Croizer, pour leur accompagnement quotidien.

À M. Lecamus, Directeur des soins de l'EPSM-Morbihan, Mme Lemarié, Directrice des ressources humaines et au Dr Dormois, présidente de la Commission médicale de l'établissement, pour m'avoir permis d'intégrer la formation IPA.

Au Docteur Régis Le Floc'h, chef du Pôle médico-technique de l'EPSM-Morbihan, et à ses confrères généralistes, pour tous leurs enseignements et pour avoir fait germer en moi la première idée de ce mémoire.

À Morgane Rocaboy, diététicienne à l'EPSM-Morbihan, pour son mémoire sur les TCA, initiateur d'une réflexion institutionnelle que j'espère avoir su poursuivre.

Au Dr Parolin, médecin responsable du DIM, pour son aide essentielle dans la sélection des dossiers de l'audit.

À toute l'équipe du CMPS de Vannes, et particulièrement au Dr Edwige Duaux et à Lydia Guého, cadre de santé, pour la confiance, le courage et le temps qu'elles m'ont donnés.

À tous mes camarades de promotion, pour leur esprit de solidarité, leur intelligence et leur humour, grâce auxquels ces deux années de formation ont été si joyeuses.

À ma compagne Audrey et à mes enfants, Hérem et Sofia, pour avoir supporté mes absences et pour avoir toujours su me rappeler que, sans amour, rien de grand ne peut être accompli.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACC : Audit Clinique Ciblé

AM : Anorexie Mentale

CIM-10 : dixième et dernière version de la Classification Internationale des Maladies

CMPS : Centre Médico-Psychologique de Secteur

DIM : Département d'Information Médicale

DP : Diagnostic principal

DPI : Dossier Patient Informatisé

DSM-5 : cinquième et dernière version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie

EBM : Evidence-Based Medicine – médecine fondée sur les faits

EBN : Evidence-Based Nursing – science infirmière fondée sur les faits

EBP : Evidence-Based Psychiatry – psychiatrie fondée sur les faits

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

HAS : Haute Autorité de Santé

HTC : Hospitalisation à Temps Complet

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

RBP : Recommandations de Bonnes Pratiques

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires ou Troubles du Comportement Alimentaire

TED : Troubles Envahissants du Développement

TSA : Troubles du Spectre Autistique

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition par âge des patients inclus dans l'audit.

Figure 2. Répartition des diagnostics principaux.

Figure 3. Description et répartition des motifs d'hospitalisation.

Figure 4. Répartition des durées moyennes de séjour en 4 catégories (très court, court, long et très long).

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction.....	1
2.	Méthode.....	4
	2.1. Design de l'étude.....	4
	2.2. Terrain d'observation.....	5
	2.3. Population incluse.....	5
	2.4. Période d'observation.....	5
	2.5. Critères d'évaluation.....	6
	2.6. Recueil de données.....	7
	2.7. Aspect légal et éthique.....	8
	2.8. Résultats attendus.....	8
3.	Résultats.....	9
	3.1. Description de la population.....	9
	3.2. Description des séjours.....	11
	3.3. Taux de correspondance aux critères d'évaluation.....	12
4.	Discussion.....	13
	4.1. Synthèse des résultats.....	13
	4.2. La prise en charge hospitalière de l'anorexie mentale.....	14
	4.3. Perspectives d'amélioration des pratiques.....	18
5.	Conclusion.....	21
	Points clés.....	22
	Résumé	
	Résumé (français)	
	Abstract (anglais)	
	Bibliographie	
	Annexes	
	Annexe A : DSM-5 Anorexie mentale	
	Annexe B : Recommandations de bonnes pratiques HAS (2010) – Critères d'hospitalisation	
	Annexe C : Grille d'analyse	

INTRODUCTION

L'Anorexie Mentale (AM) est la seule maladie psychiatrique qu'un mouvement informel mais étendu de malades promeut sur Internet (le mouvement « pro-ana », Windels, 2010), alors qu'elle est aussi la plus mortelle, avec un taux de mortalité standardisé de 5,86 pour mille, dont un mort sur cinq par suicide (Arcelus et al., 2011). Le paradoxe est vertigineux mais il engage à porter sur l'AM un regard à la hauteur des enjeux.

En 1873, les premières caractérisations psychopathologiques de « l'anorexie hystérique » par Lasègue et de *l'anorexia nervosa* par Gull constituent les descriptions princeps de l'AM et l'inscrivent dans le champ médical. Cent cinquante ans après, les connaissances scientifiques se sont accumulées et affinées pour aboutir à un consensus nosographique. L'AM est un trouble comportemental d'origine multifactorielle, de prévalence habituellement mesurée à 1,4 % des femmes (Galmiche et al., 2019) mais qu'une étude de Van Eeden et al. (2021) estime pouvant aller jusqu'à 4 % des femmes et 0,3 % des hommes, d'apparition typiquement adolescente et que la 5ème édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) permet d'identifier par 3 critères majeurs : la restriction alimentaire, la peur intense de prendre du poids ou de devenir gros et l'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps.

Outre ce tableau clinique communément admis, de nouvelles études apportent un éclairage progressif sur l'étiologie de l'AM. Sa part génétique est désormais avérée (Duncan et al., 2017), bien qu'il ne s'agisse encore que du premier locus incriminé, et les dysfonctionnements de l'axe intestin-cerveau observés dans l'AM pourraient aussi bien en être des causes que des conséquences (Achamrah et al., 2019).

La proximité symptomatique de l'AM avec les Troubles du Spectre Autistique (TSA) oriente également vers une origine neurodéveloppementale (Westwood et al., 2017). Ces analogies sont les fruits de la recherche en neuropsychologie, qui pointe les dysfonctionnements cognitifs récurrents dans l'AM (Luyat, 2014), à savoir les déficits de cohérence centrale, de flexibilité mentale et d'empathie, partagés avec les TSA et les Troubles Envahissants du Développement (Martinez et al., 2014) cependant qu'elle dresse un profil plus spécifique et complet du sujet présentant une AM. Ce style cognitif, tel que la psychologie cognitive désigne la façon dont les individus pensent, perçoivent et se souviennent des informations, ne serait pas limité à l'état pathologique, se retrouverait dans la fratrie, persisterait au-delà de la rémission et pourrait se révéler un facteur de risque à valeur prédictive (Duriez et Gorwood, 2018).

A ces anomalies bien repérées, s'en ajoute une autre connue de longue date et que de récents travaux précisent (Federica et al., 2022) : l'altération de la perception de l'image de son corps, qu'on distingue désormais de la dysmorphophobie. En effet, plutôt qu'un trouble phobique ou obsessionnel portant sur l'image spéculaire, il s'agit d'une altération sensorimotrice du schéma corporel, qui serait responsable des phénomènes d'objectification du corps présents dans l'AM.

Mieux comprendre cette objectification permettrait de prévenir et soigner plus efficacement les complications somatiques graves de l'AM (Gibson et al., 2019). Cela éclairerait également sur les rapports entre AM et addiction (Brusset, 2009), perspective proposant de retourner le critère B du DSM-5 de « peur intense de prendre du poids » en « plaisir intense de perdre du poids ». Ce plaisir, obsessionnel et compulsif serait similaire à celui éprouvé par le sujet addict (Barbarich-Marsteller et al., 2011). Au-delà des enjeux de classification psychopathologique, la comparaison entre addiction et AM permet d'envisager ce dernier trouble dans toute son ambivalence : si le sujet semble faire preuve d'une volonté consciente et tenace dans son refus de s'alimenter, celle-ci pourrait n'être que de façade, masquant une réelle dépendance à la privation alimentaire. Le « choix » des pro-ana équivaldrait à celui des toxicomanes pour leurs produits.

A l'instar des troubles de l'addiction toujours reliés à leur contexte socio-historique, l'AM est en prise avec son environnement, comme en témoigne sa surreprésentation chez les sportives de haut-niveau et les mannequins, pour qui performance et culte de l'image précipitent sa survenue (Cathibras et al., 1991).

Toutefois, traduire ces avancées théoriques indéniables en options thérapeutiques et en pratiques de soins est loin d'être automatique. Ce processus passe nécessairement par une démarche scientifique, épistémologique, telle que les partisans de l'evidence-based medicine (EBM) l'ont conceptualisée depuis sa formulation officielle par Guyatt en 1992 dans le *Journal of the American Medicine Association*.

L'EBM, ou médecine fondée sur les faits, se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, [...et comme] une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques » (Sackett et al., 1996). En trente ans d'existence, l'EBM a développé des méthodes de hiérarchisation des niveaux de preuve et des cadres d'application des résultats de recherche les mieux classés (Montori et Guyatt, 2008). Ce va-et-vient permanent entre théorie et pratique, aussi ambitieux soit-il dans la

tâche de traitement des informations qu'il s'impose, s'inscrit néanmoins dans la continuité logique du projet de démarche scientifique en médecine poursuivi depuis Claude Bernard.

Reste à savoir si l'EBM, et l'evidence-based nursing (EBN), sa déclinaison en sciences infirmières (Melnyk, 2011) animée par les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), peuvent s'implanter plus significativement en psychiatrie (Gupta, 2007), principale garante de la thérapie de l'AM. Si cela est possible, ou souhaitable (Paulus, 2017), il est en revanche primordial de clarifier la notion de preuve ou de donnée probante en psychiatrie, tant la discipline a pu être traversée de courants idéologiques édictant des dogmes (Hochmann, 2022). Parallèlement, conduire des essais cliniques randomisés se heurte à la nécessité d'une adaptation sur mesure des conditions de réalisation de ces essais aux spécificités de la psychiatrie et des troubles mentaux (Healy, 2001).

Mais l'EBM n'incite pas seulement à produire des données probantes, elle sous-tend également l'élaboration de Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) (Chabot et Mariotte, 2009) dont les objectifs principaux sont « d'aider à la prise de décision dans le choix des soins » et « d'harmoniser les pratiques » (HAS, 2016).

Concernant l'AM, des RBP ont été publiées dans de nombreux pays ces vingt dernières années ; elles font globalement consensus et ont peu évolué depuis (Resmark et al., 2019). Pourtant, force est de constater que la grande diversité des pratiques de soins proposés aux patients atteints d'AM est surtout une disparité, maintenant à distance le cap de l'harmonisation (Lasfar et al., 2022). En France, la prise en charge de l'AM peut être assurée par des services aussi variés que la psychiatrie générale, l'addictologie ou l'endocrinologie (Rocher et Le Bras, 2022) et selon des modes de soins allant de l'équipe mobile (Messenger, 2016) à l'hospitalisation à temps complet (HTC).

En matière de prise en charge de l'AM, la Haute Autorité de Santé (HAS, 2010) recommande qu'elle soit à la fois somatique et psychiatrique, toujours ambulatoire en première intention, l'HTC étant « indiquée en cas d'urgence vitale somatique ou psychique (risque suicidaire ou d'auto-agression important), d'épuisement ou de crise familiale, avant que le risque vital ne soit engagé ou en cas d'échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation) ». Cette indication stricte mène à trois constats : l'HTC est plutôt rare pour les malades d'AM, les motifs d'hospitalisation sont parfois autres que l'AM elle-même et il s'agit le plus souvent de patients ayant déjà reçu des soins ambulatoires infructueux et dont la maladie progresse depuis plusieurs années.

Ainsi, les services d'HTC de psychiatrie ont la gageure d'accueillir les cas d'AM les plus sévères et les moins accessibles au traitement, dont un sur cinq évoluera vers l'AM chronique (Vandereycken, 2003). Les équipes de soins doivent accompagner sur le long terme des patients très vulnérables

physiquement, au style cognitif dit « concret » ne facilitant pas les interactions sociales et sujets à des symptômes sévères pour lesquels aucun traitement médicamenteux spécifique n'a encore été jugé efficace (HAS, 2010). Pour les patients déjà fortement impactés par l'AM, ces services d'HTC constituent un dernier rempart face à l'évolution délétère de leur maladie.

Dans cette mission délicate, la HAS trace à l'attention des professionnels quelques lignes directrices fiables : des critères d'hospitalisation somatiques, psychiatriques et environnementaux ; l'accueil dans un service spécialisé dans les TCA lorsque c'est possible ; des soins multidisciplinaires engageant la collaboration des équipes psychiatriques et somatiques, et associant renutrition, surveillance somatique et accompagnement psychosocial. La HAS précise encore qu'un bilan d'admission doit être fait, avec un examen clinique complet, que l'hospitalisation doit être aussi longue que nécessaire et suivre des objectifs somatiques, pondéraux et nutritionnels conjugués à des objectifs de soins psychologiques et sociaux, formalisés par un contrat thérapeutique.

Il reste néanmoins légitime de s'interroger sur le niveau d'implémentation de ces bonnes pratiques dans les services de soins concernés. La question est décisive en ce sens que parvenir à déterminer les écarts éventuels et à les mesurer rendrait possible une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles en matière de prise en charge hospitalière de l'AM. Afin d'essayer de répondre à la question : « **quelle est la concordance des soins apportés en HTC de psychiatrie aux personnes souffrant d'AM avec les RBP en vigueur?** », cette étude se propose d'examiner cette concordance entre les RBP 2010 de la HAS et les pratiques de soins observées sur la période 2011-2022 dans les services d'HTC de l'EPSM-Morbihan.

MÉTHODE

1. Design de l'étude

Au regard du thème - la prise en charge en HTC des patients souffrant d'AM - et de l'objectif d'évaluer précisément les écarts entre pratiques de soins effectives et pratiques de soins recommandées, le choix de la méthode s'oriente logiquement vers celui d'une **Évaluation des Pratiques Professionnelles** par comparaison à un référentiel (en l'occurrence, les RBP HAS, 2010), sous la forme d'un **Audit Clinique Ciblé**, tel que la HAS en a tracé les contours (HAS, 2009 et 2018). L'Audit Clinique est une méthode d'évaluation consistant à mesurer les écarts entre pratique observée et pratique attendue, dans le but d'améliorer la qualité des soins délivrés, ce qui correspond en tout point avec l'objectif de cette étude. Cet Audit Clinique est Ciblé (ACC) en ceci

qu'il s'appuie sur un nombre limité de critères, assurant sa faisabilité et visant une acceptabilité maximale de ses conclusions auprès des professionnels concernés, ce qui justifie également le caractère monocentrique de l'étude. La pertinence d'un ACC est toutefois tributaire du nombre suffisamment conséquent de dossiers évalués, au minimum une dizaine selon la HAS.

La HAS définit quatre étapes de l'ACC : la préparation, lors de laquelle le thème est choisi et le protocole écrit, l'évaluation, étape de la mesure, les actions d'amélioration et la réévaluation. Cette étude se propose d'en réaliser les deux premières, non sans esquisser des pistes d'amélioration à mettre en place qu'il conviendrait ensuite de réévaluer. Selon la HAS, le choix du thème est fait « en fonction de la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient, des problèmes rencontrés, du potentiel d'amélioration et de l'existence de références scientifiques, réglementaires ou professionnelles ». Ainsi, le thème de la prise en charge en HTC des patients atteints d'AM remplit quatre de ces cinq critères, l'HTC étant peu fréquente (Lasfar et al., 2022).

2. Terrain d'observation

L'EPSM-Morbihan est un hôpital psychiatrique départemental situé à Saint-Avé et intégré au Groupe Hospitalier Brocéliande-Atlantique. A l'heure actuelle, l'EPSM-Morbihan assure la prise en charge de 18 000 personnes chaque année (EPSM-Morbihan, 2020) et dispose de 335 places d'HTC, réparties en 3 pôles de secteur, un pôle de pédopsychiatrie et un pôle médico-social, complétées par une offre de soins ambulatoire portée par 6 CMPS.

3. Population incluse

Critères d'inclusion : avoir un diagnostic d'AM (CIM-10 : F50.0 pour l'AM et F50.1 pour l'AM atypique) noté dans le DPI ; avoir été hospitalisé à temps complet ; sans limite d'âge.

Critères d'exclusion : ne plus présenter de symptômes d'AM durant la période d'observation (mention de guérison symptomatique dans le DPI) car les soins évalués doivent nécessairement avoir été prodigués en considération de ce trouble.

4. Période d'observation

Compte tenu de la présence des données à évaluer dans les dossiers patients, la méthode d'évaluation indiquée est celle d'une **analyse rétrospective des dossiers**. La période évaluée court **de 2011 à 2022**, soit à partir de l'année suivant l'édition des RBP HAS jusqu'à la dernière année complète, dans un souci de cohérence et d'exhaustivité.

5. Critères d'évaluation

Choix des critères : la sélection des critères se veut une transcription simplifiée mais fidèle des critères d'hospitalisation recommandés et des objectifs thérapeutiques fixés par la HAS en matière d'HTC des patients souffrant d'AM. Six critères ont été retenus, offrant une vue synthétique et néanmoins complète des pratiques de soins auditées.

Description de la grille d'analyse : la grille d'analyse prend la forme d'un tableau (cf. Annexe C). L'analyse des dossiers patients vérifie pour chaque critère sa présence ou son absence. Une colonne « Commentaires » permet de préciser la localisation des données dans le dossier patient et d'ajouter au besoin une note utile à la compréhension de l'évaluation.

Description des critères :

Critère n°1 : Bilan d'admission complet. Conformément aux RBP, un bilan clinique, somatique, psychique et environnemental, assuré par un ou plusieurs médecins (généraliste, psychiatre) est attendu dans les 48h suivant l'admission. Ce bilan permet de confirmer l'indication d'HTC ainsi que d'objectiver la configuration pathologique du patient selon deux champs cliniques (somatique et psychique) et trois catégories de critères (anamnestiques, cliniques et paracliniques). C'est sur ce bilan, qui spécifie le niveau de sévérité du trouble, son évolution et l'état global du patient, que va s'appuyer l'équipe médicale pour définir les objectifs d'hospitalisation et les soins subséquents. La complétude du bilan est vérifiée par la présence des deux champs et des trois critères.

Critère n°2 : Suivi pluridisciplinaire. L'importance de la pluridisciplinarité fait consensus dans les soins apportés aux personnes hospitalisées pour AM. Elle repose, a minima, sur la collaboration entre généraliste, psychiatre et équipe infirmière, vérifiée par la présence dans le DPI d'au moins une consultation par médecin hors du bilan d'admission durant l'hospitalisation.

Critère n°3 : Contrat thérapeutique. Comme le recommande la HAS, un contrat thérapeutique permet de formaliser les objectifs et modalités des soins. Par ailleurs, il contribue à créer les conditions d'une alliance thérapeutique entre le patient et les professionnels, tout en servant de référence pour l'ensemble de l'équipe en ce qui concerne les objectifs de soins. Ce contrat n'est pas nécessairement écrit, pour autant son existence doit être tracée dans le dossier patient.

Critère n°4 : Accompagnement par un diététicien ou nutritionniste. La renutrition est au centre des objectifs de soins recommandés. Si les risques médicaux liés à l'état de dénutrition sont du ressort du médecin généraliste, la stratégie nutritionnelle doit être portée par un spécialiste pour se montrer efficace, personnalisée et durable. Ce critère se vérifie par la présence d'au moins un entretien avec un diététicien ou nutritionniste au cours de l'hospitalisation.

Critère n°5 : Lien établi avec la famille pour préparer la sortie et/ou s'impliquer dans les soins. La HAS précise que « dans le cas de patients adultes, il est recommandé d'initier une approche sur les interactions familiales à l'aide d'entretiens familiaux ou d'une thérapie familiale ». En raison de l'éventuelle impossibilité ou refus du patient de réaliser des entretiens familiaux ou une thérapie familiale, le critère minimal choisi est celui d'un lien établi avec l'entourage du patient, sous la forme d'entretiens téléphoniques ou de rencontres (au moins une occurrence), pour préparer la sortie et/ou s'impliquer dans les soins, afin, comme recommandé par la HAS, de favoriser la continuité des soins une fois le patient revenu dans son milieu habituel.

Critère n°6 : Mise en place ou reprise d'un suivi ambulatoire pluridisciplinaire avant la fin de l'hospitalisation. Ce dernier critère renvoie directement à la gradation des soins apportés aux patients atteints d'AM fixée par la HAS : en première intention, les soins doivent être ambulatoires et toujours pluridisciplinaires, aussi, une fois le temps de crise ayant justifié une HTC passé, des soins ambulatoires doivent être proposés ou reconduits. Ce critère peut être vérifié dans le dossier patient à travers les compte-rendu de réunions de synthèse ou d'échanges téléphoniques avec les structures de soins ambulatoires (CMPS, psychiatres libéraux).

6. Recueil de données

En collaboration avec le médecin responsable du DIM de l'EPSM-Morbihan, les dossiers patients correspondant aux critères d'inclusion ont été identifiés. Les médecins responsables ont été contactés afin de les prévenir de la tenue de l'audit ainsi que de les inviter à y apporter leur contribution. Les dossiers ont ensuite été analysés à l'aide de la grille de critères d'évaluation.

Détermination des séjours : dans le cas d'hospitalisations multiples, un tirage au sort des dossiers a été réalisé en regard du numéro de dossier et via la fonction aléatoire d'un tableau Excel.

Objectifs secondaires : dans l'objectif d'élargir le champ d'observation de cette étude, des données complémentaires ont également été recueillies. Pour esquisser une approche démographique de la population auditée, l'âge et le sexe des patients ont été notés. Le motif d'hospitalisation a été identifié, afin d'observer sa répartition et de mesurer les éventuelles différences de prise en charge entre les patients hospitalisés pour AM et ceux présentant une AM mais hospitalisés pour un autre motif. Enfin, dans la perspective d'inscrire les hospitalisations auditées dans des parcours de soins, la durée de séjour, les antécédents d'hospitalisation et les transferts depuis ou vers un autre service ont été consignés.

7. Aspect légal et éthique

Aspect légal : ce travail s'inscrit hors loi Jardé et respecte la méthodologie de référence MR004. La direction de l'établissement a donné son accord à cette recherche et apporté son soutien. Un courrier a été envoyé à chaque patient afin d'informer de la réalisation de l'audit et de proposer le cas échéant le renvoi d'un formulaire de non-consentement à la participation à la recherche.

Éthique : le projet de recherche a été adressé à l'Espace de Réflexion Éthique de l'EPSM-Morbihan.

Conflit d'intérêt : l'auteur certifie n'avoir aucun conflit d'intérêt dans la réalisation de ce travail.

8. Résultats attendus

La longueur importante de la période d'évaluation et l'inclusion de l'ensemble des services d'HTC de l'EPSM-Morbihan garantissent un nombre suffisant de dossiers à auditer, dix étant un minimum et cinquante un optimum.

Bien qu'aucune conclusion ne puisse être tirée à ce stade, l'examen de la littérature sur le sujet laisse présager des écarts entre RBP et réalité concernant trois critères. Le contrat thérapeutique pourrait être sous-utilisé pour plusieurs motifs : séjour trop court pour élaborer une alliance avec le patient, soins centrés sur d'autres troubles que l'AM, méconnaissance de l'équipe médicale de l'intérêt de cet outil. Ces mêmes raisons pourraient aussi diminuer la fréquence du suivi par un diététicien. Quant à l'organisation du parcours de soins, que le critère n°6 (mise en place ou reprise d'un suivi ambulatoire pluridisciplinaire avant la fin de l'hospitalisation) ébauche, elle pourrait être insuffisante du fait de certains paramètres comme l'absence d'offre de soins ambulatoires spécialisés ou le manque d'acteurs de la coordination des soins.

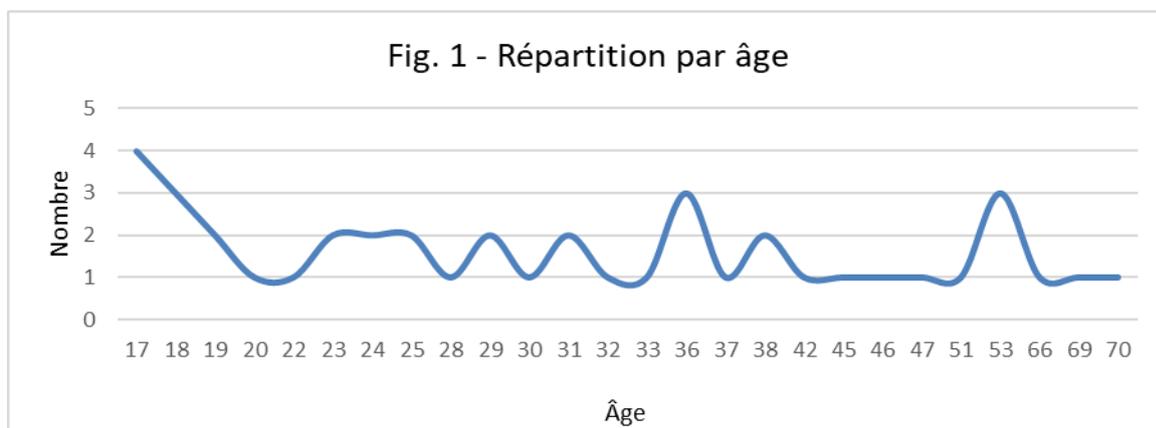
En outre, il est possible que cet ACC se heurte à des obstacles inhérents à sa méthode de recueil des données. Leur extraction via les DPI peut faire courir le risque de passer à côté de dossiers correspondant pourtant avec les critères d'inclusion ou de retenir des dossiers n'y correspondant pas. En effet, si le DPI est un outil de soins dont les avantages en termes d'accessibilité et de maniabilité sont bien reconnus, un risque d'erreurs subsiste en matière d'entrée et de conservation correctes des informations (Torki, 2022). La procédure de l'ACC permettra cependant de vérifier la bonne correspondance des dossiers avec les critères d'inclusion.

RÉSULTATS

Suite à l'extraction des données, finalisée le 20 février 2023, 45 dossiers ont été retenus. Les courriers ont été envoyés aux patients concernés, puis, après un délai d'attente de 3 semaines, l'audit a pu commencer. Il s'est déroulé du 20 mars au 14 avril 2023. Il est important de noter qu'aucun patient n'a refusé de participer à l'étude. Un prétraitement des dossiers en a écarté 2 de l'ACC : un du fait de la guérison symptomatique du patient durant la période d'évaluation ; un pour des raisons d'inaccessibilité des informations. **43 dossiers ont donc finalement été inclus.**

1. Description de la population

Âge : la moyenne d'âge des patients est de 33 ans. Les plus jeunes patients avaient 17 ans lors de leur hospitalisation, le plus âgé 70. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, seule la fourchette d'âge 17-20 ans est statistiquement surreprésentée, ce qui correspond au second pic d'apparition de la maladie. Ces patients comptent pour 23 % de la population étudiée. Par la suite, aucun élément n'apparaît qui mettrait en évidence un âge significatif d'hospitalisation.



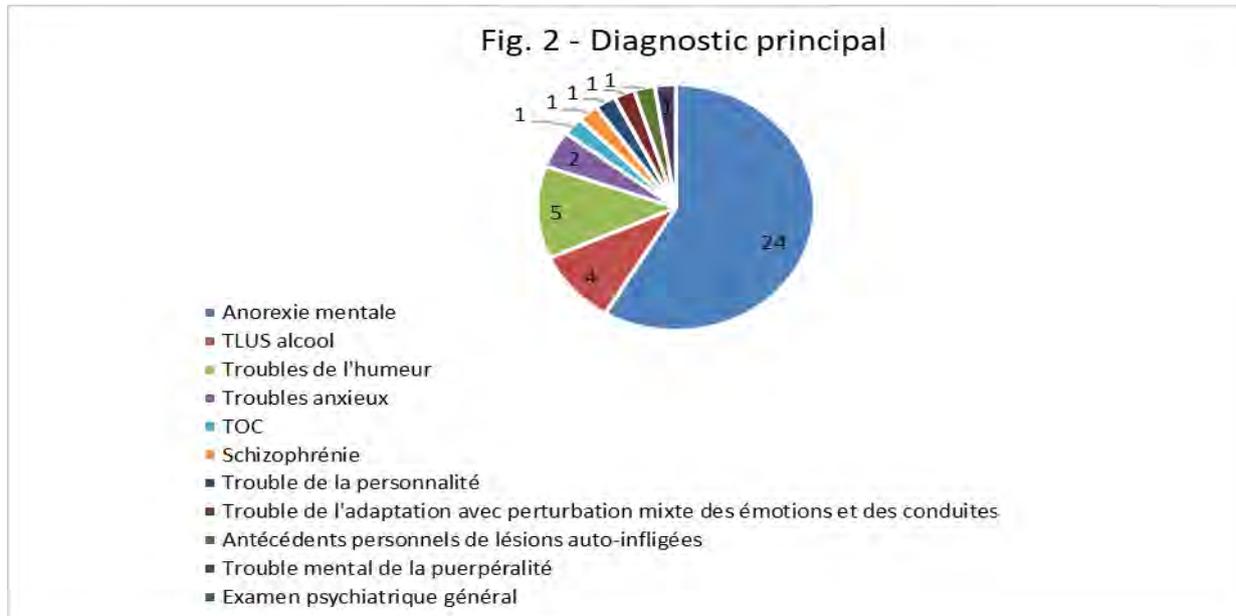
Sexe : sur 43 patients, 2 sont des hommes, soit 4,6 % du panel, ce qui est nettement inférieur aux 11 % d'hommes atteints d'AM que l'épidémiologie retrouve dans la population générale.

Le **diagnostic principal** (DP) inscrit dans le DPI est majoritairement celui d'AM : 23 patients, soit 53,5 %, voire 24 patients, soit 56 %, si est inclus un DP « trouble de l'alimentation ».

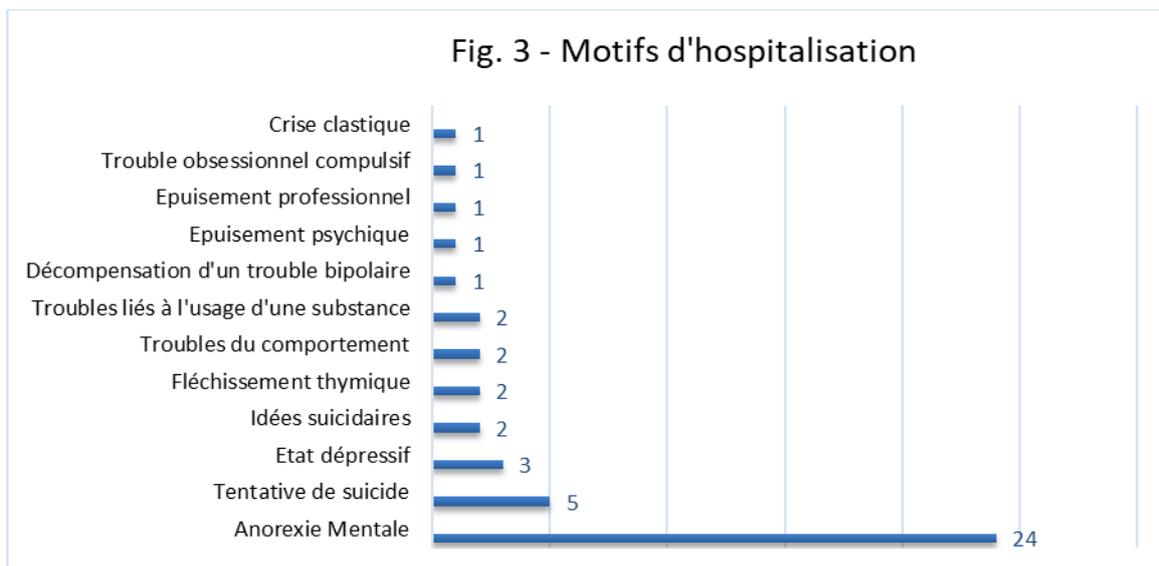
L'AM est un **diagnostic associé** pour 5 patients, soit 11,5 % et apparaît dans les **antécédents** chez 14 patients en excluant celui dont le diagnostic est « trouble de l'alimentation », soit 32,5 %. 17 patients ont un DP autre que l'AM et 2 n'ont en aucun d'identifié dans le DPI. Les troubles de l'humeur (11,5 %) et les TLUS liés à l'alcool (9,5%) sont les plus représentés, suivent les troubles anxieux (4,5%) et d'autres troubles à l'occurrence unique.

Deux remarques doivent être faites concernant les diagnostics : ils ne se superposent pas avec les motifs d'hospitalisation (le DP peut être l'AM et le motif d'hospitalisation différent). Deuxièmement, quelques erreurs et imprécisions apparaissent : « anorexie » au lieu d'« anorexie mentale » (erreur de codage, après vérification du dossier), 2 absences de diagnostic, un « examen psychiatrique général » de code Z que la CIM-10 déconseille en DP.

La figure ci-dessous illustre la répartition des DP.



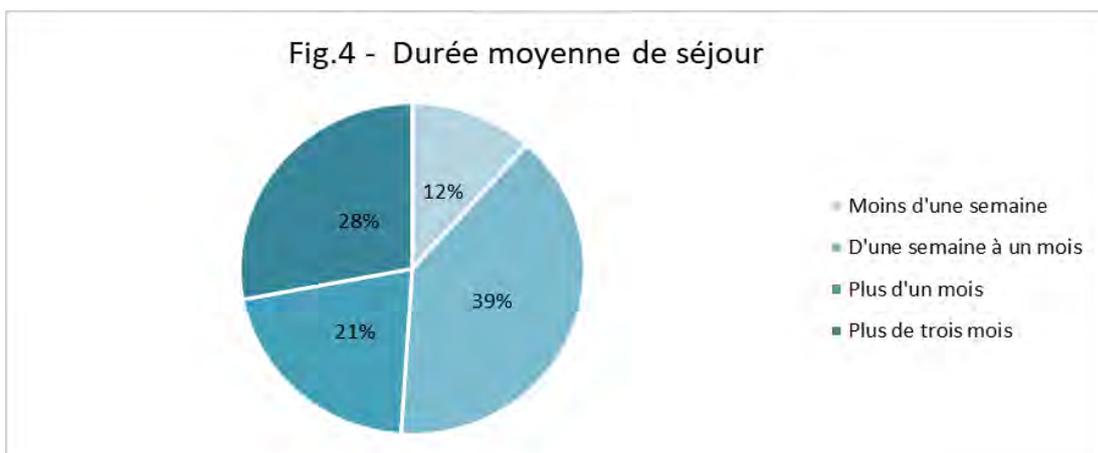
Motif d'hospitalisation : 24 patients ont été hospitalisés pour AM, soit 56 %, ce qui constitue de loin le premier motif d'hospitalisation. Suivent les tentatives de suicide et les états dépressifs, ce qui est congruent avec les données de la littérature. Dans ses recommandations, la HAS rappelle que « tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation » est un motif pertinent d'hospitalisation pour les personnes présentant une AM.



2. Description des séjours

Durée moyenne : les RBP de la HAS affirment que « les durées d'hospitalisation doivent être aussi longues que nécessaire », tout en précisant qu'elles « ne doivent pas s'éterniser et devenir iatrogènes ». Il est donc impossible de définir une durée optimale d'hospitalisation, bien qu'on puisse avancer qu'un séjour très court ne permet pas l'instauration d'une alliance thérapeutique et qu'un séjour très long augmente les risques de « iatrogénie hospitalière », concept développé dans le champ de la gériatrie et caractérisant la perte de capacité fonctionnelle que vont présenter les personnes suite à une hospitalisation prolongée (HAS, 2017).

Afin de mieux se représenter leur durée, les séjours ont été classés en 4 catégories : très court (moins d'une semaine), court (d'une semaine à un mois), long (d'un à trois mois), très long (plus de trois mois). Il est important de noter pour contextualiser que la durée moyenne des séjours d'HTC en psychiatrie est de 29 jours (DREES, 2018). Comme le montre le graphique ci-dessous, les séjours très courts sont les moins fréquents, les courts les plus fréquents et la répartition est à peu près équitable entre les durées de séjour longues et très longues.



Transferts : 6 séjours ont fait suite à un transfert depuis un autre service, soit 14 % des séjours, dont 2 depuis des services spécialisés dans les TCA et 4 depuis des services d'endocrinologie. Concernant ces derniers, la raison du transfert est la volonté d'assurer une prise en charge psychique complète que ne peuvent pas assurer les services d'endocrinologie, une fois les objectifs de restauration pondérale atteints. Quant aux transferts depuis des services spécialisés dans les TCA, la raison invoquée est l'échec de la prise en charge précédente. 3 séjours se sont terminés par un transfert vers des services spécialisés dans les TCA, soit 7 %. Ces transferts ont été réalisés du fait de la volonté des patients de bénéficier d'une prise en charge spécifique de leurs troubles.

Programmation : un seul séjour a été programmé, dans le cadre d'un contrat de soins préétabli entre le patient et son psychiatre référent.

Parcours d'hospitalisation : les antécédents d'hospitalisation ont été comptabilisés. Il en ressort un taux moyen de séjours par patient de 3,1. 13 patients n'avaient jamais été hospitalisés avant, soit 30 % des patients, et, au maximum, un patient avait connu 13 hospitalisations précédentes.

3. Taux de correspondance aux critères d'évaluation

Tous séjours confondus, le taux de correspondance aux critères est de **71 %**, voire **73 %** en incluant les pondérations.

Selon les critères :

Critère n°1 - Bilan d'admission complet : le taux de correspondance est de **86 %**. Sur les 6 dossiers où ce critère est absent, 3 concernent des transferts depuis un service d'endocrinologie, où un suivi clinique a sûrement été réalisé, et un dossier correspond à un séjour très court le week-end. En tenant compte de ces pondérations, le taux serait de 95 %.

Critère n°2 - Suivi pluridisciplinaire (au moins généraliste, psychiatre et infirmiers) : le taux est de **88 %**. La non-validation de ce critère est uniquement due à l'absence de suivi par un médecin généraliste, qui peut, pour 3 dossiers, s'expliquer par la durée très courte des séjours.

Critère n°3 - Présence d'un contrat thérapeutique : le taux est de **32,5 %**. C'est le plus bas des 6 critères. Le caractère parfois non formalisé d'un contrat thérapeutique (accord oral par exemple, directives non tracées) pourrait expliquer en partie cette faiblesse.

Critère n°4 - Accompagnement par diététicien ou nutritionniste : le taux est de **46,5 %**. Le suivi par un diététicien concerne donc moins de la moitié des dossiers. Ce taux relativement bas peut être pondéré par la durée très courte des séjours (4 des 5 séjours très courts ne l'ont pas validé).

Critère n°5 - Lien établi avec la famille pour préparer la sortie et/ou s'impliquer dans les soins : le taux est de **77 %**. Dans 2 dossiers ne satisfaisant pas ce critère, un refus du patient que l'équipe de soins contacte sa famille est tracé, ce qui témoigne de tentatives de l'équipe d'établir un lien avec la famille du patient. En incluant ces 2 dossiers, le taux serait de 81 %.

Critère n°6 - Mise en place ou reprise d'un suivi ambulatoire pluridisciplinaire (réunion de synthèse ou échanges téléphoniques) avant la fin de l'hospitalisation : le taux est de **95 %**. Il s'agit du plus haut taux de correspondance aux critères de l'audit.

Selon la durée de séjour : pour les séjours longs et très longs, le taux de correspondance aux critères est de 77 %, alors que pour les séjours de moins d'un mois, il tombe à 66 % et à 39 % pour les séjours de moins d'une semaine.

Selon le motif d'hospitalisation : pour les séjours dont le motif d'hospitalisation est l'AM, le taux de correspondance aux critères est de 78,5 %

Selon le diagnostic : lorsque le diagnostic principal est l'AM, le taux s'établit à 74,5 %. Lorsque le diagnostic principal n'est pas l'AM, le taux est de 69 %. Si l'AM est le diagnostic associé à un autre trouble, le taux de correspondance est de 73,5 %.

Selon l'âge d'hospitalisation : en pédopsychiatrie le taux est de 61 %. Pour les séjours de patients ayant entre 17 et 20 ans, le taux est de 73 %. En psychiatrie adulte, le taux est de 72,5 %. Pour les patients âgés de plus de 50 ans, le taux s'élève à 83 %.

Pour les séjours faisant suite à un transfert depuis un autre service, le taux est de 69,5 %.

Pour les premiers séjours, le taux est de 73 %.

Selon la sous-période d'hospitalisation : la période d'observation a été divisée en 3 sous-périodes de 4 ans, soit de 2011 à 2014 (10 dossiers), de 2015 à 2018 (19 dossiers) et de 2019 à 2022 (14 dossiers). Pour la première sous-période, le taux de correspondance aux critères est de 62 %, pour la deuxième, il est de 69 % et pour la troisième de 80 %. Il en ressort donc une nette augmentation du taux de correspondance avec le temps.

DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

Le premier élément notable des résultats de l'audit est que le taux global de correspondance aux critères de 71 % laisse transparaître une qualité satisfaisante des soins apportés en HTC aux patients atteints d'AM à l'EPSM-Morbihan. Ce taux connaît une amélioration continue depuis la parution des RBP de la HAS, pour passer de 62 % entre 2011 et 2014 à 69 % entre 2015 et 2018 avant de grimper jusqu'à 80 % sur la période 2019-2022. Ainsi, le constat d'une implémentation progressive des bonnes pratiques peut être fait, sans pour autant pouvoir identifier si cela est dû ou non à la diffusion des RBP.

Deuxièmement, des critères ont un taux de correspondance important, à commencer par le critère n°6, avec un taux de 95 % attestant d'une habitude ancrée des équipes de soins d'assurer le relais des soins hospitaliers vers l'ambulatoire, même à la suite de séjours de courte durée. Il serait

toutefois intéressant de vérifier si ces relais ont ensuite été concrètement opérés, une fois les patients sortis d'hospitalisation. Le critère n°2, garantissant la pluridisciplinarité du suivi, obtient aussi un taux de correspondance élevé de 88 %, ce qui prouve le caractère systématique de cette pratique. Le critère n°1, témoignant de la réalisation d'un bilan d'admission psychique et somatique, est lui aussi très correctement satisfait, avec un taux de 86 %. Le critère n°5, vérifiant l'établissement d'un lien avec la famille lors de l'hospitalisation, a quant à lui un taux de correspondance de 77 %, voire de 81 % en incluant les refus des patients de contacter leur famille. En somme, les pratiques professionnelles que ces quatre critères certifient semblent avoir valeur de règles instituées lors de toute HTC à l'EPSM-Morbihan et leur absence fait figure d'exception.

Pour autant, tous les critères ne sont pas également satisfaits. Le critère n°3, qui vérifie la présence d'un contrat thérapeutique, n'est satisfait qu'à 32,5 %. Autrement dit, seul un tiers des patients hospitalisés pour AM profite de cet outil de soins recommandé (Corcos, 2006). Le critère n°4, prouvant que le patient a été accompagné par un diététicien, présente un taux de correspondance de 46,5 %, plus bas qu'attendu. Les raisons pour lesquelles ces deux critères obtiennent un tel score seront questionnées plus loin, dans l'objectif de tracer quelques perspectives d'amélioration. Les résultats centraux que sont ces taux de correspondance aux critères de la grille d'audit doivent toutefois être contextualisés. Des paramètres importants sont à prendre en compte, qui ont trait au type de séjour et au profil du patient, et qui influent grandement sur le niveau de qualité des pratiques de soins. Ainsi, de manière hypothétique, le taux de correspondance maximal serait atteint pour les patients âgés de plus de 50 ans, hospitalisés entre 2019 et 2022 pour AM et durant plus d'un mois. Les patients mineurs, hospitalisés moins d'une semaine entre 2011 et 2014 pour un autre motif que l'AM auraient quant à eux un taux de correspondance minimal.

Ces formulations, utiles pour se représenter des tendances fortes de concordance entre RBP et pratiques professionnelles, ne sont pour autant pas un reflet exact du niveau de qualité des soins. En effet, des taux de correspondance aux critères élevés ont été trouvés pour des patients jeunes hospitalisés avant 2014 pour un autre motif que l'AM et pendant une durée très courte de séjour, aussi bien que des taux faibles pour des patients âgés hospitalisés longtemps pour AM après 2018.

2. La prise en charge hospitalière de l'anorexie mentale

Il convient désormais de croiser ces résultats avec les données issues de la littérature, afin de déterminer en quelle mesure l'implémentation des pratiques de soins observée ici coïncide avec celle étudiée ailleurs. Mais avant, il semble judicieux d'évoquer les conclusions d'un mémoire

réalisé à l'EPSM-Morbihan en 2022 par la diététicienne de l'hôpital pour l'obtention d'un Diplôme Inter-Universitaire « Troubles des Conduites Alimentaires » (Rocaboy, 2022), ainsi que le témoignage d'une participante à l'ACC ayant connu de nombreuses HTC à l'EPSM-Morbihan.

Contexte local

Dans son mémoire, la diététicienne dresse un état des lieux des prises en charge des TCA, et plus particulièrement de l'AM, à l'EPSM-Morbihan et dans le département. Il y est précisé qu'aucun service spécialisé dans les TCA n'existe en milieu hospitalier ni en ville sous forme d'un réseau multidisciplinaire de soins ambulatoires. Lorsqu'un médecin traitant considère qu'une hospitalisation est nécessaire pour un de ses patients souffrant de TCA, il adresse donc ce dernier en soins généraux (pédiatrie pour les mineurs et endocrinologie pour les majeurs) ou en psychiatrie, selon qu'il juge si la priorité est le soin somatique ou le soin psychique.

A l'EPSM-Morbihan, en pédopsychiatrie, seuls les adolescents bénéficient d'HTC, au Centre Psychothérapique Pour Adolescents (CPPA) de Vannes, les enfants allant en pédiatrie du Centre Hospitalier Bretagne-Atlantique. Au CPPA, la prise en charge comprend nécessairement des entretiens individuels avec le pédopsychiatre et les infirmiers, éventuellement avec les psychologues, la psychomotricienne et la diététicienne. Des activités à médiation thérapeutique avec les autres adolescents hospitalisés peuvent aussi être conduites. La mise en place d'un contrat de soins avec objectif pondéral est fréquente mais pas obligatoire. Parallèlement, un dispositif de soins ambulatoires pour adolescents existe depuis 2017, proposant deux activités à médiation thérapeutique en groupe par semaine animées par une psychomotricienne et des infirmiers, ainsi que des entretiens médicaux individuels ou familiaux.

En ce qui concerne les adultes, l'HTC se fait en clinique d'admission selon le secteur géographique d'habitation. La prise en charge des patients présentant un TCA n'y est pas spécifique ni protocolisée et dépend des points de vue des psychiatres et/ou des généralistes, qui décident parfois de l'établissement d'un contrat thérapeutique. Les transferts depuis la psychiatrie vers l'endocrinologie et inversement se font en fonction de l'état somatique et de l'IMC des patients.

Plusieurs éléments ressortent de cet état des lieux : le rôle primordial du médecin traitant, sur qui repose la décision d'hospitalisation et l'orientation du patient ; l'absence de prise en charge spécifique à l'EPSM-Morbihan et dans l'ensemble du département ; la non-standardisation de la prise en charge, dont la variabilité reflète la diversité des positions médicales.

A ces observations, s'ajoute la réalisation d'un questionnaire adressé à tous les soignants de l'EPSM-Morbihan concernant leurs représentations vis-à-vis des TCA et de leur prise en charge. Les

réponses apportées, principalement par des infirmiers, expriment une grande insatisfaction des soignants dans leur vécu de la prise en charge des TCA, qu'ils associent à des « résistances des patients au changement », au « manque de consignes médicales claires et précises », au « manque de liens entre les différents intervenants », au « manque de moyens pour mettre en place les interventions nécessaires » et au « manque d'informations sur les conduites à tenir ».

Contexte national

Un rapport de la Fédération Française Anorexie Boulimie et de la Direction Générale de l'Offre de Soins édité en 2020 (Godart et al., 2018) offre une vision panoramique des soins apportés aux patients souffrant de TCA en France, qui donne l'occasion de replacer les résultats de l'audit, complétés de l'état des lieux exposé ci-dessus, dans leur contexte national.

Tout d'abord, l'existence d'unités spécialisées dans les TCA au sein de l'offre de soins régionale n'obéit pas à une norme et présente une certaine disparité. La Bretagne compte par exemple 4 unités spécialisées pour une moyenne nationale de 5,3 par région, alors que la Bourgogne-Franche Comté en compte seulement 2 pour une population à peine inférieure.

Un système de gradation des niveaux de spécialisation de la prise en charge des TCA est proposé par les auteurs du rapport, déclinant 3 niveaux progressifs selon les critères suivants : qualité du suivi global des patients (psychique, diététique et somatique), pluridisciplinarité, spécialisation de l'approche thérapeutique, existence d'unités dédiées, complétude de l'offre de soins (hospitalière et ambulatoire), qualité de formation des soignants et participation à l'enseignement et à la recherche. Aucun établissement breton n'accède au troisième niveau, correspondant au plus haut niveau de spécialisation que seuls 12 établissements français atteignent, 4 sont classés niveau 2 et 8, dont l'EPSM-Morbihan, niveau 1.

En conclusion de ce rapport, les auteurs adressent un plaidoyer pour la spécialisation des soins, la constitution d'un réseau de soins national dynamique et promouvant la recherche clinique. Ainsi, la perception des soignants de l'EPSM-Morbihan coïncide avec des manques repérés au niveau national : une prise en charge insuffisamment spécialisée, corrélée à des insuffisances en matière de coordination des soins et de formation, qui se traduit sur le terrain par une insatisfaction des professionnels quant à la qualité des soins qu'ils prodiguent et à la compréhension des troubles.

Un témoignage

Des entretiens conduits avec une patiente ayant participé à l'ACC vont dans le sens de ce constat : elle fait état, lors de ses hospitalisations, d'un niveau de connaissance sur l'AM insuffisant de la part des différentes équipes médicales rencontrées. A cela, la patiente ajoute un éclairage

intéressant. Elle dit avoir observé que, d'un service à l'autre ou d'un séjour à l'autre, des ruptures ont eu lieu : perte d'informations, absence de continuité entre les différents discours soignants entendus, changements contradictoires des directives de soin. Le concept de parcours de soin, qui s'impose depuis une vingtaine d'années auprès de tous les acteurs du champ sanitaire, offre un cadre conceptuel utile pour appréhender ces ruptures de continuité (Constantin-Kuntz et al, 2014). Selon son témoignage, la patiente en aurait donc expérimenté des trois types existants : ruptures de continuités informationnelle, relationnelle et d'approche, laissant supposer un déficit de coordination des soins à l'échelle de l'institution. Compte tenu de la partialité d'informations recueillies par témoignage unique, ceci doit, au demeurant, ne rester qu'une piste d'exploration.

Validité des résultats et limites de l'étude

A l'inverse des constats précédents, les résultats de l'audit mettent en lumière un bon niveau de qualité des soins apportés aux patients souffrant d'AM à l'EPSM-Morbihan. Cette discordance a sûrement plusieurs explications, qui tracent simultanément les limites de cette étude.

La première est que, par son caractère ciblé, l'audit se concentre sur les critères fondamentaux de qualité des soins et ne permet pas d'embrasser l'ensemble des soins dispensés, qui constitue pourtant le substrat de ce qu'expérimentent les soignants comme les usagers. Est-ce à dire qu'à être trop ciblé cet audit raterait sa cible, qui est de rendre compte du niveau général de qualité des soins ? Si l'on s'en tient seulement au taux global de correspondance aux critères, nombre reflétant une moyenne statistique, la réponse serait « oui ». Mais s'il faut à raison se méfier de cette facilité de pensée auxquelles les statistiques nous mènent inévitablement, par la simplification du réel qu'elles opèrent, il faut de ce fait de ne pas y réduire toute interprétation. Dans son livre « Quand le monde s'est fait nombre », le philosophe et mathématicien Olivier Rey dresse un constat en signe d'avertissement : « Ce n'est pas à l'expérience personnelle, mais à la statistique que nous devons désormais nous confier pour savoir ce qu'il faut penser de la réalité. Ce faisant, la réalité a tendance à se résorber dans l'indicateur qui était censé renseigner sur elle » (Rey, 2016). Il nous appartient donc de ne pas nous satisfaire de ce résultat global, même s'il est bon, et de garder dépliés les résultats de l'audit, dans leurs détails et leur complexité.

Deuxièmement, les difficultés que pose communément aux soignants la prise en charge des patients atteints d'AM peuvent être invoquées pour répondre, au moins en partie, à ce paradoxe. Le style cognitif « concret » récemment identifié par la neuropsychologie (Antoine, 2015 ; Duriez et Gorwood, 2018) donne des clés de compréhension à la résistance aux soins que présentent, de manière variable, les personnes souffrant d'AM. La persistance des comportements pathologiques

en dépit de la gravité des conséquences et les difficultés à changer trouvent ainsi leur origine dans le déficit de flexibilité mentale. Parallèlement, les altérations perceptuelles (Federica et al., 2022) conduisent quant à elle à « l'incapacité persistante de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle » que pointe le DSM-5. L'absence de traitements médicamenteux efficaces, la durée importante d'hospitalisations parfois répétées, le risque vital encouru par les patients hospitalisés sont aussi des facteurs explicatifs de l'insatisfaction ressentie par les soignants.

Troisièmement, cet ACC constitue une première étape dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins. Pour que ses résultats gagnent en pertinence, il faudrait mener d'autres évaluations portant sur le vécu des soins par les patients et sur le niveau de formation des soignants. Il serait également nécessaire de reproduire cet ACC dans d'autres établissements psychiatriques français, afin de pouvoir comparer les différents résultats.

L'anorexie mentale chronique

Les observations précédentes doivent être complétées d'une précision importante : un diagnostic manque à l'appel, celui d'anorexie mentale chronique, défini par la persistance des symptômes au-delà de 5 ans (HAS, 2010). 21 % des personnes présentant un jour une AM voient leur trouble devenir chronique et leur taux de mortalité augmenter progressivement (Huas et al., 2011). Peut-être que rendre plus visible cette notion de chronicisation permettrait de souligner la nécessité de proposer des soins spécialisés ?

3. Perspectives d'amélioration des pratiques

Suivant les résultats de l'ACC, les pratiques devant prioritairement bénéficier de démarches d'amélioration sont l'utilisation du contrat thérapeutique et le suivi par un diététicien. S'y ajoute un besoin de clarification de la pathologie principale dans le DPI, nécessitant une réflexion préalable entre équipes médicales sur le bien-fondé d'identifier l'AM comme telle.

Le contrat thérapeutique

Il s'agit d'un outil de soins éprouvé (Guisseau-Gohier et al., 2007), recommandé par la HAS et qui présente les avantages d'être facile à mettre en œuvre tout en ancrant les soins dans une alliance thérapeutique responsabilisant les patients comme les soignants. Il peut rester adaptable à chaque situation mais sa formalisation semble indispensable pour être visible par tous les intervenants ainsi que pour prévenir les ruptures de continuité d'approche thérapeutique.

Au niveau de l'EPSM-Morbihan, sa plus grande implémentation devrait passer par la diffusion d'informations certifiées, issues des RBP et de la littérature, expliquant sa pertinence et ses

modalités d'application. Une discussion avec les équipes de soins, incluant en premier lieu les psychiatres, permettrait aussi de connaître les raisons justifiant son non-recours et, éventuellement, d'argumenter en faveur de son utilisation.

Le suivi par un diététicien

L'absence de suivi repéré par l'ACC est en partie imputable au fait qu'un seul diététicien exerçait à l'EPSM-Morbihan jusqu'en 2022. Si le nombre de diététiciens employés est une donnée sur laquelle les équipes de soins ont peu de prise, en revanche, des perspectives d'amélioration peuvent être imaginées concernant la prise en charge nutritionnelle par les équipes suivant des consignes établies en amont par le diététicien de manière protocolisée. La coordination avec le réseau de diététiciens ou nutritionnistes exerçant en libéral sur le territoire, via la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) locale par exemple, pourrait également constituer un atout pour les patients en termes de continuité des soins et de collaboration interprofessionnelle.

Clarification des informations du DPI

Un travail pourrait être mené en partenariat avec le DIM et l'ensemble des psychiatres afin de rendre plus évidente et consensuelle l'inscription de l'AM dans le DPI. Dans quels cas constitue-t-elle le diagnostic principal ? Comment éviter la perte d'informations que suggère l'audit de plusieurs dossiers où l'AM n'apparaît plus que dans les antécédents alors même qu'elle est encore la pathologie principale du patient ? Serait-il judicieux de pouvoir poser le diagnostic d'AM chronique ? Si des réponses communes ne sont pas toujours trouvables, ce questionnement collaboratif pourrait se révéler enrichissant.

La pratique avancée infirmière

Les compétences de l'IPA en matière de pratique clinique, de conseil, de recherche, de collaboration, de prise de décision éthique, d'expertise dans l'accompagnement des patients et de leadership (Hamric et al., 2013) trouvent chacune leur intérêt dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins apportés aux patients présentant une AM. La pratique clinique avancée, intégrant la dimension somatique des soins et prêtant attention aux comorbidités psychiatriques, permettrait, depuis un CMPS et grâce à son haut niveau d'autonomie, de soutenir les médecins psychiatre et généraliste dans le suivi des patients. Force de proposition, l'IPA apporterait des conseils aux équipes soignantes dans le choix et l'évaluation des interventions de soins les plus adaptées aux problématiques de l'AM. L'activité de recherche de l'IPA viendrait alimenter ce travail de terrain avec des références scientifiques actualisées, favorisant ainsi l'implantation de l'EBN auprès des collègues infirmiers. Situé à l'intersection des champs médical et paramédical, l'IPA

aurait pour rôle de tisser des relations entre toutes les personnes impliquées dans l'accompagnement des patients et d'entretenir activement ce réseau de collaboration. Du fait de la complexité des situations parfois rencontrées dans les soins dispensés aux personnes souffrant d'AM (soins sans consentement, alliance thérapeutique difficile, renutrition par voie parentérale, risque vital engagé, etc.), le regard éthique de l'IPA s'ajouterait utilement à celui des équipes de soins, à travers des analyses critiques de situations et des suggestions de lecture en philosophie du soin. En maintenant toujours au centre la place du patient dans sa prise en charge, l'IPA participerait à garantir un accompagnement juste et individualisé, en accord avec les dynamiques institutionnelles. Ce dialogue indispensable entre les différents échelons du domaine sanitaire, l'IPA pourrait l'animer grâce à son sens du leadership, dans l'objectif de promouvoir une vision collaborative, interdisciplinaire et long-termiste des soins dispensés aux patients atteints d'AM. Plus concrètement, et à la suite de ce premier audit, un IPA exerçant à l'EPSM-Morbihan pourrait reconduire d'autres études sur les TCA et promouvoir la recherche clinique sur ce sujet. La question de la compréhension par les soignants des troubles cognitifs associés à l'AM serait, par exemple, un sujet intéressant à développer. Parallèlement, l'IPA contribuerait à la création d'une équipe référente TCA, œuvrerait à l'organisation d'un réseau de soins intra- et extrahospitalier et veillerait à l'optimisation des parcours de soins des patients. Il proposerait également des outils de soins validés scientifiquement et porterait des projets d'implémentation de pratiques prometteuses comme la remédiation cognitive auprès des équipes de soins.

Une équipe référente TCA

Des discussions actuellement menées au sein de l'EPSM-Morbihan prévoient la constitution d'une équipe référente TCA, qui serait composée a minima de deux médecins, généraliste et psychiatre, d'un diététicien, d'un cadre de santé et d'un IPA. Cette équipe aurait pour ambition de servir d'interlocuteur expert auprès des équipes assurant la prise en charge des patients atteints d'AM, d'apporter un regard clinique à la fois global et spécialisé et de participer à la diffusion des bonnes pratiques comme à l'organisation d'un réseau de soins local réunissant tous les acteurs du parcours de soins des patients, à l'hôpital comme en ville.

CONCLUSION

Cette étude offre un regard synthétique de la prise en charge hospitalière des patients souffrant d'AM à l'EPSM-Morbihan, qui laisse supposer un bon niveau général de qualité des soins, en amélioration progressive depuis 2011. Toutefois, ce bilan positif est à nuancer : si quatre critères obtiennent des taux de correspondance satisfaisants, deux critères, l'utilisation d'un contrat thérapeutique et le suivi par un diététicien, présentent des taux faibles, traduisant un recours insuffisant à ces pratiques recommandées. De plus, un ACC n'a pas vocation à recouvrir l'ensemble des pratiques de soins et passe donc à côté d'un certain nombre d'entre elles, qu'il serait utile d'évaluer. Les résultats de l'audit donnent également à voir des disparités liées au profil des patients et au type de séjour, pouvant être résumées ainsi : plus l'AM est identifiée comme pathologie principale, plus les patients avancent en âge et plus l'hospitalisation est longue, alors meilleure est la qualité des soins.

Ce bilan doit aussi être contextualisé : l'EPSM-Morbihan n'offre pas à ce jour de soins hospitaliers spécifiques aux TCA et se situe dans une région dépourvue de centres spécialisés. Cette absence de spécialisation, que tous les acteurs de la recherche sur le sujet appellent de leurs vœux, et la difficulté de soigner l'AM à l'hôpital en raison de la sévérité des cas qui y sont accueillis et du style cognitif associé à ce trouble concourent à ce sentiment d'insatisfaction des soignants décelé en 2022 par le mémoire d'une diététicienne de l'établissement.

Cette étude doit donc être vue comme un premier pas, tant dans la démarche d'EPP qu'elle opère que dans celle d'amélioration de la qualité des soins qu'elle initie. Afin d'obtenir des résultats comparables et plus statistiquement significatifs, l'ACC gagnerait à être reproduit ailleurs et des études pourraient être à nouveau menées sur place pour affiner l'évaluation des soins. Parallèlement à ces recherches, cette étude a l'ambition d'ouvrir la discussion sur les sujets de l'AM, des TCA et des soins à leur apporter, que ce soit au sein de l'établissement comme dans le territoire de santé local. La récente implantation d'IPA à l'EPSM-Morbihan pourrait être l'occasion d'impulser un élan vers une plus grande spécialisation des soins et une meilleure collaboration interprofessionnelle, au bénéfice des patients.

POINTS CLÉS

- L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire majoritairement féminin affectant la façon de s'alimenter, le poids et la perception de soi, dont les premiers symptômes apparaissent le plus souvent à l'adolescence
- C'est le trouble psychiatrique le plus mortel, pour lequel aucun médicament n'a prouvé son efficacité et qui évolue vers la chronicité dans 21 % des cas
- L'hospitalisation à temps complet de psychiatrie intervient en dernier recours lors des moments de crise, d'urgence ou de grande vulnérabilité
- 6 critères de qualité des soins ont été choisis à partir des recommandations de bonne pratique de la HAS pour réaliser un audit clinique ciblé évaluant la correspondance entre recommandations et pratiques de soins à l'EPSM-Morbihan, de 2011 à 2022
- Les résultats de l'audit révèlent un niveau général de correspondance de 71 % et identifient des marges de progression dans l'usage du contrat thérapeutique et du suivi par un diététicien
- La spécialisation des soins, la constitution d'une équipe référente et d'un réseau local d'acteurs de la prise en charge pourraient être des pistes d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des parcours, au cœur des missions et des compétences d'un infirmier en pratique avancée

RÉSUMÉ

Introduction : l'hospitalisation à temps complet de psychiatrie des patients atteints d'anorexie mentale intervient lors des moments les plus critiques de l'évolution de la maladie. Des recommandations de bonnes pratiques de la HAS guident depuis 2010 la prise en charge hospitalière, mais concordent-elles avec les pratiques de soins sur le terrain ?

Méthode : un audit clinique ciblé, inscrit dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, a été conduit à l'EPSM-Morbihan sur la période 2011-2022, afin de déterminer cette concordance à l'aide de six critères de qualité des soins.

Résultats : le taux de correspondance global de 71 % laisse entrevoir un niveau satisfaisant de qualité des soins, en augmentation progressive depuis 2011, mais ce résultat est à nuancer en ce qui concerne l'utilisation du contrat thérapeutique et du suivi par un diététicien.

Discussion : à la suite de cet audit et en regard des réflexions scientifiques actuelles sur la prise en charge de l'anorexie mentale, des pistes d'amélioration peuvent être formulées, que la pratique avancée infirmière pourrait participer à mettre en œuvre : accroître la spécialisation des soins, constituer localement des équipes référentes TCA et des réseaux d'acteurs de la prise en charge.

ABSTRACT

Introduction: full-time psychiatric hospitalization of patients with anorexia nervosa occurs at the most critical times in the course of the disease. Since 2010, HAS good practice recommendations have guided treatment in hospitals but are they consistent with care practices in the field?

Method: a targeted clinical audit, part of a professional practice evaluation process, was conducted at EPSM-Morbihan over the period 2011-2022, in order to determine this consistency using six quality of care criteria.

Results: the overall correspondence rate of 71% suggests a satisfactory level of quality of care, gradually increasing since 2011, but this result should be qualified with regard to the use of the therapeutic contract and monitoring by a dietitian.

Discussion: following this audit and facing current scientific reflections on the management of anorexia nervosa, avenues for improvement can be formulated, which advanced nursing practice could participate in implementing: increase the specialization of care, locally forming BD reference teams and networks of care players.

BIBLIOGRAPHIE

Achamrah, N., Déchelotte, P., & Coëffier, M. (2019). New therapeutic approaches to target gut-brain axis dysfunction during anorexia nervosa. *Clinical Nutrition Experimental*, 28, 33-41.

<https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.01.006>

Antoine, P. (2015). *Chapitre 5. Psychopathologie cognitive et neuropsychologie de l'anorexie mentale*. Dunod. <http://www.cairn.info/lanorexie-mentale--9782100721849-page-153.htm>

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>

Barbarich-Marsteller, N. C., Foltin, R. W., & Walsh, B. T. (2011). Does Anorexia Nervosa Resemble an Addiction? *Current drug abuse reviews*, 4(3), 197-200.

Bauwens, I., Cottencin, O., Rolland, B., Bonord, A., & Guardia, D. (2014). Place des soins de support dans la prise en charge de l'anorexie mentale chronique réfractaire. *La Presse Médicale*, 43(3), 263-269. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.03.009>

Cathibras, P., Fayard, L., & Rousset, H. (1991). *L'anorexie mentale est-elle un désordre culturel ?* 7.

Constantin-Kuntz, M., Pons, É., Artaud, B., Zoute, C., & Tran, J. (2014). Parcours de soin en psychiatrie adulte : De l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie. *Cliniques*, 8(2), 88-105. <https://doi.org/10.3917/clini.008.0088>

Corcos, M. (2006). Le contrat de soins dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale : Séparation-réappropriation-subjectivation. *Adolescence*, T. 24 2(2), 385-404. <https://doi.org/10.3917/ado.056.0385>

Delaunay, A.-L., Gérardin, P., & Godart, N. (2019). Prise en charge en hôpital de jour des adolescents présentant un trouble des conduites alimentaires : Revue de la littérature internationale et état des lieux en France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(4), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.03.003>

Duriez, P., & Gorwood, P. (2018). Apports récents des neurosciences dans la compréhension de l'anorexie mentale : Génétique, épigénétique, neurocognition et circuit de la récompense. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 53(3), 136-140. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2018.04.001>

EPSM-Morbihan (2020). Rapport d'activités 2020.

<https://www.epsm-morbihan.fr/sites/default/files/rapport-activites2020-epsm.pdf>

Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S26-S30. <https://doi.org/10.1002/eat.20112>

Federica, S., Ilaria, B., Valentina, V., Leonardo, M., Gianluca, C., Alessandro, M., & Anna, S. (2022). Self-perception in anorexia nervosa : When the body becomes an object.

Neuropsychologia, 166, 108158. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2022.108158>

Fisher, C. A., Skocic, S., Rutherford, K. A., & Hetrick, S. E. (2019). Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub4>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period : A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 54-72.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.001>

Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 263-274.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>

Glikman, J. (2016). Recommandations de bonne pratique en psychiatrie. État des lieux en France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(1), 49-52.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.11.002>

Godart, N., Berthoz, S., Curt, F., Perdereau, F., Rein, Z., Wallier, J., Horreard, A.-S., Kaganski, I., Lucet, R., Atger, F., Corcos, M., Fermanian, J., Falissard, B., Flament, M., Eisler, I., & Jeammet, P. (2012). A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *PLoS ONE*, 7(1), e28249.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028249>

Godart, N., Chevalier-Latreuil, F., Ringuenet, D., & Lambert, S. (2018). FFAB – Trouble des conduites alimentaires : Quelques réflexions pour optimiser les prises en charge. *French Journal of Psychiatry*, 1, S114. [https://doi.org/10.1016/S2590-2415\(19\)30302-2](https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30302-2)

Godart, N., Perdereau, F., Galès, O., Agman, G., Deborde, A.-S., & Jeammet, P. (2005). Le contrat de poids lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale. *Archives de Pédiatrie*, 12(10), 1544-1550. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2005.02.030>

Godart, N., Perdereau, F., & Wallier, J. (2007). Anorexie mentale : Bases rationnelles pour l'hospitalisation en milieu psychiatrique. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 21(4), 179-184. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2008.03.001>

Guéguen, J.-P. (2020). La réponse institutionnelle à l'anorexie mentale. *L'Évolution Psychiatrique*, 85(3), 365-374. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.03.005>

Guisseau-Gohier, M., Grall-Bronnec, M., Lambert, S., & Vénisse, J.-L. (2007). Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale. *L'information psychiatrique*, 83(5), 389-395. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8305.0389>

Gupta, M. (2007). Does Evidence-Based Medicine Apply to Psychiatry? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 28(2), 103-120. <https://doi.org/10.1007/s11017-007-9029-x>

Guyatt, G. (Éd.). (2008). *Users' guides to the medical literature : Essentials of evidence-based clinical practice* (2nd ed). McGraw-Hill Medical.

Hamric A.B., Hanson C.M., Tracy M.F., O'Grady E.T. (2013). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*, Elsevier Health Sciences.

Haute Autorité de Santé (2010). Anorexie mentale : prise en charge. https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge

Haute Autorité de Santé (2006). Audit clinique ciblé : évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf

Haute Autorité de Santé (2010). Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco363_gm_rbp_maj_janv_2020_cd_2020_01_22_v0.pdf

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., Ward, W., & Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977-1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>

Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., Greenwood, D. N., Burwell, R. A., & Keller, M. B. (1999). Recovery and Relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa :

A 7.5-Year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829-837. <https://doi.org/10.1097/00004583-199907000-00012>

Huas, C., Caille, A., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S., Dechartres, A., Lavoisy, G., Guelfi, J. D., Rouillon, F., & Falissard, B. (2011). Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(1), 62-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01627.x>

Jabri, K. (DREES/SEEE/BACS). (s. d.). *Les dépenses de santé en 2018 > édition 2019 > DREES*.
Kaye, W. H., Nagata, T., Weltzin, T. E., Hsu, L. K., Sokol, M. S., McConaha, C., Plotnicov, K. H., Weise, J., & Deep, D. (2001). Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49(7), 644-652. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)01013-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)01013-1)

Lascar, R., A. Letranchant, F. Hirot, et N. Godart. « Quels facteurs expliquent la durée d'hospitalisation pour anorexie mentale: revue systématique de la littérature ». *L'Encéphale* 47, n°4 (août 2021): 362-68. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.11.002>.

Lasfar, M., Eveno, A.-L., Huas, C., Godart, N., Godart, N., Berthoz, S., Lalanne, C., Duclos, J., Mattar, L., Roux, H., Thiébaud, M. R., Vibert, S., Hubert, T., Courty, A., Ringuenet, D., Benoit, J.-P., Blanchet, C., Moro, M.-R., Bignami, L., ... Auger, C. (2022). Diversité des prises en charge hospitalières de l'anorexie mentale en psychiatrie en France. *L'Encéphale*, 48(5), 517-529. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.04.008>

Leblé, N., Radon, L., Rabot, M., & Godart, N. (2017). Manifestations dépressives au cours de l'anorexie mentale : Données de la littérature et implications pour une utilisation adaptée des antidépresseurs. *L'Encéphale*, 43(1), 62-68. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.017>

Leppanen, J., Adamson, J., & Tchanturia, K. (2018). Impact of Cognitive Remediation Therapy on Neurocognitive Processing in Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2018.00096>

Lindvall Dahlgren, C., & Rø, Ø. (2014). A systematic review of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa—Development, current state and implications for future research and clinical practice. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0026-y>

Lock, J., Fitzpatrick, K. K., Agras, W. S., Weinbach, N., & Jo, B. (2018). Feasibility Study Combining Art Therapy or Cognitive Remediation Therapy with Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 62-68. <https://doi.org/10.1002/erv.2571>

Luyat, M. (2014). Les apports de la psychologie cognitive et de la neuropsychologie dans la compréhension de l'anorexie mentale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 24(3), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2014.06.002>

Maitre, J. (2001). Anorexies religieuses. Anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65(5), 1551-1560. <https://doi.org/10.3917/rfp.655.1551>

Martinez, G., Cook-Darzens, S., Chaste, P., Mouren, M.-C., & Doyen, C. (2014). L'anorexie mentale à la lumière du fonctionnement neurocognitif : Nouvelles perspectives théoriques et thérapeutiques. *L'Encéphale*, 40(2), 160-167. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.004>

Matt Lacoste, S. (2017). Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence—A new treatment approach. *Aggression and Violent Behavior*, 36, 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.07.006>

McKenzie, J. M., & Joyce, P. R. (1992). Hospitalization for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 235-241. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199204\)11:3<235::AID-EAT2260110306>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199204)11:3<235::AID-EAT2260110306>3.0.CO;2-T)

Meczekalski, B., Podfigurna-Stopa, A., & Katulski, K. (2013). Long-term consequences of anorexia nervosa. *Maturitas*, 75(3), 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.04.014>

Messenger, S. (2016). *Équipe mobile dans les troubles des conduites alimentaires : Description et apports dans le parcours de soins*. Université Rennes 1.

Montori, V. M., & Guyatt, G. H. (2008). Progress in Evidence-Based Medicine. *JAMA*, 300(15), 1814-1816. <https://doi.org/10.1001/jama.300.15.1814>

Nielsen, S. (2001). EPIDEMIOLOGY AND MORTALITY OF EATING DISORDERS. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 201-214. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70217-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70217-3)

O'Boyle, É. (s. d.). *La question de la dysmorphophobie dans l'anorexie mentale à l'adolescence : De l'enjeu diagnostique aux implications thérapeutiques*. 217.

Oldershaw, A., Lavender, T., & Schmidt, U. (2018). Are socio-emotional and neurocognitive functioning predictors of therapeutic outcomes for adults with anorexia nervosa? *European Eating Disorders Review*, 26(4), 346-359. <https://doi.org/10.1002/erv.2602>

Paulus, M. P. (2017). Evidence-Based Pragmatic Psychiatry—A Call to Action. *JAMA Psychiatry*, 74(12), 1185-1186. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2439>

Pires, S., Villemeyre-Plane, M., Berthoz, S., Llorca, P.-M., & Flaudias, V. (2022). Évaluer un programme de remédiation cognitive dans l'anorexie : Nouveaux outils. *L'Encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.01.017>

Pollack, L. O., McCune, A. M., Mandal, K., & Lundgren, J. D. (2015). Quantitative and Qualitative Analysis of the Quality of Life of Individuals With Eating Disorders. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17(2), 10.4088/PCC.14m01667.

<https://doi.org/10.4088/PCC.14m01667>

Preti, A., Girolamo, G. de, Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. de, Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., & Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries : Results of the ESEMED-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125-1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>

Resmark, G., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., & Zeeck, A. (2019). Treatment of Anorexia Nervosa—New Evidence-Based Guidelines. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 153.

<https://doi.org/10.3390/jcm8020153>

Rocher, B., & Le Bras, M. (2022). Les soins dans l'anorexie mentale : La nécessaire synthèse des soins psychiques et somatiques. *L'information psychiatrique*, 98(5), 327-333.

<https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2419>

Rondepierre, C. (2009). Que deviennent nos anorexiques « guéries » ? *Journal français de psychiatrie*, 33(2), 29-31. <https://doi.org/10.3917/jfp.033.0029>

Roux, H., Chapelon, E., & Godart, N. (2013). Épidémiologie de l'anorexie mentale : Revue de la littérature. *L'Encéphale*, 39(2), 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.001>

Schlegl, S., Quadflieg, N., Löwe, B., Cuntz, U., & Voderholzer, U. (2014). Specialized inpatient treatment of adult anorexia nervosa : Effectiveness and clinical significance of changes. *BMC Psychiatry*, 14(1), 258. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0258-z>

Series, C., Mainhagu, P., & de Boucaud, M. (2016). Le drame de l'anorexie mentale de l'adulte : Une maladie négligée. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(9), 781-786. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.08.011>

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>

Steinhausen, H.-C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>

Strik Lievers, L., Curt, F., Wallier, J., Perdereau, F., Rein, Z., Jeammet, P., & Godart, N. (2009). Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(2), 75-84. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0706-8>

Strober, M. (2004). Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 245-255.
<https://doi.org/10.1002/eat.20054>

Tavolacci, M. P., Ladner, J., & Dechelotte, P. (2022). Forte augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les étudiants pendant la pandémie COVID-19. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 36(1, Supplement), S28-S29.
<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.12.053>

Tchanturia, K., Lloyd, S., & Lang, K. (2013). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa : Current evidence and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 492-495. <https://doi.org/10.1002/eat.22106>

Thibault, I., Pauzé, R., Lavoie, É., Mercier, M., Pesant, C., Monthuy-Blanc, J., & Gagnon-Girouard, M.-P. (2017). Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 379-390. <https://doi.org/10.7202/1040260ar>

Torki, A. (2022). Impact du Dossier Patient Informatisé sur la qualité des soins. L'expérience d'un centre hospitalier au Luxembourg. *Projectics / Proyéctica / Projectique, Hors Série(HS)*, 57-79.
<https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0057>

Touzet, S. (2008). Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : Un avenir conditionné par sa cohérence avec les différents dispositifs d'amélioration de la qualité des soins. *Journal d'économie médicale*, 26(6-7), 361-366. <https://doi.org/10.3917/jgem.086.0361>

Vandereycken, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa : Questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 409-422.
<https://doi.org/10.1002/eat.10223>

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), 515-524.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>

Westwood, H., Mandy, W., & Tchanturia, K. (2017). The association between symptoms of autism and neuropsychological performance in females with Anorexia Nervosa. *Psychiatry Research*, 258, 531-537. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.005>

Windels, M. (2010). Les blogueuses pro-ana. Des idéologues de la maigreur sur internet. *Adolescence*, T. 28 2(2), 433-442. <https://doi.org/10.3917/ado.072.0433>

Wiseman, C. V., Sunday, S. R., Klapper, F., Harris, W. A., & Halmi, K. A. (2001). Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 69-74. <https://doi.org/10.1002/eat.1055>

Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa : Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)

ANNEXE A – DSM-5 - Anorexie Mentale

Critères diagnostiques de l'Anorexie Mentale – DSM-5 :

- A** Restriction alimentaire conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique
 - B** Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportements persistants à l'encontre de la prise de poids, alors qu'il est significativement bas
 - 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 incapacité persistante de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle
-

2 sous-types :

Type restrictif : Durant les trois derniers mois, le sujet n'a pas présenté de survenue récurrente de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des occurrences où la perte de poids est principalement obtenue en suivant une diète, en jeûnant ou en faisant des exercices excessifs.

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs : Durant les trois derniers mois, le sujet a présenté une survenue récurrente de crises de boulimie et recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements)

4 degrés de sévérité :

Léger	IMC \geq 17 kg/m ²
Modéré	IMC 16-16,99 kg/m ²
Sévère	IMC 15-15,99 kg/m ²
Extrême	IMC < 15

ANNEXE B – Recommandations de Bonnes Pratiques HAS (2010) – Critères d'hospitalisation

Critères somatiques

Chez l'adulte	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none">• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois• Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance• Vomissements incoercibles• Échec de la renutrition ambulatoire• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois
Cliniques	<ul style="list-style-type: none">• Signes cliniques de déshydratation• IMC < 14 kg/m²• Amyotrophie importante avec hypotonie axiale• Hypothermie < 35 °C• Hypotension artérielle < 90/60 mmHg• Fréquence cardiaque :<ul style="list-style-type: none">• Bradycardie sinusale FC < 40/min• Tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none">• Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque.• Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L• Cytolyse hépatique > 10 x N• Hypokaliémie < 3 mEq/L• Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L• Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min• Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)• Natrémie :<ul style="list-style-type: none">• < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions)• > 150 mmol/L (déshydratation)

Critères psychiatriques

Risque suicidaire	Tentative de suicide réalisée ou avortée. Plan suicidaire précis. Automutilations répétées.
Comorbidités	Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : <ul style="list-style-type: none">• Dépression• Abus de substances• Anxiété• Symptômes psychotiques• Troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none">• Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes.• Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde nasogastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire.• Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation).• Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none">• Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite• Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré• Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Critères environnementaux

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires• Épuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none">• Conflits familiaux sévères• Critiques parentales élevées• Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none">• 0
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none">• 0

ANNEXE C – Grille d'analyse

N°	Critères	OUI	NON	NA	Commentaires
1	Bilan d'admission avec examen clinique complet				
2	Suivi pluridisciplinaire (au moins généraliste, psychiatre et infirmiers)				
3	Présence d'un contrat thérapeutique				
4	Accompagnement par diététicien ou nutritionniste				
5	Lien établi avec la famille pour préparer la sortie et/ou s'impliquer dans les soins (échanges téléphoniques, rencontres)				
6	Mise en place ou reprise d'un suivi ambulatoire pluridisciplinaire (réunion de synthèse ou échanges téléphoniques) avant la fin de l'hospitalisation				