



# État des lieux des structures de soins dans la prise en charge de l'anorexie mentale dans les Hauts-de-France

Louise Nové-Jossereau  
Interne de psychiatrie,  
Université de Lille

Laurent Plancke  
Chargé d'études, F2RSMPsy

Alina Amarioui  
Chargée d'études, F2RSMPsy

Dr Thierry Danel  
Directeur, F2RSMPsy

Ce PsyBrèves a pour objet de présenter un état des lieux des structures de soins prenant en charge l'anorexie mentale (AM) dans les Hauts-de-France à partir des données régionales du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et du Recueil d'informations médical en psychiatrie (RimP). L'AM est un trouble mental de faible prévalence en population générale mais présentant un pronostic potentiellement grave, du fait de son risque léthal et des complications somatiques et psychiatriques associées (1).

## >> Introduction

Il existe deux classifications internationales de référence pour définir les critères diagnostiques de l'AM : le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), publié par la Société américaine de psychiatrie (APA), dont la version française est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et la Classification Internationale des Maladies (CIM), publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les versions actuelles sont le DSM-5, publié en 2013, et la CIM-10, publiée en 1990. L'AM est habituellement décrite en tant que Trouble des conduites alimentaires (TCA), tel que classifié dans le DSM. Si dans le DSM-IV (version précédant le DSM-5), les TCA regroupent deux diagnostics spécifiques que sont l'AM (Anorexia nervosa) et la boulimie (Bulimia nervosa), ainsi qu'une autre catégorie intitulée « Trouble du comportement alimentaire, non spécifié » ou TCANS (Eating disorder not otherwise specified ou EDNOS), avec le DSM-5, l'hyperphagie boulimique (Binge-eating disorder) est devenue une catégorie distincte, et les critères diagnostiques de l'AM et de la boulimie sont devenus moins restrictifs. Dans la CIM-10, l'AM appartient aux Troubles de l'alimentation (TA), classification plus large que celle des Troubles des conduites alimentaires (TCA) et définissant une forme atypique d'AM et de boulimie pour les tableaux cliniques incomplets (2,3,4).

Les TCA feraient partie des troubles chroniques de l'adolescence les plus fréquents (5), et représenteraient un coût « très important, tant sur un plan individuel, familial, social (rupture familiale, scolaire, professionnelle et sociale) que sur un plan économique » (6). Parmi les TCA, l'AM présenterait le taux de mortalité le plus élevé parmi les pathologies psychiatriques, attribuable aux complications médicales et au suicide (7). L'AM débute généralement après la puberté, avec un âge moyen de début de 17 ans. Une incidence maximale est retrouvée pour une population âgée de 10 à 19 ans (2).

Ce trouble touche essentiellement une population féminine : le ratio habituellement décrit est de dix femmes pour un homme.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2010 des recommandations de bonne pratique (RBP) sur l'anorexie mentale et en 2015 un complément sur la boulimie, dans l'objectif d'inciter à un repérage plus précoce des TCA et d'améliorer leur prise en charge (1,6). Plusieurs initiatives ont été prises visant à recenser les ressources actuelles pour la prise en charge des TCA. Notamment, la F2RSMPsy a mené en 2011 une première étude de repérage du réseau (<https://www.f2rsmpsy.fr/086-modalites-prise-charge-troubles-comportement-alimentaire-nord-pas-calais.html>) : elle a mis en lumière une inégalité territoriale d'accès aux soins avec une concentration des structures de soins de référence sur Lille (le service d'addictologie du CHU et le service de psychiatrie du CH Saint-Vincent-de-Paul). En 2015, l'Association française pour le développement d'approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (Afdas-TCA) a publié un premier annuaire national recensant les centres se déclarant spécialisés dans la prise en charge des TCA (<http://www.anorexieboulimie-afdas.fr/images/pdf/annuaire/annuaire2015.pdf>).

## >> Méthodologie

L'activité médicale des établissements de santé publics et privés concernant un trouble spécifique peut être décrite grâce au recueil systématique de données administratives et médicales dans le cadre du PMSI-MCO et RimP. Aussi, la base PMSI-MCO permet-elle l'exploitation des données concernant exclusivement les séjours hospitaliers des services MCO, ce qui veut dire que les prises en charge ambulatoires ne sont pas recensées ; tandis que le RimP recense les séjours hospitaliers et l'activité ambulatoire des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie. Concernant les deux bases, l'activité libérale n'est pas recueillie et les séjours hospitaliers regroupent les hospitalisations à temps complet et à temps partiel.

La CIM-10 sert de référence pour le codage des diagnostics et des motifs de recours aux services de santé dans le cadre du PMSI des établissements hospitaliers français (9).

Dans la CIM-10, l'anorexie mentale appartient aux Troubles de l'Alimentation (F50):

- F50.0 Anorexie mentale
- F50.1 Anorexie mentale atypique
- F50.2 Boulimie
- F50.3 Boulimie atypique
- F50.4 Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques
- F50.5 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
- F50.8 Autres troubles de l'alimentation non organique
- F50.9 Troubles de l'alimentation, sans précision

S'agissant d'un trouble pouvant nécessiter des soins somatiques et psychiatriques, nous avons exploité, dans cette étude, les données PMSI-MCO et RimP rattachées à un diagnostic principal ou associé de TA (codage CIM-10 : F50) sur l'année 2015 pour des personnes prises en charge ou domiciliées dans les Hauts-de-France. Pour l'exploration de la prise en charge de l'AM, les diagnostics d'AM (F50.0) et d'AM atypique (F50.1) ont été regroupés, et l'exploitation des données a été limitée à la population âgée de 8 ans ou plus, afin d'intégrer l'anorexie prépubère mais non l'anorexie infantile. Pour la description de la population, celle-ci est limitée aux personnes domiciliées dans les Hauts-de-France. Lors de la description des flux, les patients domiciliés en dehors des Hauts-de-France mais pris en charge dans la région ont été ajoutés pour une analyse plus complète. Il est à noter que les bases de données MCO et RimP ont été exploitées séparément. Il existe des possibles doublons entre les deux bases. De même, pour les prises en charge, un même individu peut être comptabilisé pour une prise en charge en ambulatoire et pour un séjour hospitalier dans un service de psychiatrie.

## >> Résultats

### Troubles de l'alimentation (TA)

En 2015, concernant les effectifs associés à un diagnostic de TA dans les Hauts-de-France, nous trouvons :

- 1304 personnes distinctes prises en charge pour un séjour hospitalier (à temps complet ou en hospitalisation de jour) dans un service de MCO ;
- 2116 personnes distinctes prises en charge dans un service de psychiatrie, avec 529 personnes prises en charge pour un séjour hospitalier (à temps complet ou en hospitalisation de jour) et 1743 personnes prises en charge en ambulatoire.

Une prédominance féminine nette est observée avec un pourcentage de 81% et de 84% pour le sexe féminin pour les prises en charge respectivement en MCO et en psychiatrie, ainsi qu'un pic à l'adolescence. Le diagnostic d'AM est le plus représenté des TA quel que soit le type de prise en charge : séjour hospitalier en service de MCO (52%), séjour hospitalier en service de psychiatrie (55%), ambulatoire en service de psychiatrie (41%).

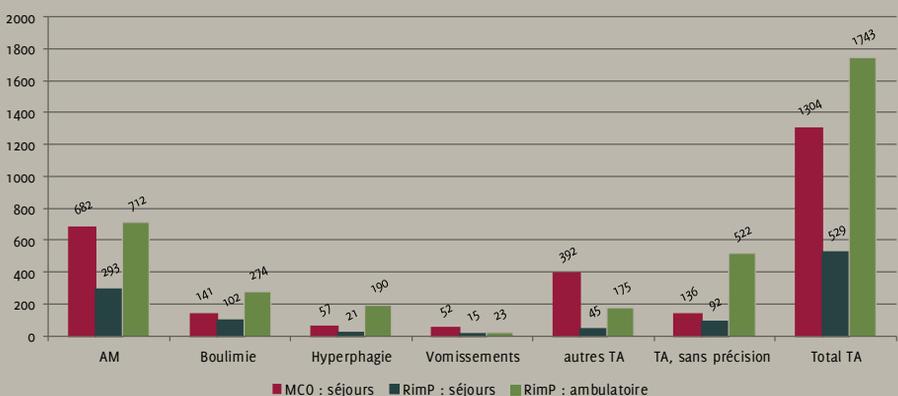
### L'anorexie mentale (AM)

Concernant les effectifs domiciliés dans les Hauts-de-France, associés à un diagnostic d'AM, nous trouvons :

- 665 personnes distinctes prises en charge pour un séjour hospitalier dans un service de MCO ;
- 889 personnes distinctes prises en charge dans un service psychiatrique, avec 280 personnes pour un séjour hospitalier et 687 personnes en ambulatoire.

Ce qui, au total, correspond à 0,03% de la population générale des Hauts-de-France, âgée de 8 ans ou plus, (5 325 321 habitants en 2012), avec un pourcentage de 0,05% pour les femmes et de 0,01% pour les hommes.

Figure 1 : Effectifs selon le diagnostic de Trouble de l'alimentation (F50) des personnes prises en charge dans un service psychiatrique (séjour ou ambulatoire) ou dans un service MCO (séjour) dans les Hauts-de-France en 2015

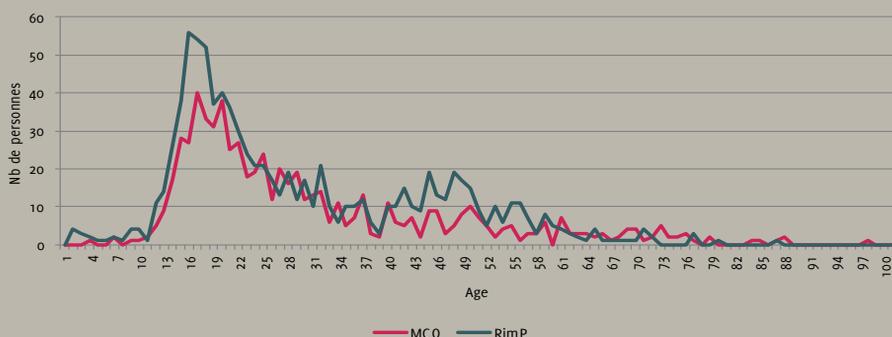


Sources : PMSI-MCO et RimP. Traitement : F2RSM Psy

Nous observons un pic autour de l'adolescence avec un maximum à l'âge de 16 ans. Les patients âgés de 10 à 14 ans, de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans constituent respectivement 10%, 26%, 16% et 10 % de la totalité des effectifs. Ces pourcentages sont relativement stables que la prise en charge soit réalisée en service de MCO ou en service de psychiatrie. L'âge moyen est de 29 ans.

La prédominance féminine est plus marquée que pour l'ensemble des TA, avec un pourcentage pour le sexe féminin de 90% en service de MCO et de 89% en service de psychiatrie.

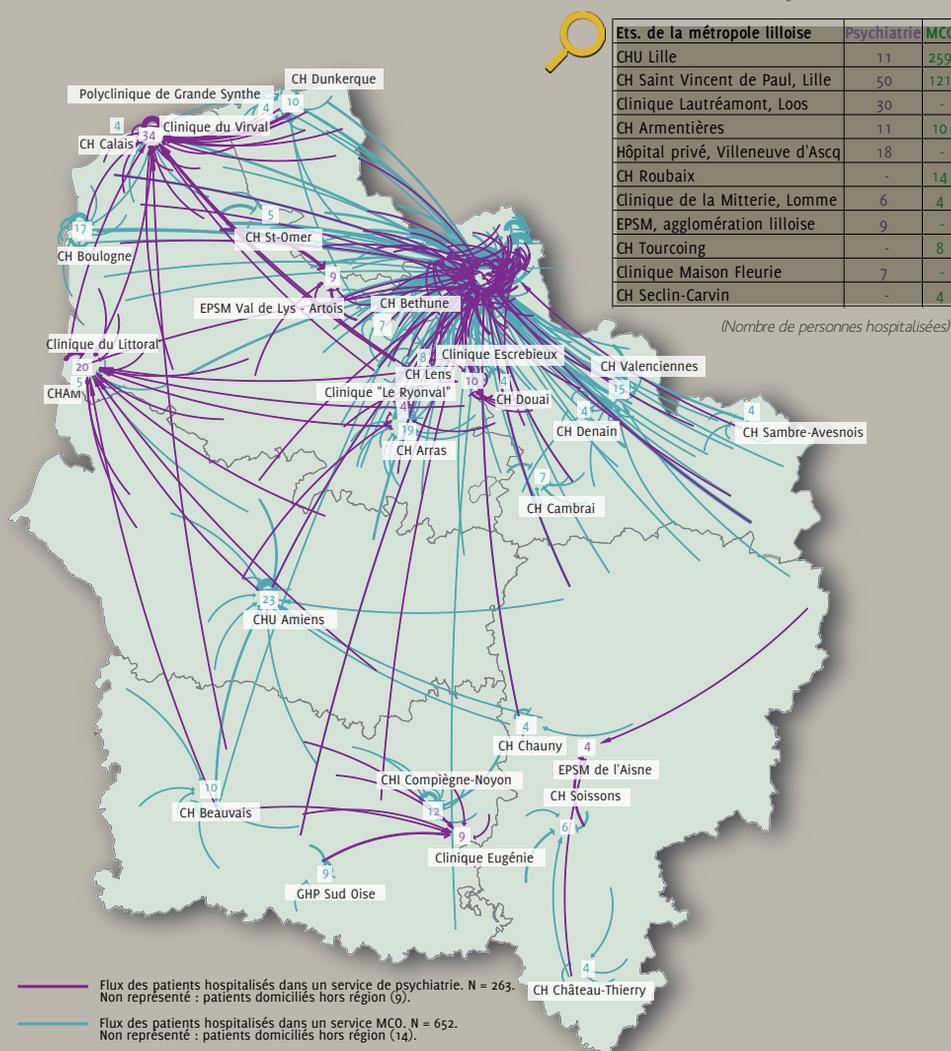
Figure 2 : Distribution selon l'âge des patients avec un diagnostic d'anorexie mentale (F50.0 ou F50.1) pris en charge dans un service psychiatrique (séjour ou ambulatoire) ou dans un service MCO (séjour) en 2015



Sources : PMSI-MCO et RimP. Traitement : F2RSM Psy

Carte 1 : Flux (domicile - lieu de prise en charge) des personnes hospitalisées dans un service de psychiatrie ou de MCO\* dans les Hauts-de-France, avec un diagnostic d'anorexie mentale\*\*, en 2015. (population âgée de 8 ans ou plus)

\* MCO: Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
\*\* codage CIM-10 : F50.0 ou F50.1



Les chiffres affichés correspondent au nombre de personnes prises en charge par structure. Ne sont représentés que les Flux associés à une structure avec un effectif supérieur à 3.

Sources : PMSI-MCO et RimP. Traitement : F2RSM Psy

La métropole lilloise concentre la majorité des personnes prises en charge avec un diagnostic d'AM, que ce soit pour un séjour hospitalier dans un service de MCO (65%), pour un séjour hospitalier dans un service de psychiatrie (54%), ou pour une prise en charge ambulatoire dans un service de psychiatrie (62%). Dans le reste de la région sont observés des effectifs beaucoup plus faibles et, parfois, des distances importantes entre zone de résidence et lieu de soins.

Concernant les séjours hospitaliers, les services de MCO enregistrent 2,5 fois plus de patients que ceux de psychiatrie. À Lille, ceux du CHU et du CH Saint-Vincent-de-Paul déclarent, chacun, plus de 100 patients ; à

eux seuls, ces deux établissements prennent en charge respectivement 40% et 19% des patients hospitalisés dans les Hauts-de-France en MCO avec un diagnostic d'AM. Les structures de prises en charge déclarant 20 patients ou plus, en psychiatrie ou en MCO, sont le CHU d'Amiens, le CHU de Lille, le CH Saint-Vincent-de-Paul à Lille, la Clinique Lautréamont à Loos, la Clinique du Virval à Calais et la Clinique du Littoral à Rang-du-Fliers, ce qui correspond aux centres de soins référencés dans l'annuaire de l'Afdas-TCA. Trois de ces six établissements sont situés dans le Nord, deux dans le Pas-de-Calais et un dans la Somme.

Carte 2 : Flux (domicile - lieu de prise en charge) des personnes prises en charge en ambulatoire dans un service de psychiatrie dans les Hauts-de-France, ayant un diagnostic d'anorexie mentale\*, en 2015. N = 667 (population âgée de 8 ans ou plus)

\* codage CIM-10 : F50.0 ou F50.1



Non représenté : patients domiciliés hors région (14).  
 Les chiffres affichés correspondent au nombre de personnes prises en charge par structure.  
 Ne sont représentés que les flux associés à une structure avec un effectif supérieur à 3.

Sources : PMSI-MCO et RimP. Traitement : F2RSM Psy

Concernant l'ensemble des effectifs pris en charge dans un service de psychiatrie, l'activité ambulatoire représente 72% de ces effectifs. Le CH Saint-Vincent-de-Paul à Lille se démarque des autres structures psychiatriques en concentrant 38% de la totalité des effectifs pris en charge en structure psychiatrique (48% en ambulatoire

et 19% en séjour hospitalier). Le département du Nord est le seul département des Hauts-de-France connaissant proportionnellement plus de patients pris en charge que domiciliés ; dans tous les autres, on observe des fuites (prises en charge hors du département de résidence).

## » Discussion

### Limites de l'étude

Un biais de codage est fort probable. Seuls les diagnostics d'AM déclarés et codés en MCO ou RimP sont recensés. Donc, sont absents les patients non repérés. Il faut également prendre en compte le biais de la tarification à l'activité lors du codage en MCO. D'autres diagnostics, plus valorisés, peuvent être déclarés en pratique, tel celui de dénutrition (CIM-10 : E44).

Les données des soins de suite et de réadaptation (SSR) n'ont pas été exploitées, mais sont probablement négligeables par rapport à celles du MCO et du RimP.

Enfin, les patients suivis en médecine libérale ne sont pas recensés par ces données.

### Caractéristiques de la population clinique

La population observée présente des caractéristiques cohérentes avec la littérature, à savoir le pic à l'adolescence et la prédominance féminine nette. Le ratio observé pour le sexe masculin correspond au ratio habituellement décrit de 1/10.

Il est difficile de comparer les effectifs obtenus à ceux de la littérature. Notre étude recense une population clinique alors que les données trouvées dans la littérature portent sur des prévalences en population générale, avec des prévalences d'AM très variables (entre 0 et 2,2% pour les femmes et entre 0 et 0,3% pour les hommes), en fonction de la population étudiée (taille de l'échantillon, nationalité, âge, etc.), des critères diagnostiques retenus et de la méthode utilisée (8). Et, il existe peu de données nationales. Cependant, on peut citer l'étude de Godart et al. (2013), qui trouve une prévalence d'AM entre 12 et 17 ans de 0,5% et 0,03% chez les adolescents de la France métropolitaine, respectivement du sexe féminin et du sexe masculin, ayant répondu à l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) (10). L'étude de Nagl et al. (2016) portant sur 3021 adolescents et jeunes adultes âgés de 14 à 24 ans domiciliés dans la métropole de Munich, trouve une prévalence-année de 0,4% pour l'AM (11). Enfin, une autre étude, portant sur une population non clinique âgée de 18 ans ou plus, regroupant 6 pays européens dont la France, trouve une prévalence-année de 0,01% pour le sexe féminin et de 0% pour le sexe masculin (12).

Dans notre étude, les taux de prise en charge sont de 0,08% pour les patients âgés de 12 à 17 ans, avec 0,16% pour le sexe féminin et de 0,02% pour le sexe masculin ; de 0,08% pour les 14-24 ans, avec 0,16% pour le sexe féminin et 0,01% pour le sexe masculin ; et de 0,03% pour les patients âgés de 18 ans ou plus, avec 0,04% pour les femmes et 0,01% pour les hommes, taux similaire à celui de la population totale. Les taux observés sont inférieurs aux données des deux premières études. Des chiffres plus faibles semblent adaptés sachant que l'activité libérale n'est pas recensée et qu'une sous-estimation des effectifs actuels est suspectée, du fait du possible biais de codage précédemment décrit. Cet écart pourrait également corroborer

un manque de dépistage, comme évoqué par certaines études mettant en évidence qu'un nombre important des personnes souffrant d'AM ne serait pas prises en charge (2,8).

Notre étude regroupant les diagnostics d'AM et d'AM atypique selon la CIM-10 alors que les prévalences citées se limitent strictement à l'AM, il est également intéressant de prendre en compte les prévalences pour des formes partielles d'AM. Celles-ci sont plus élevées mais les critères diagnostiques plus variables selon les études. Dans l'étude de Godart et al. (2013), celle-ci atteint 3,3% pour le sexe féminin et 0,1% pour le sexe masculin et, dans l'étude de Nagl et al. (2016), elle atteint 6,7% (sans distinction de sexe), en fonction des critères diagnostiques retenus.

### Répartition

D'après les données recueillies, on peut se questionner sur la forte disparité de la répartition des effectifs sur la région, qu'il s'agisse du lieu de prise de charge ou de la zone de résidence. Ainsi, dans les deux cas, on observe une concentration de ces effectifs dans le nord de la région, notamment dans la métropole lilloise. Les besoins sont-ils moins importants dans les zones où ces chiffres sont plus faibles ? Ces disparités sont-elles également présentes au niveau de la première ligne de soins ? Est-ce une question de manque de repérage ? Ou est-ce une question de moyens insuffisants ? La création de structures ferait-elle émerger une demande de soins plus importante ? De plus, d'importantes distances sont repérées entre les lieux de domicile et les lieux de prise en charge avec une convergence vers la métropole lilloise, y compris pour la prise en charge ambulatoire dans un service de psychiatrie. Ceci pose question sur un manque de ressources adaptées et sur les coûts des soins que ces distances engendrent, d'autant qu'une prise en charge en ambulatoire est recommandée d'une part comme prise en charge initiale (en dehors d'une urgence somatique ou psychiatrique) et de l'autre à la suite d'une hospitalisation (1).

## » Conclusion

On constate de grandes disparités dans la répartition des structures de soins prenant en charge l'AM sur le territoire. Par ailleurs, on observe des distances parfois importantes entre lieu de résidence et lieu de soins. Une meilleure répartition de l'offre sur le territoire des Hauts-de-France pourrait être envisagée.

Des études supplémentaires permettraient de mieux définir les besoins au niveau du territoire. Il serait utile d'obtenir des données sur la prévalence de l'AM dans la population générale ainsi que sur le repérage de ce trouble et les difficultés rencontrées au niveau de la première ligne de soins. Enfin, bien que cet aspect n'ait pas été traité ici, il paraît indispensable d'explorer l'articulation de la prise en charge infanto-juvénile à celle de l'adulte, s'agissant d'un trouble émergent à l'adolescence.

## » Sigles et acronymes utilisés

PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information

RimP : Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

TCA : Troubles des conduites alimentaires

TA : Troubles de l'alimentation

AM : Anorexie mentale

## » Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Anorexie mentale: prise en charge. 2010. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco\\_anorexie\\_mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf)

2. Haute Autorité de Santé. Argumentaire. Anorexie mentale: prise en charge. 2010. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf)

3. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé. Masson; 2003.

4. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson; 2015.

5. Herpertz-Dahlmann B, van Elburg A, Castro-Fornieles J, Schmidt U. ESCAP Expert Paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa—a European perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24:1153-67.

6. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage. Boulimie et hyperphagie boulimique. 2015. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rbp\\_cadrage\\_boulimie\\_mel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rbp_cadrage_boulimie_mel.pdf)

7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 2006.

8. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale: revue de la littérature. *L'Encephale*. 2013;39(2):85-93.

9. ATIH. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé: Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10 FR à usage PMSI. 2015. [http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10\\_2015\\_final\\_o.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_o.pdf)

10. Godart NT, Legleye S, Huas C, Coté SM, Choquet M, Falissard B, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in a French community-based sample of 39,542 adolescents. *Open J Epidemiol*. 2013;3:53-61.

11. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:903-18.

12. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WM project. *J Psychiatr Res*. 2009;43:1125-32.



Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy) Hauts-de-France  
3 rue Malpart | 59000 Lille | T : 03 20 44 10 34 | [www.f2rsmpsy.fr](http://www.f2rsmpsy.fr)  
[contact@f2rsmpsy.fr](mailto:contact@f2rsmpsy.fr)  
Directeur de la publication : Dr Thierry Danel  
Ligne graphique : Gaëtan Becu | Pôle communication