

# Actualités sur la prise en charge de l'anorexie: de nouvelles pratiques?



---

Dr Jean Pierre BENOIT

Maison des adolescents

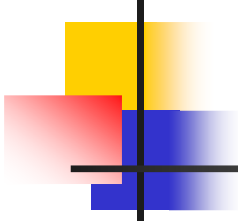
29 janvier 2011



# Actualités:

---

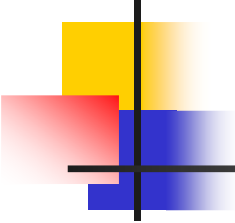
- Évolution vers une plus grande codification des pratiques  
(Guidelines internationaux Nice 2004, APA 2006, HAS 2010)
- Changement de regard sur la famille
- Changement des pratiques de soin hospitalières
- Changements de la nosologie



# Évolution vers une codification des pratiques: (1)

---

- Méthode de soin recommandée à l'adolescence: « A team approach ».  
( APA , Golden, 2003)
- Les soins « inter », « trans », ou « multidisciplinaires »:
  - Multidisciplinarité: juxtaposition des pratiques.
  - Inter/trans disciplinarité : les disciplines agissent ensemble en se modifiant les unes les autres pour le soin d'un même sujet.
- Médecin somaticien:
  - Examen physique. Statut nutritionnel. Risque somatique.
  - Conversation avec le patient sur son corps, lieu où le patient clive sa difficulté.
- Médecin psychiatre:
  - établissement d'une alliance thérapeutique: attitudes empathiques, regard positif, réassurance et étayage. ( APA, 2006)



# Évolution vers une codification des pratiques: (2)

---

- Toute prise en charge doit être initialement ambulatoire sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique (Godart, 2008).
- Indications d'hospitalisation ont été précisées:  
(Fiche de synthèse HAS /Afdas Tca.)
  - Indications somatiques
  - Indications psychiatriques
  - Indications générales
- Dénutrition sévère:
  - priorité au retour à la « zone de sécurité » somatique.
  - L'approche psychothérapique se limitera alors à du soutien (compréhension empathique, explications, encouragements, et tout autre renforcement positif) (Ebeling, 2003).



# Changement de regard sur la famille (1) :

---

- Antérieurement:
  - stigmatisation de la famille enfermée dans un déterminisme causaliste.
- « Familles psychosomatiques »: (Minuchin 1978), (Selvini Palazzoli, 1974)
  - unité de façade, mais coalitions intra-familiales.
  - phénomènes de surprotection et d'enchevêtrement.
  - mère surprotectrice, père absent.



# Changement de regard sur la famille (2) :

---

- Étiologie multifactorielle dite « biopsychosociale » de l'anorexie:
  - La famille est un facteur étiologique parmi d'autres, mais d'autant plus important que la patiente est jeune.
- Nouveaux travaux sur la famille:
  - diversité des figures familiales (Cook-Darzens, 2005)
- Thérapies familiales ambulatoires dans l'anorexie récente de l'adolescent : Efficacité supérieure aux traitements individuels.  
(critère A en EBM) (Russel , 1987) (Eisler, 2000)
- Travaux du Maudsley Hospital de Londres:
  - action thérapeutique sur les parents: redonner des compétences pour parvenir à prendre en charge l'anorexie de leur enfant.
  - restauration du fonctionnement familial.



# Évolution des protocoles d'hospitalisation (1) :

---

- Au 19<sup>e</sup> siècle :
  - Isolement recommandé par Charcot (Silverman , 1997)
  - L'anorexie était considérée comme un symptôme hystérique
- Aujourd'hui: anorexie comme trouble de la structure, conflit identitaire: (Corcos, 2002)
  - recommandations de contrats comportementaux légers: ex: temps de repos allongé prolongés en l'absence de reprise de poids (Touyz , 1984)
- De l'isolement à la séparation: (Godart, 2005)
  - La séparation n'est pas l'isolement, le patient est en relation avec les patients et les soignants, il pratique des ateliers de groupe.
  - Ses parents sont reçus par l'équipe, avec ou sans lui.
  - 1: Poids de levée de séparation    2: Poids de sortie



# Évolution des protocoles d'hospitalisation (2):

---

- Echec des traitements dans des cas dits « d'anorexies difficiles »
- Remise en question des protocoles de séparation  
(Doyen 1999) (Le Heuzey 2002)
- Réponses thérapeutiques négatives: (Askenazy, 2007)
  - Rigidification des défenses, Appauvrissement rapide des affects
  - Aggravation anorexique parfois réanimatoire
  - Grande fragilité narcissique
  - Défenses plus complexes que les seuls déni et projection.
- Anorexies pré-pubères (Corcos, 2001)
  - Modalités régressives liées à l'immaturation affective
  - Angoisse de séparation, souffrance dépressive contre-productive





# Évolution des protocoles d'hospitalisation (3):

---

- Protocoles hospitaliers incluant les thérapies familiales (Cook Darzens 1999) (Halvorsen 2004)
- La thérapie familiale, (ou toute forme d'intervention auprès de la famille) doit faire partie de la prise en charge de l'anorexie mentale des enfants et des adolescents (Nice 2004, APA 2006, )
- Maison des adolescents
  - Protocole de contrat de poids sans séparation:
    - poids de sortie, cinétique de reprise pondérale
    - Visites libres de la famille et permissions
    - Dès le premier jour d'hospitalisation
    - Entretiens familiaux et/ou thérapie familiale



# Évolution nosologique (1): Anorexie boulimie : DSM 5

---

- Entrée des troubles infra cliniques: EDNOS  
(Eating Disorder Non Other Specified= Troubles alimentaires non spécifiques)
- Anorexie:
  - Restriction sans critère quantitatif : < poids minimum pour âge et taille. (DSM4 <85 % du poids attendu, BMI <17,5 ).
  - Disparition du critère aménorrhée
- Boulimie:
  - Une crise par semaine ( DSM4: 2 crises par semaine)



# Évolution nosologique (2): Concept de « Binge Eating »:

---

- « Hyperphagie boulimique » en français : DSM 5 ?
  - Critères:
    - Obésité
    - Crises boulimiques 1/ semaine sans conduites purgatives
  - Profil clinique:
    - Plus d'hommes que dans l'anorexie
    - début plus tardif, sujets plus âgés
  - Traitement différent de la perte de poids recommandée dans l'obésité. Ex: efficacité des antidépresseurs



# Des recommandations..... au « real world » :

---

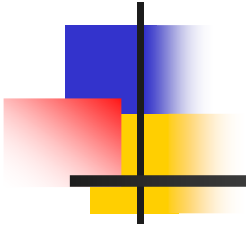
- Les recommandations de bonne pratique:
  - Études centrées sur les symptômes et leur évolution
- « Le real world »: le sujet, le patient singulier (APA 2006)
  - Comorbidités dépressives , anxieuses
  - Troubles de la personnalité associés
  - Syndromes atypiques
  - Histoire subjective



# Brochures/ Réseaux:

---

- Publications HAS      AFDAS/ TCA:
  - Anorexie mentale : prise en charge - Argumentaire
  - Fiche de synthèse 1 : Repérage de l'anorexie
  - Fiche de synthèse 2: Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge
  - Fiche de synthèse 3 : Critères d'hospitalisation à temps plein
  - Document destiné aux familles et au patient
  - [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_985715/anorexie-mentale-prise-en-charge](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/anorexie-mentale-prise-en-charge)
  
- Réseaux et Associations:
  - Réseau « TCA Francilien » : <http://www.reseautca-idf.org>
  - AFDAS TCA: <http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr>



---

MERCI DE VOTRE ATTENTION



# Bibliographie:

---

- **HAS:** Recommandations de bonne pratique dans l'anorexie mentale: Juin 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)
- **APA:** American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of patients with eating disorders - third edition. Am J Psychiatry 2006;163(7 Suppl):4-54. 132.
- **NICE :** National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: January 2004.
  
- Askenazy F. Expérience de vie séparée sans rupture pour l'anorexique, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2009, doi:10.1016:j.neurenf.2008.11.09
- Askenazy F. Prise en charge de l'anorexie mentale de l'adolescent quand le pronostic vital est engagé. 2007, 55, 144-148.
- Brusset : « Quelle est la place de la psychanalyse dans le traitement actuel de l'anorexie mentale? » Sem Hop Paris 1984; 60 : 2183-6.
- Cook-Darzens S., Self perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents : implication for therapy. European Eating Disorder review, 2005, 13, 223-236.
- Cook-Darzens S., Prise en charge des familles difficiles dans l'anorexie mentale: La consultation familiale intégrée. Neuropsychiat. Enfance Adolesc., 1999, 47 (7-8), 334-341.
- Corcos M. Trouble des conduites alimentaires à l'adolescence. Encycl Med Chir Psychiatrie/pedopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, 15p.



# Bibliographie:

---

- Corcos M. Pourquoi séparer l'anorexique de son entourage? Entretien avec M. Corcos par C. Maillard , Le concours médical, Tome 125-12, Avril 2001, P 706-709.
- Corcos M. Le contrat de soin dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale: Séparation-réappropriation-subjectivation. *Adolescence*, 2006, 24, 2, 385-404.
- Crisp AH ; A controlled study of the effects of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *BJP* 1991 ; 159 : 325-33.
- Corcos: « Le corps absent ». Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Paris Dunod 2000.
- Doyen C.: Anorexia nervosa in children and adolescent: new therapeutic approaches. *Arch pediatr* 1999;6:1217-23.
- Gowers SG : Impact of the outcome of adolescent anorexia nervosa, *BJP* 2000, 176: 138-141.
- Ebeling H: A practice guideline for treatment of eating disorders in children and adolescents. *Ann Med* 2003;35(7):488-501





# Bibliographie:

---

- Eisler I.(1997), “ Family and individual therapy in anorexia nervosa; a five year follow-up ”, Archives of General Psychiatry, 54, 1025-1030.
- EislerI. (2000) “ Family Therapy for adolescents anorexia nervosa ” : The results of a controlled comparison of two faily interventions ”, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41 (6), 727-736.
- Golden NH : Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health 2003; 33:496-503.
- Godart N, Prise en charge des troubles des conduites alimentaires chez les adolescentes. Rev Prat 2008;58(2):177-82.
- GULL WW Anorexia Nervosa (Asepsia Hystérica, anorexia hystérica). Transactions of the clinical society of London 1874; 7: 22-8.
- Halmi K.A.. Treatment of Anorexia Mervosa with behavior modifications. Arch. Gen. Psychiatry. 1975; 32; 93-6.
- Halvorsen I.: Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2004 ; Volume 13, Number 5, 295-306.
- Jeammet P. Contrat et contraintes : dimension psychologique de l’hospitalisation dans le traitement de l’anorexie mentale; Psychologie française, 1984. 32, (5-6) 299-303
- Jeammet P. Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires, Neuropsychiatrie de l’enfance, 1993, 41 5-6, 235-244.
- Jeammet : « L’anorexie mentale. EMC Psychiatrie 37-350 A 10 et A 15,2. 1984.



# Bibliographie:

---

- Kabuth B. Traitement de l'anorexie mentale de la jeune fille: de la Lorraine à la Californie, *Adolescence*, 2006, 24, 2, 405-419.
- LASEGUE C : « De l'anorexie Hystérique » *Arch Gen. Med.* 1873; 1; 385-403.
- Le Heuzey M.F. : Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ? *AnnMed Psychol (Paris)* 2002. 160: 327-331
- Minuchin S.: *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.* Cambridge, Harvard University Press, 1978.
- Robin A.L. Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 1998 ; 38 : 1842-9.
- Russel G.F.M. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987,44, 1047-1056.
- Silverman J. : Charcot's comments on the therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa *Int J Eat Disord* 1997; 21 : 295-8.
- Tiller J; Compulsory treatment of Anorexia nervosa: compassion or coercion? *BJP* 1993; 162 : 679-680;
- Touyz SW., A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 517-520.