



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'ILFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2 - L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ RÉGION
GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**IMPLICATION DU MASSEUR-KINESITHÉRAPEUTE DANS LA PRISE
EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :**

**Accompagnement dans la gestion de l'hyperactivité et
l'amélioration de la qualité de vie**

UNE INITIATION À LA REVUE DE LA LITTÉRATURE.

Sous la direction de Bianca Maria FIORA-RODIER

Mémoire présenté par Cécile GOUTH
étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Masso-Kinésithérapie
Promotion 2019 - 2020



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), Cécile GOUTH

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 24/ 04 / 20

Signature

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Bianca Maria FIORA-RODIER, kinésithérapeute et directrice de ce mémoire, pour ses conseils précieux, sa supervision et la disponibilité dont elle a fait preuve. Je la remercie également d'avoir cru en mon travail dès le début.

J'aimerais saisir cette occasion pour adresser mes remerciements sincères à Mesdames BUATOIS et PACI, kinésithérapeutes et enseignantes de l'IFMK de Nancy. Elles m'ont épaulée durant diverses épreuves vécues pendant ma scolarité au sein de cette école. Je souhaite leur témoigner ma gratitude pour leur gentillesse, leurs nombreux conseils et pour l'aide qu'elles m'ont offerte.

Je souhaite témoigner ma reconnaissance au docteur PICCOLI qui a su me conseiller et répondre à mes nombreuses interrogations.

A mon compagnon, Victor, pour avoir réussi à m'accepter et à toujours croire en moi.

Un grand merci à mes amis les plus chers, Axel, Erwan, Victorin et Marie pour m'avoir apporté tout leur soutien.

Je souhaite remercier également ma famille, mes parents, mes trois frères et ma belle-famille, pour leurs avis sur la rédaction de ce mémoire et surtout pour leur soutien émotionnel.

TITRE : implication du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge de l'anorexie mentale : accompagnement dans la gestion de l'hyperactivité et dans l'amélioration de la qualité de vie, une initiation à la revue de la littérature.

INTRODUCTION : l'anorexie mentale a de nombreuses conséquences telles que les déficiences psychiques et physiques. L'impact majeur sur les systèmes neuro-musculaires et musculosquelettiques rend nécessaire une prise en charge pluridisciplinaire. L'objectif de cette étude est de découvrir quelle place le masseur-kinésithérapeute doit occuper dans le traitement de l'anorexie mentale ainsi que les techniques dont il dispose pour aider ces patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : nous avons effectué nos recherches dans Pubmed, PEDro, HAL, CPMPH et Cochrane Library durant les mois d'octobre et novembre 2019. Les articles inclus décrivent les interventions menées par le kinésithérapeute, ou traitent de son rôle au sein de l'équipe soignante.

RÉSULTATS : nous avons inclus 10 articles dont 2 revues systématiques, 6 avis d'experts et 2 études de cas. La littérature souligne l'implication du kinésithérapeute dans la prise en charge de l'hyperactivité physique et des troubles de l'image corporelle. Les techniques utilisées seront le massage, des techniques respiratoires, les mobilisations, l'adaptation de mouvements doux et des exercices. Le kinésithérapeute est un acteur clé dans la lutte contre les comportements associés à cette pathologie en les aidant à renouer avec leur corps.

CONCLUSION : le kinésithérapeute permet de guider, de soutenir et d'éduquer les personnes souffrant d'anorexie mentale. L'intégration de techniques respiratoires et d'exercices physiques permettraient une amélioration de leur qualité de vie, une diminution du risque de blessure et d'une meilleure acceptation du changement physique opéré lors de leur renutrition.

MOTS CLES : anorexie mentale, hyperactivité physique, image corporelle kinésithérapie, traitement

TITLE: involvement of physiotherapists in anorexia nervosa treatment: guidance in the management of compulsive exercise and betterment of quality of life, a systematic review.

INTRODUCTION: anorexia nervosa has multiple consequences such as psychological and physical impairments. The profound impact on the neuromuscular and musculoskeletal systems mandates a multidisciplinary care. The purpose of this study is to discover the part the physiotherapist has to play in the treatment of anorexia nervosa and the techniques at his disposal to help these patients.

MATERIAL AND METHODS: we searched Pubmed, PEDro, HAL, CPMH and Cochrane library during the months of october and november 2019. Included articles describe physiotherapists' interventions or their involvement in the care team.

RESULTS: we included ten articles of which 2 were systematic reviews, 6 were experts' opinions and 2 were case reports. The literature underlines the physiotherapists' involvement in the management of compulsive exercise and body image disorders. Evidence supports the use of techniques such as massage therapy, respiratory techniques, manual therapy, light movement and functional exercise. Physiotherapists can have a pivotal role in fighting deviant behaviors and enhance relationship with their body.

CONCLUSION: physiotherapists are able to guide, support and educate people with AN. Many techniques can be used like respiratory exercise and physical activity. These interventions enhance quality of life, decrease risk of injuries and allow people to accept physical changes during the refeeding process.

KEYWORDS: anorexia nervosa, compulsive exercise, body image, physiotherapist, management

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	1
1.1	Problématisation	2
1.2	Définitions	6
1.2.1	Les troubles du comportement alimentaire.....	6
1.2.2	L'anorexie mentale.....	6
1.2.3	Les symptômes d'une dissociation entre le corps et l'esprit	8
1.3	Étiologie	10
1.3.1	Hypothèses génétiques.....	11
1.3.2	Hypothèses psychologiques.....	11
1.3.3	Hypothèses sociologiques.....	12
1.4	Sémiologie	12
1.5	La population à risque et les signes évocateurs	14
1.6	Niveaux de gravité et types de prise en charge.....	15
1.6.1	Prise en charge hospitalière.....	16
1.6.2	Prise en charge ambulatoire	17
2	MATERIEL ET METHODE	18
2.1	Stratégie de recherche documentaire.....	18
2.2	Méthodologie de recherche.....	19
3	RESULTATS.....	21
3.1	Méthode.....	22
3.2	Présentation des articles	24
3.3	L'impact du MK sur la qualité de vie dans l'AM	28
3.4	La définition de l'hyperactivité physique	29
3.4.1	Les techniques à notre disposition	30
4	DISCUSSION.....	32

4.1	Rappel de la problématique	32
4.2	Rappel des principaux résultats	33
4.3	Les domaines de contribution du MK	34
4.3.1	Apporter des connaissances fonctionnelles à l'équipe de soin	34
4.3.2	Éduquer et accompagner les patients	34
4.3.3	Améliorer l'adhésion des patients aux traitements.....	35
4.4	Amélioration d'une qualité de vie.....	36
4.4.1	Les bénéfices psychologiques.....	37
4.4.2	Les bénéfices physiques.....	38
4.5	Les difficultés de cette mise en pratique.....	41
4.6	Les limites du mémoire	43
BIBLIOGRAPHIE		
ANNEXES.....		

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

AM : Anorexie mentale

AP : Activité physique

CIM : Classification internationale des maladies

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EBP : Evidence Based Practice

IMC : Indice de masse corporelle

MK : Masseur-kinésithérapeute

TCA : Trouble du comportement alimentaire

1 INTRODUCTION

L'anorexie mentale (AM) est un trouble du comportement alimentaire (TCA). Elle est définie selon les critères diagnostiques des classifications internationales la CIM-10 (*Classification internationale des maladies*) et la DSM-V (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*). Ces critères font référence à un amaigrissement important de plus de 15 % du poids, un indice de masse corporelle inférieur à dix-sept, une restriction alimentaire, la présence ou non de phases de boulimie, des pratiques compensatoires comme des vomissements provoqués, la prise de laxatifs ou une hyperactivité. A cela s'ajoutent la présence de déni et d'une distorsion de l'image corporelle.

En France cette maladie concerne à peu près 1,5 % de la population féminine, soit environ 230 000 femmes. Ces diagnostics concernent des jeunes filles de moins de 25 ans dans 60 à 70 % des cas. Cette maladie touche également les adultes qui n'ont pas été soignés pendant leur adolescence. L'évolution de notre société actuelle pousse la population à suivre des critères de beauté quel que soit son âge (1,2). Mais l'AM n'est pas exclusivement féminine car pour neuf femmes concernées, un homme sera touché.

Le terme d'anorexie mentale s'est de plus en plus vulgarisé dans notre société et pourtant très peu de personnes ont conscience de sa gravité. L'AM est le trouble psychiatrique dont le taux de mortalité est le plus élevé avec environ 5 % de décès par suicide, par arrêt cardiaque ou par d'autres causes (3). Ces données en font un problème de santé publique majeur. Cette maladie fait partie des troubles mentaux et psychotiques (4). Beaucoup de champs sont impactés par ce trouble ce qui explique la grande variabilité interindividuelle de l'expression de la maladie et la complexité de sa prise en charge.

La méconnaissance des professionnels et les croyances véhiculées dans les médias retardent les repérages et les diagnostics (5). Lorsque l'on parle « d'une personne anorexique », nous visualisons tous une jeune fille très maigre qui refuse toute nourriture par peur de grossir. Mais cette maladie va bien au-delà du contexte alimentaire. Sa prise en charge doit pouvoir identifier les facteurs de vulnérabilité, de déclenchement et de maintien (6). Au long terme, il y a un risque plus important d'ostéoporose, d'amyotrophie et de blessures dues aux carences engendrées par la dénutrition et par l'hyperactivité physique. Lorsque l'AM est déclarée avant ou pendant la puberté, cela affecte directement le développement staturo-

pondéral (7). Ces conséquences font l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire lorsqu'elles sont connues et diagnostiquées par l'équipe soignante. D'après la HAS, les soins doivent être réalisés par une équipe pluri professionnelle composée au moins d'un psychiatre, d'un médecin et d'un professionnel de la nutrition (8). Mais si la HAS inclut les masseurs-kinésithérapeutes dans cette équipe, ces derniers ne font qu'exceptionnellement partie de la réalité des services TCA existants (9).

À travers cette initiation à la revue de la littérature, nous allons aborder la manière dont le masseur-kinésithérapeute peut apporter son concours dans un domaine à prédominance psychiatrique au sein de cette équipe pluridisciplinaire.

Nous allons développer tout au long de ce mémoire les cheminements de pensées qui nous amènent vers une prise en charge du corps et de l'esprit de manière indissociable. Dans un premier temps, la problématique va nous aider à préciser pourquoi nous avons choisi d'allier la masso-kinésithérapie à l'anorexie mentale. Puis, la description de la pathologie va nous révéler les problèmes physiques auxquels ces personnes sont exposées lorsqu'elles accumulent une dénutrition sévère et une hyperactivité physique. Pour finir, l'exploitation de la littérature nous permettra de répondre à nos questions et de dégager les grandes lignes d'une prise en charge masso-kinésithérapique et plus précisément sur l'impact du MK sur la qualité de vie et l'hyperactivité.

1.1 **Problématisation**

L'anorexie mentale est caractérisée par le retentissement physique d'une souffrance psychique. L'état d'alerte psychologique associé à une forte dénutrition altère l'état général de la personne, fragilisant tous les systèmes corporels, dont le système musculosquelettique. La présence de plusieurs symptômes dont la distorsion de l'image corporelle et l'hyperactivité impactent négativement la qualité de vie. Ces éléments sont des facteurs de maintien et de rechute. Il est important de pouvoir aider les patients à comprendre en quoi l'hyperactivité physique peut être néfaste pour leur santé. Dans ce travail, nous ciblons la forme restrictive de l'AM car les conséquences physiologiques du sous poids sont plus importantes et la pratique d'exercice physique pose davantage de problèmes.

Les recommandations de bonne pratique de la HAS (2010, 2015, 2019) concernant l'anorexie (10) et la boulimie (11) orientent une prise en charge basée sur la multidisciplinarité impliquant plusieurs professionnels de santé (ANNEXE I). Elles listent le masseur-kinésithérapeute (MK) dans cette équipe comme professionnel concerné. Cependant aucune précision n'apparaît concernant sa fonction ou son rôle au sein de l'équipe multidisciplinaire. D'après la HAS, l'efficacité des thérapies à médiation corporelle, de l'exercice physique et des massages est admise mais n'est pas étayée par des données probantes (ANNEXE II).

La prise en charge purement physique est souvent délaissée. Les conséquences de la dénutrition sur le système neuromusculaire et sur l'acceptation de ce nouveau corps sont omises. Le traitement physique communément adopté est orienté sur l'aspect nutritionnel grâce à des plans alimentaires qui sont renforcés par une nutrition par sonde naso-gastrique dans certains cas. Ceci dans le but d'obtenir une stabilité des constantes médicales et d'augmenter la masse corporelle pour atteindre un IMC correspondant à un état de santé global. L'aspect physique correspondant à l'hyperactivité est géré par la restriction d'activité allant jusqu'à l'alitement obligatoire pour les cas les plus extrêmes (12). Les conséquences psychologiques de cette prise de poids tout au long du traitement et de l'acceptation de ce nouveau corps peuvent être occultées par le corps médical. Néanmoins, il semblerait nécessaire de se baser sur une prise en charge qui inclut l'aspect physique afin d'éviter l'exacerbation des angoisses, la peur de grossir et une pratique d'exercice à l'insu des soignants. Une prise en charge globale permettrait de lutter contre les notions de clivage et d'opposition aux soins de la part des patients, problématique réelle sur le terrain qui est particulièrement renforcée par les caractères rigides et résistants souvent observés chez ces patients.

Si notre rôle semble donc incontestable, peu de MK sont sensibilisés à ce type de prise en charge car c'est une pathologie complexe et spécifique de notre profession. Le champ psychiatrique, plus spécifiquement celui des TCA, n'est que très rapidement abordé dans la formation initiale de kinésithérapie. Pourtant, le masseur-kinésithérapeute est impliqué dans les soins de diverses pathologies qui entraînent des déficiences fonctionnelles et des atteintes du système musculosquelettique. De plus, l'intérêt d'inclure une prise en charge physique est un sujet de discussion actuel et fait l'objet de plus en plus de congrès et d'actualités dans les

articles de kinésithérapie (Congrès Anp3sm 2009) (4^{ème} journées AFDAS-TCA « du corps à la rencontre ») (13,14).

Son engagement dans de nombreuses prises en charge pluridisciplinaires fait la richesse de notre métier. L'évolution de la profession impose d'actualiser les connaissances dans le but de soigner au mieux les patients. Le masseur-kinésithérapeute a un rôle d'éducateur et prodigue des conseils améliorant la qualité de vie, ce qui semble très pertinent dans cette pathologie.

L'émergence de la profession en avril 1946 résulte des besoins sanitaires de la population d'après-guerre. Depuis lors, la pratique évolue en fonction des types de patients pris en charge afin de les traiter de manière optimale. C'est pourquoi, il est nécessaire de s'adapter aux besoins des patients en considérant tous leurs maux, dans la globalité d'une approche bio-psycho-sociale plus complète qu'une vision purement mécanique.

À travers nos diverses prises en charge nous cherchons à améliorer la santé de nos patients. Or, la santé est définie par l'OMS (15) comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité* ». En effet, il se peut que la santé mentale reste faible malgré le rétablissement physique. Prenons l'exemple d'un patient lambda pris en charge par un MK dans un cabinet libéral. Des répercussions physiques et psychologiques peuvent apparaître suite à un trouble musculosquelettique. Le patient sera plus ou moins émotionnellement affecté par la blessure, en fonction de sa sensibilité et de son tempérament. Cette entorse, rupture ligamentaire ou encore fracture, a des chances d'engendrer des conséquences émotionnelles. Des angoisses liées à l'arrêt de son activité, la peur du retour sur le terrain, la perte de confiance en soi ou en son propre corps ne sont pas toujours pris en compte. Il en va de même pour un patient atteint d'AM. Un poids normal retrouvé ne garantit pas l'absence de séquelles sur le plan psychique. Le kinésithérapeute en charge de ce patient devra adapter son discours afin d'aider ces patients tout au long du traitement, tant sur le plan purement physique que sur le plan mental.

«MENS SANA IN CORPORE SANO »

Cette citation du poète romain Satire (16), traduite par « un esprit sain dans un corps sain » exprime la théorie que l'exercice physique est une part importante et/ou essentielle à la santé mentale et au bien-être psychologique. Il est admis depuis l'antiquité que le corps et l'esprit sont deux entités intimement liées et que le psychisme a un réel impact sur le corps. En effet, le point de départ psychologique des maladies psychosomatiques montre les dommages physiques révélés par des mécanismes de somatisation. De nombreuses maladies s'inscrivent dans ce cadre, telles que le syndrome douloureux régional complexe, les algohallucinoses ainsi que des troubles mentaux comme les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, la schizophrénie, la dépression et les TCA (17).

L'AM est une affection psychosomatique qui, par le biais de la dénutrition et de l'hyperactivité qui la définissent, va impacter le corps. Cependant, il peut paraître problématique de mettre en œuvre des programmes de traitement composés de mouvements ou même d'activité physique chez des patients hyperactifs d'autant qu'une personne AM se trouve en sous poids. Il peut sembler plus approprié d'éviter les dépenses énergétiques supplémentaires.

Pour connaître les modalités de prise en charge de l'AM, il faut préalablement savoir définir cette maladie ainsi que ses conséquences car elles peuvent être majeures sur le plan nutritionnel, métabolique, cardiaque, musculaire, physique, psychologique et social.

En tant que futurs MK, nous pouvons nous demander de quelle manière aider ces personnes grâce à notre lien particulier avec le corps humain. La prise en charge doit pouvoir se baser sur la triade nutrition, aspect psychique et physique. C'est à travers cette porte d'entrée corporelle qu'il faut aborder nos recherches.

Nous pouvons nous demander quelles compétences le MK peut mettre en œuvre afin d'améliorer la qualité de vie de ces patients. Existe-t-il un intérêt d'inclure dans le traitement de l'AM un traitement des troubles compulsifs de l'hyperactivité ? Est-ce appuyé par la littérature ? Si oui, quelles sont les techniques les plus adaptées au traitement de cette maladie ?

En questionnant la littérature sur le rôle du MK dans l'AM, en accord avec son champ de compétences, nous avons émis l'hypothèse de l'intérêt d'une prise en charge corporelle en particulier sur la qualité de vie et l'hyperactivité physique de ces patients.

1.2 Définitions

1.2.1 Les troubles du comportement alimentaire

Les TCA sont définis par la CIM-11* (Classification Internationale des Maladies) et par le DSM-V* (cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

On distingue les conduites des comportements alimentaires (18) :

- *une conduite alimentaire* c'est une *manière de manger* : un ordre donné, boire en mangeant, les heures régulières auxquelles nous mangeons etc.
- *un comportement alimentaire* représente *l'investissement de la personne*, qu'il soit positif ou négatif, dans une conduite alimentaire : le fait de manger debout ou assis, seul ou accompagné, vite ou lentement, avec plaisir ou indifférence, avec appétit ou non.

Un TCA marque la présence d'un mal-être qui se manifeste à travers l'alimentation et une façon de s'alimenter *anormale*. Des troubles psychiques peuvent apparaître en conséquence de l'état de dénutrition, comme l'anxiété, la dépression et des comportements obsessionnels compulsifs (*Obsessive-compulsive disorder - OCD-ED*) (20,21).

1.2.2 L'anorexie mentale

Il ne faut pas confondre l'anorexie mentale (*anorexia nervosa – AN*) et l'anorexie. L'anorexie vient du grec ancien *anorexia* « manque d'appétit » qui est un symptôme correspondant à une perte de l'appétit (21). En médecine l'anorexie est un des trois symptômes de la triade anorexie, asthénie et amaigrissement, décrivant une altération de l'état général. Ce terme *anorexie* est abusivement utilisé pour désigner l'*anorexie mentale*.

Dans le domaine psychiatrique : *l'anorexie mentale* est un trouble psychopathologique complexe au cours duquel la personne n'a pas de perte d'appétit mais lutte activement contre la faim (22).

L'AM est définie par la présence de cinq éléments (23). Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments présentés ci-dessous (Tab.I et Tab.II).

Tableau I : Critères CIM-10 de l'anorexie mentale (HAS) (24)

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

Tableau II : Critères DSM-IV de l'anorexie mentale (HAS) (24)

A.	Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).
B.	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
C.	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.
D.	Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Remarque : le dernier critère d'aménorrhée a été supprimé dans la mise à jour DSM-V car cela pose question du diagnostic chez les garçons et est remis en question chez la femme.

La présence partielle de ces critères décrit une forme dite subsyndromique de l'AM. Notons l'existence de deux types d'anorexie mentale, restrictive et boulimique.

Le type restrictif comporte la notion de stratégie de restriction alimentaire et de jeûne.

Le type boulimique présente, en plus de cette restriction, des épisodes de crise de boulimie avec des stratégies de compensations par vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques ou lavements).

Malgré ces nuances, les troubles alimentaires ne sont pas compartimentés ou mutuellement exclusifs. L'anorexie et la boulimie mentale sont intimement liées, peuvent s'alterner et s'associer. Nous parlons alors d'une forme mixte, qui associe les deux sous- types d'AM.

1.2.3 **Les symptômes d'une dissociation entre le corps et l'esprit**

1.2.3.1 Le déni

Le plus souvent le déni est marqué par une attitude de dénégation à l'égard des troubles et de ses conséquences (25). On retrouve des comportements d'indifférence et d'inconscience face à sa santé physique et mentale. Le terme d'anosognosie est utilisé dans l'AM face à l'état profond de déni et de complaisance, bien que ce soit un vocable plus habituel en neurologique. Cet état peut être interprété comme une réaction de défense pour supprimer les sentiments négatifs de peur et d'angoisse. Mais cela impacte fortement les retards diagnostiques et rend la prise en charge difficile.

1.2.3.2 L'hyperactivité mentale et physique

On distingue deux niveaux d'hyperactivités (HA).

L'hyperactivité intellectuelle est un surinvestissement mental. Cela va se traduire par un engouement pour les tâches scolaires et une soif de s'instruire excessifs (26).

L'hyperactivité physique est un surinvestissement moteur réalisé selon trois modalités :

- La pratique d'une activité physique de manière extrême, rigide, seul et hors de contrôle,

- L'augmentation des mouvements au quotidien (ne pas s'asseoir, monter des escaliers, effectuer des marches longues),
- L'hyperactivité motrice traduite par des gesticulations incessantes.

L'hyperactivité physique ou compulsion à l'exercice va au-delà des signaux corporels de fatigue, de douleur ou du risque de blessures. Cette rigidité auto-imposée est mise en place pour plusieurs raisons (27) :

- maximiser les dépenses énergétiques et dépenser le plus de calories au quotidien,
- acquérir une stratégie d'évitement émotionnels,
- contrôler le poids et la forme physique,
- satisfaire une compulsion.

Ces dimensions qualitatives doivent être prises en compte lors du bilan. L'HA est liée aux troubles émotionnels présents dans l'anorexie mentale dans le cadre de l'alexithymie et dans un but d'évitement des émotions négatives (28). L'alexithymie correspond à des difficultés d'identification et d'expression de ses émotions. Cette HA augmente les besoins caloriques, rend la renutrition plus laborieuse et accroît le risque de blessures et fractures.

Il n'existe pas de consensus sur la terminologie de ce symptôme. C'est pourquoi nous retrouvons une grande diversité d'appellations dans la littérature (hyperactivité, exercice excessif, compulsion à l'exercice, suractivité ou encore dépendance à l'exercice). Les AM les plus sévères sont de type restrictif, avec des obsessions, des compulsions, une mauvaise image de soi, une anxiété généralisée et une hyperactivité tant mentale que physique.

1.2.3.3 La dysmorphophobie

La dysmorphophobie est un des critères majeurs du diagnostic clinique. Elle témoigne d'une altération de la perception de l'image corporelle. Le patient se visualise et se pense beaucoup plus gros qu'en réalité. Ceci entraîne des comportements de vérification en se pesant à longueur de journée, en se palpant le corps et en se mesurant les cuisses ou encore d'autres parties du corps ou encore un rejet de son corps qu'on ne veut plus voir, ni toucher, ni ressentir.

Plusieurs notions sont à différencier (29) :

- Le schéma corporel est en partie inconscient. Il se réfère au corps actuel dans les trois dimensions de la réalité, dans l'expérience immédiate. Il est évolutif dans le temps et dans l'espace. Il se réfère et se structure par l'apprentissage et l'expérience grâce aux informations kinesthésiques, proprioceptives et sensorielles afférentes et efférentes du corps.
- L'image du corps est éminemment inconsciente. Elle est liée au sujet et à son histoire. Elle se structure par la communication entre les sujets. Elle se réfère au sujet du désir. Elle rassemble les représentations du corps, qu'elles soient perceptives, conceptuelles, émotionnelles ou encore esthétiques.

Les psychanalystes comme Berthaud et Dolto, insistent sur le fait que le schéma corporel est anonyme et fonctionne de manière automatique, en contraste avec l'image du corps qui est personnelle et qui fait l'objet d'une réflexion (30). C'est grâce à l'assemblage de ces deux notions que nous pouvons entrer en communication avec autrui. L'image du corps n'est qu'une partie des aspects du soi et de l'image de soi. Il appartient à un processus de développement et de continuité du sentiment d'exister avec ces liens qui unissent le corps et la psyché. La complexité de ces notions illustre la difficulté de comprendre les problèmes d'image et de représentation dans l'AM et de ces liens à double sens entre le corps et l'esprit.

1.3 Étiologie

Les causes de cette maladie sont inconnues mais des hypothèses existent. On incrimine la société pour l'évolution de la vision de la femme, prônant la maigreur comme marque de beauté. Mais les mécanismes sont beaucoup plus complexes que cela.

1.3.1 Hypothèses génétiques

Des facteurs génétiques interviennent dans l'expression de la maladie. Des études menées sur des jumeaux monozygotes et hétérozygotes ont montré qu'il y a 50 % de risque de développer une AM chez les monozygotes lorsqu'une des deux jumelles est malade (31). Il y a un risque plus important chez les jumelles que chez les jumeaux. Lorsqu'il s'agit d'hétérozygotes fille et garçon, les risques augmentent chez le garçon à cause de son exposition aux hormones féminines intra utérine. L'environnement hormonal in utero influencerait donc le risque de développer la maladie (32). Il existe également des gènes et des mutations de gènes qui prédisposeraient à l'AM. Les modifications neurologiques et métaboliques des systèmes de régulation de l'appétit pourraient également influencer le développement d'un TCA et de sa chronicité (33).

1.3.2 Hypothèses psychologiques

Nous retrouvons chez les personnes présentant un trouble alimentaire des épisodes dépressifs, des troubles de la personnalité, une baisse de l'estime de soi ou encore un caractère perfectionniste (33). Des sentiments de mal-être, d'insécurité et des traumatismes psychiques ou physiques voire sexuels peuvent également être présents. A cela peut s'ajouter des traumatismes ou évènements de vie mal supportés, tels qu'une séparation, un deuil, un échec ou encore des changements morphologiques à la puberté. Le manque de confiance en soi conduit la personne à adopter un comportement qui la rassure. C'est pourquoi, les AM vont valoriser le jeûne alimentaire et l'activité physique de manière intense. Une fierté de dépasser leurs propres limites procure des sensations de réconfort et de bien-être.

En psychopathologie, d'après des études scientifiques et cliniques des troubles psychiques, on considère l'AM comme une conduite addictive (34). En effet, depuis quelques années certains chercheurs dont Philip Gorwood, chercheur à l'Inserm (35), se demandent si les AM auraient une peur de grossir ou bien prendraient plaisir à maigrir (35,36). La transition entre l'enfance et l'âge adulte marque plus facilement certaines personnes que d'autres. De nombreux changements psychologiques peuvent déclencher de grosses angoisses et

anxiétés face à la maturation et à l'autonomisation de la personne. Ces changements physiques, psychiques et sociaux, peuvent créer de nombreux conflits intérieurs, avec l'apparition d'émotions, de sensations inconnues et compliquées à gérer. Ces comportements renforcent la difficulté d'entreprendre une relation thérapeutique car une rigidité mentale s'installe et est renforcée par la dénutrition (38).

1.3.3 **Hypothèses sociologiques**

La prévalence de l'AM est en augmentation dans les pays occidentaux. En effet, ce désir de maigrir est renforcé dans la société occidentale car le surpoids et l'obésité sont considérés comme disgracieux et pathologiques. Environ 41 % à 66 % des adolescentes et 20 à 31 % des adolescents ont déjà eu recours aux régimes dans un but de perte de poids (39). Une préoccupation excessive vis-à-vis du poids et de son image corporelle ainsi que l'influence de la famille peuvent augmenter les risques de développer un trouble alimentaire. Les classes socio-économiques moyennes ou supérieures ont plus d'exigences de réalisation personnelle. Le comportement parental n'est pas sans effet lorsqu'une mère a recours aux régimes ou qu'un père se montre soucieux du physique des femmes ou des compétences sportives de son enfant. Les médias qui véhiculent « l'idéal minceur » ainsi que la pratique des régimes, influencent le rapport d'une personne plus sensible à son apparence physique (40). Cela amène à des comportements de « contrôle de sa silhouette » par l'alimentation, mais également grâce à l'activité physique. Le sport est considéré comme bon pour la santé et reflète une certaine forme physique. C'est pourquoi nous retrouvons souvent la présence de TCA dans les milieux sportifs. La présence des messages sur les « bons » et les « mauvais » aliments qui sont « mauvais pour la santé » ou encore « à proscrire » font partie de l'environnement propice au développement des troubles alimentaires (41).

1.4 **Sémiologie**

L'AM provoque l'apparition de nombreuses anomalies résumées ci-dessous (Tabl. III) dont l'origine est la dénutrition et la sous-alimentation. L'atteinte générale de ces systèmes

corporels n'entraîne pas forcément de séquelles et la plupart de ces signes cliniques sont réversibles avec la guérison (8,43,44).

Tableau III : Principaux signes cliniques retrouvés dans l'AM

SIGNES GENERAUX
Anorexie, amaigrissement, hyperactivité, hypothermie, frilosité
PEAU-PHANERES
Accrocyanose, syndrome de Raynaud, engelures, ichtyose, teint carotinémiq, lanugo, ongles cassants, chutes anoramles
CŒUR
Bradycardie, hypotension artérielle, réponse inadaptée à l'exercice
APPAREIL DIGESTIF
Constipation, retard de la vidange gastrique, atonie intestinale, ballonnement post-prandiaux
SYSTEME MUSCULOSQUELETTIQUE
Amyotrophie muscles lisses et striés, ostéoporose

Les personnes souffrant de TCA présentent dans la majorité des cas des troubles de l'humeur, des troubles anxieux (phobies, angoisse de séparation), des troubles obsessionnels compulsifs, des addictions (alimentaires, alcool, drogues) et des troubles de la personnalité (obsessives, compulsives) (44). Les TCA ont un gros impact au niveau socioprofessionnel et familial. Nous retrouvons de nombreux conflits intérieurs et familiaux majeurs. Ceci entrave les capacités à nouer des liens avec soi et avec les autres. Les processus mis en jeu lors de l'adolescence deviennent problématiques, comme la construction de la pensée, de l'action, de la sexualité et de l'autonomie. Une perte d'intérêt pour les distractions, les sorties et les amis marque le début de l'isolement.

1.5 La population à risque et les signes évocateurs

Les adolescentes lors de la puberté, les personnes qui tentent des régimes hypocaloriques et restrictifs, les sportifs et compétiteurs avec catégorie de poids ainsi que toutes les professions autour du corps comme la danse et le mannequinat sont des populations à risque de l'AM (33). Les personnes ayant une maladie impliquant un régime particulier peuvent être susceptibles de déclarer des TCA (diabétique de type I, hypercholestérolémie).

Quelques signes évocateurs illustrés ci-dessous (Fig. 1) permettent une meilleure vigilance de la part de l'entourage (amis et famille) et des professionnels de la santé en charge de la personne. A cela s'ajoute des modifications du comportement alimentaire qu'elles soient qualitatives ou quantitatives avec la présence de vomissements ou d'une prise de médicament (laxatifs, diurétiques, coupe-faim).

<p>Chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie • Adolescent ayant un retard pubertaire • Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel
<p>Chez l'adulte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids > 15 % • IMC < 18,5 kg/m² • Refus de prendre du poids malgré un IMC faible • Femme ayant une aménorrhée secondaire • Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel • Infertilité

Figure 1 : Signes évocateurs d'une anorexie mentale (Reco HAS 2010)

Le questionnaire SCOFF (Sick, Control, One Fat Food) créé en 1999 par Morgan *et al.* dont l'objectif était de développer une échelle fiable, simple et rapide. Il peut dépister un TCA à partir de deux réponses positives sur les cinq questions proposées, illustré par le tableau ci-dessous (Fig. 2) (45). Cependant il ne permet pas de déterminer quel type de trouble est incriminé et ne doit pas être le seul outil utilisé pour le diagnostic. L'échelle a été traduite en français (SCOFF-F) mais n'a pas été validée.

1. Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?
2. Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?
4. Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?
Le dépistage est positif pour un seuil ≥ 2 réponses positives, et oriente fortement vers un TCA typique.

Figure 2 : Questionnaire SCOFF-F pour le dépistage des TCA (46)

1.6 Niveaux de gravité et types de prise en charge

Selon le niveau de gravité et de dénutrition (Tabl. IV), les prises en charges vont se faire soit à travers des soins ambulatoires, plus ou moins suivis, soit en hospitalisation.

Tableau IV : Définition de l'état nutritionnel d'après l'OMS chez l'adulte avant 70 ans

IMC	< 10	10 à 12,9	13 à 14,9	15 à 16,9	17 à 18,4	18,5 à 24,9
Grade de dénutrition	Grade V	Grade IV	Grade III	Grade II	Grade I	Normal

Il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire sauf dans des cas d'urgence (HAS juin 2010). Le traitement actuel repose sur une triple approche : nutritionnelle et diététique, somatique et psychanalytique (psychologique et sociale) (47).

L'hyperactivité physique fait partie des critères de diagnostic ainsi que de l'évaluation clinique. Hormis une intervention psychologique qui tente de réhabiliter le niveau physique, aucune prise en charge spécifique n'est décrite dans les recommandations de la HAS. Il est recommandé d'amener les patientes présentant une hyperactivité physique à prendre conscience de ce symptôme (station debout prolongée, déplacements incessants) et de son association directe au fonctionnement anorexique mais il n'y a pas d'indications. La prise de conscience seule est insuffisante pour s'affranchir de ce symptôme.

1.6.1 Prise en charge hospitalière

Les prises en charge en hospitalisation se font la plupart du temps lorsqu'il y a eu un échec de prise en charge ambulatoire ou s'il existe une urgence vitale réelle. D'après la HAS, les hospitalisations sont réalisées lorsque les critères somatiques correspondent à un IMC inférieur à 13 ou une perte de poids supérieure à 30 % du poids initial, à une aphagie totale et à une fréquence cardiaque inférieure à 40 bpm. Au niveau psychiatrique, sont considérés comme critères d'urgences la présence de troubles anxio-dépressifs, une crise familiale ou un risque de suicide. Lorsque l'état de la personne est alarmant, l'amélioration de son état somatique est l'objectif primant. Les autres traitements se feront une fois qu'une stabilité médicale sera retrouvée. Dans ce cas-là, l'approche psychothérapeutique se limite à un rôle de soutien. L'admission en hôpital de jour peut être un moyen de transition entre la prise en charge ambulatoire et une hospitalisation complète. Les objectifs de soins sont définis après la réalisation d'un bilan d'admission comportant un examen clinique complet. Généralement, les hospitalisations ont pour but de :

- traiter la dénutrition, de corriger les carences et les conséquences somatiques.
- réapprendre à s'alimenter de manière normale et équilibrée,
- prendre en charge les problèmes psychologiques et les comorbidités associées,
- permettre une réinsertion sociale, scolaire, professionnelle et familiale.

L'hospitalisation avec la mise en place d'un contrat de soin font référence dans l'AM. Ce contrat prend en compte la gravité des symptômes physiques, la dimension psychique individuelle et familiale ainsi que l'insertion sociale de la personne. Ce contrat peut donc comprendre un objectif de poids, d'une séparation physique ou virtuelle de tout contact avec la famille et de la vie sociale du patient. L'objectif pondéral peut être sectionné en plusieurs sous-objectifs. Par exemple, le premier pallier atteint peut permettre au patient d'écrire à sa famille. Le deuxième autorise des appels téléphoniques. Un troisième permet d'arrêter le contrat de séparation et accorde au patient la rencontre avec la famille. Le dernier pallier permet d'atteindre l'objectif de poids nécessaire à une sortie définitive. Cela est mis en place dans le but de relancer un processus d'individualisation de la personne, de son autonomisation face à la maladie et une garantie d'un cadre de soins structuré et constant. Il est nécessaire de rompre les boucles auto-entretenues de la maladie et le cadre de vie de la personne.

Une des grandes difficultés retrouvées dans ce type de prise en charge est la mise en place et le maintien d'une alliance thérapeutique. Le personnel soignant se confronte souvent à des résistances de la part des patients. Le déni, l'opposition et les dissimulations sont des réactions courantes lors des hospitalisations. Ces comportements sont difficiles à gérer et augmentent le risque de rupture de contrat avec une sortie prématurée.

1.6.2 **Prise en charge ambulatoire**

Plusieurs professionnels de santé, tels que les médecins généralistes, les psychologues, les pédopsychiatres et les psychiatres, peuvent être concernés par une prise en charge ambulatoire. Cela peut se faire directement chez des libéraux ou bien dans des structures comme la MDA (Maison des Adolescents) ou la maison de Solenn à Paris, qui peuvent regrouper des psychologues, des infirmières etc. Les traitements les plus utilisés sont les thérapies familiales pour les adolescents et les thérapies cognitives et comportementales pour les adultes. Cependant, nous ne savons pas de quelle manière gérer les aspects physiques que provoque cette maladie mentale. Par aspect physique, nous entendons des conséquences sur le système musculosquelettique du corps, et non pas de l'aspect nutritionnel.

Une fois que le patient adopte une alimentation suffisante pour ses besoins vitaux et retrouve un poids corporel adapté à sa taille, à son âge et à sa morphologie, qu'en est-il de la gestion des comportements hyperactifs ? La restauration d'un poids de forme ne répond ni à la problématique de l'entretien d'une relation malsaine avec l'activité physique ni à la restauration d'une meilleure qualité de vie.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Stratégie de recherche documentaire

Nous avons commencé notre travail par la sélection des mots clés correspondant à la problématique. La méthode PICO n'est pas applicable dans notre cas. Notre objectif est de définir les différentes techniques utilisées par le MK et non pas de comparer l'efficacité de son intervention vis-à-vis d'autres soins. Cet acronyme nous a tout de même permis d'être rigoureux dans la recherche des mots-clés en se posant les questions :

- **Quelle population ciblons-nous ?** Nous ne pouvons pas inclure tous les troubles du comportement alimentaire. L'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie sont les troubles les plus courants. Nous devons savoir les différencier pour ensuite faire le choix d'en sélectionner un.
- **Quelle intervention ?** Nous souhaitons connaître l'implication du MK dans la prise en charge de notre population. Nous allons utiliser les termes de MK de différentes manières, en anglais et en français.
- **Quels critères ?** La qualité de vie, le niveau d'autonomie et les symptômes de la maladie comme l'hyperactivité physique, l'insatisfaction corporelle, le nombre de crises de boulimie par semaine et/ou la prise de poids corporel.
- **Quel résultat ?** Nous attendons une meilleure adhérence au traitement et une amélioration globale de l'état de santé.

Au fur et à mesure des recherches et des lectures des différentes définitions, nous avons mesuré les différences entre l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie. Nous avons donc ciblé nos recherches sur l'anorexie mentale (type restrictive et boulimique). Car c'est le type de TCA qui se manifeste le plus au niveau physique. Ce dernier implique l'hyperactivité physique, les troubles de l'image corporelle ainsi que les schémas respiratoires, la posture et le système neuromusculaire perturbés. Par conséquent nous pensons que les patients atteints

d'AM pourraient être, parmi les patients TCA, ceux pour qui la prise en charge kinésithérapique serait la plus pertinente.

Les recherches ont été faites sur les bases de données Pubmed, PEDro, HAL, CPMPH et la Cochrane library. Les équations de recherche et les mots clés ont été adaptés pour chaque base de données, avec l'utilisation des opérateurs booléens (ANNEXE III).

Les mots de recherches sont:

- Physiotherapy / physical therapy / physiotherapist / physical therapist
- Eating disorder / anorexia nervosa / underweight
- Treatment / management / physical activity / massage therapy

2.2 Méthodologie de recherche

Cette période de recherche débute en octobre 2019 et se termine en janvier 2020. L'utilisation des mots clés s'est faite de manière indépendante et combinée (ANNEXE IV).

2.2.1.1 Les critères d'inclusion

Nous avons inclus les articles scientifiques francophones et anglophones, complets et gratuits. Les articles doivent majoritairement cibler l'anorexie mentale. Nous avons fait le choix de sélectionner les populations d'adolescents et d'adultes. La non-exclusion d'une des deux populations se justifie par le risque de réduire le nombre d'articles pertinents émis par les expériences cliniques. Tous les stades de la pathologie sont inclus, allant des IMC 7 à 20 afin d'avoir une vision globale sur les prises en charge. Un des critères les plus importants est l'implication explicite du kinésithérapeute. Les articles de moins de 10 ans (de 2012 à 2019) seront prioritaires pour que les références soient d'actualité. Nous avons choisi d'aller au-delà des cinq ans car les articles les plus récents ne suffisaient pas et certains articles plus anciens étaient pertinents.

2.2.1.2 Les critères d'exclusion

Nous avons exclu les articles ne précisant pas le type de trouble alimentaire étudié, ni le type de prise en charge ou lorsque les interventions n'étaient pas suffisamment détaillées. L'exclusion des autres TCA s'explique de par leurs différences, tel qu'un IMC beaucoup plus haut retrouvé chez les personnes atteintes de boulimie ou d'hyperphagie. Les articles dans d'autres langues n'ont pas été pris en compte. Nous ne pouvions pas définir de réels critères d'évaluations primaires ou secondaires car les articles inclus ne sont pas des articles scientifiques comparant deux échantillons. L'impact du traitement réalisé par un MK doit être évalué grâce à des questionnaires de qualité de vie ou par des bilans d'évaluations de la maladie, de la diminution des symptômes, d'une amélioration de la condition physique ou de la santé mentale.

2.2.1.3 Les risques de biais

Nous avons fait le choix de créer un tableau résumant les risques de biais les plus courants. En fonction du type de document, certains risques de biais vont être plus susceptibles d'être présents que d'autres. Pour les identifier, nous nous sommes appuyés sur la qualité de la rédaction des articles décrits par les lignes directrices d'écritures (44,45). La lecture, la traduction et la réalisation de fiches de lecture pour chaque article nous a permis d'identifier plus facilement les risques de biais (Tabl. 5). La connaissance de ces biais nous permet d'évaluer les niveaux de preuves ainsi que la façon de lire et d'interpréter les résultats. Les risques de sélection sont à prendre en compte notamment lorsque l'on cible une population aussi précise. Le biais d'évaluation est présent car il n'existe pas d'évaluation type d'un bilan spécifique au MK dans le cadre de l'AM.

3 RESULTATS

Nous avons obtenu 621 résultats toutes bases confondues. En première étape, nous avons lu les titres de chaque article et sélectionné ceux qui correspondaient au mieux à notre sujet. Nous avons exclu 408 articles et retenu 213. Une fois les doublons exclus nous étions à 182 articles retenus. Nous avons fait un compromis entre les critères de l'Evidence Based Practice (EBP), de pertinence des articles et la complexité de la problématique. Nous nous sommes rendu compte que les articles n'appartenaient pas aux grades scientifiques les plus hauts. Pour cette initiation à la revue de la littérature, nous avons recherché des informations qualitatives plutôt que quantitatives. Cela rend la méthodologie plus rigoureuse mais sujette à de plus grands biais. Une fois les résumés lus et les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués, il ne reste plus que 38 articles, dont 12 articles qui ciblent particulièrement la masso-kinésithérapie et 26 autres qui ciblent l'activité physique.

Au final, après avoir jugé de la pertinence de chaque article, 10 articles sont retenus pour nourrir cette revue de la littérature sur l'implication du MK dans le traitement de l'anorexie mentale. Une fiche de lecture a été réalisée pour chaque article (ANNEXE V). Les autres publications ont servi à alimenter la bibliographie de ce mémoire et à approfondir certaines notions.

Le diagramme de flux présenté ci-dessous (Fig.3) illustre la stratégie de recherche documentaire permettant l'inclusion des articles pour cette initiation à la revue de la littérature.

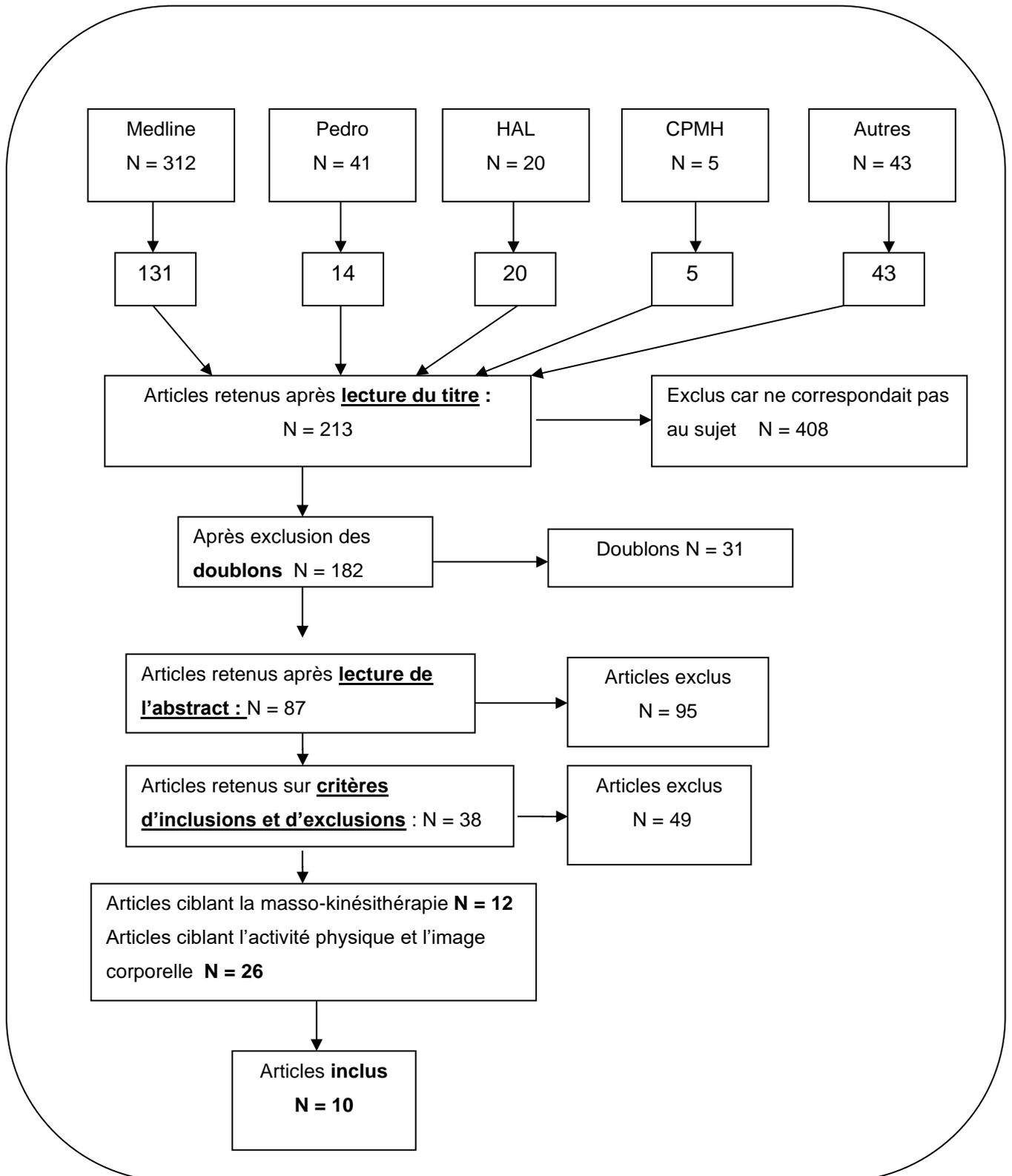


Figure 3 : Diagramme de flux

Nous avons inclus 10 articles dont 2 revues systématiques, 6 avis d'experts et 2 études de cas. Nous allons résumer les articles, mais pour plus de précisions un tableau récapitulatif est présent en annexe (ANNEXE VI).

Tableau 5 : récapitulatif des risques de biais

Articles / Biais	Sélection	Attrition	Confusion	Suivi	Évaluation
Fisher <i>et al.</i>	Green	Green	Grey	Green	Yellow
Kolnes(2011)	Yellow	Grey	Grey	Yellow	Yellow
Probst <i>et al.</i>	Yellow	Grey	Grey	Grey	Grey
Vancampfort <i>et al.</i>	Yellow	Yellow	Grey	Grey	Yellow
Soundy <i>et al.</i>	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow
Kolnes (2017)	Green	Green	Yellow	Grey	Yellow
Noetel <i>et al.</i>	Yellow	Green	Yellow	Green	Green
Cook <i>et al.</i>	Red	Grey	Yellow	Grey	Green
Danielsen	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Quesnel <i>et al.</i>	Yellow	Red	Green	Yellow	Green

<u>Non Évaluable</u>	<u>Faible risque de biais</u>	<u>Moyen risque de biais</u>	<u>Haut risque de biais</u>
---------------------------------	--	---	--

A la lumière des résultats de la littérature, nous pouvons exposer les grandes lignes qui éclairent les prises en charge possibles. Compte tenu de la complexité du sujet, nous avons décidé de présenter plus en détail l'impact du MK dans la qualité de vie et sur l'hyperactivité physique de ces patients car ce sont des notions récurrentes dans la littérature et intimement liées à notre profession.

Parmi ces articles, nous pouvons dégager cinq thèmes récurrents :

1) l'implication de la profession de MK et de son rôle d'éducateur dans l'équipe pluridisciplinaire
2) la compréhension de l'importance de l'intégration de l'activité physique et des mouvements comme partie intégrante du processus de la guérison ;
3) l'impact de la respiration, de la relaxation et du massage sur la sphère psychologique ;
4) la considération de l'image corporelle dans le traitement ;
5) l'utilisation de bilans musculosquelettiques, cardio-respiratoire, fonctionnels et psychologiques par le MK lors de sa prise en charge d'une personne souffrant d'AM.

Le choix de ne pas entrer en profondeur dans la notion de l'image corporelle ne signifie pas que celle-ci est négligeable. Bien au contraire, c'est un thème central dans cette pathologie. Nous avons un impact sur ce symptôme dans nos prises en charge à travers le toucher et les mouvements. Nous faisons le choix de ne pas l'exposer car c'est un sujet vaste et complexe qui nécessiterait une recherche ciblée.

3.2 Présentation des articles

- Les revues systématiques :

Vancampfort et al. (2014) : A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa (50). Cet article analyse les interventions réalisées par un MK chez des patients atteints d'AM et de boulimie. Le but de cette étude est de résumer les preuves des essais contrôlés randomisés examinant l'efficacité de la masso-kinésithérapie comparée aux soins usuels comme les traitements de psychothérapie. Les auteurs concluent que la kinésithérapie comporte des effets positifs sur les symptômes physiques et mentaux de la personne atteinte d'AM.

Cook et al. (2016) : Exercise in Eating Disorders Treatment : Systematic Review and Proposal of Guidelines (51). Cette revue résume l'incorporation de l'exercice dans le traitement des TCA et propose des recommandations à partir de ces résultats. Le but de cette étude est de faire une analyse critique de la littérature décrivant la manière dont l'exercice est utilisé et de proposer une ligne directrice. D'après ces auteurs, le MK a sa place dans cette prise en charge car il possède les connaissances de l'exercice et de la physiologie. Ces connaissances peuvent être un atout en les combinant aux connaissances nutritionnelles, médicales et psychologiques des autres professionnels de santé en charge de ces personnes malades.

- Les expériences cliniques et avis d'experts

PROBST et al. (2013) : Physiotherapy for patients with anorexia nervosa (52). Il décrit trente ans d'expérience clinique hospitalière dans le but de fournir une ligne directrice pour traiter l'AM. La perturbation de l'image corporelle est le thème central de l'anorexie, illustré par une attention focalisée sur les perceptions, les attitudes et les mauvais comportements face à l'activité physique. Pour lui, la place du kinésithérapeute est négligée. Il devrait être sollicité grâce à sa compétence d'adaptation. Il résume les objectifs du MK dans le traitement de l'AM.

KOLNES (2017) : Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach (53). Les observations cliniques de cet auteur rejoignent ceux de Probst. Les patients présentent une perturbation de l'image corporelle, des schémas respiratoires contraints, une tension musculaire élevée, une incapacité à se relaxer et une stabilité posturale appauvrie. Le but du traitement kinésithérapique est d'aider les patients à rétablir un contact avec leurs propres sensations corporelles.

SOUNDY et al. (2016) : Considering the role of physical therapist within the treatment and rehabilitation of individuals with eating disorders: A survey of expert clinicians(54). Le but de cette étude est d'investiguer sur les expériences, les pratiques et les connaissances des professionnels de santé experts dans le but d'enrichir les pratiques cliniques, l'éducation et la recherche. Vingt-huit MK ont été contactés grâce à l'IOPTMH (*International Organisation for Physical Therapy in Mental Health*). Cet article résume les interventions les plus utilisées par les MK pour la prise en charge d'AM. Les MK sont amenés à réaliser des techniques de

relaxation et de la méditation en pleine conscience. Une majorité des MK utilise la technique BBAT (Basic Body Awareness Therapy) dans un but de changer l'expérience de l'exercice et des mouvements.

NOETEL *et al.* (2016) : The assessment and treatment of unhealthy exercise in adolescents with anorexia nervosa : A Delphi study to synthesize clinical knowledge (55). Le but de cette étude est d'obtenir un avis final, unique et convergent sur la terminologie et la définition de l'hyperactivité et d'explorer les difficultés rencontrées par les experts. Vingt-cinq personnes expertes dans le champ des TCA ont été contactées par mail. Le terme « exercice compulsif » est adopté de manière unanime pour définir le trouble de l'hyperactivité. Les traitements et les stratégies de prises en charges qui ressortent sont multiples. Nous retrouvons un intérêt à repérer les comportements liés à l'exercice et à adopter une communication grâce à des séances de psycho éducation. Ces séances permettent l'identification des situations à risques et la réintroduction de la promotion d'un exercice sain dans un environnement surveillé et supervisé.

QUESNEL *et al.* (2018) : Is abstinence really the best option ? Exploring the role of exercise in the treatment and management of eating disorders (56). Le but de cet entretien semi-directif est d'explorer les perceptions et les croyances des professionnels de santé concernés par le rôle de l'exercice dans le traitement des TCA. Les experts inclus dans cette étude rapportent que l'intégration d'une AP dans le traitement a un impact positif sur la renutrition et sur l'image corporelle. Les patients acceptent mieux la prise de poids et s'autonomisent, ce qui améliore également l'alliance thérapeutique. Cela permet de donner une opportunité aux patients d'expérimenter le sport d'une manière « saine » et de comprendre de quelle manière ils peuvent en abuser et provoquer des conséquences négatives sur leur corps.

DANIELSEN (2018) : How to integrate physical activity and exercise approaches into inpatient treatment for eating disorders : fifteen years of clinical experience and research (57). L'auteur décrit quinze ans d'expériences cliniques hospitalières, durant lesquelles l'activité physique est introduite dans le traitement de l'AM. Il ne rapporte aucun effet négatif ou secondaire à cette prise en charge. Pour lui, cela ne peut apporter que des bénéfices en complément d'un traitement médical habituel. Pour intégrer l'activité physique dans le traitement hospitalier de l'AM, il est nécessaire de comprendre à quel point l'exercice

peut faire partie d'un facteur déterminant de la maladie et de quelle manière cela peut interférer avec les autres symptômes existants.

- Les études de cas

FISHER *et al.* (2012) : Functional recovery of a patient with anorexia nervosa : physical therapist in the acute care hospital setting (58). Cette étude décrit la prise en charge par un MK d'une patiente hospitalisée pour AM. Il s'agit d'une femme de 48 ans, mesurant 162,5 cm pour 23,5 kg, ce qui correspond à un IMC de 8,9 kg/m². Des bilans musculosquelettique, neuromusculaire, cardio-pulmonaire (rythme cardiaque, rythme respiratoire) et fonctionnel (FIM, POMA, TUG, vitesse de marche) ont été réalisés afin d'établir un bilan diagnostique. Les séances de kinésithérapie durent trente minutes par jour à raison de quatre à six fois par semaine durant les neuf semaines de soin. Cette prise en charge est basée sur les recommandations de l'ACSM (American College of Sports Medicine) de renforcement et de souplesse pour des populations âgées en situation de fragilité. Les activités en endurance ont d'abord été restreintes pour conserver l'énergie et maintenir une stabilité cardiaque. Cette approche a permis à la patiente de reprendre 1,32 kilo par semaine (soit 11,88 kilos en neuf semaines) et d'atteindre une stabilité médicale suffisante pour pouvoir rentrer chez elle.

KOLNES (2017) : Exercise and physical therapy help restore body and self in clients with anorexia nervosa (59). Cette série de cas est réalisée dans le but d'élaborer le rôle potentiel de l'exercice et de la masso-kinésithérapie dans le traitement de l'AM. Son échantillon comprend six femmes âgées de 23 à 50 ans. Elles ont un IMC entre 12,5 et 19,2 au début de leur prise en charge. Elles sont toutes diagnostiquées avec une AM de type restrictive et de l'hyperactivité physique, selon les critères de la CIM 10. Cette étude montre l'impact physique d'un trouble psychologique et surtout l'impact négatif de l'hyperactivité sur les systèmes corporels. Cette étude consiste à s'interroger sur le type d'activité ayant des effets bénéfiques sur la récupération du lien avec le corps physique à travers la masso-kinésithérapie. Les réponses présentes dans cet article insistent sur la capacité à se relaxer et à diminuer l'hyperactivité en utilisant le massage, la respiration et la posture.

Grâce à ces articles, nous allons dans un premier temps présenter les éléments indiquant les effets de l'intégration du MK sur la qualité de vie des personnes souffrant d'anorexie mentale. Ensuite, nous pourrions décrire le terme d'hyperactivité physique grâce aux avis d'experts à l'échelle internationale. Pour finir, nous décrirons les techniques retrouvées dans la littérature, utiles dans les interventions du MK, en particulier pour améliorer la qualité de vie et réduire l'hyperactivité physique.

3.3 L'impact du MK sur la qualité de vie dans l'AM

Le MK peut être amené à prendre en charge une personne souffrant d'AM à divers moments de la prise en charge : en hospitalisation complète, en phase aiguë, ou encore en libéral. C'est durant toutes ces étapes qu'il va pouvoir influencer sur les symptômes physiques, mentaux et leur bien-être (46,48,49,52).

En prenant en charge l'aspect corporel, une amélioration de l'expérience corporelle est observée, grâce à des exercices qui se focalisent sur les perceptions, les attitudes et les comportements (52). Le MK a une place dans les soins en aigu car cette maladie impacte les systèmes musculosquelettique, neuromusculaire et cardiovasculaire (58). En rétablissant un contact avec leur propre corps, la littérature montre un effet de tranquillité et de calme chez ces personnes malades (49,52). En effet, les techniques du MK permettent de réduire l'anxiété, le stress perçu ainsi que le niveau de cortisol (52). Il apporte un environnement structuré à des patients ayant besoin de cadre ainsi qu'un contexte sain incluant des programmes personnalisés et adaptés à chaque patient.

Les auteurs observent une diminution du risque de blessures et des comorbidités physiques en supervisant l'activité physique (52). De plus, le MK peut interagir avec toute l'équipe de soins en hospitalier, se tenir au courant des signes vitaux et apporter des éléments de bilans (58).

3.4 La définition de l'hyperactivité physique

Ce symptôme apporte de nombreux effets négatifs sur la guérison, notamment avec l'augmentation des risques de comorbidités psychologiques, les complications médicales, le temps d'hospitalisation et le risque de rechute (59). Cette compulsion à l'exercice est vue comme dangereuse si elle n'est pas surveillée (57). L'hyperactivité ne concerne pas que le sport mais toute sorte d'activité. A cela s'ajoute une incapacité à se relaxer, à s'asseoir et la difficulté à se détendre (57). D'après l'étude Delphi de Noetel, le terme préféré pour définir l'exercice « mal adapté » est l'exercice compulsif (51,53). De nombreuses terminologies retrouvées dans la littérature marquent un désaccord entre les professionnels et experts : exercice excessif, exercice compulsif, activité physique excessive, activité physique compulsive, hyperactivité, activité de haut niveau, hyperactivité physique, entraînement obsessionnel, dépendance à l'exercice (49,55). Deux dimensions se dégagent plus facilement et semblent susciter l'accord des auteurs (53) :

- La notion quantitative : la pratique d'un exercice ou d'un sport est réalisée de manière excessive dans la durée, la fréquence et l'intensité, excédant les recommandations pour la santé physique. Il n'existe pas de critère délimitant ces trois variables mais dans la littérature, la pratique d'exercices modérés à intensifs réalisés au moins 6 fois par semaine est considérée comme excessive pour cette population (49,51,55).
- La notion qualitative : l'identification des comportements et des attitudes pathologiques individuels liés à la pratique d'exercice permet de diminuer le risque d'aggraver l'état de santé des malades (51). Le mode de fonctionnement de ces patients est décrit comme étant rigide, compulsif et prenant le pas sur toute autre activité de la vie quotidienne, tels que le travail, l'école et la vie sociale (51,55). La culpabilité et l'anxiété sont présentes si l'entraînement est manqué ou l'activité restreinte (49,51). Ce comportement est adopté pour compenser une prise alimentaire ou pour échapper aux émotions négatives (55). En général, l'activité est poursuivie malgré la présence de douleur, de blessure physique ou de maladie et souvent pratiquée seule et secrètement. D'après les experts, il semble que l'aspect qualitatif reste le plus intéressant dans la prise en charge clinique (49,50).

3.4.1 Les techniques à notre disposition

3.4.1.1 La respiration et la relaxation

La première étape décrite d'une prise en charge de l'exercice compulsif est l'acceptation de se détendre et se relâcher (48,53). Par la suite, ces bases permettent de travailler l'ancrage au sol à travers des techniques de respiration (53). La respiration impacte la position adoptée et la stabilité posturale. Dans l'étude de Danielsen qui se déroule dans l'hôpital Levanger en Norvège, la relaxation est obligatoire après le repas, pendant 30 minutes à une heure. En apprenant à contrôler et à focaliser son attention sur la respiration, le lâcher-prise et la capacité à se détendre sont plus abordables (49,55). Un schéma respiratoire restreint provoque une sensation d'être en apnée et augmente l'anxiété (53). Les techniques de respiration et de relaxation permettent de réduire les niveaux de stress. Probst utilise une méthode de Bernstein and Borkovec, dérivée de la relaxation progressive de Jacobson (48,56).

La prise en compte de ce champ respiratoire est une partie fondamentale du traitement car il existe une interaction entre la respiration et la régulation émotionnelle (49,54). D'autres techniques méditatives sont utilisées en amenant l'attention du patient au moment présent, comme la méditation en pleine conscience, le training autogène de Schultz et le Yoga (48,50,57). Développé dans les pays scandinaves, le Basic Body Awareness Therapy (BBAT) et le Norwegian Physcomoteur Physiotherapy (NPMP) sont souvent utilisés dans les troubles alimentaires (46,48,50).

- Le BBAT a pour objectif d'augmenter la conscience corporelle et la qualité du mouvement. Cette technique est basée sur la stabilité posturale, une respiration libre et consciente. L'association du BBAT avec les soins standards diminuerait le score EDI (Eating Disorder Inventory) et améliorerait la santé mentale (46,58). Les experts du domaine questionné disent utiliser le BBAT comme une intervention spécifique de kinésithérapie (54).

- Le NPMP est une méthode qui part du postulat que le corps joue un rôle significatif dans l'expression non résolue des conflits émotionnels et des traumatismes. Cette technique repose sur la théorie que la posture, le type de respiration, les tensions musculaires et la conscience corporelle contribuent à cette expression (52).

3.4.1.2 Le massage et les mobilisations

Les techniques de massage et les mobilisations ou de massage et de relaxation sont utilisées pour freiner l'hyperactivité (59). Associées aux soins standards, ces techniques diminueraient le score du questionnaire EDI (Eating Disorders Inventory) (50). C'est un moyen d'établir un premier contact passif avec les soins en aigu car le massage est utilisé notamment lorsque la personne a un IMC très bas (54).

3.4.1.3 Les mouvements à travers des exercices

Les exercices doivent être réalisés de manière graduelle, supervisée et personnalisée. Il est recommandé de commencer par une intensité moyenne et d'augmenter progressivement la difficulté vers une intensité modérée (47,48). Dans le cas AM sévère avec un IMC très bas, la prise en charge peut débuter au lit par des mobilisations douces et en travaillant les transferts (58). Les mouvements sont à différencier des exercices qui sont une forme d'activité physique plus structurée et planifiée. Ils peuvent être utilisés comme moyen pour diminuer certaines douleurs ou pour aider à trouver une respiration plus libre (54). Les mouvements sont doux, basés sur ceux de la vie quotidienne et réalisés dans diverses positions (53).

Une fois que le patient acquiert de l'autonomie, le MK peut travailler la verticalisation, la marche et la montée d'escaliers (58). Des exercices posturaux sont également intégrés dans le but de diminuer les symptômes physiques. En effet, les faiblesses musculaires généralisées entraînent de nombreuses compensations posturales notamment en hypercyphose (52). Le yoga est souvent utilisé pour débiter la pratique d'une activité physique plus douce. Cette activité réalisée à raison de deux fois par semaine réduirait le score global du EDE (Eating Disorders Examination) ainsi que l'anxiété et les syndromes dépressifs (50).

Au fur et à mesure de l'avancement du traitement et du protocole de renutrition, les activités peuvent être plus intenses. Un entraînement contre résistance peut être mis en place, du renforcement fonctionnel puis progressivement le réapprentissage de la pratique d'un sport endurant (47,48). Les exercices contre résistance associés à la méthode CBT (Cognitif Behavior Therapy) permettraient de diminuer le nombre de crises de boulimie par semaine et le niveau d'insatisfaction corporelle. De plus, cela augmenterait significativement la force musculaire, l'IMC et la masse grasse (50). Dans l'étude de cas de Kolnes réalisée en 2017 sur 6 femmes, les patientes réalisent des séances de sport d'intensité modérée qui peuvent être pratiquées seule ou en groupe. Ces sports collectifs comme la natation, le volley, l'équitation permettent de stimuler la cohésion sociale et d'apporter la notion de plaisir et non pas de compétition (52). Notons également l'importance de l'environnement dans lequel est réalisée l'activité. Il est nécessaire d'apprendre à travailler dans une atmosphère où les personnes veulent perdre du poids, se comparent, regardent leur corps et où règne la compétitivité comme dans une salle de sport (47,52).

4 DISCUSSION

4.1 Rappel de la problématique

L'AM est une pathologie mentale dont le tableau clinique regroupe divers symptômes : des troubles alimentaires, comportementaux, compulsifs ainsi qu'une distorsion de l'image corporelle. L'hyperactivité physique ou la compulsion à l'exercice sont des facteurs de mauvais pronostic. La distorsion de l'image corporelle et le déni d'un corps dénutri renforcent ce caractère hyperactif. Or, l'aspect physique est très peu pris en charge malgré le fort impact qu'il peut avoir sur l'efficacité du traitement mis en place. Les stratégies habituellement adoptées sont la restriction de l'activité voire l'interdiction stricte. Des recommandations de la HAS impliquent le MK dans l'équipe de soin sans expliciter son implication.

Nous nous demandons quelles sont les attentes quant à l'intégration du MK dans l'équipe de soin en charge de l'anorexie mentale. Existe-t-il un intérêt à proposer un traitement

des troubles compulsifs de l'hyperactivité ? Quelles techniques, décrites dans la littérature, semblent les plus adaptées au traitement de cette maladie ?

Nous avons proposé comme hypothèse l'existence d'un intérêt significatif à prendre en compte l'aspect physique dans les troubles alimentaires pour accompagner les individus concernés dans leur guérison et éviter les rechutes.

4.2 Rappel des principaux résultats

A la lumière de la littérature, nous pouvons exposer les grandes lignes des différentes modalités de prise en charge. En tant que MK, nous pouvons accompagner physiquement le patient pendant sa guérison. Pour ce faire, nous pouvons l'aider à reconstruire une image corporelle réaliste en l'aidant à prendre conscience de son corps, de ses limites physiques grâce aux massages, aux mobilisations et aux exercices stimulant différents retours sensitifs (le miroir pour un retour visuel, des cordes autour du corps pour un retour tactile).

De plus, l'apprentissage de mouvements, d'étirements et de renforcement musculaire progressif assiste les patients dans leur combat contre les déficiences physiques et posturales causées par l'état de dénutrition. Les séances de relaxation et de respiration voire de méditation permettront aux patients de se relaxer et de se détendre. Pour finir, la mise en place de séances de psychoéducation, d'éducation et de programmes d'activité physique individualisés amèneront ces patients à une meilleure gestion de la compulsion à l'exercice améliorant leur qualité de vie.

4.3 Les domaines de contribution du MK

4.3.1 Apporter des connaissances fonctionnelles à l'équipe de soin

Fort de ses connaissances de l'exercice, de l'anatomie et de la physiologie, le MK occupe une place de choix au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Celles-ci peuvent amener à des éléments de bilans complémentaires à ceux des autres professionnels de l'équipe de soin (nutritionnelle, médicale et psychologique).

Le MK est en capacité d'observer, d'évaluer les comportements et d'identifier les facteurs déclencheurs et aggravants de l'activité physique excessive et compulsive (48,53). Son expertise concernant l'identification, l'examen et l'évaluation de fonctions corporelles diminuées est un atout indéniable (47,55). Il maîtrise les notions d'activité physique, de sport et d'exercice dans toutes leurs nuances. Le terme « d'activité physique » est souvent mal interprété.

Beaucoup de personnes limitent au seul cadre sportif l'activité physique. Il ne faut pas oublier que cette dernière désigne tout mouvement réalisé dans la vie quotidienne. Ainsi, le MK a un rôle clé dans la récupération fonctionnelle des capacités physiques des patients malades.

La reconquête de l'autonomie de ces personnes est primordiale et peut être réalisée avec l'accompagnement physique et le soutien psychologique que peut apporter le MK.

4.3.2 Éduquer et accompagner les patients

L'éducation est la clé de nombreux programmes d'exercice spécifique (51). En effet, en fonction des croyances du patient, plusieurs thèmes peuvent être abordés. Il est important pour le thérapeute comme pour le patient de savoir reconnaître à quel moment la pratique d'exercice devient problématique. Il est intéressant d'aborder la manière de l'ajuster, de

comprendre la physiologie, l'apparition de l'ostéoporose et le risque de fracture et de blessure. Ces sujets peuvent être un levier non négligeable permettant la sortie du déni (51) (58).

Des programmes de psychoéducation permettent d'explorer la signification de l'exercice et de clarifier les aspects positifs et négatifs de l'AP (47,48,50,53). L'apprentissage des sensations et des émotions ressenties pendant les séances et les comptes rendus des séances peuvent permettre aux patients d'éveiller leur conscience corporelle (51). En effet, nous ne pouvons traiter une notion que lorsqu'elle est présente dans le champ de la conscience. La remise en question des croyances erronées des patients peut donner lieu à une augmentation des craintes et de l'anxiété. Il est donc primordial que nous fournissions les explications nécessaires à la compréhension pour éviter cette sensation de vulnérabilité et accompagner au remplacement des idées reçues et des comportements associés.

4.3.3 **Améliorer l'adhésion des patients aux traitements**

Un élément important, peu abordé dans la littérature, est la nécessité d'avoir une implication et une adhésion de la part du patient. Le niveau de conscience ou de déni de la personne vis-à-vis de sa maladie va impacter l'efficacité du traitement.

De nombreux professionnels de santé travaillant dans les secteurs de TCA connaissent cette difficulté de maintenir un lien de confiance (63). Ayant souvent des problèmes relationnels, les patients atteints d'AM ont du mal à faire confiance et à se laisser guider par une tierce personne. Habituellement, ils sont dans la tentative de contrôle permanent de leur quotidien.

Les MK semblent occuper une position avantageuse pour aborder cette prise en charge avec le corps et le lien de la personne avec son propre corps, à mi-chemin entre le psychique et le somatique. Le fait que le MK ne soit pas intégré de manière automatique implique que son intérêt n'est pas toujours perçu.

Les professionnels de santé sont influencés par le manque de connaissances sur ce sujet et la peur de l'inconnu (56). Cette problématique d'intégrer ou non un MK dans l'équipe de soin n'est pas récente. Déjà en 2008, une proposition de loi visant à lutter contre les

incitations à la maigreur extrême ou à l'anorexie évoquait la nécessité de former le corps médical et de constituer des réseaux pluridisciplinaires dont le kinésithérapeute devait faire partie (64). La complexité de la réalisation d'études scientifiques rigoureuses a ralenti la suppression des a priori.

4.4 Amélioration d'une qualité de vie

Le masseur-kinésithérapeute est un acteur clé dans l'accompagnement d'une personne atteint d'AM. Il est en capacité de soulager les douleurs physiques et les maux psychologiques. Les interventions soulignées dans la littérature entrent dans les compétences du MK. Dans cette prise en charge peu commune, les armes du MK correspondent à son aptitude à réaliser un bilan, à identifier les déficiences, les incapacités et les désavantages de la personne malade. Outre le problème psychologique, les conséquences sur le corps et le système neuromusculaire doivent être prises en charge pour améliorer le confort de ces personnes. Ainsi, nous retrouvons le massage, la respiration, les exercices posturaux et l'activité physique adaptée dans l'arsenal dont dispose le MK dans ce cadre.

Il peut transposer certains exercices retrouvés dans la prise en charge en neurologie. Par exemple, ceux avec miroir peuvent être intéressants pour travailler sur l'image corporelle. Cependant, le MK qui souhaite s'occuper d'une personne atteinte d'AM peut compléter ses connaissances et se former pour optimiser les chances du patient. Il faut connaître la pathologie, les conséquences physiques, psychiques et métaboliques ainsi que des bilans types, spécifiques à la pathologie.

Les méthodes décrites dans la littérature prenant en compte l'image corporelle ne sont pas présentes dans tous les pays. En France, nous n'avons pas la possibilité de nous former au Basic Body Awareness ou à la Norwegian Psychomotor Physiotherapy. Cependant, nous avons d'autres approches comme la méthode Mézières, la sophrologie ou encore la méditation pleine conscience.

Le traitement de l'hyperactivité physique et de la distorsion de l'image corporelle peut être abordé par des techniques de base. Les effets du massage doux, de la respiration et des mobilisations peuvent permettre de diminuer le niveau de stress de ces patients.

De plus, ce contact physique permet de stimuler les récepteurs cutanés et intramusculaires. Ces diverses stimulations sont capables de participer à la prise de conscience des limites de son propre corps. Les personnes atteintes d'AM, quand elles n'occultent pas leur propre corps, ont tendance à pratiquer le « body checking », c'est-à-dire une vérification de leur propre corps, pour s'assurer qu'elles ont toujours le même feedback visuel. Cette pratique les rassure et leur permet d'estimer rapidement si elles ont pris du poids ou non. Elles peuvent également la réaliser en faisant le tour de leur bras ou de leur cuisse avec leur main. Le fait qu'une tierce personne appréhende leur propre corps aura un impact plus fort et permettra une prise de conscience plus facile de leur état de maigreur.

Outre ces aspects bénéfiques à la pratique de massage et de techniques respiratoires, le refus de contact physique possible n'est pas mentionné dans les articles étudiés alors que c'est une réalité sur le terrain. Ce qui implique que les patients inclus dans les études étaient en accord avec le traitement mis en place et acceptaient le contact physique. Ce n'est pas le cas de toutes les personnes malades. Une adaptation de chaque technique doit être réalisée en fonction de la personne. Le massage peut être alors réalisé progressivement à l'aide des couvertures, avec des vêtements puis, sur une peau dénudée en commençant sur les parties les mieux acceptées.

C'est à travers ce contact physique soignant-soigné que nous pouvons entrevoir un des avantages du métier de MK. Les techniques de base de notre métier installent une proximité nous permettant d'être dans une position d'écoute et de respect du corps, de l'histoire et des traumatismes du patient.

4.4.1 **Les bénéfices psychologiques**

La prise en charge de l'activité est un moyen de réguler les émotions et de diminuer l'anxiété (59). Une amélioration globale de la qualité de vie et par conséquent de la santé mentale est notable (54). L'activité physique comporte des effets naturellement anxiolytiques et antidépresseurs (61,62). Elle permet également de réharmoniser le corps et l'esprit. Ces points positifs ne sont pas négligeables dans notre population, d'autant plus qu'il s'agit d'un traitement non médicamenteux. Le fait d'accorder un temps d'activité aux patients et de ne pas imposer une restriction physique permet d'augmenter la compliance au traitement imposé

lors des hospitalisations. Une meilleure alliance thérapeutique diminuerait les conflits avec le personnel soignant (52,55). Cela les responsabilise et véhicule le message qu'être nourri n'est pas le seul objectif du traitement (52). L'accès aux activités en groupe permet de stimuler les contacts sociaux et de réapprendre à créer des liens (52). De plus, la permission de réaliser une activité aide les patients à accepter la prise de poids et les changements corporels (52). Ils développent une meilleure image et une meilleure conscience corporelle en apprenant à être plus attentifs à leur corps lors de l'exécution des mouvements (49,50,52). Tout ceci dans un but de les aider à se recréer une identité positive (50,55).

4.4.2 **Les bénéfices physiques**

4.4.2.1 *Vers la construction d'un corps fonctionnel*

De nombreux experts sont en accords pour dire que le MK a sa place dans la promotion de l'activité physique (54). Nous savons que toutes les fibres musculaires sont impactées, qu'elles soient lisses ou striées (67). Nous visualisons les conséquences physiques d'une amyotrophie généralisée sur le corps de la personne. Mais n'oublions pas que les muscles internes sont tout autant abîmés comme les muscles cardiaques ainsi que les péristaltismes intestinaux. Grâce à l'activité physique, nous remarquons un renforcement musculaire global ainsi qu'une augmentation de la densité minérale osseuse.

Plus globalement, les résultats montrent un entretien des systèmes cardio-vasculaire, musculosquelettique et cardio-respiratoire (56).

La pratique de mouvements doux augmente la conscience des signaux corporels, telles que la faim, la douleur et la fatigue. La stimulation du système digestif via l'activité peut aider les prises alimentaires et faire progresser les patients sur le plan nutritionnel. Par ailleurs, nous constatons une diminution des comportements boulimiques (48,50,52). Il est nécessaire de trouver un équilibre en incluant l'activité physique sans laisser le trouble alimentaire prendre le dessus.

À terme, cela permettrait de limiter les risques des comorbidités physiques (54). La surveillance d'un entraînement permet de contrôler les dépenses énergétiques non nécessaires en imposant une intensité et un rythme cardiaque à ne pas dépasser (52). Le rythme cardiaque lors des activités ne doit pas dépasser de plus de vingt bpm la valeur de repos (58). Si l'activité est adaptée aux besoins individuels, ce type de prise en charge pourrait avoir une dimension réparatrice contrairement aux routines d'exercices excessifs, répétitifs, douloureux et rigides souvent pratiquées par ces personnes (59). De plus, aucun effet secondaire n'est rapporté à ce jour (53,54).

4.4.2.2 Vers l'acceptation d'un nouveau corps

Le MK est présent dans le but d'aider la personne à construire une image d'elle-même réelle et l'aider à se préparer aux changements physiques pendant la renutrition (52). Cet accompagnement dans l'apprentissage du respect de son corps et de soi-même en devenant plus attentif aux signaux corporels peut se réaliser en retrouvant du plaisir dans le mouvement et les exercices. La présence du MK permet de démontrer qu'il existe d'autres significations lors de la pratique d'une activité et ne sert pas seulement à maintenir un certain poids corporel ou à réduire son anxiété (47,50).

Les interventions ciblant l'hyperactivité physique visent plusieurs objectifs. Elles permettent de guider les patients, de les rassurer dans leur compulsivité en leur proposant un cadre de vie rassurant qui renforce positivement leur santé mentale en améliorant leur qualité de vie.

Cette prise en charge permet également de les décharger d'un stress mental. En effet, la restriction de toute activité crée beaucoup d'angoisses et renforce la mauvaise image qu'ils ont de leur corps. Ainsi, leur esprit est préoccupé par la recherche de solutions qui vont à l'encontre du traitement, comme continuer à user de stratégies de dépenses énergétiques en gesticulant en permanence et en évitant de s'asseoir. Avec l'autorisation du mouvement, ces personnes malades peuvent plus facilement se concentrer sur le traitement médical et psychologique. C'est pour ces raisons que le rôle du MK est nécessaire pour assister le rétablissement entre le patient et son rapport à l'hyperactivité physique.

Les mots d'ordre sont de commencer par des mouvements doux. Progressivement, le MK jugera de l'augmentation du temps de permission d'activité, en accord avec les autres soignants. Notons que nous ne parlons pas de musculation mais de renforcement musculaire, il est utile de différencier les notions de quantité et de qualité. Il faut effectivement gérer la quantité et faire en sorte que la pratique ne soit pas excessive, d'où l'importance pour celle-ci d'être supervisée. Il n'existe pas de protocole précis décrivant cet « excès ». Dans la réalité, nous ne pouvons pas imposer un protocole à toutes les personnes car de nombreux facteurs annexes entrent en ligne de compte. C'est pourquoi le MK doit adapter le programme de manière individuelle. Il doit tenir compte de l'apport nutritionnel nécessaire afin d'équilibrer la dépense réalisée pendant l'intervention, sachant que la dépense énergétique de base de chacun est différente en fonction de son poids, de sa taille et de son âge.

La réalisation d'un interrogatoire précis est nécessaire pour connaître la véritable motivation de la personne à s'exercer. La connaissance de l'impact de l'exercice au niveau psychique et émotionnel est un élément clé de la prise en charge. Cette façon de faire est en accord avec des recherches plus anciennes. L'article de Beumont en 1994 décrivait déjà un programme d'exercice supervisé dans cette population (55,63). D'autres auteurs comme Thien en 2000, Szabo en 2002, Tokumura en 2003 et Chantler en 2006 ont réalisé des protocoles d'entraînement contre résistance. En accord avec nos résultats, ils montrent les effets positifs sur la qualité de vie, sur la force musculaire ainsi que l'amélioration du bien-être psychologique (64-67).

4.4.2.3 Agir sur le corps c'est agir sur l'esprit

La notion de poids et d'IMC à atteindre est un autre point important à mettre en lumière. Des divergences apparaissent lorsqu'on se demande à quel moment nous pouvons commencer une prise en charge MK. Il n'y a pas de réponse nette. Cela dépendra du cas, du bilan, des déficiences et des techniques utilisées par le MK. Il faut retenir que la prise en charge doit être adaptée à l'état de santé de la personne.

Le MK peut intervenir dès le début même lorsque la personne est alitée. Il va adapter son traitement, en commençant par des exercices respiratoires, de relaxation et des mobilisations douces. Certains imposent un IMC à atteindre avant de débiter certaines

activités plus intensives. Cela reste compliqué car la reprise de poids et le retour à une corpulence dite « normale » ne veut pas dire que la personne est guérie. Au contraire, beaucoup de personnes rechutent après des hospitalisations où le gain pondéral a été plus ou moins forcé.

Dans l'étude de Danielsen, un IMC de 17 est imposé pour passer d'une marche extérieure limitée à quinze minutes par jour à l'autorisation de réaliser deux séances d'une heure par semaine. Ces séances ne sont pas décrites. Nous savons juste qu'il s'agit d'une heure de sport en force et une heure de sport en aérobie. Ces limites peuvent être discutables en fonction de la stabilité médicale et de la volonté de la personne.

Nous retrouvons le conseil d'une MK de l'Hôpital de Singapour qui préconise d'éviter toute activité physique. Les exercices de respiration et d'étirement sont à privilégier pour un IMC inférieur à 17 tandis que le renforcement musculaire et les exercices plus endurants sont mis en place pour un IMC supérieur à 17 (71). Nous retrouvons plus de précisions dans l'article de Bentley et al. (72). Cet auteur recommande de ne pas réaliser d'exercice chez les personnes ayant un IMC inférieur à 14 en lien avec la période de renutrition et de gain pondéral. Or, l'intégration d'une prise en charge physique adaptée n'a aucune conséquence sur cet objectif de prise de poids. Encore une fois, ce genre de pratique renforce la croyance que l'activité physique ne sert qu'à dépenser de l'énergie et influencer la forme physique.

Notre but est de pouvoir renouer un lien avec le sport, provoquant du bien-être, des avantages sur la santé mentale et non pas un simple moyen de contrôle.

4.5 Les difficultés de cette mise en pratique

Le manque de contenu scientifique, de professionnels experts et de ressources pour financer les recherches sont des limites majeures à la prise en charge d'AM. Ces difficultés renforcent les appréhensions du monde médical vis-à-vis de nouvelles stratégies de prise en charge. Les avis fondés depuis des années évoluent lentement. La présence d'une réticence aux changements ressort des conclusions des articles scientifiques. Les troubles mentaux sont traités par des techniques psychothérapeutiques. Les croyances bien ancrées et la peur

de l'inconnu entravent les avancées qui peuvent être faites concernant l'intérêt d'une prise en charge physique concomitante. En effet, toutes ces questions sans réponses précises et ces dilemmes entre l'inclusion de nouveaux protocoles et la protection des patients sont renforcés par le manque de professionnels experts dans les approches corporelles et dans la connaissance de cette pathologie. Le changement qui s'opère est long et demande beaucoup de patience.

Pourtant ces obstacles pourraient être surmontés en mettant en place des prises en charge pluridisciplinaires. La composition de l'équipe soignante par des médecins, des psychologues, des diététiciens et des kinésithérapeutes permettrait une addition des compétences et une prise en charge plus complète. A cela s'ajoute le fait que cette pathologie est multifactorielle et que les patients accumulent de nombreux troubles. Ceci rend les sujets incertains lors des prises en charge et l'efficacité des traitements peut être dépendante de la personne. Le manque de littérature s'explique par la difficulté de réaliser les études. L'inclusion des patients, leur adhésion au protocole, leur propre rapport avec leur corps et avec l'exercice physique peut varier.

Lors de la réalisation d'une étude scientifique, il est nécessaire d'avoir un protocole reproductible. Cependant, la mise en place de programmes en clinique et en pratique est différente. Il est difficile de comparer les protocoles car chaque prise en charge doit correspondre à la personne et à son vécu. En pratique, l'adaptation au patient est la solution pour espérer une efficacité. Mais ceci devient un frein à la réalisation de recherches cliniques. Il faudrait réaliser un compromis entre les deux pour pouvoir avancer au niveau des découvertes scientifiques et de son application dans la réalité. L'adaptation d'une activité physique est très spécifique à la personne. La notion d'échec musculaire et de répétition en réserve n'est jamais abordée dans les articles.

Le dilemme est de pouvoir traiter une personne avec un TCA grâce aux avantages physiques et psychologiques qu'apporte l'activité physique, sans que cela encourage l'exercice compulsif et impacte les traitements médicaux.

4.6 Les limites du mémoire

La description des résultats n'est pas exhaustive afin que la lecture du mémoire reste intéressante, non rébarbative et nous avons délimité notre sujet pour un maximum de clarté.

Les TCA se présentent au sein d'un spectre aux limites non nettes et ce en dépit des critères diagnostics existants. Nous avons délimité ce travail à l'AM car elle rend visible physiquement les maux psychologiques et l'impact de cette maladie sur tous les systèmes corporels. La littérature voit souvent ces nuances amalgamées, c'est pourquoi un des enjeux majeurs de cette production a été l'inclusion de la population cible.

Les articles inclus dans cette initiation à la revue de la littérature ne sont pas de haut niveau de preuve. De plus, les articles au plus haut niveau de preuves choisis comme les revues systématiques contiennent des biais. La revue de COOK réalisée en 2016 résume les résultats sans faire de descriptif des articles inclus dans sa revue. Or, il se repose sur ces articles pour en formuler des recommandations. Cela souligne la difficulté de réaliser des articles scientifiques rigoureux sur cette problématique. Ils permettent néanmoins de balayer une vue d'ensemble des avis d'experts les plus récents et ce, au niveau international.

Il n'existe pas d'échelle validée et standardisée pour évaluer les niveaux de preuve des articles de bas grade. Seules les deux revues systématiques incluses ont pu être évaluées de manière plus méthodologique grâce à l'existence de la grille AMSTAR. Toutefois, cette grille est en anglais et complexe à utiliser lorsque nous réalisons un écrit de recherche pour la première fois.

Pour contre balancer ce point négatif et donner un avis sur la qualité de l'étude, nous avons tenté de juger avec un esprit critique et en s'inspirant des échelles existantes ainsi que des lignes directrices comme CARE, ou COREQ. De plus, ce qui nous intéressait ce n'était pas de savoir si les techniques du kinésithérapeute sont efficaces en comparaison à d'autres prises en charge mais de connaître les pratiques actuelles. Ce qui explique l'inclusion de nombreux documents de type avis d'expert, expérience clinique et d'études de cas plutôt que des essais contrôlés.

L'AM étant une pathologie complexe, nous ne pouvons pas nous permettre d'avoir la vision d'un seul professionnel de santé. Au contraire, la pluridisciplinarité est fortement recommandée. Il est nécessaire d'imbriquer les connaissances de plusieurs domaines pour arriver à des conclusions plus rigoureuses. L'expérience clinique des experts du domaine et leur avis nous semblent plus précieux pour ce mémoire que des résultats chiffrés.

Tous les articles inclus sont en anglais. Nos conclusions de chaque article ainsi que chaque fiche de lecture réalisée est le fruit d'un travail de traduction personnel. Nous avons tenté d'être le plus neutre possible mais nous avons également pu être influencés par nos interprétations personnelles. En effet, certaines expressions anglaises ne peuvent se traduire en français, à cela s'ajoutent les origines diverses des auteurs. Enfin l'écriture en anglais de certains articles constitue une première traduction de leurs observations, avis et expériences.

L'écriture de ce mémoire d'étudiant n'appelle pas à une réalisation dans les mêmes conditions qu'un travail de groupe de personnes expertes dans la méthodologie de recherches d'articles scientifiques. Néanmoins, toutes les directives et guides méthodologiques ont été utilisés dans un souci de rendre cet écrit cohérent. N'oublions pas que notre objectif est de simplifier une pathologie complexe et méconnue grâce à des données de la littérature et tenter de tracer les grandes lignes de prises en charge par un MK pour nos lecteurs.

CONCLUSION

Le masseur-kinésithérapeute est un professionnel de santé important à inclure dans le traitement de l'AM. L'apprentissage de la détente musculaire et l'acceptation du repos est une base à solidifier avant d'envisager des prises en charge plus intenses physiquement. Une fois acquise, l'éducation et l'accompagnement de ces patients à travers les mouvements et diverses activités sont une porte d'entrée pour aborder un mode de vie plus équilibré.

Pour limiter la chronicisation et le maintien de la maladie de l'adolescence à l'âge adulte, il serait intéressant de sensibiliser les étudiants en étude de santé. Le dépistage et la prise en charge plus précoce de ces troubles permettraient d'éviter que le pronostic vital soit engagé.

La place du MK dans la prise en charge de l'obèse en post-opératoire d'une chirurgie bariatrique est déjà d'actualité. L'obésité peut être la conséquence d'un trouble alimentaire comme l'hyperphagie ou la boulimie. La conséquence de ce type de TCA n'est pas un sous poids mais une surcharge pondérale. Le passage d'une obésité morbide à une prise en charge chirurgicale amène souvent la personne à perdre énormément de poids. Or, de nombreuses similitudes peuvent apparaître entre l'anorexie mentale et l'hyperphagie. De plus, cette opération amène parfois ces personnes à développer une anorexie mentale due au déficit calorique installé et aux perturbations de l'image corporelle. Le MK est encore une fois un professionnel de santé clé pour accompagner et éduquer ces personnes.

Cette approche physique sur une pathologie d'origine psychologique peut être transposée à d'autres pathologies liant le corps et l'esprit. En effet, une origine cancéreuse comme le cancer du sein chez la femme va fortement impacter l'image corporelle lors de l'ablation mammaire. La littérature décrit également la technique de BBAT utilisée dans la prise en charge de patients atteints de fibromyalgie (73). Le MK peut accompagner ces personnes grâce aux mêmes techniques décrites dans ce mémoire : des exercices d'intégration d'image corporelle, un travail postural ou encore des massages.

C'est à travers les nombreuses recherches effectuées et lors de la rédaction de ce mémoire que j'ai réalisé l'importance de concilier le corps et l'esprit dans nos prises en charge. Le sujet de ce mémoire concerne des personnes diagnostiquées. Or, de nombreuses personnes n'ont pas cette opportunité et continuent à vivre avec cette pathologie sans suivi.

Nous pouvons aussi orienter ces patients si nous sommes capables de reconnaître des signes précurseurs et ainsi participer au dépistage. Le MK, grâce au lien privilégié qu'il entretient avec ses patients sur le long terme, peut être sensible à des changements physiques et /ou comportementaux et concourir à la prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Carenity. Chiffres clés de l'anorexie - Août 2019. [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.carenity.com/infos-maladie/anorexie/chiffres-cles-anorexie-119>
2. Jenkins PE, Price T. Eating pathology in midlife women: Similar or different to younger counterparts? *Int J Eat Disord*. 2018;51(1):3-9.
3. Giusti V, Gebhard S. Anorexie : évaluation et prise en charge somatiques. *Rev Med Suisse* 2011; volume 7. 711-715 [cité 23 mars 2020] Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-288/Anorexie-evaluation-et-prise-en-charge-somatiques>
4. Psychologie Genève : Troubles des conduites alimentaires: Anorexie et boulimie [Internet]. 2012 [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: http://psychologie-ge.ch/Psychologie_troubles_conduites_alimentaires.html
5. Terrien S. Anorexie, boulimie. 5 idées reçues sur les troubles des conduites alimentaires [Internet]. Juin 2018 [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/anorexie-boulimie-5-idees-recues-sur-les-troubles-des-conduites-alimentaires/>
6. Gorwood P, Blanchet-Collet C, Chartrel N, Duclos J, Dechelotte P, Hanachi M, et al. New Insights in Anorexia Nervosa. *Front Neurosci* [Internet]. 29 juin 2016 [cité 23 mars 2020];10. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fnins.2016.00256/abstract>
7. The National Institutes Of Health. What people with anorexia nervosa need to know about osteoporosis | NIH Osteoporosis and Related Bone Diseases National Resource Center. Novembre 2018. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.bones.nih.gov/health-info/bone/osteoporosis/conditions-behaviors/anorexia-nervosa>
8. HAS. Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale : prise en charge. Argumentaire. Juin 2010. [cité 22 nov 2019] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge

9. Association autrement. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Annuaire des thérapeutes - [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/annuaire-des-therapeutes.htm>
10. Gaudin F. L'anorexie mentale, un trouble du comportement alimentaire à prendre en charge rapidement [communiqué de presse]. 30 septembre 2010. Haute Autorité de Santé [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1005235/fr/l-anorexie-mentale-un-trouble-du-comportement-alimentaire-a-prendre-en-charge-rapidement
11. Gaudin F. Boulimie et hyperphagie boulimique : des troubles silencieux qu'il faut repérer [communiqué de presse]. 12 septembre 2019. Haute Autorité de Santé. [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104435/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-des-troubles-silencieux-qu-il-faut-reperer
12. Moola FJ, Gairdner S, Amara C. Speaking on behalf of the body and activity: Investigating the activity experiences of Canadian women living with anorexia nervosa. *Mental Health and Physical Activity* [Internet]. 1 mars 2015 [cité 6 avr 2020];8:44-55. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755296615000046>
13. Documentations Congrès | Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.anp3sm.com/documentations-congres.html>
14. Conrad S. Prise en charge des troubles du comportement alimentaire : vous pouvez jouer un rôle déterminant. 21 février 2020 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.kineactu.com/article/11749-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-alimentaire-vous-pouvez-jouer-un-role-determinant>
15. OMS. Constitution [Internet]. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
16. *Mens sana in corpore sano*. In: Wikipedia [Internet]. 2020 [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Mens_sana_in_corpore_sano&oldid=9360654

17. Lamboy B. La santé mentale : état des lieux et problématique. Sante Publique [Internet]. 2005 [cité 10 janv 2020];Vol. 17(4):583-96. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-4-page-583.htm>
18. Association Autrement. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Anorexie mentale et boulimie chez l'adolescent - [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-71-anorexie-mentale-et-boulimie-chez-l-adolescent.htm>
19. Mattar L, Huas C, Duclos J, Apfel A, Godart N. Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: A critical review of the literature. Journal of Affective Disorders [Internet]. août 2011 [cité 28 avr 2020];132(3):311-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032710005823>
20. National Eating Disorders Association. Anxiety, Depression, & Obsessive Compulsive Disorder [Internet]. 2018 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.nationaleatingdisorders.org/anxiety-depression-obsessive-compulsive-disorder>
21. Anorexie. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Anorexie&oldid=162814154>
22. Anorexie mentale. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Anorexie_mentale&oldid=163037579
23. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
24. HAS. Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations. Juin 2010. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
25. Lyon-Pagès I, Carrad S, Gebhard F. Pourquoi l'anorexie mentale est-elle considérée comme une maladie difficile à soigner ? Rev Med Suisse. 2007. volume 3. 32046 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-98/32046>

26. Dittmer N, Jacobi C, Voderholzer U. Compulsive exercise in eating disorders: proposal for a definition and a clinical assessment. *Journal of Eating Disorders* [Internet]. 28 nov 2018 [cité 4 avr 2020];6(1):42. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0219-x>
27. Association Autrement. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Hyperactivité physique : une défense contre les émotions - [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-608-hyperactivite-physique-une-defense-contre-les-emotions.htm>
28. Jouanne C. L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes* [Internet]. 2006 [cité 31 mars 2020];Vol. 12(3):193-209. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-193.htm>
29. Francis L. Neuromotricité: SCHEMA CORPOREL [Internet]. *Neuromotricité*. 2011 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://neuromotricite.blogspot.com/2008/06/schema-corporel.html>
30. Morin C. 1. Le schéma corporel. *Psychanalyse* [Internet]. 2013 [cité 1 avr 2020];19-37. Disponible sur: <https://www.cairn.info/schema-corporel-image-du-corps-image-speculaire--9782749237404-page-19.htm>
31. Association Autrement. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Anorexie mentale et génétique - [Internet]. [cité 27 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-112-anorexie-mentale-et-genetique.htm>
32. Hanoune J. Le risque d'anorexie nerveuse est-il lié à l'environnement hormonal intra-utérin ? *Médecine de la Reproduction* [Internet]. 1 août 2008 [cité 25 oct 2019];10(3):157-9. Disponible sur: https://www.jle.com/fr/revues/mtg/e-docs/le_risque_danorexie_nerveuse_est_il_lie_a_lenvironnement_hormonal_intra_uterin__278552/breve.phtml
33. Anorexie mentale : définition et causes [Internet]. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>

34. Merand M. L'anorexie mentale comme production aliénée de soi-même | Implications philosophiques. 1 avril 2019 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.implications-philosophiques.org/actualite/une/lanorexie-mentale-comme-production-alienee-de-soi-meme/>
35. Coumau C. L'anorexie, une addiction au plaisir de maigrir. 3 juin 2017. Sciences et Avenir. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/l-anorexie-une-addiction-au-plaisir-de-maigrir_112767
36. Salthun-Lassalle B. L'anorexie : une nouvelle addiction ? 27 juin 2016. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/psychiatrie/anorexie-nouvelle-addiction-12347.php>
37. Institut Fédératif des Addictions Comportementales. Addictions alimentaires | [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ifac-addictions.fr/addictions-alimentaires.html>
38. Di Lodovico L, Gorwood P. The relationship between moderate to vigorous physical activity and cognitive rigidity in anorexia nervosa. *Psychiatry Research* [Internet]. 1 févr 2020 [cité 28 avr 2020];284:112703. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178119313204>
39. Paediatr Child Health. Les régimes à l'adolescence. [Internet]. sept 2004 [cité 24 mars 2020];9(7):499-503. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720873/>
40. Association Autrement. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Les médias de masse peuvent-ils être responsables de cas de TCA ? - [Internet]. [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-238-medias-et-troubles-du-comportement-alimentaire.htm>
41. Association Autrement. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Anorexie mentale en trois maux - [Internet]. [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-2-patients-et-famille.htm>

42. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. 23 mai 2017.[cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
43. Planchon B, Becker F, Carpentier P-H, Lazareth I, Dévéhat CL, Lévesque H, et al. Acrocyanose, évolution des concepts et limites nosologiques. /data/revues/03980499/00260001/5/ [Internet]. 20 mars 2008 [cité 28 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/124554>
44. Association Autrement. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - TOC et anxiété dans l'anorexie mentale et la boulimie - [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-481-troubles-anxieux-toc-et-tca.htm>
45. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire. West J Med [Internet]. mars 2000 [cité 26 oct 2019];172(3):164-5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070794/>
46. Grigioni S, Garcia F-D, Déchelotte P. Sémiologie et classification des troubles du comportement alimentaire: Eating disorders: Semiology and classification. Médecine des Maladies Métaboliques [Internet]. 1 mars 2012 [cité 30 avr 2020];6(2):125-30. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255712703735>
47. Association Autrement. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Anorexie mentale et boulimie : les bases - [Internet]. [cité 26 oct 2019]. Disponible sur: https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-3-professionnels-de-sante.htm#h3_6
48. Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. Kinésithérapie, la Revue [Internet]. 1 janv 2015 [cité 8 avr 2020];15(157):64-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012314004379>
49. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue [Internet]. 1 janv 2015 [cité

8 avr 2020];15(157):50-4. Disponible sur:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012314004331>

50. Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M, Soundy A, Adámkova M, Skjaerven LH, et al. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil Rehabil.* 2014;36(8):628-34.
51. Cook BJ, Wonderlich SA, Mitchell JE, Thompson R, Sherman R, McCallum K. Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines. *Med Sci Sports Exerc.* 2016;48(7):1408-14.
52. Probst M, L. Majeweski M, Albertsen M, Catalan-Matamoros D, Danielsen M, De Herdt A, et al. Physiotherapy for patients with anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*,. 1 juin 2013;early online.
53. Kolnes L-J. Embodying the body in anorexia nervosa--a physiotherapeutic approach. *J Bodyw Mov Ther.* juill 2012;16(3):281-8.
54. Soundy A, Stubbs B, Probst M, Gyllensten AL, Skjaerven LH, Catalan-Matamoros D, et al. Considering the Role of Physical Therapists Within the Treatment and Rehabilitation of Individuals With Eating Disorders: An International Survey of Expert Clinicians. *Physiother Res Int.* déc 2016;21(4):237-46.
55. Noetel M, Dawson L, Hay P, Touyz S. The assessment and treatment of unhealthy exercise in adolescents with anorexia nervosa: A Delphi study to synthesize clinical knowledge: NOETEL ET AL . *Int J Eat Disord* [Internet]. avr 2017 [cité 25 nov 2019];50(4):378-88. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22657>
56. Quesnel DA, Libben M, D Oelke N, I Clark M, Willis-Stewart S, Caperchione CM. Is abstinence really the best option? Exploring the role of exercise in the treatment and management of eating disorders. *Eat Disord.* juin 2018;26(3):290-310.
57. Danielsen M, Rø Ø, Bjørnelv S. How to integrate physical activity and exercise approaches into inpatient treatment for eating disorders: fifteen years of clinical experience and research. *J Eat Disord.* 2018;6:34.

58. Fisher BA, Schenkman M. Functional recovery of a patient with anorexia nervosa: physical therapist management in the acute care hospital setting. *Phys Ther.* avr 2012;92(4):595-604.
59. Kolnes L-J. Exercise and physical therapy help restore body and self in clients with severe anorexia nervosa. *J Bodyw Mov Ther.* juill 2017;21(3):481-94.
60. Yip See Kit. Progressive Muscle Relaxation [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://www.streetdirectory.com/travel_guide/39123/health/progressive_muscle_relaxation.html
61. Gross L. Le training autogène de Schultz. 31 juillet 2017 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://www.hypnose-therapeutique.com/LE-TRAINING-AUTOGENE-DE-SCHULTZ_a63.html
62. Eating Disorder Inventory. In: Wikipedia [Internet]. 2019 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Eating_Disorder_Inventory&oldid=932580235
63. Lyon-Pagès I, Carrard I, Gebhard S, Stiefel F. Pourquoi l'anorexie mentale est-elle considérée comme une maladie difficile à soigner? *Rev Med Suisse* 2007; volume 3. 32046 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-98/32046>
64. Schilinger P. Proposition de loi visant à lutter contre les incitations à la recherche d'une maigreur extrême ou à l'anorexie. 2 juillet 2008 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/l07-439/l07-439_mono.html
65. Gordon BR, McDowell CP, Lyons M, Herring MP. The Effects of Resistance Exercise Training on Anxiety: A Meta-Analysis and Meta-Regression Analysis of Randomized Controlled Trials. *Sports Med.* déc 2017;47(12):2521-32.
66. Gordon BR, McDowell CP, Hallgren M, Meyer JD, Lyons M, Herring MP. Association of Efficacy of Resistance Exercise Training With Depressive Symptoms: Meta-analysis and Meta-regression Analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry.* 01 2018;75(6):566-76.

67. Association Autrement. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Anorexie mentale et troubles digestifs - [Internet]. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-31-cas-clinique-et-complications.htm>
68. Beumont PJ, Arthur B, Russell JD, Touyz SW. Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposals for a supervised exercise program. *Int J Eat Disord.* janv 1994;15(1):21-36.
69. Szabo CP, Green K. Hospitalized anorexics and resistance training: impact on body composition and psychological well-being. A preliminary study. *Eat Weight Disord.* déc 2002;7(4):293-7.
70. Tokumura M, Yoshiba S, Tanaka T, Nanri S, Watanabe H. Prescribed exercise training improves exercise capacity of convalescent children and adolescents with anorexia nervosa. *Eur J Pediatr.* juin 2003;162(6):430-1.
71. Singapore General Hospital, Eating disorders programme. *Treating eating disorders: the SGH experience.* 2019.
72. Bentley, J., Hull, Y., & Ward, M. *Physiotherapy Guidance Notes for Exercise and Physical Activity in Adult Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa* | [Internet]. Semantic Scholar. 2011 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Physiotherapy-Guidance-Notes-for-Exercise-and-in-Bentley-Hull/dfc5ca10fa6384a188304f1f8f8ff935c8be107e>
73. Gyllensten AL, Jacobsen LN, Gard G. Clinician perspectives of Basic Body Awareness Therapy (BBAT) in mental health physical therapy: An international qualitative study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* [Internet]. 1 oct 2019 [cité 23 avr 2020];23(4):746-51. Disponible sur: [https://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592\(19\)30125-1/abstract](https://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592(19)30125-1/abstract)

ANNEXES

ANNEXE I : Captures d'écrans des documents de la HAS impliquant le MK dans l'équipe pluridisciplinaire.

ANNEXE II : Capture d'écran des recommandations de la HAS sur les traitements non établis par la science.

ANNEXE III : Présentation des recherches et des résultats sur chaque base de données

ANNEXE IV : Présentation des mots clés recherchés

ANNEXE V : Fiches de lecture

ANNEXE VI : Tableau récapitulatif des articles inclus

ANNEXE I : Captures d'écrans des documents de la HAS impliquant le MK dans l'équipe pluridisciplinaires.

2.5 Professionnels concernés par le thème

Médecins généralistes, médecins et infirmiers scolaires (et le milieu scolaire en général), psychiatres spécialisés ou non dans les TCA, pédopsychiatres, psychologues, pédiatres, gynécologues, endocrinologues nutritionnistes, diététiciens, urgentistes, réanimateurs, médecins du sport, médecins du travail, gastroentérologues, dentistes, orthodontistes, **kinésithérapeutes**.

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Novembre 2015 p.16

- **Approches corporelles**

Le travail corporel, en groupe ou en individuel, permettra au patient d'accepter la confrontation à l'éprouvé corporel, de lui apprendre à contenir cet éprouvé, à verbaliser ce qu'il ressent, à s'auto-apaiser, à développer la présence à lui-même. Les médiations utilisées le plus fréquemment en psychomotricité et en **kinésithérapie** sont **les thérapies psychosensorielles (relaxation, massage relaxant, utilisation du milieu aquatique)**, les thérapies expressives (danse ou théâtre), les thérapies perceptivo-motrices (Chi Qong, tai-chi...). D'autres approches sensorielles comme la musicothérapie, le toucher thérapeutique, les soins esthétiques viennent également soutenir le travail de réinvestissement du corps et de réanimation émotionnelle. Certaines approches sont spécifiquement centrées sur les troubles de l'image du corps utilisant le miroir, la vidéo, le dessin, les photos... Elles doivent comme les autres médiations s'inscrire dans un cadre relationnel de sécurité.

AFDAS-TCA – HAS (Service des bonnes pratiques professionnelles) – Juin 2010 p.56

En France, le groupe de travail des présentes recommandations recommande de s'appuyer aussi sur des approches comme la thérapie familiale ou **l'approche corporelle** faisant intervenir des psychiatres, des psychologues, des psychomotriciens, **des masseurs-kinésithérapeutes** ou des infirmiers... Ces propositions ne sont pas exhaustives (cf. paragraphe 4.3) et la présence d'autres intervenants (assistante sociale, gynécologue, chirurgien-dentiste, thérapeute familial ou de couple) doit être déterminée en fonction de la situation clinique du patient (122) et des disponibilités locales.

AFDAS-TCA – HAS (Service des bonnes pratiques professionnelles) – Juin 2010 p.73

ANNEXE II : Capture d'écran des recommandations de la HAS sur les traitements non établis par la science.

► **Autres thérapies à médiation corporelle et psychocorporelle**

En l'état actuel des connaissances, l'efficacité des thérapies à médiation corporelle et psychocorporelle n'est pas établie. Cependant, il n'y a pas de contre-indication à y avoir recours à condition que l'accompagnement multidisciplinaire recommandé soit maintenu.

Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

HAS - FFAB / Service des bonnes pratiques professionnelles / Juin 2019 p.25

Autres approches pouvant être proposées en plus de l'accompagnement pluriprofessionnel recommandé

- En l'état actuel des connaissances, l'efficacité des approches suivantes n'est pas établie : thérapies basées sur la pleine conscience (mindfulness), art-thérapie, exercice physique, massages, relaxation, yoga, luminothérapie (thérapie par la lumière).
- Cependant, il n'y a pas de contre-indication à y avoir recours à condition que l'accompagnement pluriprofessionnel recommandé soit maintenu. Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

HAS – FFAB / Prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée / Fiche outil 5 / p.3

ANNEXE III : Présentation des recherches et résultats sur chaque base de données :

PEDro :	EATING DISORDERS* AND TREATMENT*	33 résultats	41	14 inclus
	UNDERWEIGHT* PHYSICAL ACTIVITY	6 résultats		
	MASSAGE* THERAPY* EATING* ANOREXIA*	2 résultats		
Medline Pubmed	(PHYSIOTHERAPY) OR ("PHYSICAL THERAPY") AND ("EATING DISORDER*") NOT (OBES*)	44 records	127	131 inclus
	((eating disorder*[Title/Abstract]) OR bulimia[Title/Abstract]) AND physical therap*[Title/Abstract] OR phsyiotherap*[Title/Abstract]	9 records		
	("EATING DISORDERS") AND (PHYSIOTHERAP*)	36 records		
	ANOREXIA AND PHYSIOTHERPY	108 records	25	
	Anorexia nervosa AND Physical therapy	101 résultats	52	
	Anorexia nervosa AND Physical activity	159 résultats	108	
COCHRANE	« Physical therapy » OR physiotherapist and « anorexia nervosa »	101 résultats	0	0
	Eating disorder OR anorexia nervosa AND physiotherapist OR physical therapist	102 résultats	0	0
HAL	Anorexie mentale	20 résultats		20
CPMH	Anorexia nervosa	5 résultats		5 inclus

ANNEXE IV : Présentation des mots clés cherchés

Eating disorder	Physiotherapy	treatment	Depression
Bulimia	Physiotherapist	Exercices	Anxiety
Anorexia	Physical therapy	Massage effect	BE episode
Binge-eating		Eating behavior	Quality of life
Mental health	Assesment	Massage therapy	
	Prevention	body – oriented approach	
	scale	Awareness	

ANNEXE V : Fiches de lecture

TITRE 1 : EMBODYING THE BODY IN ANOREXIA NERVOSA : A PHYSIOTHERAPEUTIC APPROACH INCARNATION DU CORPS DANS L'ANOREXIE : UNE APPROCHE PHYSIO THERAPEUTIQUE	
TYPE DE DOCUMENT : avis d'expert GRADE : C NIVEAU DE PREUVE : 5 Utilisation des lignes directrices COREQ DATE : OCTOBRE 2011	AUTEURS : KOLNES : Docteur en Philosophie – Département des sciences des soins et de la santé – Norvège PARUTION : Journal of Bodywork & Movement Therapies - Psychomotor the body in anorexia nervosa
MOTS CLES : anorexia nervosa / norwegian psychomotor physiotherapy / body awareness therapies / body contact / bodily stability / embodiment	BUT : Description des symptômes et des expériences corporels communs et discussion sur l'accompagnement de l'impact physique et émotionnel et présentation d'une approche kinésithérapeutique
BIBLIOGRAPHIE : Kolnes L-J. Embodying the body in anorexia nervosa--a physiotherapeutic approach. J Bodyw Mov Ther. juill 2012;16(3):281-8.	
<p>Auteur : chercheur spécialisées dans la technique Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP) dans une unité de TCA</p> <p>Le problème → peu de thérapie incluse dans le traitement de soin prenant en compte l'aspect physique de la maladie malgré la prévalence de nombreuses insatisfactions corporelles et perturbations des sensations corporelles dans l'anorexie mentale (AM).</p> <p>Ce que l'expert observe dans ses prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none">- Trouble de la conscience corporelle- Schéma respiratoire contraint- Tension musculaire accentuée- Stabilité posturale appauvrie- Obsession pour l'exercice de manière excessive <p>NPMP : basé sur la compréhension de la posture, de la respiratoire, des tensions musculaires et de la conscience du corps et de leur lien étroit à la tension émotionnelle et psychologique. Exemple : interaction forte entre la respiration et les émotions</p> <p><u>Le but de ce traitement :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- améliorer les dysfonctions corporelles et faciliter le changement à travers le massage, les mouvements et les exercices.	

- Stratégie du bas vers le haut (« from the bottom up ») avec l'idée qu'il est important d'avoir un ancrage et une stabilité pour permettre une respiration libre et une détente corporelle.
- Aider les patients à établir une connexion avec leur corps et sensations
- Augmenter la conscience corporelle et la « possession » de leur propre corps

Les indications de ce traitement sont tous troubles psychiatriques entraînant des perturbations du système musculo-squelettique.

Pour être un praticien qualifié, MK est tenu de suivre des cours dans le cadre du programme avancé des soins en santé mentale

Déroulement :

- Evaluation → si admission avec IMC extrêmement faible → priorités au domaine médical et stabilisation de l'état de santé avant la prise en charge MK
- Séance individuelle puis en groupe (avec un maximum de 6 à 8 patients pour optimiser les séances)
- Créer une atmosphère rassurante

CONCLUSION :

Les expériences de cet auteur décrivent la présence de grandes confusions autour des sensations et des états du corps de la personne, de sa capacité à comprendre ce qu'elle ressent avec également une grande difficulté d'expression. Ceci est en faveur d'une intégration d'une approche physique du MK via des exercices de conscience corporelle, de respiration et de stabilité avant même d'introduire des stratégies d'activités physiques traditionnelles.

Il n'existe pas de ligne directrice pour les avis d'experts.

Néanmoins nous pouvons souligner

- le manque: d'exemples plus précis concernant la prise en charge
- le manque: de descriptions succinctes de cas réels pour visualiser la mise en place de ce traitement inhabituel
- un moyen de suivi non explicité (manque de bilan)
- L' influence possible de l'auteur sur l'écriture de cet article car il n'y a pas de formulation de la non présence d'un conflit d'intérêt.

TITRE 2 : FUNCTIONAL RECOVERY OF A PATIENT WITH ANOREXIA NERVOSA: PHYSICAL THERAPIST MANAGEMENT IN THE ACUTE CARE HOSPITAL SETTING

RECUPERATION FONCTIONNELLE D'UN PATIENT ATTEINT D'ANOREXIE MENTALE : GESTION DU KINESITHERAPEUTE DANS LE CADRE DE L'HOPITAL DE SOINS AIGUS

TYPE DE DOCUMENT : Etude de cas

GRADE : C **NIVEAU DE PREUVE: 4**

Utilisation des lignes directrices CARE

DATE 2012

AUTEURS BETH ANNE FISHER : MK - 17 ans d'expérience dans les TCA

MARGARET SCHENKMAN : Physical Medicine and Rehabilitation Certified Physical Therapist

PARUTION American Physical Therapy Association / Volume 92 Number 4 Physical Therapy

MOTS CLES : Guérison fonctionnel dans l'anorexie / historique du patient / bilan des différents systèmes corporels / évaluation / intervention / planning de fin de prise en charge / discussion

BUT : Décrire une prise en charge MK d'un patient admis en hôpital avec une dénutrition sévère causée par une anorexie mentale.

Fournir une analyse des preuves et du raisonnement clinique qui a conduit aux décisions de la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE :

CAS CLINIQUE

Femme - 48 ans - admission soin aigue dans hôpital pour anorexie mentale et pour stabilisation médicale suite à une dénutrition sévère - IMC 8,9 (162,5 cm pour 23,5kg)

Déficiences	Incapacités
Hypothermie, hyponatrémie, hypoglycémie, hépatite de dénutrition, carence vitamine D et K, coagulopathie, aménorrhée, syndrome de renutrition (SRI) (=complications métaboliques suites à la renutrition), tachycardie, début d'escarre Altération état général Dénutrition sévère Diminution des réflexes et de la vitesse d'exécution motrice	Activités fonctionnelles de bases : retournement dans un lit, transfert, marche 1/6 sur l'échelle de la FIM (Mesure fonctionnelle de l'indépendance) Haut risque de chute : <ul style="list-style-type: none"> - score de 17/28 pour le test de Tinetti (POMA = Performance Oriented Mobility Assessment) - Score de 19,27 secondes au TUG = Timed Up and Go <ul style="list-style-type: none"> • Considéré comme normal si score < 10 secondes pour une population âgée d'au moins 60 ans - Vitesse de marche de 0,35 m/s

INTERVENTION :

Prise en charge pluridisciplinaire composée de : 2 MK, un médecin hospitalier, un médecin spécialiste des TCA, un diététicien, des infirmières spécialisées, un psychiatre et un assistant social.

9 semaines de prise en charge masso-kinésithérapeutique :

- 1 x / jour pendant 30 minutes
- 4 à 6 x / semaine

INTERVENTION	<u>SEMAINE 1 à 2</u> Mobilisation au lit Travail des transferts Renforcement Travail de la stabilité posturale Assouplissement	<u>SEMAINES 3 à 5</u> IDEM + Entraînement en endurance pendant les interventions MK	<u>SEMAINES 6 à 9</u> Entraînement à la marche / montée des escaliers Entraînement stabilité posturale Entraînement de renforcement
COMPENSATION	Lit d'hôpital Commode ? Chaise rehaussée Auxiliaire infirmière pour les transferts	Déambulateur à roues pendant entraînement à la marche et avec l'aide de l'infirmière 3x/jour Passage du déambulateur aux cannes quand possible	Plus d'assistance nécessaire
PREVENTION	Réinstallation en prévention des escarres Assouplissements / étirement en prévention des contractures Assistance pour prévenir les chutes	IDEM + Respiration diaphragmatique contre l'anxiété	Education protection contre l'ostéoporose/fracture ostéoporotique

Remarque : limitation intentionnelle des activités en endurance à cause de la présence de l'hyperactivité : remplacées par des activités en charge pour améliorer l'endurance tout en limitant les dépenses énergétiques

RESULTATS : Score 6/6 sur la FIM pour le retournement au lit, les transferts et la marche

Score de 24/28 sur l'échelle POMA / Augmentation du TUG de 11 secs / Vitesse de marche de 0,81 m/s / Gain de poids de 1,32kg / semaine

LIGNES DIRECTRICES CARE : 1 – 3a – 3b – 3c – 3d – 5a – 5b – 5c – 5d – 6 – 7 – 8a – 8c – 8d – 9a – 9b – 9c – 10a – 10b – 10d – 11a – 11b – 11c – 11d – 13

- Manque le 2 = les mots clés
- Manque le 4 = pas de raison apparente pour laquelle ce cas est unique ni justifiée de référence
- Manque le 8b = pas d'enjeux diagnostiques
- Manque le 10c = pas de précision concernant les conditions d'évaluation
- Manque le 12 = pas d'expression de l'avis de la patiente
- Pour le 13 = pas de consentement éclairé clairement écrit de la patiente mais volontaire pour son hospitalisation

BIAIS :

Biais d'évaluation potentiel car pas de précision concernant les conditions

Biais de confusion : cela reste un cas clinique, il est difficile d'apporter une conclusion en tenant compte d'une seule prise en charge qui ne s'est déroulé que sur 9 semaines, soit un peu plus de deux mois.

TITRE 3 : PHYSIOTHERAPY FOR PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA

KINESITHERAPIE POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'ANOREXIE MENTALE

TYPE DE DOCUMENT : EXPERIENCE CLINIQUE

GRADE : C Niveau de preuve : 5

DATE JUIN 2013

PARUTION ADVENCES IN EATING DISORDERS : THEORY, RESEARCH AND PRACTICE,

AUTEURS :

PROBST / CATALAN / DANIELSEN / ALBERTSEN

MOTS CLES :

kinésithérapie / approche orientée sur le corps / conscience/ histoire / manifestations cliniques des TCA / objectifs kiné / reconstruire une image de soi réaliste / limiter l'hyperactivité – pulsions – tensions / observation et évaluation / Test force / test d'attitude corporel / activité physique mal adaptée / technique thérapeutique spécifique / exercices posturaux – relaxation – massage – auto perception – miroir / entraînement conscience sensitive / Activité physique

BUT : Offrir une guidance clinique lors de l'intégration de la kinésithérapie dans le traitement de l'anorexie, basée sur 30 ans d'expérience clinique

BIBLIOGRAPHIE : Probst M, L. Majewski M, Albertsen M, Catalan-Matamoros D, Danielsen M, De Herdt A, et al. Physiotherapy for patients with anorexia nervosa. Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice, DOI : 10.1080/21662630.2013.798562

HISTOIRE

1970 : 1^{ère} référence de la Kinésithérapie dans le domaine des troubles alimentaires lorsque Ziemer et Ross proposent un programme d'exercices progressifs décrivant divers but thérapeutique, dont les recommandations incluent :

- Maintenir la prise de poids progressive
- éviter les dépenses d'énergie non nécessaire
- augmenter et maintenir le tonus musculaire
- fournir une sortie contrôle pour un besoin psychologique excessif
- augmenter progressivement la capacité de conscience des limites acceptables pour faire de l'exercice et pour contrer la tendance du patient à sur exercer secrètement

Davison (1988) / Probst (1995)/ Close (2000) / Whitehead (2003) → tous montrés les contributions bénéfiques que peuvent avoir la kinésithérapie pour les patients anorexiques.

L'intégration du MK dans l'équipe pluridisciplinaire dépend en grande partie du type de prise en charge (ambulatoire ou hospitalière, seul ou en groupe) et des modèles thérapeutiques des médecins.

→ Soit ils considèrent les MK comme superflus et non nécessaires, soit comme une partie essentielle du traitement avec une approche orientée sur le « corps en mouvement »

3 manifestations cliniques de l'expérience corporelle : Neurophysiologique / Psychologique / Comportemental
Le thème central des TCA = la perturbation de l'image corporelle → marqueur d'un mauvais pronostic

- Expérience de distorsion / Vision faussée / Idées préconçues / Conflits intérieurs / extérieures
-

Beaucoup d'études existent sur la façon dont les personnes anorexiques expérimentent leur corps mais il existe un gros manque d'information concernant les thérapies spécifiques à intégrer dans le traitement

Objectifs du MK :

- Reconstruire une image réaliste de la personne en augmentant la conscience de son propre corps grâce à des exercices qui stimulent l'auto perception de soi (miroir, exercices d'estimation avec une corde, vidéos → augmentation de l'extéroception)
- Limiter l'hyperactivité
- Renforcement musculaire global
- Augmenter la conscience des signaux corporels (faim, soif, fatigue, douleur)
- Utiliser des bilans spécifiques (Body Attitude Test, The physical activity and unrest questionnaire, The exercise and eating disorders)
- Améliorer la posture
- Réduire le niveau de stress et d'anxiété via des exercices de relaxations, du yoga, des exercices respiratoire (training autogen), le massage

Rôle important du MK pour supporter et éduquer cette population à travers la prescription du sport, et des programmes d'éducation psychologiques dans le but d'explorer la signification de l'exercice et pour clarifier les aspects positifs et négatifs de l'activité physique.

Basé sur l'expérience clinique : il est mieux de permettre plutôt que d'interdire ces patients à s'engager dans des activités physiques, et d'une manière supervisée et cadrée.

Avantage :

- contrôle de l'intensité des mouvements, du rythme cardiaque
- Permet de diminuer l'AP en cachette
- Responsabilise les patients
- Influences positifs sur leur corps et leur bien – être
- Stimule les contacts sociaux

Autres approches physiotherapeutique :

- BBAT = Basic body Awareness Therapy
- NPMP = Norwegian Psychomotor physiotherapy

TITRE 4 : A SYSTEMATIC REVIEW OF PHYSICAL THERAPY INTERVENTIONS FOR PATIENTS WITH ANOREXIA AND BULEMIA NERVOSA

UNE REVUE SYSTEMATIQUE DES INTERVENTIONS DES MASSEUR-KINESITHERAPEUTES POUR LES PATIENTS AVEC ANOREXIE ET BOULIMIE MENTALE

TYPE DE DOCUMENT :

REVUE SYSTEMATIQUE

GRADE : A NIVEAU DE PREUVE : 2

DATE : 2013

AUTEURS : VANCAMPFORT / VANDERLINDEN / DE HERT/ SOUNDY

PARUTION Disability and rehabilitation an international multidisciplinary journal

MOTS CLES : anorexia nervosa / bulimia nervosa / exercices / physical activity

BUT : Résumer les preuves de essais contrôlés randomisés examinant l'efficacité de la kinésithérapie par rapport aux soins usuels ou à une condition de liste d'attente sur la pathologie alimentaire et sur les paramètres psychologiques chez les patients souffrant d'anorexie et de boulimie mentale.

BIBLIOGRAPHIE : Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M, Soundy A, Adámkova M, Skjaerven LH, et al. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. Disabil Rehabil. 2014;36(8):628-34.

AMSTAR : 8/13

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR	SR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SR	<input checked="" type="checkbox"/>

no partial yes = ½ point Yes = 1 point SR: items concernant uniquement les méta-analyses

METHODE :

- Utilisation de la Cochrane Handbook : guide officiel qui décrit en détail le processus de préparation et de mise à jour des revues systématiques Cochrane sur les effets des interventions de soins de santé.
- Des lignes directrices PRISMA
- Recherche des mots : "anorexia" OR "bulimia" AND "physical therapy" OR "physiotherapy" OR "exercise" OR "rehabilitation".
- Bases de données : Embase, PsycInfo, Pubmed, CINAHL, PED, Cochrane Library
- Echelle Jadad pour l'évaluation de la qualité des études et des potentiels risques de biais
- Critères d'éligibilités : participants avec diagnostic d'anorexie mentale ou de boulimie
- Critères d'inclusions : ECR comparant les interventions de MK avec des conditions placebo ou groupe contrôle ou soins standards.
- Interventions recherchées : exercices aérobiques, entraînement contre résistance, relaxation, BBAT, yoga, Massage, ou une combinaison de ces interventions.

- Critère de jugement : type de trouble alimentaire (EDI = Eating Disorder Inventory), mesure anthropométrique (IMC, % masse grasse et maigre), mesure physiologique (force musculaire ou endurance) et psychologique (qualité de vie, anxiété ou dépression).

RESULTATS : 8 articles inclus / 213 participants dont 9 hommes / 108 boulimies + 90 anorexie / âge de 16 à 36 ans

4 articles utilisent le questionnaire des troubles alimentaires (EDI)

- Massage + soins standards = diminution score EDI
- BBAT + soins standards = diminution score EDI
- Cognitive Behaviour Therapy (CBT) + entraînement contre résistance et en endurance = diminution du nombre de crises par semaine et de l'insatisfaction corporelle
- 8 semaines de yoga 2x/semaines = diminution score EDE (Eating Disorder Examination)
- Massage = diminution des syndromes dépressifs pour les boulimiques et pas chez les anorexiques

Yoga = diminution des syndromes dépressifs et de l'anxiété dans les deux populations

BBAT = amélioration de la santé mentale dans les deux populations

2 études examinent l'efficacité de l'addition d'un entraînement contre résistance de faible intensité par rapport aux soins standards pour les anorexiques :

- Augmentation significative de la force musculaire dans les deux études
- Augmentation de l'IMC et du pourcentage de la masse grasse

Biais :

- **traitement des adolescents et des adultes n'est pas comparable**
- **Pas de connaissances sur la durée de la maladie**

TITRE 5 : CONSIDERING THE ROLE OF PHYSICAL THERAPIST WITHIN THE TTT AND REABILITATION OF INDIVIDUAL WITH EATING DISORDERS : A SURVEY OF EXPERT CLINICIANS

PRISE EN CONSIDERATION DU ROLE DU MASSEUR-KINESITHERAPEUTE DANS LE TRAITEMENT ET LA REHABILITATION INDIVIDUELLE DES TROUBLES ALIMENTAIRES : UN SONDAGE DES CLINICIENS EXPERTS

TYPE DE DOCUMENT : Etude qualitative/ Sondage auprès des experts internationaux

AUTEURS : SOUDNY

GRADE : C **NIVEAU DE PREUVE :** 4

DATE : 2016

Utilisation des lignes directrices COREQ

MOTS CLES :

Santé mentale/ kinésithérapie / exercice /réhabilitation

PARUTION Physiotherapy research international (birmingham)

BUT : investiguer sur les expériences, les pratiques, les connaissances et les bénéfices perçus d'une prise en charge kinésithérapique parmi les experts à l'international dans le domaine des TCA, dans le but d'informer les pratiques cliniques, l'éducation et la recherche.

BIBLIOGRAPHIE : Soundy, A, Stubbs, B, Probst, M, Lundvik Gyllensten, A, Helvik Skjaerve, L, Catalán-Matamoros, D & Vancampfort, D 2015, 'Considering the role of physical therapists within the treatment and rehabilitation of individuals with eating disorders: a survey of expert clinicians', *Physiotherapy Research International*.<https://doi.org/10.1002/pri.1637>

LIGNIES DIRECTRICES COREQ RESPECTEES : 1 - 4 - 7 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 21 - 24 - 26 - 27 - 29 - 30 - 31 - 32

Non respectées :

- Pas de titres académiques des auteurs
- Pas de précision sur leur activité au moment de l'étude
- Pas de connaissances sur les formations ou expériences du chercheur
- Pas de précision sur les relations antérieures des enquêteurs et des participants
- Pas de caractéristiques signalées au sujet des enquêteurs
- Pas d'enregistrement audio ou visuel car le questionnaire s'est fait en ligne
- Pas de cahier de note tenu car les enquêteurs ne ce sont pas rendue sur place
- Pas de discussion concernant le seuil de saturation (répétition sémantique au fur et à mesure de l'étude)
- Pas de retour de retranscription des entretiens aux participants pour rédiger des commentaires ou des corrections
- Pas de description de l'arbre de codage
- Pas d'expression des participants sur les résultats

Enquête pilote transversale en ligne dans le but de récolter les expériences cliniques des kinés experts dans le traitement des personnes atteintes de TCA

PARTICIPANTS :

- Contact des membres de l'IOPTMH : International Organisation for Physical Therapy in Mental Health = un sous groupe de « the World Confederation for Physical Therapy $n=480$)
39 pays parmi 6 continents incluant praticiens, éducateurs, chercheurs dans ce domaine

QUESTIONNAIRE :

- développé par experts dans la prescription d'activité physique dans les TCA + aidé des références 4 questions :
 - Q1 = Quelles interventions les MK utilisent actuellement ?
 - Q2 = Quelles mesures des résultats ont été utilisées pour l'évaluation
 - Q3 = Si l'AP doit jouer un rôle dans le traitement, considérée comme une échelle de Likert + réponse ouverte
 - Q4 = Quelles sont les obstacles ou les moyens facilitateurs à l'AP et aux exercices pour chaque condition

RESULTATS :

- 28 MK sont inclus (19 hommes et 9 femmes)
- Moyenne d'âge de 42 ans +/- 12,6 ans
- 23 en Europe / 4 en Afrique et 1 en Amérique
- Qualification : 4 chercheurs / 6 PhD / 6 Masters / 16 Brevet scientifique / 2 éducateurs cliniciens / 6 combinent ces rôles
- Environ 10 ans d'expérience dans la santé mentale et 6,9 ans avec les TCA
- 40% des patients dont ils s'occupent ont des TCA (n=23), dont 74% sont des AM (17/23), suivie par des hyperphagiques boulimiques (6/23).

INTERVENTIONS : physique / fonctionnelles / manuelles / respiration / gestion de la douleur / massage – mobilisations / techniques relaxations / méditation / thérapie émotive / éducation / soutien de la personne / augmenter la conscience corporelle / expérience du mouvement / bbat

BILANS : Body awareness rating scale / Body Attitude Test / Eating Disorders Inventory / Binge Eating Scale

IMPORTANCE DE LA PROMOTION DE L'AP : 23 MK → 73% (17/23) = fortement d'accord, rôle central et 23% (5/23) = d'accord

ROLE DE L'AP DANS LES TCA : 8 MK → Amélioration de la qualité de vie , réduction risque comorbidités physiques, faire face aux crises de boulimie, travailler autour des expériences corporelles , de l'estime de soi, augmenter l'activité physique dans la vie quotidienne

2 thèmes majeurs :

Avantages psychologiques et comportementaux de la pratique d'une activité physique

- Qualité de vie augmentée / diminution maladie psychologique (meilleure image corporelle, moins d'insatisfaction, meilleure estime de soi) **bénéfices essentiels** + Renforcer l'estime de soi par une approche corporelle
- Valoriser le mouvement, dans la mesure où les individus sont capables de développer du plaisir de s'engager dans des expériences de mouvement
- Diminution des symptômes de la maladie, amélioration des comportements alimentaires et de la faim après s'être engagé dans une activité physique
- Amélioration de la conscience corporelle / plus grande compréhension d'un comportement d'exercice sain / trouver une façon équilibré de faire de l'AP plutôt que de laisser l'activité être une conduite motivée par le trouble alimentaire → **guider les patients à surveiller leur exercice, apprendre comment l'exercice peut impacter sur le trouble**

Nécessité de changer la façon de se voir, améliorer leur conscience, reconstruire une identité positive, comment elles doivent se sentir quand elles font du sport / des mouvement d'une manière saine

- **Aider les patients à comprendre qui ils sont, ce dont ils ont besoin et ce qu'ils ressentent**
- Augmentation masse musculaire / diminuer l'hyperactivité

BARRIERES :

- Symptômes de la maladie comme compulsion à l'exercice et la maladie qui contrôle les comportements
- Attitude négatif vis-à-vis du corps ou des sentiments /émotions en relation avec
- Faible estime de soi, sensations de honte, manque d'acceptation de soi même
-

FACILITATEURS :

- AP permet d'avoir un sentiment de contrôle pour la personne et par rapport) son comportement alimentaire et d'exercice
- Amélioration cognitifs / pensées concernant le corps, l'amélioration de l'éducation de la personne

TITRE 6 : EXERCISE AND PHYSICAL THERAPY HELP RESTORE BODY AND SELF IN CLIENTS WITH SEVERE ANOREXIA NERVOSA.

L'EXERCICE ET LA KINESITHERAPIE AIDENT A RESTAURER LE CORPS ET LE SOI CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'ANOREXIE MENTALE SEVERE

TYPE DE DOCUMENT : Avis d'expert

GRADE : C NIVEAU DE PREUVE 4

PARUTION : NORWEGIAN SCHOOL OF SPORT SCIENCES

DATE : 2017

Journal of bodywork and movement therapies

AUTEURS : KOLNES : PhD,PT
Spcecialist Norw psychomotor physio (NPMP)

MOTS CLES :

Restriction postural / musculaire / schémas respiratoires

BUT : Elaborer le rôle potentiel de l'exercice et de la massokinésithérapie dans le traitement de l'anorexie mentale, s'appuyant sur les résultats d'un examen corporel de 6 femmes souffrant d'anorexie mentale, ainsi que sur la science de l'exercice, la phénoménologie et la neuro – cognition.

BIBLIOGRAPHIE : Kolnes L-J. Exercise and physical therapy help restore body and self in clients with severe anorexia nervosa. J Bodyw Mov Ther. juill 2017;21(3):481-94.

METHODE :

Participants : 6 femmes en hospitalisation complète ou en externe / anorexie mentale restrictif + exercice compulsif diagnostiqué par le psychiatre de l'hôpital d'après la CIM 10 / > 18 ans (entre 23 et 50 ans) / TCA de 4 à 23 ans / suivi des traitements de 6 mois à 5 ans / IMC entre 15,2 et 19,2 au début de l'intervention, avec l'IMC le plus bas enregistré de 12,5 à 14,5.

Entretiens qualitatifs de 30 à 40 minutes dans le but d'explorer les expériences et de donner un sens à leur engagement dans l'exercice compulsif.

Examination corporel dérivé du NPMP comprenant 4 grandes dimensions : la posture, la respiration, la tension/ tonus musculaire / la fonction (souplesse, capacité à se détendre)

CONCLUSION :

- Fort impact physique du mal être psychologique
- Impact négatif de la dénutrition sur le système neuromusculaire général
- Prendre en charge d'abord les déficiences posturales et de stabilité avant de mettre en place un protocole de renforcement
- Problème de l'exercice compulsif géré par la restriction dans les hôpitaux → peut être contre productif
- Grosse confusion dans les équipes médicales concernant les critères définissant « l'activité physique » et ce que cela représente.
- Comprendre les effets négatifs de l'exercice compulsif dans l'anorexie : augmentation du risque de comorbidités, intensification des complications médicales et du temps d'hospitalisation, risque de rechute.
- Comprendre les effets positifs d'une activité physique supervisée : meilleure régulation et gestion des émotions, diminuer les conflits avec l'équipe soignante, moyen de distraction, limiter les tensions psychologiques, aide à reprendre confiance en soi, permet de renouer des liens.

TITRE 7 : THE ASSESSMENT AND TREATMENT OF UNHEALTHY EXERCISE IN ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA: A DELPHI STUDY TO SYNTHESIZE CLINICAL KNOWLEDGE

EVALUATION ET TRAITEMENT DE L'EXERCICE CHEZ LES ADOLESCENTS ATTEINTS D'ANOREXIE MENTALE

TYPE DE DOCUMENT ETUDE DELPHI
recommandations par consensus formalisé
GRADE : C NIVEAU DE PREUVE : 4

DATE: 27 septembre 2016
AUTEUR : NOETEL / DAWSON
PARUTION Journal international des troubles alimentaires

MOTS CLES :
Adolescent / AN / définition / Delphi / exercice / traitement

BUT :
Obtenir un avis final, unique et convergent sur la terminologie et la définition de l'hyperactivité
Explorer les difficultés rencontrées par les experts

BIBLIOGRAPHIE : Noetel M, Dawson L, Hay P, Touyz S. The assessment and treatment of unhealthy exercise in adolescents with anorexia nervosa: A Delphi study to synthesize clinical knowledge: Int J Eat Disord [Internet]. avr 2017 50(4):378-88. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22657>

METHODE : Méthode DELPHI – largement utilisée dans la recherche en santé mentale pour obtenir et affiner un avis d'experts sur un sujet donné, dans le but d'établir un consensus de groupe.

Echantillonnage ciblée plutôt que randomisée / recherche d'experts dans le traitement de l'anorexie mentale chez l'adolescent (entre 12 et 18 ans)

Critères d'inclusions : intérêts et expertise dans le traitement de l'anorexie / collaboration dans le domaine via un statut dans l'académie des troubles alimentaires ou être membre d'une société de recherche de TCA ou être professeur dans ce champ ou avoir passé 10 ans ou plus à travailler avec des adolescents atteints de TCA ou avoir publié des articles de recherche ou livres.

68 personnes contactées → 25 personnes inclus /10 femmes et 15 hommes / Moyenne de 20,5 ans d'expérience / 11 psychiatres – 10 psychologues – 3 médecins – 1 thérapeute familiale
pas de littérature permettant de connaître la taille nécessaire pour que l'échantillon de l'étude soit validé.

3 tours de questionnaires en ligne sur une période de 14 semaines

Mails envoyés pour rappeler de répondre et réduire le biais d'attrition

Réponses anonymes

Consensus des réponses définis si les réponses > ou = à 85%

Pas de consensus si < 75%

RESULTATS :

Définition de l'exercice « malsain » et sain

- Terme préféré = exercice compulsif
- exercice en excès dans la durée, la fréquence et l'intensité.
- Il n'existe pas de critères délimitant ces trois variables car cela dépend et varie en fonction de nombreux facteurs comme l'IMC, l'âge, le genre, les antécédents médicaux, les apports énergétiques et l'impact psychologique.
- La pratique de l'activité est faite pour compenser une prise alimentaire.
- Si la pratique du sport ne peut être réalisé ou retardé cela procure une détresse chez la personne (anxiété, culpabilité, abattement).
- Elle est maintenue malgré la présence de douleur, de blessure physique ou de maladie ou si cela peut les provoquer.
- Elle est réalisée secrètement et de manière rigide en programmant à l'avance le nombre de répétitions et de séries de chaque exercice.
- La routine sportive interfère avec la vie quotidienne (travail, école, social)
- La personne perd énormément de temps à penser au sport
- L'exercice est incessant , dirigé par le besoin continu d'aller toujours plus loin dans l'intensité, avec la perception d'une incapacité à réduire la quantité ou l'intensité de l'effort.
- La personne maintien des croyances erronées sur l'activité physique (si je ne fais pas de sport, mes muscles vont se transformer en gras).

Inversement, l'exercice sain est défini par un effort qui peut être modifié, réduit ou cessé sans causer de détresse. L'adolescent peut être flexible et varier les exercices et en quelle quantité en respectant son état de santé et de fatigue. Il n'existe pas de valeur limite universelle décrivant un niveau d'activité sain dans l'anorexie mentale.

Le bilan clinique de l'exercice chez l'adolescent atteint d'anorexie

- Durée, intensité, fréquence , type
- Présence de comportement hyperactif
- Contexte social de l'activité (seul ou en groupe)
- Motivations et raisons de la pratique du sport
- Pensées et état d'esprit de la personne pendant et après l'effort
- Degré de détresse de la personne si son activité est supprimée ou reportée
- La flexibilité/rigidité de la personne concernant la routine de sport
- Est-ce que le comportement vis-à-vis de l'exercice a un caractère compulsif ?
- La capacité à changer ces comportements vis-à-vis du sport

- Présence de la triade chez les femmes athlètes (Amménorrhée, trouble alimentaire et ostéoporose)
- Présence d'une agitation motrice
- Est-ce que l'exercice est maintenue malgré une blessure, douleur, maladie
- Historique du sport avant la maladie

Les traitements proposés :

- Thérapie familiale
- superviser et contenir les comportements liés à l'exercice par les parents, à l'école ou en ttt hospitalier
- Communiquer sur l'importance des recommandations autour de l'activité physique
- Développer une formulation collaborative du comportement d'exercice, qui identifie les cycles d'auto-maintien ou de renforcement, les modèles de l'évitement et les résultats indésitables associés à l'exercice.
- Psychoéducation sur thème de l'exercice pour les parents et adolescents (le rôle dans la maladie, les mécanismes biologiques dans l'anorexie, les effets négatifs, les comportements sains, la composition corporelle, les possibilités et les limites dans les entraînements physiques)
- Régulation émotionnelle et stratégie de tolérance au stress
- Identifier les situations à risque et utiliser un planning
- Reconnaître les réalisations et les changements sains apportés à l'environnement des comportements malsains
- Réintroduction et promotion d'un exercice sain dans un environnement surveillé et supervisé de manière à ce que l'adolescent une fois stable, puisse gagner du poids et être capable de compenser l'exercice avec un apport alimentaire énergétique suffisant
- Remplacer l'activité « malsaine » par une AP qui aide l'ado à apprécier l'utilisation de son corps, favorise l'auto prise en charge plutôt que l'auto punition, et puisse améliorer le social

Eléments considérés comme des obstacles majeurs :

- Manque d'interventions basées sur les preuves pour traiter l'exercice compulsif
- Manque de confiance dans le traitement de l'exercice compulsif
- Réduire les formes insidieuses d'exercices
- Difficulté d'utiliser l'exercice comme une « récompense » à travers le traitement, dans le cadre où l'exercice compulsif est un symptôme de la maladie
- Gestion de la détresse psychologique qui résulte de la réduction ou de la cessation de l'exercice
- Traiter les comportements liés à l'exercice pour des adolescents qui sont des athlètes compétiteurs.

TITRE 8 : EXERCISE IN EATING DISODERS TREATMENT : SYTEMATIC REVIEW AND PROPOSAL OF GUIDELINES

EXERCICES DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES ALIMENTAIRES : REVUE ET PROPOSITION DE RECOMMANDATIONS

TYPE DE DOCUMENT : Revue de la littérature - proposition de recommandations

PARUTION Medicine & Science in Sports & Exercise

DATE : JUILLET 2016

AUTEURS : COOK, WONDERLITCH, MITCHELL and al.

GRADE : B

GRILLE : AMSTAR 4,5/11

<p>MOTS CLES : Exercices dans la médecine / traitement par l'exercice / troubles alimentaires / recommandations /</p>	
<p>BUT : Faire une analyse critique de la littérature décrivant comment l'exercice est utilisé dans le traitement des TCA et proposer une liste de guidance qui pourra être testé lors de future RCT</p>	
<p>BIBLIOGRAPHIE : Cook BJ, Wonderlich SA, Mitchell JE, Thompson R, Sherman R, McCallum K. Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines. Med Sci Sports Exerc. 2016;48(7):1408-1414. doi:10.1249/MSS.0000000000000912.</p>	
<p>METHODE Critères d'inclusions : anglais, articles de recherches, revues systématiques, méta analyses, rapports incluant de recommandations cliniques ou des protocoles sur la gestion de l'exercice ou l'utiliser d'une manière thérapeutique dans le traitement des TCA</p> <p>Sources ; Pubmed, cochrane, EBSCHOST, ERIC, google scholar, medlinePlus, psychINFO</p> <p>Période de recherches : Août 2013 à Juillet 2014</p> <p>Mots recherchés : exercise, eating disorders, anorexia, bulimia, guidelines, therapeutic exercise, physical activity, physical therapy, recommendations, protocols, management</p> <p>Concerne les patients hospitalisés et en traitement ambulatoire</p>	
<p>RESULTATS :</p> <p>149 articles</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 → hyperphagie boulimique (Binge eating disorders) - 29 → description de la corrélation entre exercice et TCA - 49 → descriptions d'interventions - 23 → rapport d'autres aspects des TCA sans mention d'exercice - 8 → résultats d'étude de traitement - 19 → recommandation de thérapie - 14 → revues d'articles <p>Exclusions : focus sur BED, corrélation avec exercices dans les TCA, autres aspects de TCA , résultats généraux , description d'interventions sans décrire avec détails la méthode, rapport de cas, sur animaux, pas anglais</p> <p>18 articles</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 → descriptions des principes pour l'utilisation d'exercices de manière thérapeutique dans le domaine de la science de l'exercice et les comportements en médecine - 7 → interventions incluant des protocoles spécifiques (dont 5 dans le domaine TCA, 2 domaine science de l'exercice) 	

- 2 → liste de protocole décrit par la pratique clinique (dont un MK et un dans centre ttt tca)
- 1 → méta analyse de l'exercice pour l'anorexie mentale
- 6 → revue de la littérature narrative

ANALYSE :

11 thèmes identifiés :

1. **APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE** : → connaissance spécifique sur la prescription de l'exercice , la physiologie, la nutrition , additionné aux connaissances médicales, psychologiques (travail en groupe dont le MK doit faire partie) → but = être sans danger pour le patient → exercices thérapeutiques doit être appropriés
2. **CONTRE INDICATION / PREAUCCUPATION MEDICALE** → être sans danger = la priorité quand cela concerne l'addition de thérapie pour les TCA , toutes précautions doivent être prise pour prévenir des blessures → commencer par une routine d'exercice permet d'avoir un minimum de risque pour la santé
3. **RECHERCHE DU LIEN ENTRE EXERCICE ET PSYCHOLOGIE** → identifier les comportements et attitudes pathologiques individuels envers l'exercices (dépendance, exercices compulsifs) car cela peut indiquer une aggravation de la pathologie si cela n'est pas supervisé.
4. **CONTRACT ECRIS** → but / résultats / attentes / par rapport à la progression ou à la régression de l'activité physique
5. **PSYCHO EDUCATION** → éducation psychologique → clé de nombreux programme d'exercice spécifique
 - Utilisation appropriée de l'exercice en vue de bénéfices pour la santé
 - Comment reconnaître quand l'exercice devient problématique
 - Développer des attitudes et des comportements positifs vis-à-vis de l'activité physique
 - Conscience corporelle (comprendre la physiologie, les blessures et la douleur)
 - Le plaisir du sport et de pratique pour le fun plutôt qu'un comportement qui ne sert qu'au maintien du trouble
 - L'identité du sport
 - Identifier les facteurs reliés à l'over training et au burn out
6. **RENFORCEMENT POSITIF** → exercice non supervisé → exercices en excès → conséquences négatives → programme de management
7. **CREATION D'UN PROGRAMME GRADUEL**
8. **COMMENCER PAR UNE INTENSITE MOYENNE ET PROGRESSIVEMENT AUGMENTER VERS LE MODERE** → Le kinésithérapeute peut fournir l'expertise nécessaire de cette directive (commencer par étirements, ou ½ km de marche à rythme faible, l'intensité peut être progressivement augmenter quand le patient montre des progrès)
9. **MODE D'EXERCICE** → aérobie / résistance
10. **NUTRITION**
11. **COMPTE RENDU** → sensations / émotions / pensées évoquées pendant la réalisation de l'exercice + douleurs / fatigue / raideurs du corps / difficultés ou non d'arrêter l'exercice / de

suivre les consignes → débriefing permet aux patients d'avoir une conscience corporelle # de celle vécue lors d'une activité symptomatique précédente, tout en permettant aux prestataires des ttt d'obtenir des informations précieuses sur la façon dont la personne vit physiquement et psychologiquement l'activité.

NOTES :

TCA = impact psycho, social, physique + coût onéreux des traitements

Exercice = intervention effective pour nombreux troubles mentaux (anxiété, dépression)

Le fait d'envisager le sport comme un traitement dans les TCA peut paraître provocant et controversé
Etudes préalables ont montré

- diminution des attitudes et comportement rendant le sport obligatoire (Calogero, 2004, the practice and process of healthy exercise : an investigation of the ttt of exercise abuse in women with ED)
- Diminution de la volonté d'être fin / symptômes boulimiques / insatisfaction corporelle (Cook, 2008, Exercise as médiateur or moderator ? / Thien, 2000, pilote study of a graded exercise program for the ttt of AN)
- facilite la prise de poids pour l'AN et augmente la force (Del Valle, 2014)
- réversibilité des anomalies cardiaques dans l'anorexie sévère (Krantz, 2011)
- améliore la QdV (Cook 2014, 2015, 2011,2011)

Recommandations pour de futures études RCT

Cette étude / revue / ne suggère pas que l'exercice est approprié pour toutes personnes atteintes de TCA, mais plutôt de guider les cliniciens et les chercheurs dans leur examen des bienfaits pour la santé d'un mode d'exercice, d'une quantité et d'une intensité appropriés pour soutenir les changements psycho et physio susceptibles d'améliorer les traitements contre l'urgence DONC BESOINS MEDICAUX PASSENT AVANT UN PLAN DE TRAITEMENT INCLUANT DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ;

LIMITATIONS :

Manque de consensus exact sur les comportements d'exercices qui correspondent exactement aux résultats spécifiques dans chaque variante de TCA → nécessité de recherches supplémentaires pour établir des relations mécanistes, une réponse à la dose et une compréhension des résultats associées à des programmes d'exercices adaptés à chaque variantes

Peu d'ECR de grande qualité examinant l'utilisation d'exercice dans le ttt → lignes directrices présentées ici peuvent fournir un guide raisonnable qui peut être testé empiriquement dans des études futures

Pas de détails ici concernant l'éducation nutritionnelle pour soutenir l'exercice et les résultats associés (restauration poids) / la littérature montre bien les avantages de l'AP lorsque les besoins nutritionnelles respectés, mais cela n'est pas clair sur d'autres modèles d'apport nutritionnel qui facilitent les changements de composition corporelle chez patientes atteintes de TCA

Lorsque l'on parle de patientes hospitalisées il s'agit des cas les plus graves, les recommandations d'ici sont concentrées sur les résidentielles en raison du besoin accru de surveiller de près tous les facteurs médicaux et psychiatrique liés au traitement et à l'exercice.

TITRE 9 : HOW TO INTEGRATE PHYSICAL ACTIVITY AND EXERCISE APPROACHES INTO INPATIENT TREATMENT FOR EATING DISORDERS : FIFTEEN YEARS OF CLINICAL EXPERIENCE AND RESEARCH.

COMMENT INTEGRER L'APPROCHE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE DANS LE TRAITEMENT DES PATIENTS HOSPITALISES ATTEINT DE TCA : 15 ANS D'EXPERIENCE CLINIQUE ET DE RECHERCHE

DATE: 2018

AUTEUR : DANIELSEN

MOTS CLES : TCA / traitement en hospitalier / Activité physique / Exercice / Expérience clinique

PARUTION: JOURNAL OF EATING DISODERS

TYPE Expérience clinique

GRADE : C

NIVEAU DE PREUVE : 4

BUT : Décrire 15 ans d'expérience clinique avec une approche de l'exercice comme une partie intégrante du programme de traitement des patients hospitalisés (Hôpital Levanger, Unité spécialisée dans les troubles alimentaires, département psychiatrique, Norvège)

INTRODUCTION

Importance de l'activité physique et des exercices physique chez les patients atteints de tca → connu des cliniciens et des chercheurs.

Il faut savoir identifier les différentes raisons qui poussent la personne à faire du sport (perte de poids, changer son apparence, réguler ses émotions, gérer la compulsivité, être moins raide + connaître l'impact sur la personne si ces activités sont restreintes voire arrêtées.)

REMARQUE : on ne parle pas forcément que de sport mais aussi d'une incapacité à se reposer, à s'asseoir, rester tout le temps debout, marcher constamment et être dans le rejet de toute forme de relaxation.

Certaines études voient le jour et montrent l'impact positif de l'intégration d'exercices adaptés et supervisés (augmentation qualité de vie, réduction des symptômes, amélioration du bien être mental et satisfaction des patients)

METHODE

De janvier 2003 à décembre 2007

244 patients (140 AN, 33 AN ATYPIQUE, 56 BN, 15 USED) ont été admis dans une unité spécialisé en ED

8 lits pour traiter les patients âgées de 18 et + mais les adolescents de 16 à 18 peuvent également être admis dans cette unité.

Critères d'admissions :

- Symptômes sévères
- Absence d'amélioration satisfaisante du ttt ambulatoire

Admissions volontaires sauf une

Fréquent de retrouver attitudes compulsives et comportements vis-à-vis de l'exercice

- Donc les patients qui présentaient ces symptômes ont eu une attention particulière

- Il a été pris en considération l'expérience propre de chacun vis-à-vis de l'AP (type, fréquence, intensité, durée)
- Ces infos ont ensuite été intégrées dans le planning et l'évaluation pour chaque traitement de chaque patient.

Moyenne IMC AM : 15 / Moyenne IMC AM Atypique : 19,4 / Moyenne IMC Boulimie : 21,8

PROGRAMME DU TRAITEMENT

Equipe multidisciplinaire = 2 infirmières, 1 psychologue ou psychiatre et un kinésithérapeute

➔ *Détails de l'article de Danielsen 2012 ➔ les objectifs principaux de ce traitement sont :*

- *de retrouver un comportement alimentaire normal*
- *Traiter les complications physiques*
- *Cibler les problèmes psychologiques accompagnant la maladie*

Basé sur la théorie psycho dynamique (fait appel à l'inconscient), en incluant des éléments de la thérapie comportementale et cognitive ainsi que des interviews motivationnelles. .

L'IMC à atteindre est de 20 pour les personnes en sous poids et ce but est spécifié dans le contrat. Le poids qui doit être pris est de 700g par semaine pendant les 5 premières semaines.

IMAGE CORPORELLE ET APPROCHES PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LE TRAITEMENT

- Partie intégrante du traitement de l'admission à la sortie
- Correspond aux besoins individuels de la personne
- Thérapie orientée vers le corps (NPMP, physiothérapeute nordique)
- Concerne le corps entier et les relations entre le corps, les émotions et la situation sociale du patient.
- Utilisation de la relaxation / massage / mouvements en pleines consciences / exercices avec miroir / activités extérieures
- La psycho éducation est une part importante du traitement

PRINCIPES GENERAUX

Important de comprendre à quel point l'exercice peut faire partie d'un symptôme de la maladie et comment cela peut interférer avec les autres symptômes existant.

C'est un sujet abordé lors des séances de psychoéducatives

Beaucoup de patients ont connu des entraînements seuls, de manière rigide et répétitive ➔ nous mettons l'accent sur la facilitation de l'atmosphère sociale pour améliorer l'expérience des patients à réaliser des activités saines dans un cadre agréable et non compétitif dans la vie quotidienne, dans les groupes d'expérience corporelle et grâce aux activités de plein air.

PSYCHOEDUCATION ➔ principes de base de l'entraînement, en quoi consiste un "healthy exercice" et les pré-requis pour que les exercices deviennent bon pour la santé, pour l'anatomie et pour les fonctions du corps (apprendre à se reposer et se relaxer après le sport et connaître la balance entre se dépenser et se reposer)

REPOS ET RELAXATION

Obligatoire d'avoir des périodes de repos de 30 minutes à une heure après les repas pour pratiquer la relaxation, pour être confiant à propos de rester détendu après avoir manger, retrouver ce rapport naturel et surtout ce n'est pas une chose qui blesse.

Le repos et la relaxation sont le point de départ avant d'augmenter les exercices physiques.

Réalisés dans une pièce avec tous les patients ensemble, ainsi que l'équipe soignante pour aider et assister si besoin. (le faire en individuel est possible si cela est nécessaire)

CAS CLINIQUE

Femme – 20 ans – 4 ans d’anorexie mentale au moment de l’entrée – restriction alimentaire et suractivité physique (courses plusieurs fois par jours) – IMC 14 (37,2 kg)

4 semaines : restriction de sport – gain de poids (39,3 kg)

Estimation de 19 à 20 semaines pour remonter son IMC à 20 (soit 53,1 kg) à raison d’un gain de poids de 700g / semaine. Soit un total d’hospitalisation estimé à 30 semaines en incluant 6 semaines de stabilisation

Elle avait une diminution de la masse osseuse et musculaire à prendre en considération

Ses motivations pour le sport :

- Eviter les sentiments dépressifs
- Se rappeler de la difficulté des expériences de la vie
- Guidée aussi par ce qu’elle trouve comme une apparence idéale
- Vouloir brûler des calories après avoir mangé

Sa capacité à reconnaître les signaux corporels indiquant la faim et la fatigue était diminuée, et même si elle réussissait à les percevoir elle se forçait à les ignorer.

Elle était convaincue que tous les tissus mous étaient du gras, c’est pour cette raison qu’elle explique son refus de ne jamais se relâcher au niveau musculaire

DISCUSSION

Expérimentation pendant 15 ans de l’intégration d’exercices physiques dans le cadre de l’hospitalisation pour anorexie nerveuse → résultats positifs avec aucun effet secondaire sur la prise de poids ni risque de blessure. Résultats en accord avec d’autres recherches (Hausenblas, Moola, Bratland sanda)

Les recommandations conseillées ici ont des points communs avec le programme d’exercices supervisés réalisés en 1994 par Beumont et ses collègues.

Un programme d’activité semble vraiment être bénéfique et un bon complément dans le traitement.

Bien que les résultats rapportés dans la récente population de Noetel et al (document sur les attitudes des cliniciens à l’égard de l’exercice chez les adolescents) peut ne pas être directement à une population adulte.

L’exercice compulsif est le terme le plus précis pour décrire le challenge des patients atteints de TCA vis-à-vis du sport.

Les éléments **qualitatifs** sont plus important que les quantitatifs.

Permet la **régulation des émotions**, de la **rigidité** ainsi que la perception négative des conséquences lorsque l’exercice est restreint voire arrêté comme nécessaire pour étudier l’impact que cela a sur la prise de poids et les motivations physiques.

CONCLUSIONS

Exercices bénéfiques en tant que complément du traitement

Intégration dans le domaine de TCA et pouvoir développer des recommandations cliniques

TITRE 10 : IS ABSTINENCE REALLY THE BEST OPTION? EXPLORING THE ROLE OF EXERCISE IN THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF EATING DISORDERS.

EST-CE QUE L'ABSTINENCE (SOUS ENTENDU DE L'ACTIVITE PHYSIQUE) EST VRAIMENT LA MEILLEURE OPTION ? EXPLORATION DU ROLE DE L'EXERCICE DANS LE TRAITEMENT ET LA GESTION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

TYPE DE DOCUMENT : Entretien semi directif

GRADE : C

AUTEUR : Quesnel, Libben

NIVEAU DE PREUVE : 4

MOTS CLES : Exercice / troubles alimentaires/ traitement/ professionnel / entretien qualitatif

PUBLICATION The journal of treatment and prevention

DATE: 13 NOV 2017

BUT : Explorer les perceptions et les croyances des professionnels de santé concernés par le rôle de l'exercice dans le traitement des TCA

BIBLIOGRAPHIE : Danika A. Quesnel, Maya Libben, Nelly D. Oelke, Marianne I. Clark, Sally Willis-Stewart & Cristina M Caperchione (2017): Is abstinence really the best option? Exploring the role of exercise in the treatment and management of eating disorders, Eating Disorders, DOI:10.1080/10640266.2017.1397421

INTRODUCTION

Traitements communs : psychothérapie, la pharmacothérapie et une aide nutritionnelle.

Présence dans environ 32 à 80% des dysfonctions lié à l'exercice (compulsif, dépendance, addiction) Cette dysfonction précède souvent un TCA (facteur de maintien, dernier symptômes à s'atténuer, marque une détresse psychologique et des comorbidités (dépression, anxiété, trouble obsessionnel compulsif))

Prescription des stratégies d'abstinence, voire un alitement.

Tout récemment : programmes d'exercices pour les troubles alimentaires sont proposés (toujours pas de protocole pour guider les professionnels de santé dans leur pratique)

En 2015, DAVIS suggère que les tentatives d'empêcher les patients de faire de l'exercice est très difficile pour le personnel en raison de la nécessité de superviser les patients et la nature de l'application des politiques d'exercice.

Remise en question de la pratique d'abstinence d'activité car pas appuyée par des études, imposent plusieurs dilemme moraux et pratiques et peuvent nuire aux résultats des patients à long terme

Plus important encore, des études (2002, 2003, 2008, 2011) ont montré qu'un traitement surveillé sur le plan nutritionnel et de l'activité permet un pronostic positif.

- + qualité de vie / composition corporelle / marqueurs centraux de santé mentale

Malgré les avantages associés à l'inclusion de l'exercice dans le traitement, les experts dans le domaine conviennent que l'on en sait que très peu sur les protocoles les plus efficaces et les plus sûrs pour les patients, rendant difficile de l'intégrer et gérer en toute sécurité l'exercice comme méthode de traitement à part entière.

METHODE Entretien semi directif pour rassembler les perspectives des chercheurs et cliniciens experts dans le domaine de l'exercice et des TCA.

Utilisation d'une étude existante de 2000

Echantillon des PS spécialisé dans les TCA à travers l'Amérique du nord et l'Europe

CRITERES D'INCLUSIONS :

- Avoir un minimum d'expérience de 3 ans dans un service de TCA
- Être accrédité professionnellement et inscription avec leur organisme d'agrément
- Avoir un intérêt professionnel pour le rôle que joue dans le traitement des TCA
- Parler français ou anglais

Les participants ont été identifiés par leurs travaux publiés, en contactant les centres de traitement publics et privés et lors des conférences et réunions universitaires

PARTICIPANTS

12 personnes (9 femmes et 3 hommes) dont 5 chercheurs, 1 infirmière, 1 psychologue, 1 thérapeute, 2 diététiciens, 1 psychiatre, et 1 autre personne combinant plusieurs casquettes

L'âge moyen est de 46,5 ans

6/12 travaille dans une clinique publique ou privée

Patients traités par an (en pourcentage de réponse nombre de participants) :

4 ont répondu 0 / 2 ont répondu entre 1 et 21 / 1 entre 43 et 53 / 1 entre 54 et 64 / 3 > 65

Les types de patients : 10/12 personnes ont répondu à la question → 4 professionnels s'occupent de troubles alimentaires non spécifiés (EDNOS) / 2 des AM, BN et EDNOS / 2 des AM, BN, EDNOS et hyperphagie / 1 seulement des AM et 1 des AM et BN.

6/10 personnes ont répondu qu'ils utilisaient l'exercice dans leur traitement.

COLLECTION DES DONNEES

Par mail pour les données démographiques

Puis autre mail envoyé pour convenir d'une date et heure pour l'entretien.

- 3 ont pu être réalisés en face à face
- 11 autres ont été réalisés via skype ou par téléphone

Les questions étaient orientées dans le but de combler les lacunes de la littérature de recherche, c-à-d, basées sur les recommandations des études précédentes, appelant à l'élaboration de lignes directrices

- Prise en considération de l'environnement
- Activité optimale et intensité pour cette population de patient spécifique

PRE TEST DE L'ENTRETIEN Réalisé sur 5 professionnels experts dans la santé mentale

DUREE : 45 à 100 MINUTES

TOTAL D'HEURES ENREGISTREES : 218,53

TOTAL DE PAGES ECRITES : 188

ANONYMES / lu et analysés par deux personnes + 1 troisième s'ils n'étaient pas en accord

RESULTATS

13 interviews complétées 4 thèmes ressortent :

Comprendre l'état actuel : nombreuses croyance « si tu as un TCA tu dois arrêter le sport » car les recherches historiques concluent que l'activité peut être nocive pour les personnes avec TCA donc on s'abstient de toute forme d'engagement de n'importe quel type d'exercice physique.

Mais il semble y avoir « du changement » dans les esprits des personnes et que l'exercice commencer à jouer un rôle « non officiel »

La nouvelle perception c'est que l'exercice devrait faire partie du traitement mais la question c'est comment l'intégrer de la manière la plus saine possible ?

Les obstacles : points de vue influencés par manque de connaissances et par peur de l'inconnu, de ne pas connaître l'impact sur le long terme + manque de professionnels experts dans l'activité physique + système de santé sous financé

les avantages Impact positif sur la renutrition et de l'image
Acceptation du poids plus facilement / Autonomisation / développement des compétences et de la confiance / Amélioration de l'alliance thérapeutique / Améliore tous les systèmes corporels : cardio vasculaire, souplesse, force, endurance, masse osseuse

Une façon de faire ne peut être efficace pour tout le monde : A adapter aux besoins et aux préférences et remettre le sport à une place normale dans leur vie / Adapter un programme de manière graduelle

Débuter par intensité faible quelques fois par semaines

Puis entraînements « flexibles », et progressivement augmenter vers des entraînements à Résistance moyenne puis en dernier aller vers du cardio, exo poids de corps, jeux

Le but recherché est d'atteindre les recommandations proposées par l'ACSM (American College of Sports Medicine.)

Importance de l'environnement dans lequel est réalisée l'activité (intérieur : salle de gym par exemple)

- Apprendre à travailler dans une atmosphère où les personnes veulent perdre du poids, se comparent, regarde leurs corps, sont en compétition etc

Et à l'extérieur : place ultime car la nature est « mindfull »

Exercices en groupe → social

Puis seul pour se confronter avec soi même

ANNEXE VI : Résumé des articles inclus dans la revue.

AUTEURS / TITRE	NIVEAU DE PREUVE	GRADE	DATE / TYPE DE DOCUMENT	OBJECTIFS	ECHANTILLON
PROBST et al Physiotherapy for patients with anorexia nervosa	5	C	<u>Article de type avis d'expert</u> publié en juin 2013 dans « Advances in eating disorders: therapy, researched and practice ».	offrir des lignes directrices cliniques lors de l'intégration de la kinésithérapie, basée sur 30 ans d'expérience clinique de 14 auteurs situés en Belgique, en Suède, en Norvège, en Espagne, en République Tchèque, au Danemark, en Finlande et en Ecosse.	La population visée est l'anorexie mentale, mais aucune information supplémentaire sont fournies (IMC, stade, grade de dénutrition).
KOLNES Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach	5	C	<u>Article de type avis d'expert</u> publié en décembre 2011 dans "Journal of Bodywork and Movement Therapies" dans la rubrique « Psychomotor physiotherapy and eating disorders ».	Décrire les symptômes et les expériences corporelles communs ainsi que l'approche physiothérapeutique basé sur les observations cliniques de l'auteur réalisées dans le département régional pour les troubles alimentaires dans l'hôpital universitaire d'Oslo en Norvège, sur la méthodologie de la méthode Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP), des thérapies de conscience corporelle et des connaissances actuelles sur la stabilité corporelle.	La population visée est l'anorexie mentale, mais aucune information supplémentaire sont fournies (IMC, stade, grade de dénutrition).
VANCAMPFORT A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa.	1	A	<u>Article de type revue systématique</u> , publié en 2013 dans « Disability and rehabilitation an international multidisciplinary journal ».	Résumer les preuves de essais contrôlés randomisés examinant l'efficacité de la kinésithérapie par rapport aux soins usuels ou à une condition de liste d'attente sur la pathologie alimentaire et sur les paramètres psychologiques chez les patients souffrant d'anorexie et de boulimie mentale.	23 personnes dont 9 hommes (90 patients anorexiques – 108 boulimiques) / âges de 16 à 36 ans.
COOK Exercise in Eating Disorders Treatment : Systematic Review and Proposal of Guidelines.	2	B	<u>Article de type revue systématique</u> , publié en juillet 2016, dans « Medecine and Science in Sports and Exercise »	Faire une analyse critique de la littérature décrivant comment l'exercice est utilisé dans le traitement des TCA et proposer une liste de guidance qui pourra être testé lors de future essais contrôlés randomisés	
KOLNES Exercise and physical therapy help restore body and self in clients with anorexia nervosa.	5	C	<u>Article de type etude de cas</u> publié en 2017, dans « Journal of bodywork and movement therapies » rubrique « Norwegian school of sport sciences ».	Elaborer le rôle potentiel de l'exercice et de la massokinésithérapie dans le traitement de l'anorexie mentale en s'appuyant sur les résultats d'un examen corporel de 6 femmes souffrant d'anorexie mentale, ainsi que sur la science de l'exercice, la phénoménologie et la neuro – cognition.	6 femmes hospitalisation complète ou externe / anorexie mentale restrictif + exercice compulsif diagnostiqué par le psychiatre de l'hôpital d'après la CIM 10 / > 18 ans (entre 23 et 50 ans) / TCA de 4 à 23 ans / IMC entre 15,2 et 19,2 au début de l'intervention, avec l'IMC le plus bas enregistré de 12,5 à 14,5.

<p style="text-align: center;">NOETEL</p> <p>The assessment and treatment of unhealthy exercise in adolescents with anorexia nervosa : A Delphi study to synthesize clinical knowledge.</p>	5	C	<p><u>Article de type avis d'experts</u>, publié en septembre 2016, dans « International Journal of eating disorders »</p>	<p>Obtenir un avis final, unique et convergent sur la terminologie et la définition de l'hyperactivité. Explorer les difficultés rencontrées par les experts.</p>	<p>25 personnes inclus (10 femmes et 15 hommes) dont 11 psychiatres, 10 psychologues, 3 médecins et 1 thérapeute familiale avec une moyenne de 20,5 ans d'expérience.</p>
<p style="text-align: center;">QUESNEL</p> <p>Is abstinence really the best option ? Exploring the role of exercise in the treatment and management of eating disorders.</p>	5	C	<p><u>Article de type entretien semi directif</u>, publié en novembre 2017, dans « The Journal of Treatment and Prevention ».</p>	<p>Explorer les perceptions et les croyances des professionnels de santé concernés par le rôle de l'exercice dans le traitement des TCA.</p>	<p>12 personnes (9 femmes et 3 hommes) dont 5 chercheurs, 1 infirmière, 1 psychologue, 1 thérapeute, 2 diététiciens, 1 psychiatre et 1 autre personne combinant plusieurs casquettes. L'âge moyen est de 46 ,5 ans. Quatre professionnels s'occupent de TCA non spécifié, quatre professionnels des AM, boulimique et TCA non spécifié, dont deux professionnels qui s'occupent en plus des hyperphagiques. Un professionnel s'occupe uniquement des AM et 1 dernier qui s'occupe des AM et boulimique. Tous les participants n'ont pas répondu à toutes les questions, le nombre de personnes inclus ne correspond pas au nombre d'entretiens réalisés ni au total de réponses.</p>
<p style="text-align: center;">DANIELSEN</p> <p>How to integrate physical activity and exercise approaches into inpatient treatment for eating disorders : fifteen years of clinical experience and research.</p>	5	C	<p><u>Article de type avis d'experts</u>, publié en 2018 dans "Journal of Eating Disorders »</p>	<p>Décrire 15 ans d'expérience clinique avec une approche de l'exercice comme une partie intégrante du programme de traitement des patients hospitalisés, à l'Hôpital Levanger, Unité spécialisée dans les troubles alimentaires, département psychiatrique en Norvège.</p>	<p>244 patients (140 AM (IMC moyen = 15), 33 AM atypique (IMC moyen 19,4), 56 B (IMC moyenne 21,8), 15 non spécifique), de 16 à 18 ans.</p>

AUTEURS / TITRE	NIVEAU DE PREUVE	GRADE	TYPE DE DOCUMENT	OBJECTIFS	CAS CLINIQUE	INTERVENTION
FISCHER et SCHENKMAN Functional recovery of a patient with anorexia nervosa : physical therapist in the acute care hospital setting.	4	C	<u>Article de type étude de cas</u> , publié en 2012 dans « American physical therapy association ».	Décrire une prise en charge de masseur-kinésithérapeute d'un patient admis en hôpital (dans le Colorado) avec une dénutrition sévère causé par une anorexie mentale et fournir une analyse des preuves et du raisonnement clinique qui a conduit aux décisions de la prise en charge.	Femme de 48 ans, dénutrition sévère, anorexie mentale restrictive depuis le lycée, IMC 8, nombreuses complications médicales (escarre, hypothermie, tachycardie, ostéoporose, insuffisance rénales chroniques...)	prise en charge multidisciplinaire (2 MK, médecin hospitalier, médecin spécialisé dans les TCA, infirmières spécialisées, psychiatre et assistant social) Neuf semaines de prise en charge kinésithérapeutique à raison d'une fois par jours pendant trente minutes, de quatre à six fois par semaine.
SOUNDY Considering the role of physical therapist within the treatment and rehabilitation of individuals with eating disorders : A survey of expert clinicians	4	B	<u>Article de type étude qualitative</u> , publié en 2016 dans "Physiotherapy research international"	Investiguer sur les expériences, connaissances et les bénéfices perçus d'une prise en charge kinésithérapique parmi les experts à l'international dans le domaine des TCA, dans le but d'informer les pratiques cliniques, l'éducation et la recherche.	Contact des membres de l'Organisation International pour les kinésithérapeutes dans la santé mental (IOPTMH), sous-groupe de la confédération mondial pour les kinésithérapeutes. Inclusion de 28 MK (19 hommes, 9 femmes), moyenne d'âge de 42 ans, moyenne de 10 ans d'expérience en santé mentale et 7 dans les TCA	<u>Méthode</u> : une enquête transversale à été réalisée via un questionnaire développé par des experts dans la prescription d'activité physique dans les TCA. 40% des patients dont ils s'occupent ont des TCA (n=23), dont 74% sont des AM (17/23), suivie par des hyperphagiques boulimiques (6/23).