

## Prévention et traitement de la chronicité

# Anorexie mentale: les nouveaux défis

Dr méd. Sandra Gebhard<sup>a</sup>, Yves Dorogi<sup>a</sup>, PD Dr Laurent Holzer<sup>b</sup>

Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

<sup>a</sup> Centre vaudois anorexie boulimie, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie

<sup>b</sup> Centre vaudois anorexie boulimie, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de psychiatrie

L'anorexie mentale est une maladie débutant le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle reste associée à un risque élevé de chronicité et à un taux préoccupant de mortalité. Sa prévention, son diagnostic et son traitement précoces, de même que l'amélioration des modalités de prise en charge des patients pour lesquels une évolution vers la chronicité n'a pu être enrayée, sont des enjeux primordiaux de santé publique.

## Introduction

Bien que relativement rare, l'anorexie mentale (AM) est une maladie très présente sur la scène médiatique. Dans une société de plus en plus menacée par l'obésité et qui a fait de la minceur ainsi que de la performance et du contrôle, trois de ses objectifs les plus convoités, l'AM constitue un sujet de fascination, mais aussi d'effroi tant son apparente irrationalité et sa proximité avec la mort sont perceptibles. Pour la médecine, l'AM reste encore largement une énigme et un défi. Une énigme car son étiologie demeure hypothétique et un défi puisque malgré des progrès, elle garde son étiquette de maladie difficile à traiter [1, 2]. Elle doit cette triste réputation à des taux élevés de chronicité (50%) et de mortalité (5%) [3, 4]. A ceci s'ajoutent une fréquence particulièrement marquée d'échappement au traitement («dropout») concernant 20 à 51% des patients hospitalisés et 29 à 73% de ceux traités en ambulatoire, ainsi qu'un important risque de rechute, atteignant de 30 à 42% des cas [5, 6].

L'AM est une maladie psychiatrique dont le diagnostic a récemment été redéfini à l'occasion de la parution de la 5<sup>e</sup> édition du «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM) (tab. 1) [7]. Basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV plus restrictifs que ne le sont ceux du DSM-5, le taux de prévalence vie entière de l'AM s'établissait en Suisse, en 2012, à 1,2% chez la femme et à 0,2% chez l'homme [8]<sup>1</sup>.



Se déclarant le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, cette maladie peut occasionner de profonds retentissements sur le développement, la santé physique, la santé psychique, le fonctionnement cognitif et social (tab. 2) [9] ainsi que cérébral où l'on observe des modifications structurelles (réduction de la substance grise et de la substance blanche cérébrale) [24] et fonctionnelles (anomalies du fonctionnement des régions sous-corticales et préfrontales) [10].



Sandra Gebhard

<sup>1</sup> Comme il s'agit d'une pathologie à forte prédominance féminine, le féminin sera utilisé dans cet article pour évoquer les patientes qui en sont affectées.

Fondé sur un consensus international, le traitement de l'AM repose sur une prise en charge interdisciplinaire, si possible spécialisée, continue et coordonnée autour

**Tableau 1:** Critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

A	Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme <i>significativement</i> bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
B	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
C	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

**Tableau 2:** Principales complications/comorbidités somatiques, psychiatriques et sociales associées à l'anorexie mentale.

<b>Cardiovasculaires</b>	Hypotension, bradycardie sinusale, tachycardie sinusale (elle annonce souvent une décompensation imminente), allongement de l'intervalle QT, arythmies auriculaires et ventriculaires, prolapsus mitral, atrophie ventriculaire gauche, insuffisance cardiaque, acrocyanose
<b>Electrolytiques</b>	Hypoglycémies, hypokaliémie, hyponatrémie, hypernatrémie, hypomagnésémie, alcalose métabolique, hypophosphatémie (en cas de syndrome de renutrition inappropriée)
<b>Œso-gastro-intestinales et hépatiques</b>	Retard de la vidange gastrique, constipation, œsophagite, hématurie, hépatite (augmentations des transaminases), stéatose hépatique, hypercholestérolémie
<b>Métaboliques et endocrines</b>	Oligo-aménorrhée, infertilité, retard pubertaire, retard/arrêt de croissance, ostéopénie/ostéoporose, fractures, hypothyroïdie, œdèmes, hypothermie (pouvant masquer une infection)
<b>Hématologiques</b>	Anémie, thrombocytopénie, leucopénie
<b>Neurologiques</b>	Dysfonctions cognitives, atrophie cérébrale, neuropathies périphériques
<b>Rénales</b>	Lithiases, insuffisance rénales
<b>Psychiatriques</b>	Irritabilité, dépression, troubles anxieux, trouble de la personnalité, syndrome de dépendance, crise suicidaire
<b>Sociales</b>	Difficultés dans les relations interpersonnelles, isolement, désinsertion sociale, scolaire et/ou professionnelle, difficultés d'autonomisation, invalidité

**Tableau 3:** Résumé de l'effet et du degré d'évidence scientifique des principales psychothérapies.

Principales psychothérapies utilisées dans le traitement de l'anorexie mentale (adapté d'après [15])	Degré d'évidence	Effet*
<b>Adolescents</b>		
Family-based treatment (FBT)	Elevé	+++
Maudsley family therapy (MFT)	Elevé	+++
Family system therapy (FST)	Modéré	++
Adolescent focused therapy (AFT)	Modéré	++
<b>Adultes</b>		
Focal psychodynamic psychotherapy	Modéré	++
Cognitive behavioural therapy enhanced (CBT-E)	Modéré	++
Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (MANTRA)	Modéré	++
Specialist supportive clinical management (SSCM)	Modéré	+
Interpersonal psychotherapy (IPT)	Faible	+
Psychodynamic therapy (PT)	Faible	+

\* Effet bénéfique (diminution des symptômes, des comportements pathologiques ou maintien des améliorations): marqué (+++), modéré (++), faible (+).

d'un projet de soins associant renutrition, psychothérapie, prévention et traitement des complications somatiques de la dénutrition [11–14]. Pour les adolescentes dont la maladie évolue depuis moins de 3 ans, la thérapie familiale a démontré une plus grande efficacité que toute autre forme de psychothérapie. Pour les adultes, en revanche, aucun type spécifique de psychothérapie n'a fait la preuve de sa supériorité [15, 16]. Le tableau 3 présente un résumé de l'effet et du degré d'évidence scientifique des principales psychothérapies. Quant à la pharmacothérapie, il n'y a à ce jour aucune médication pour laquelle une quelconque efficacité a pu être établie dans le traitement des symptômes de base de l'AM [15]. Concernant tout particulièrement les psychotropes, leur prescription doit se faire avec beaucoup de prudence dans la mesure où les conséquences somatiques de la dénutrition peuvent susciter un risque accru d'effets secondaires. Ainsi, le traitement médicamenteux des symptômes anxieux et dépressifs est généralement réservé aux situations pour lesquelles il peut être établi qu'il ne s'agit pas uniquement de conséquences de la dénutrition. Certaines études semblent néanmoins montrer que les neuroleptiques atypiques (notamment l'olanzapine), à faible dosage, pourraient s'avérer efficaces dans le traitement des symptômes anxieux sévères ainsi que des ruminations obsessionnelles à caractère alimentaire [14]. Des études complémentaires sont cependant nécessaires afin de confirmer ces observations et avant que l'utilisation de ces molécules puisse être recommandée.

## Une maladie difficile à traiter

Parmi les éléments qui font de l'AM une maladie difficile à traiter, il faut mentionner la nature égosyntonique des symptômes qui sont initialement l'expression d'une lutte contre un profond mal-être. En effet, se priver de manger, réaliser le tour de force tant valorisé socialement de contrôler son poids procure à des patientes souvent anxieuses, timides et peu sûres d'elles-mêmes un sentiment rassurant de maîtrise et d'efficacité [17]. L'AM permet d'échapper à la conscience de soi douloureuse et devient un moyen très efficace de s'anesthésier et de s'éloigner des émotions négatives [18]. Avec la persistance des restrictions alimentaires, la période initiale de «lune de miel» laisse inexorablement la place aux conséquences multiples de la dénutrition. Le souvenir du bien-être ressenti à l'occasion des premiers kilos perdus reste néanmoins longtemps vivace et les patientes seront portées à radicaliser leurs restrictions et leur contrôle alimentaire, y adjoignant parfois des comportements de purge et/ou une hyperactivité physique dans l'espoir de revenir à l'état de soulage-

ment initial. Même si elles prennent conscience du piège qui s'est refermé sur elles et de la nécessité de s'en extraire, la profonde ambivalence et la dépendance que les patientes auront nouées avec leurs symptômes pourront rendre leur traitement ardu.

Ces dernières années, un modèle de compréhension de l'AM a émergé tentant de rendre compte de la complexité de cette clinique et particulièrement de son caractère addictif. Comme mentionné précédemment, l'étiologie de l'AM reste encore à élucider. Il est cependant convenu de considérer que la maladie apparaît chez des personnes présentant une constellation de facteurs

de risque, exposées à un ou des facteurs précipitants [19–22]. Par la suite, plusieurs facteurs de maintien contribuent à la pérennisation de la maladie et, ce faisant, à une potentielle évolution vers la chronicité (fig. 1) [23].

Ces facteurs de maintien découlent principalement des conséquences neurologiques, psychologiques et sociales de la dénutrition ainsi que de la répétition des comportements pathologiques (restrictions quantitatives et qualitatives des apports, comportements de purge, rituels, etc.) [19, 23, 24].

Sur le plan psychologique, la dénutrition aggrave de manière marquée les particularités psychologiques précédemment décrites dans les facteurs de risque, notamment l'obsessionnalité, la rigidité cognitive, la sensibilité à la critique et l'alexithymie. A ceci vient s'ajouter une augmentation du niveau général d'anxiété et de dépressivité.

L'effet des symptômes anorexiques sur les proches (parents, conjoints, ami[e]s) constitue également un facteur de maintien. L'irrationalité apparente de comportements et de pensées qui se sont généralement installés très rapidement, l'angoisse de la mise en danger qu'ils impliquent, les sentiments de culpabilité, de frustration, de colère et d'impuissance que l'on éprouve à ne pas parvenir à raisonner la patiente provoquent fréquemment chez les proches l'émergence d'une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive [25]. La conséquence en est souvent l'apparition de tensions voire de conflits répétés où critiques et hostilité sont exprimées à la patiente. A l'inverse, et de façon tout aussi délétère, certains proches soucieux d'éviter les conflits adopteront une attitude laissant libre cours à l'expression symptomatique. Tous ces éléments renforcent l'anxiété de la patiente de même que sa tendance à l'isolement et, finalement, au repli défensif sur ses symptômes [23].

Sur le plan neurologique, la dénutrition, surtout si elle est sévère et prolongée, s'accompagne d'une atrophie cérébrale [26]. Il s'y ajoute des modifications dans la neurotransmission sérotoninergique et dopaminergique qui auraient des effets sur la régulation émotionnelle ainsi que sur le système de récompense qui tendraient à valoriser la restriction alimentaire [21]. Ainsi, la persistance et la répétition des symptômes anorexiques aboutissent à leur enracinement et au risque qu'ils deviennent inébranlables [19, 24].

Deux éléments contribuent également au maintien voire à la chronicisation: la perception déformée que la patiente a de son corps et sa difficulté à reconnaître la gravité de son état de dénutrition. Dans les deux cas, elle pourra mettre en échec un programme de renutrition dont elle perçoit souvent mal le sens et la nécessité.

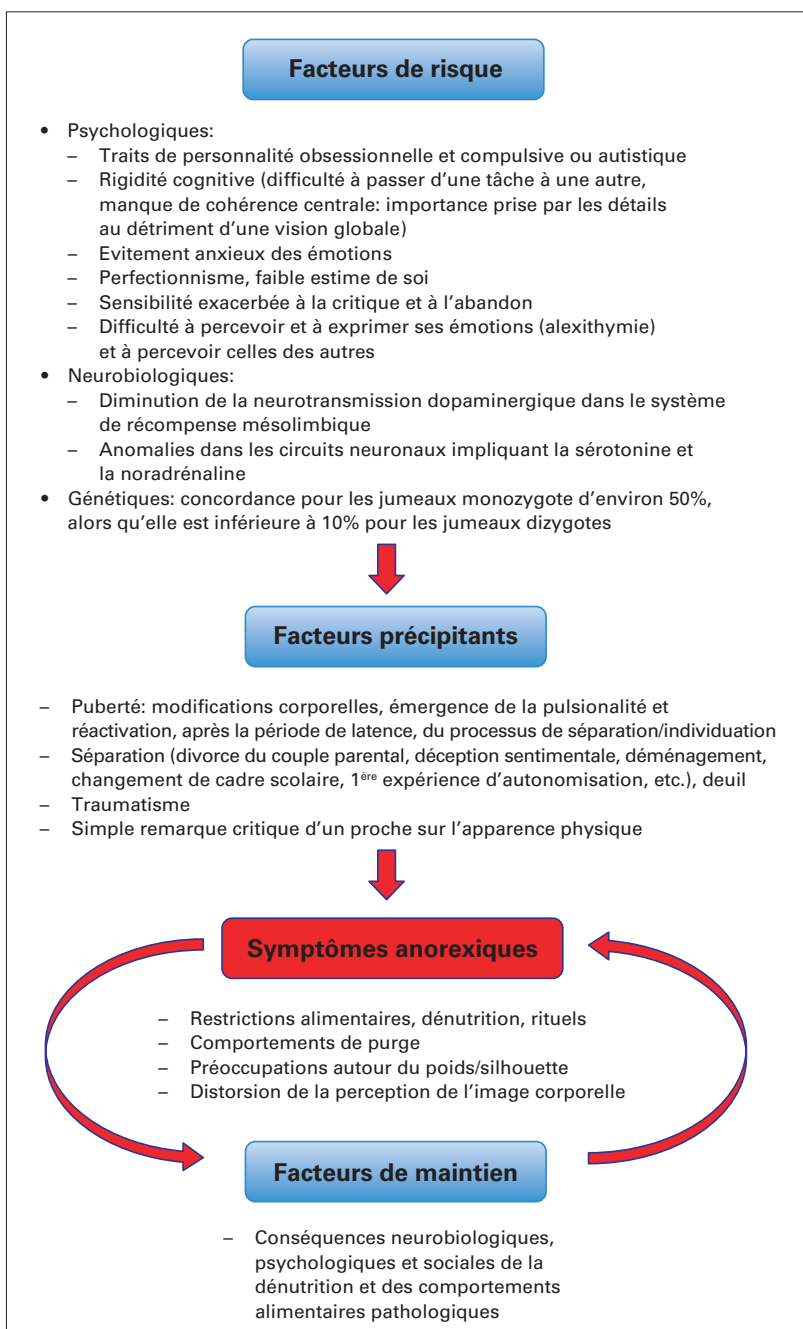
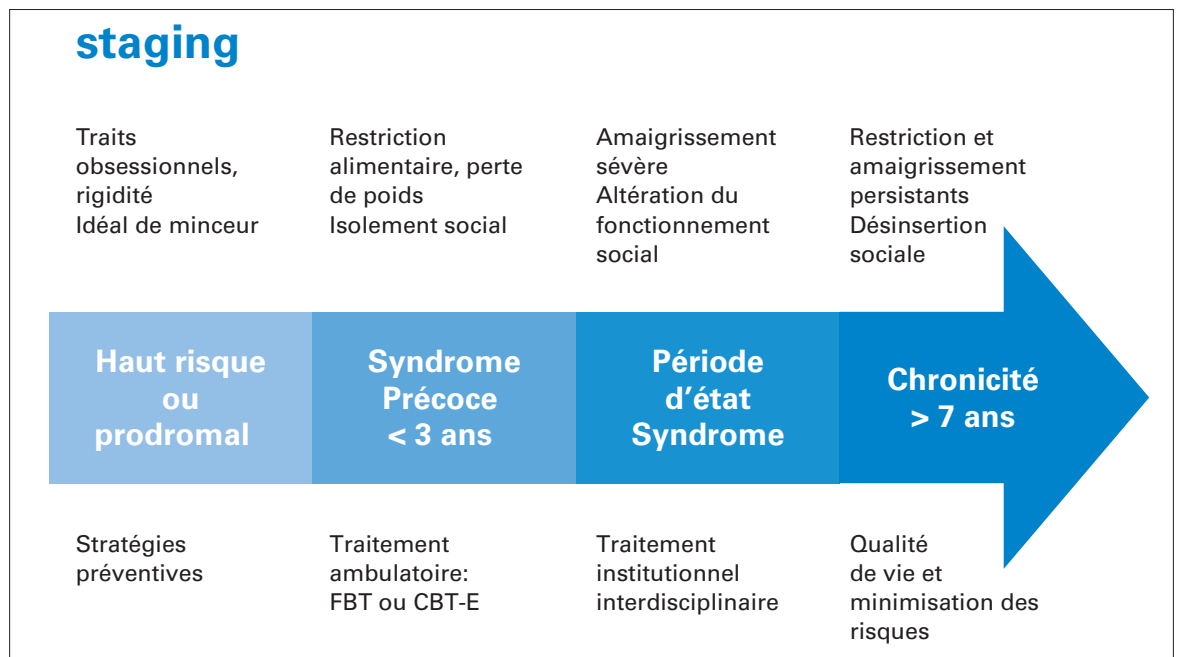


Figure 1: Modèle étiologique de l'anorexie mentale (adaptation d'après [23]).



**Figure 2:** Perspective développementale de l'anorexie mentale (adaptation d'après [27]).

FBT: Family-based treatment (thérapie centrée sur la famille)

CBT-E: Cognitive behavioural therapy enhanced (thérapie cognitive et comportementale-renforcée)

### Interventions précoces et prévention de la chronicité

Comme toute pathologie difficile à traiter, les stratégies préventives nourrissent des espoirs légitimes visant à diminuer l'incidence et la prévalence de la maladie. Une perspective développementale de l'AM tente de délimiter différents stades de la maladie avec un état à haut risque ou prodromal, un syndrome précoce, une période d'état où le tableau clinique est complet, puis un stade de chronicité. Cette perspective est censée offrir des soins spécifiques pour chaque phase de la maladie et souligne l'importance de la prise en charge précoce qui permettrait d'éviter la progression vers les stades plus avancés (fig. 2) [27].

Le dépistage précoce constitue un enjeu important compte tenu du préjudice que le retard au traitement de l'AM constitue, notamment en raison des possibilités de prise en charge efficace existantes auxquelles les patientes n'ont pas accès au moment où elles en ont le plus besoin, et dans une période où les chances de succès de l'intervention sont maximisées. Par exemple, l'atrophie du cortex retrouvée chez des adolescentes souffrant d'AM en phase active disparaît avec la rémission et la reprise pondérale [28]. Un meilleur pronostic associé à l'AM débutant durant l'adolescence ne devrait pas réduire les efforts d'intervention et de traitement précoces [29]. En effet, le risque de chronicité est présent dès le début des troubles et il est légitime de renforcer

l'étendue et l'intensité de la prise en charge dès les premières semaines. Bien que la thérapie centrée sur la famille [30] ait démontré une efficacité certaine, lorsque la maladie devient sévère et chronique, la réponse à toute forme de traitement diminue [19]. L'intervention précoce permet d'interrompre la restriction alimentaire grandissante ainsi que l'isolement social associé [24]. C'est donc pour prévenir l'installation d'une habitude de restriction alimentaire tenace que l'intervention précoce est à favoriser et qu'un meilleur pronostic est à espérer à l'adolescence où le début des troubles coïncide avec une période de plasticité cérébrale.

La durée de maladie non traitée est estimée à plus de deux ans. Elle est d'autant plus longue que le début de l'AM est précoce [31]. La formation des généralistes et des pédiatres est ainsi une cible prioritaire, de même que l'implication des parents et des enseignants, afin d'améliorer le dépistage et l'intervention précoces. La nature égocentrique de l'AM est un des facteurs retardant l'accès aux soins [32]. Les soins initiaux doivent mettre l'accent sur les interventions ambulatoires afin d'éviter les hospitalisations ou diminuer la durée de celles-ci, différentes formes de psychothérapie ayant démontré leur efficacité [33].

Différents programmes de prévention se sont développés depuis une vingtaine d'années [34]. Seuls deux types de programmes de prévention ont démontré une efficacité, le premier est basé sur la dissonance cognitive: il encourage les jeunes femmes à critiquer l'idéal

de minceur à travers différents exercices et également à estimer le «coût» engendré pour atteindre cet idéal. La dissonance cognitive produite par différents exercices est censée réduire l'adhésion à l'idéal de minceur. Le second type de programme promeut l'amélioration de l'alimentation et de l'activité physique afin d'atteindre un équilibre énergétique favorable [35]. Ces programmes ne sont cependant pas encore développés en Suisse.

Un autre axe de prévention secondaire concerne la prévention des rechutes. Environ 50% des patientes rechutent dans l'année qui suit une hospitalisation de renutrition [36] et des programmes de prévention de la

### **Environ 50% des patientes rechutent dans l'année qui suit une hospitalisation de renutrition.**

rechute se développent, notamment au moyen de vidéo conférences [37]. Plusieurs facteurs de risque de rechute méritent d'être ciblés: les difficultés cognitives (rigidité, inflexibilité, faible cohérence centrale) peuvent faire l'objet d'une remédiation cognitive [38], les difficultés sociales justifient l'attention portée aux modifications des biais cognitifs négatifs d'interprétation, et les difficultés émotionnelles encouragent au développement de stratégies visant à rompre l'association entre l'alimentation et les émotions négatives [39].

Les approches thérapeutiques et préventives sont ainsi susceptibles de varier en fonction des différents stades de la maladie [19]. Les techniques d'acceptation de son corps et d'induction de dissonance cognitive sont indiquées dans le stade prodromal précoce pour prévenir la progression des symptômes tandis que les thérapies centrées sur la famille sont très utiles au début de la maladie. Par la suite, les différentes interventions cibleront les facteurs de maintien de la maladie, qu'il s'agisse des troubles cognitifs associés, des difficultés sociales et émotionnelles, ou encore des habitudes alimentaires sous-tendant le processus pathologique.

### **L'AM chronique**

Si tout le monde s'accorde sur le risque élevé d'évolution vers la chronicité de l'AM, il n'existe pas, à ce jour, de définition précise de cet état. Bien qu'une guérison puisse être obtenue à tous les stades de la maladie, il est admis que cette éventualité devient rare après environ 5 à 7 ans d'évolution [40, 4]. Ainsi, il a été proposé de définir comme chronique ou persistante, une AM se prolongeant au-delà de 7 ans [27, 41]. Mais bien plus que la durée, ce qui caractérise le mieux l'AM chronique, ce sont l'addition toujours plus grande de complications

somatiques et psychiatriques qui occasionnent des consultations médicales et des hospitalisations fréquentes, l'isolement social qui va souvent de pair avec des difficultés professionnelles qui peuvent aboutir à une invalidité partielle ou totale et, finalement, une qualité de vie grandement altérée [14]. La vie psychique tend à s'appauvrir, l'espace mental se limitant aux préoccupations alimentaires et pondérales, laissant ainsi peu de place à toute autre forme d'investissement. Structurant les pensées comme les comportements, l'AM peut devenir une forme d'identité à part entière, dont les patientes ne peuvent imaginer se départir, ressentant que, sans celle-ci, elles se retrouveraient confrontées à un sentiment de vide effrayant. Cette conviction est souvent alimentée par des antécédents d'échecs thérapeutiques multiples qui ont généré désillusions et frustration leur confirmant qu'il n'y a rien à espérer d'une vie sans la maladie. Malheureusement, cette perte d'espoir est fréquemment partagée par les proches, mais également par le réseau médical.

### **Modalités de prise en charge de la chronicité**

Si dans la phase aiguë de la maladie, l'objectif thérapeutique prioritaire est la normalisation du poids et du comportement alimentaire, l'AM chronique requiert une approche plus nuancée et spécifique. Bien qu'il n'existe pas à ce jour de recommandations internationales clairement définies, plusieurs éléments de consensus se dégagent [40, 14]. Les plus importants concernent la définition d'objectifs thérapeutiques

### **L'implication de la patiente dans la définition des modalités du suivi, dans une perspective co-constructive, est un élément particulièrement important.**

mesurés qui doivent prioritairement se centrer sur la réduction des risques et sur l'amélioration de la qualité de vie, l'implication des proches et la nécessité d'une prise en charge interdisciplinaire régulière et au long cours. L'implication de la patiente dans la définition des modalités du suivi, dans une perspective co-constructive, est un élément particulièrement important dans la mesure où cela lui permet de s'approprier et d'anticiper les éventuels changements. L'objectif est d'éviter au maximum le rapport de force et la lutte en miroir pour le contrôle, ceci aboutissant souvent à des échecs, la patiente renonçant rapidement au traitement. Dans le cadre d'une relation thérapeutique partenariale, les soignants se montrent empathiques tout en maintenant un cadre sécurisé et sécurisant, c'est-à-dire en fixant et en faisant respecter des limites per-

mettant de garantir la sécurité de la patiente. Cette attitude s'avère extrêmement rassurante pour la patiente comme pour ses proches. Dans l'ensemble, ce qui se dessine pour l'AM chronique, c'est une prise en charge qui se rapproche du modèle de rétablissement déjà connu et pratiqué dans le champ de la santé mentale, notamment dans la schizophrénie et la dépression chronique, dans lequel un accent est mis à promouvoir l'autonomie et l'implication de la patiente dans ses soins («empowerment») [42, 43].

### Définition d'objectifs thérapeutiques mesurés et réduction des risques

Des objectifs thérapeutiques réalistes portant sur les symptômes alimentaires doivent être ajustés aux possibilités et à la volonté de changement de la patiente, c'est-à-dire qu'ils doivent prendre en compte son ambivalence à leur égard. Au-delà de garantir la sécurité, ils ne doivent être ni prioritaires ni trop ambitieux. Cela requiert une connaissance précise des échecs et des réussites, mêmes transitoires, des traitements antérieurs. De trop grandes ambitions risquent de décourager tous les intervenants, de renforcer le sentiment d'impuissance et du caractère inexorable de la maladie avec le risque d'échappement au traitement. Dans une perspective de réduction des risques, la définition de critères somatiques de sécurité propres à la situation spécifique de chaque patiente est essentielle. Il est souhaitable d'anticiper avec la patiente et ses proches les mesures qui seraient prises en cas de mise en danger. Il s'agit le plus souvent d'une hospitalisation, si possible dans une unité spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire, ou à défaut dans une unité de soins généraux travaillant en collaboration avec un service de psychiatrie de liaison. A titre indicatif, le tableau 4 détaille les principaux critères somatiques

**Tableau 4:** Principaux critères somatiques d'hospitalisation d'urgence pour les adultes (adapté d'après [44]).

Aphagie totale
Amaigrissement rapide >5 kg/mois
Indice de masse corporelle <13 kg/m <sup>2</sup>
Bradycardie sinusale <40/min
Troubles du rythme cardiaque ou anomalies ECG
Hypotension artérielle ≤80/50 mm Hg
Température corporelle ≤35°C
Troubles de l'état de conscience
Symptômes d'occlusion digestive
Anomalies biologiques:
– K <sup>+</sup> <2,5 mmol/l
– Phosphore <0,5 mmol/l
– Na <sup>+</sup> >150 mmol/l ou <125 mmol/l
– Hypoglycémies répétées et <2,5 mmol/l

d'urgence relevant d'une hospitalisation [44]. Sur le plan psychiatrique, la principale urgence est la décompensation aiguë des comorbidités psychiatriques, dont l'urgence suicidaire. La question de la non-collaboration aux soins, en cas de mise en danger, mérite également d'être anticipée, même si ce cas de figure est relativement rare. Dans cette situation, si la capacité de discernement de la patiente est altérée, ce qui est souvent le cas, des mesures légales de soins sont ordonnées. Informée de cette éventualité, il est fréquent que la patiente parvienne à mobiliser des ressources lui permettant d'améliorer suffisamment ses symptômes pour se maintenir dans une zone de sécurité.

### Amélioration de la qualité de vie

Cela passe le plus souvent par l'encouragement et le soutien de la patiente à rompre son isolement et à améliorer ses relations interpersonnelles ainsi que son fonctionnement social. Il s'agit notamment de l'aider à identifier ou à réinvestir des activités lui procurant un sentiment de plaisir et de maîtrise. Dans cette même perspective, toute mesure qui tend à promouvoir l'indépendance et l'autonomie, ce qui nécessite le plus souvent un travail conjoint avec les proches, est également bénéfique. L'amélioration de la qualité de vie passe aussi par le traitement des complications somatiques et psychiatriques. Lorsque des améliorations se dessinent dans ces différents domaines, il n'est pas rare que cela constitue pour la patiente une forte motivation à améliorer son état nutritionnel.

### Implication des proches

Vivre au contact d'une personne souffrant d'AM, et a fortiori de sa forme chronique, s'avère extrêmement éprouvant. Il est donc important de pouvoir informer et soutenir les proches tout au long de la prise en charge. L'information comprend un volet psycho-éducatif expliquant la nature et le fonctionnement de la maladie. Il est également recommandé, avec l'accord de la patiente, d'informer régulièrement les proches sur sa situation médicale et sur les objectifs thérapeutiques visés. Des entretiens conjoints permettent de travailler à améliorer la communication, celle-ci étant fréquemment marquée par un haut niveau d'expression émotionnelle générateur de beaucoup de tensions au sein de la famille [23]. Les groupes de proches (institutionnels ou associatifs) sont un outil très efficace pour rompre l'isolement, bénéficier du soutien et de l'expérience d'autres. Apprendre à diminuer ses attentes et son contrôle, s'autoriser à prendre soin de soi sont des éléments essentiels à encourager.

## Correspondance:

Dr méd. Sandra Gebhard  
Médecin cheffe,  
responsable médicale de  
l'abc

Centre vaudois anorexie  
boulimie  
1, rue du Tunnel  
CH-1005 Lausanne  
sandra.gebhard[at]chuv.ch

**Prise en charge interdisciplinaire**

Dans la mesure du possible, elle devrait être réalisée par une équipe spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire et disposant d'un programme de soins différenciés (ambulatoire, hôpital de jour et hospitalisation plein temps) permettant d'ajuster l'offre de soins aux besoins spécifiques de la patiente tout au long de son suivi. A défaut, l'équipe devrait comprendre

**L'essentiel pour la pratique**

- L'anorexie mentale (AM) peut occasionner un fort retentissement sur le développement, la santé physique, la santé psychique et le fonctionnement social.
- Elle est encore aujourd'hui associée à un haut taux de chronicité et de mortalité.
- La nature égosyntonique d'une partie des symptômes anorexiques de même que leur caractère rapidement addictif contribuent à favoriser la chronicité.
- Un diagnostic précoce et la mise en œuvre rapide d'un traitement sont les meilleurs gages de guérison.
- Dans cette perspective, les médecins généralistes/internistes et les pédiatres ont un rôle crucial.
- Les travaux récents précisant les différents stades d'évolution de l'AM, de l'état à haut risque à la chronicité, ouvrent la voie à la mise en œuvre de stratégies thérapeutiques ajustées et spécifiques aux besoins des patientes. Cela devrait permettre à terme de diminuer le risque d'une évolution vers la chronicité et d'améliorer la prise en charge des patientes pour lesquelles celle-ci n'a pas pu être enrayée.
- Quel que soit le stade de la maladie, les traitements devraient s'articuler autour d'une équipe interdisciplinaire comprenant au minimum un médecin généraliste/interniste ou un pédiatre, un psychiatre ou un pédopsychiatre et un diététicien.
- Aux stades précoces de la maladie, le traitement psychiatrique qui s'est révélé être le plus efficace pour les adolescentes est la thérapie centrée sur la famille.
- Le traitement des patientes souffrant d'AM chronique devrait se centrer sur la réduction des risques et l'amélioration de la qualité de vie.
- Des approches novatrices de neuromodulation comme la stimulation cérébrale profonde ou la stimulation magnétique transcrânienne se développent pour les cas les plus sévères [46].
- Pour trouver les principales adresses des structures thérapeutiques spécialisées dans le traitement de l'AM en Suisse, le lecteur est invité à se reporter aux informations fournies par l'association professionnelle *Réseau Expert Suisse Troubles Alimentaires (RESTA)* ([www.tr-alimentaires.ch](http://www.tr-alimentaires.ch)).

un psychiatre, un médecin généraliste/interniste et un diététicien. Un point central est que les différents intervenants doivent coordonner leur intervention autour d'objectifs conjoints. C'est un travail de réseau qui doit prévaloir dans lequel la qualité de la communication est un élément crucial. Traiter ces patientes requiert beaucoup de patience et d'énergie tant les progrès sont souvent lents (et parfois même transitoires) à se dessiner. Il faut de surcroît faire preuve de bonnes capacités à faire face à l'angoisse que peut susciter la responsabilité de se charger de patientes qui peuvent régulièrement se mettre en danger de mort. L'absence de progrès significatifs peut exposer à la frustration voire à la colère, au découragement ou au sentiment d'incompétence avec à la clé, le risque de désinvestir sa patiente et de fragiliser l'alliance thérapeutique [45]. Dans ce contexte, le travail en équipe et le recours à des supervisions s'avèrent capitaux [14]. Ce n'est qu'à ce prix qu'il est possible de maintenir l'espoir indispensable pour soutenir ces patientes et leur permettre d'avancer vers un avenir meilleur si ce n'est vers la guérison.

**Remerciements**

Nous tenons à remercier la Dre Pauline Coti Bertrand pour ses précieux conseils dans la définition des facteurs d'urgence somatique ainsi que Mme Sandra Ducommun pour son aide dans la mise en forme de cet article.

**Disclosure statement**

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

**Crédit photo**

© Hayati Kayhan | Dreamstime.com

**Références recommandées**

- Treasure J, Cardi V, Leppanen J, Turton R. New treatment approaches for severe and enduring eating disorders. *Physiology & behavior*. 2015;152(Pt B):456–65.
- Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(12):1099–111.
- Wonderlich S, Mitchell JE, Crosby RD, Myers TC, Kadlec K, Lahaise K, et al. Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: a clinical overview. *Int J Eat Disord*. 2012;45(4):467–75.
- Treasure J, Stein D, Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Interv. Psychiatry*. 2015;9(3):173–84.
- Lock J, Le Grange D. *Treatment Manual for anorexia nervosa. A family-based approach*. 2nd edition ed. New York: Guilford Publications; 2013.

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).

## Références

1. Halmi KA, Agras WS, Crow S, Mitchell J, Wilson GT, Bryson SW, et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(7):776–81.
2. Strober M. The chronically ill patient with anorexia nervosa : development, phenomenology and therapeutic considerations. In: Grilo CMaM, J. E., editor. *The Treatment of eating disorders : a clinical handbook*. New York: Guilford; 2010. p. 225–38.
3. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(7):724–31.
4. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American journal of psychiatry*. 2002;159(8):1284–93.
5. Fassino S, Piero A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC psychiatry*. 2009;9:67.
6. Williams KD, Dobney T, Geller J. Setting the eating disorder aside: an alternative model of care. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*. 2010;18(2):90–6.
7. American-Psychiatric-Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
8. Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) [Internet]. 2012. Available from: [http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung\\_bewegung/05207/13287/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/13287/index.html?lang=de).
9. Walsh BT, Attia E, Glasofer DR, Sysko R. *Handbook of assessment and treatment of eating disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2016.
10. Zhu Y, Hu X, Wang J, Chen J, Guo Q, Li C, et al. Processing of food, body and emotional stimuli in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(6):439–50.
11. Yager J, Devlin MJ, K.A. H, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P, et al. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Guideline watch. 3rd edition: APA Practice guidelines; 2012.
12. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders [Internet]. 2004. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg9/evidence/full-guideline-243824221>
13. Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale : Prise en charge [Internet]. 2010. Available from: [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)
14. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2014;48(11):977–1008.
15. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The lancet Psychiatry*. 2015;2(12):1099–111.
16. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological medicine*. 2013;43(12):2477–500.
17. Abbate-Daga G, Amianto F, Delsedime N, De-Bacco C, Fassino S. Resistance to treatment and change in anorexia nervosa [corrected]: a clinical overview. *BMC psychiatry*. 2013;13:294.
18. Brockmeyer T, Holtforth MG, Bents H, Kammerer A, Herzog W, Friederich HC. Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*. 2012;53(5):496–501.
19. Treasure J, Cardi V, Leppanen J, Turton R. New treatment approaches for severe and enduring eating disorders. *Physiology & behavior*. 2015;152(Pt B):456–65.
20. Lask B, I. F. *Eating disorders and the brain*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
21. Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature reviews Neuroscience*. 2009;10(8):573–84.
22. Klump KL, Culbert KM, Slane JD, Burt SA, Sisk CL, Nigg JT. The effects of puberty on genetic risk for disordered eating: evidence for a sex difference. *Psychological medicine*. 2012;42(3):627–37.
23. Treasure J, Schmidt U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of eating disorders*. 2013;1:13.
24. Walsh BT. The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry*. 2013;170(5):477–84.
25. Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with carer distress. *The International journal of eating disorders*. 2008;41(3):233–42.
26. Titova OE, Hjorth OC, Schioth HB, Brooks SJ. Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies. *BMC psychiatry*. 2013;13:110.
27. Treasure J, Stein D, Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early intervention in psychiatry*. 2015;9(3):173–84.
28. King JA, Geisler D, Ritschel F, Boehm I, Seidel M, Roschinski B, et al. Global cortical thinning in acute anorexia nervosa normalizes following long-term weight restoration. *Biol Psychiatry*. 2015;77(7):624–32.
29. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsater H, Gillberg C, Rastam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009;194(2):168–74.
30. Lock J, Le Grange D. *Treatment Manual for anorexia nervosa. A family-based approach*. 2nd edition ed. New York: Guilford Publications; 2013.
31. Neubauer K, Weigel A, Daubmann A, Wendt H, Rossi M, Lowe B, et al. Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: are there differences according to age of onset? *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*. 2014;22(4):292–8.
32. Jones M, Volker U, Lock J, Taylor CB, Jacobi C. Family-based early intervention for anorexia nervosa. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*. 2012;20(3):e137–43.
33. Zipfel S, Wild B, Gross G, Friederich HC, Teufel M, Schellberg D, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9912):127–37.
34. Stice E, Becker CB, Yokum S. Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *The International journal of eating disorders*. 2013;46(5):478–85.
35. Stice E, Rohde P, Shaw H, Marti CN. Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorder symptoms and unhealthy weight gain among female college students. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012;80(1):164–70.



36. Carter JC, Mercer-Lynn KB, Norwood SJ, Bewell-Weiss CV, Crosby RD, Woodside DB, et al. A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: implications for relapse prevention. *Psychiatry research*. 2012;200(2-3):518–23.
37. Giel KE, Leehr EJ, Becker S, Herzog W, Junne F, Schmidt U, et al. Relapse prevention via videoconference for anorexia nervosa - findings from the RESTART pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015;84(6):381–3.
38. Tchanturia K, Lounes N, Holtum S. Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: a systematic review. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*. 2014;22(6):454–62.
39. Anderson LM, Crow SJ, Peterson CB. The impact of meal consumption on emotion among individuals with eating disorders. *Eating and weight disorders : EWD*. 2014;19(3):347–54.
40. Wonderlich S, Mitchell JE, Crosby RD, Myers TC, Kadlec K, Lahaise K, et al. Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: a clinical overview. *The International journal of eating disorders*. 2012;45(4):467–75.
41. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*. 2013;43(12):2501–11.
42. Dawson L, Rhodes P, Touyz S. The recovery model and anorexia nervosa. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2014;48(11):1009–16.
43. Bonsack C, Favrod J. De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique*. 2013;89(3):54.
44. Giusti V, Gebhard S. [Anorexia: somatic assessment and management]. *Revue medicale suisse*. 2011;7(288):711–5.
45. Thompson-Brenner H, Satir DA, Franko DL, Herzog DB. Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature. *Psychiatric services*. 2012;63(1):73–8.
46. McClelland J, Bozhilova N, Campbell I, Schmidt U. A systematic review of the effects of neuromodulation on eating and body weight: evidence from human and animal studies. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*. 2013;21(6):436–55.