



Anorexie mentale et boulimie : l'expérience vaudoise d'une prise en charge interdisciplinaire

Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 381-4

S. Gebhard
Y. Dorogi, V. Giusti
D. Stagno, M. Lanz
D. Schmidt
C. Monney Chaubert
J. Laget
P.-A. Michaud
F. Stiefel

Anorexia and bulimia: the canton of Vaud's experience of an interdisciplinary approach

As psychiatric disorders attacking the body, anorexia and bulimia may have severe psychological, physical and social consequences, often requiring a long-standing interdisciplinary, coordinated and individualized approach. Recently the canton of Vaud has initiated and developed an interinstitutional structure – between the University Hospital (CHUV) and the hospitals of the Northern region of the canton (eHnv) – for the care of patients suffering from eating disorders. This structure, allowing the above mentioned approach for the treatment of eating disorders, consists of an outpatient facility located in the CHUV and an inpatient unit in the hospital of Saint Loup of the eHnv. Within this structure, the general practitioner plays a crucial role in the prevention of the chronification of these disorders by means of their early detection and management.

a La proportion de femmes touchées par l'anorexie mentale (AM) ou la boulimie (BM) étant très largement supérieure à celle des hommes, le féminin a été choisi pour désigner les personnes qui en souffrent.

Maladies psychiatriques qui s'attaquent au corps, l'anorexie mentale et la boulimie peuvent avoir de graves conséquences aussi bien psychiques, physiques que sociales. Elles requièrent une prise en charge interdisciplinaire, coordonnée et modulable, souvent sur plusieurs années. Récemment, le canton de Vaud s'est doté d'une structure de soins interinstitutionnelle, regroupant le CHUV et les Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv), permettant de remplir ces conditions. Il s'agit de l'abC «anorexie boulimie Centre vaudois» qui comprend un pôle ambulatoire sur le site du CHUV et un pôle hospitalier sur le site de Saint-Loup des eHnv. Dans ce dispositif, l'omnipraticien joue un rôle central, notamment dans la détection et la prise en charge précoces de ces affections afin de minimiser leur propension à évoluer vers la chronicité.

INTRODUCTION

Icônes décharnées des magazines, enfants capricieuses fruits d'une éducation laxiste, l'anorexie mentale (AM) et la boulimie (BM) sont encore trop souvent perçues comme une mode, un style de vie, voire un avatar de notre société de consommation postmoderne. Si on y ajoute l'ambivalence ou le déni que les patientes^a entretiennent très fréquemment avec leur maladie, on peut comprendre que nombre de soignants éprouvent irritation et découragement lorsqu'ils y sont confrontés. Loin de tous ces clichés, l'AM, surtout, mais aussi la BM sont des maladies au potentiel dévastateur. Débutant le plus souvent à l'adolescence ou aux premières années de l'âge adulte, elles peuvent avoir de graves conséquences aussi bien psychiques, physiques que sociales.¹⁻⁴ De plus, l'AM a le triste privilège d'être la maladie psychiatrique la plus létale avec un taux de mortalité prématurée de 15%, les décès étant la conséquence de la dénutrition ou d'un suicide.⁵ Très exposées médiatiquement mais encore mal connues médicalement, l'AM et la BM méritent que l'on s'y intéresse et que l'on se donne les moyens de les traiter.

Maladies psychiatriques qui s'attaquent au corps, les troubles du comportement alimentaire se situent à l'interface entre psyché et soma. Si près de 50% des patientes anorexiques sont guéries et que 25 à 30% sont améliorées par un traitement approprié, celui-ci est le plus souvent long (sur plusieurs années) et régulièrement marqué par des rechutes.^{5,6} La stratégie de soins se doit donc d'être interdisciplinaire, coordonnée et modulable.

INTERDISCIPLINARITÉ ET SOINS SPÉCIALISÉS

Récemment, et sous l'égide du Département de la santé et de l'action sociale, le canton de Vaud s'est doté d'une nouvelle structure de soins: l'abC (anorexie boulimie Centre vaudois). Née de la collaboration du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et des Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv), elle comprend une consultation ambulatoire interdisciplinaire (psychiatrique et psychothérapeutique, somatique, nutritionnelle et sociale) pour adultes sur le



site du CHUV et une unité hospitalière de douze lits pour adultes et adolescentes dès seize ans sur le site de Saint-Loup des eHnV (commune de Pompaples). Ces ressources viennent compléter celles déjà existantes pour les enfants et les adolescentes, dispensées par les unités de soins pédopsychiatriques du canton. Les hospitalisations pour adolescentes souffrant d'AM ou de BM sont aujourd'hui coordonnées par le Service universitaire de psychiatrie pour enfants et adolescents (SUPEA), en lien avec l'Unité multidisciplinaire de santé pour adolescents (UMSA), et peuvent être réalisées, selon l'évaluation de chaque situation (histoire, sévérité et contexte de la maladie, urgence, proximité géographique, âge, comorbidité psychiatrique...) soit à l'Unité hospitalière psychiatrique pour adolescents (UHPA) du CHUV, soit dans les unités d'hospitalisation pédopsychiatriques d'Yverdon et d'Aigle ou bien en pédiatrie à l'Hôpital de l'enfance et au CHUV ou encore à l'abC.

Dans un avenir proche, le dispositif actuel de l'abC sera complété par un centre de jour qui accueillera adultes et adolescentes dès treize ans. Entre autres objectifs, il permettra d'éviter un certain nombre d'hospitalisations, d'en raccourcir la durée et, par là, de maintenir au maximum les patientes dans leur cadre de vie habituel, limitant le risque de désocialisation et de rupture scolaire ou professionnelle. Il constituera également une étape transitoire cruciale facilitant le passage si délicat de l'hospitalisation vers les soins ambulatoires dont on sait qu'il est trop souvent associé à la résurgence ou l'aggravation de la symptomatologie alimentaire.

Pour conseiller et renseigner sur toute l'offre de soins vaudoise pour l'AM et la BM, un numéro de téléphone unique à destination des professionnels de la santé a été créé, il s'agit du 0848 282 282. Cette ligne téléphonique fonctionne tous les jours ouvrables de 9 heures à 11 heures. Elle relie les professionnels à un spécialiste de l'abC qui peut orienter les patientes, répondre à des questions, conseiller ou organiser des évaluations ambulatoires (psychiatriques, somatiques ou sociales pour adultes et adolescentes).

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE

Les objectifs thérapeutiques de l'abC sont les suivants :

- Le traitement psychiatrique et psychothérapeutique de l'AM et de la BM, mais également des comorbidités psychiatriques qui y sont très fréquemment associées.
- La prévention/le traitement des complications somatiques parmi lesquelles figurent les troubles électrolytiques, le retard de croissance, l'infertilité ou l'ostéoporose.
- La renutrition avec restauration d'un poids physiologique et la normalisation/l'amélioration des conduites alimentaires.
- La prévention/le traitement de la désinsertion sociale, scolaire ou professionnelle.
- La prévention de la rechute.

Pour remplir ces tâches, l'abC peut compter sur une équipe interdisciplinaire travaillant en synergie et regroupant psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, somaticiens, infirmiers, diététiciens, assistants sociaux, ergothérapeute et physiothérapeute.

Chaque prise en charge à l'abC débute par un bilan psychiatrique et somatique auquel s'ajoutent si nécessaire des bilans nutritionnel et social. A leur terme, les objectifs, le cadre et la stratégie thérapeutiques sont définis en collaboration avec la patiente. La coordination des différents intervenants est habituellement (mais pas nécessairement) assurée par un psychiatre. En fonction de l'évolution, la situation de la patiente est régulièrement réévaluée en réseau et son traitement adapté. La nature et l'intensité du traitement doivent être ajustées à l'état somatique ; il est en effet irréaliste d'entreprendre ou de poursuivre une psychothérapie avec une patiente fortement dénutrie dont les capacités cognitives sont altérées.

La principale urgence psychiatrique est la crise suicidaire. Elle est d'autant plus grave que l'AM et la BM sont très fréquemment associées à des comorbidités psychiatriques dont les plus fréquentes sont la dépression, les troubles anxieux (dont le trouble obsessionnel compulsif), les troubles de la personnalité et les toxicodépendances.¹⁻³ Les critères d'urgence somatique sont résumés dans le **tableau 1**.^{7,8}

HOSPITALISATION

L'hospitalisation ne concerne qu'une minorité de patientes. Dans tous les cas, elle ne constitue qu'une étape dans le processus thérapeutique et, dans ce sens, elle doit nécessairement être suivie par un traitement ambulatoire. Hormis dans les situations d'urgence, l'hospitalisation est anticipée et planifiée avec la patiente et, si souhaitable et possible pour les adultes (obligatoirement pour les adolescentes), avec ses proches (parents ou conjoints). A cette occasion, les objectifs en termes psychiatriques, somatiques, nutritionnels et pondéraux sont définis. Dans la très grande majorité des cas, les admissions se font sur un mode volontaire. Exceptionnellement, on peut être amené à recourir à une hospitalisation sous contrainte dès lors qu'il y a un danger vital et que la patiente ne possède plus sa capacité de discernement, par exemple à cause d'un déni massif qui lui interdit de collaborer aux soins qui lui sont proposés.

Les principales indications somatiques à une hospitalisation sont celles de l'urgence (**tableau 1**). Quant aux indications psychiatriques, les principales sont les suivantes :

- Echec des prises en charge ambulatoires avec notamment persistance d'une perte pondérale ou stagnation d'un

Tableau 1. Critères d'urgence somatique

- Aphagie totale
- Amaigrissement très rapide (> 5 kg/mois)
- Indice de masse corporelle < 13 kg/m²
- Bradycardie sinusale < 40/min, trouble du rythme cardiaque
- Troubles électrolytiques :
 - Potassium < 2,5 mmol/l
 - Phosphore < 0,5 mmol/l
 - Sodium < 125 mmol/l ou > 150 mmol/l
 - Hypoglycémies répétées < 2,5 mmol/l
- Température centrale < 35 °C
- Troubles de l'état de conscience



état de dénutrition. Il peut s'agir chez la patiente d'une incapacité à modifier son comportement alimentaire (ce que l'on observe fréquemment dans les états de dénutrition avancée) ou d'un refus de collaborer aux soins proposés, par exemple dans le cadre d'un état de déni profond quant à sa maladie.

- Apparition ou majoration d'une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive, d'automutilations ou d'idées suicidaires.
- Incapacité à réfréner une hyperactivité, un comportement purgatif (vomissements provoqués, abus de laxatifs et/ou de diurétiques), une potomanie ou des crises de boulimie qui se succèdent les unes après les autres (état de mal boulimique).
- Etat d'épuisement de la patiente ou de son entourage.
- Nécessité de retirer au moins temporairement la patiente d'un environnement stressant (conflit, voire violence familiale/conjugale, précarité sociale, solitude, situation de deuil, échec scolaire ou professionnel...).

Comme pour les prises en charge ambulatoires, le traitement est de nature interdisciplinaire. Un accent tout particulier est mis sur les approches groupales et les médiations (corporelles avec la physiothérapie et créatrices avec l'ergothérapie). Le groupe s'avère en effet bien adapté à des patientes dont la psychopathologie de base est étroitement liée à une structuration identitaire et narcissique déficitaire débouchant sur une incapacité à mener à bien le processus normal de séparation-individuation et donc à nouer des relations interpersonnelles adéquates.^{9,10} Dans ce sens, le groupe au travers des échanges avec leurs pairs leur permet de faire l'expérience d'un jeu identificatoire structurant pour le Moi. Il facilite de surcroît l'expression et la régulation des affects, améliore l'estime et la confiance en soi et leur apprend à contenir peu à peu le besoin de recourir à l'agir et au symptôme. Quant aux médiations, elles permettent l'exploration d'affects, de perceptions et de sensations très largement occultés par le clivage soma/psyché imposé par la maladie. Leur remise en communication et en lien est donc un enjeu capital du traitement.

L'Unité hospitalière de l'abC a la chance de pouvoir travailler en étroite collaboration avec le Service de médecine interne du site de Saint-Loup des eHnv. Il assure le suivi somatique de nos patientes tout au long de leur séjour.

CONCLUSION

Ni modes ni caprices, l'AM et la BM sont des maladies qui nous obligent à rencontrer nos patientes dans leur globalité et leur complexité. Elles nous imposent l'interdisciplinarité et la mise en synergie de nos compétences, de notre détermination et souvent de notre patience. On n'insistera jamais assez sur l'importance de la détection et de la prise en charge précoces qui seules permettront de limiter la propension de ces maladies à évoluer vers la chronicité. A ce titre, le rôle des médecins omnipraticiens est naturellement déterminant. Quant aux parents/conjoints, ils seront le plus souvent de précieux partenaires qu'il faudra écouter et soutenir tout au long d'un traitement semé d'embûches. ■

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les cadres du Service de médecine interne du site de Saint-Loup des eHnv (Drs Quadri, Rieder et Zuber) pour leur précieuse collaboration. Ils remercient également le Pr Gérard Waeber, chef du Service de médecine interne du CHUV pour son soutien dans la création de l'abC.

Implications pratiques

- > L'anorexie mentale (AM) et la boulimie (BM) nécessitent la mise en œuvre d'un traitement interdisciplinaire
- > L'AM est associée à un risque élevé de mortalité que ce soit du fait des conséquences somatiques de la dénutrition ou d'un suicide
- > Le cours de l'AM est fréquemment marqué par des rechutes et son traitement est long, souvent sur plusieurs années
- > L'AM et la BM sont généralement associées à des comorbidités psychiatriques (dépressions, troubles anxieux, troubles de la personnalité, toxicodépendances) qui doivent être prises en compte dans la définition du traitement
- > Les patientes souffrant d'AM ou de BM sont habituellement ambivalentes face à leur maladie, ce qui constitue souvent un obstacle à leur prise en charge

Adresses

Drs Sandra Gebhard et Yves Dorogi
Pr Friedrich Stiefel
«anorexie boulimie Centre vaudois (abC)», espace CHUV
Service de psychiatrie de liaison
Département de psychiatrie
Dr Vittorio Giusti
Consultation obésité, troubles du comportement alimentaire
Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme
Département de médecine
Dr Jacques Laget
Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA)
Département de psychiatrie
Pr Pierre-André Michaud
Unité multidisciplinaire de santé pour adolescents (UMSA)
Département médico-chirurgical de pédiatrie
CHUV, 1011 Lausanne
sandra.gebhard@chuv.ch
yves.dorogi@chuv.ch
friedrich.stiefel@chuv.ch
vittorio.giusti@chuv.ch
jacques.laget@chuv.ch
pierre-andre.michaud@chuv.ch

Drs Daniele Stagno, Mélanie Lanz et Diane Schmidt
«anorexie boulimie Centre vaudois (abC)», espace Saint-Loup
Dr Carole Monney Chaubert
Service de médecine interne
Site de Saint-Loup
Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv)
1318 Pompaples
daniele.stagno@ehnv.ch
melanie.lanz@chuv.ch
diane.schmidt@ehnv.ch
carole.monneychaubert@ehnv.ch



Bibliographie

- 1 Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010;375:583-93.
- 2 Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003;361:407-16.
- 3 * Wooside DB. A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Probl Pediatr* 1995;25:67-89.
- 4 Chamay-Weber C, Narring F, Michaud PA. Partial eating disorders among adolescents: A review. *J Adolesc Health* 2005;37:417-27.
- 5 Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 2000;355:721-2.
- 6 Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284-93.
- 7 Fisher M, Golden NH, Katzman DK, et al. Eating disorders in adolescents: A background paper. *J Adolesc Health* 1995;16:420-37.
- 8 Yager J, Andersen AE. Anorexia nervosa. *N Engl J Med* 2005;353:1481-8.
- 9 * Corcos M, Dupont ME. Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. *Nutrition clinique et métabolisme* 2007;21:190-200.
- 10 Godart N, Atger F, Perdereau F, et al. Treatment of adolescent patients with eating disorders: Description of a psychodynamic approach in clinical practice. *Eat Weight Disord* 2004;9:224-7.

* à lire

** à lire absolument