

Quelle technique de psychothérapie en ambulatoire pour les patients atteints d'anorexie mentale ?

Contexte

L'anorexie mentale se caractérise par une morbidité importante et est associée à une lourde comorbidité psychosociale¹. De toutes les affections psychiatriques, l'anorexie mentale est aussi celle qui présente le taux de mortalité le plus élevé, et le pourcentage de récurrences est important². Les guides de bonne pratique donnent la préférence à la psychothérapie³, mais son efficacité est peu étayée⁴, et les recommandations sont en majeure partie fondées sur l'expérience clinique.

Résumé

Analyse

Myriam Vervaeke, Centrum voor Eetstoornissen, Universitair Ziekenhuis Gent

Référence

Zipfel S, Wild B, Groß C, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (AN-TOP study): randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:127-37.

Population étudiée

- 242 femmes, âgées d'au moins 18 ans (âge moyen de 27,7 ans), atteintes d'anorexie mentale ou d'une forme sub-syndromique selon les critères DSM-IV et dont l'IMC se situe entre 15 et 18,5 kg/m² (IMC moyen de 16,7 kg/m² (ET 1,0)); durée de la maladie depuis plus de 6 ans pour 39% des patientes, 53% ayant une forme restrictive d'anorexie mentale, et 40% ayant au moins une affection mentale en plus; recrutées dans 10 services universitaires allemands pour prise en charge ambulatoire de médecine psychosomatique et psychothérapie
- critères d'exclusion : consommation abusive de substances; prise de neuroleptiques; trouble psychotique ou trouble bipolaire; maladie physique grave non stabilisée; traitement psychothérapeutique en cours.

Protocole d'étude

- étude multicentrique randomisée contrôlée avec 3 groupes recevant pendant 10 mois respectivement l'un des trois traitements suivants:
 - ~ thérapie psychodynamique focale (n = 80) : en allant droit au but, aider les patientes à explorer et assumer les conflits intrapsychiques et interpersonnels (comme la perte de l'estime de soi) liés à leur trouble alimentaire
 - ~ thérapie cognitivo-comportementale améliorée (n = 80) : les patientes reçoivent des informations sur le poids insuffisant et sur la diète totale et reçoivent de l'aide pour commencer à s'alimenter régulièrement de manière durable et à prendre du poids sainement
 - ~ traitement standard optimisé (n = 82) : les patientes reçoivent une liste de psychothérapeutes ayant une expérience dans le traitement des troubles alimentaires (couverts par l'assurance maladie en Allemagne) et se rendent régulièrement chez leur médecin généraliste notamment pour le suivi de leur poids; il a été demandé aux médecins généralistes d'adresser à l'hôpital les patientes ayant un IMC < 14 kg/m² et d'être attentifs à détecter les troubles psychologiques et psychiatriques chez les patientes
- suivi après 4 mois, 10 mois (fin du traitement), 13 mois et 22 mois.

Mesure des résultats

- critère de jugement primaire : IMC après 10 et 22 mois
- critères de jugement secondaires : psychopathologie générale et psychopathologie liée au trouble alimentaire, évaluées à l'aide de différentes échelles :

Question clinique

Chez les patients adultes ambulants atteints d'anorexie mentale, quels sont l'effet et la sécurité de la psychothérapie psychodynamique focale et de la thérapie cognitivo-comportementale améliorée versus le traitement habituel optimisé ?

EDI-2, SCID-I, SIAB-EX, PSR ; commentaires des patientes sur l'utilité (EVA de 0 à 10) de la thérapie psychodynamique et de la thérapie cognitivo-comportementale et sur leur durée (trop courte, adéquate, trop longue) ; résultat global sur la base du Psychiatric Status Rating (PSR) et de l'IMC (variant d'un score 3 (guérison) = PSR de 1 ou 2 + IMC > 18,5 kg/m² à un score 1 (syndrome complet d'anorexie mentale) = PSR de 5 ou 6 + IMC ≤ 17,5 kg/m²)

- analyse en intention de traiter.

Résultats

- 54 (22%) patientes sont sorties de l'étude après 10 mois (fin de la thérapie), et 73 (30%) après 22 mois de suivi (le nombre significativement le plus élevé provenant du groupe traitement standard)
- l'IMC a augmenté dans tous les groupes, tant après 10 mois (0,73 kg/m², 0,93 kg/m² et 0,69 kg/m² respectivement dans le groupe thérapie psychodynamique, dans le groupe thérapie cognitivo-comportementale et dans le groupe prise en charge habituelle) qu'après 22 mois (respectivement 1,64 kg/m², 1,30 kg/m² et 1,22 kg/m²), dans les 2 cas sans différence significative entre les groupes quant à l'augmentation de poids
- après 22 mois, la proportion de patientes avec guérison complète était significativement plus importante dans le groupe thérapie psychodynamique focale que dans le groupe prise en charge habituelle (35% contre 13%, p = 0,036).

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que la prise en charge habituelle optimisée, qui consiste en l'association d'une psychothérapie et d'une prise en charge structurée par le médecin généraliste, devrait devenir le traitement de base pour les adultes présentant une anorexie mentale. La thérapie psychodynamique focale a apporté des avantages en termes de guérison après 22 mois, et la thérapie cognitivo-comportementale améliorée a été plus efficace sur le plan de la rapidité de la prise de poids et de l'amélioration de la psychopathologie liée au trouble alimentaire. Les résultats à long terme devront à l'avenir aider à adapter et améliorer ces nouvelles stratégies thérapeutiques pragmatiques.

Financement de l'étude : German Federal Ministry of Education and Research, German Eating Disorders Diagnostic and Treatment Network.

Conflits d'intérêt des auteurs : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt pertinent pour cette publication.

Considérations sur la méthodologie

Le protocole de cette étude contrôlée randomisée satisfait à toutes les exigences méthodologiques. Les interventions et les critères d'inclusion sont décrits de manière claire. La thérapie psychodynamique et la thérapie cognitivo-comportementale se sont déroulées suivant un protocole fixe et ont été menées par des thérapeutes expérimentés. Ces derniers ont même été formés par des experts et évalués par un comité indépendant. La taille de l'échantillon a été correctement calculée, et la randomisation a été effectuée en aveugle. Toutefois, le nombre de patientes ayant un trouble anxieux concomitant était moins important dans le groupe thérapie psychodynamique focale. D'après une analyse de sensibilité, cela n'a cependant pas eu d'influence sur les résultats. Les évaluateurs avaient été bien formés à l'utilisation des instruments de mesure utilisés, et l'évaluation de l'effet a été, autant que possible, effectuée en aveugle.

La proportion de patients sortis de l'étude est acceptable, mais est néanmoins significativement plus élevée dans le groupe prise en charge habituelle optimisée. Une analyse de sensibilité n'a pas permis d'expliquer cette sélectivité dans les sorties d'étude. Lors de l'analyse en intention de traiter, une correction a été appliquée de manière valide pour tenir compte des données manquantes. Une analyse par protocole n'a pas donné de résultats différents. La durée de l'étude peut être considérée comme un problème car les troubles alimentaires demandent un suivi de 5 ans minimum après traitement⁵.

Interprétation des résultats

Ni la thérapie psychodynamique focale, ni la thérapie cognitivo-comportementale n'ont eu plus d'effet sur l'IMC que la prise en charge habituelle optimisée. Comme l'IMC est trop limité en tant que critère de jugement de l'anorexie mentale, d'autres aspects de la maladie ont également été mesurés. La synthèse des résultats de l'IMC et du PSR en statut de « guérison », de « syndrome complet » d'anorexie mentale et de « syndrome incomplet » a permis aux investigateurs de parvenir plus ou moins à

dichotomiser les résultats. Ainsi, après 22 mois, la proportion de guérisons était plus élevée dans le groupe thérapie psychodynamique focale que dans le groupe prise en charge habituelle optimisée. Selon les auteurs, ce résultat serait la conséquence du fait que les patientes atteintes d'anorexie mentale accepteraient plus facilement la psychothérapie psychodynamique parce que l'accent y est mis sur les relations interpersonnelles, sur la connaissance de ses émotions et sur l'acquisition d'une autonomie. Au contraire des autres pays européens, l'Allemagne fait plus la promotion de la psychothérapie psychodynamique que de la thérapie comportementale cognitive pour le traitement de l'anorexie mentale⁶.

Contrairement à d'autres études^{7,8}, cette étude ne montre pas de plus-value de la thérapie comportementale cognitive par rapport aux autres psychothérapies. Peut-être cela s'explique-t-il par le fait que l'aide proposée en Allemagne en cas d'anorexie mentale est très bien organisée et qu'une intervention du système de santé allemand est prévue pour la psychothérapie. Les patientes qui sont accompagnées par leur médecin généraliste reçoivent finalement peut-être autant d'aide psychothérapeutique que celles des autres groupes.

Références

1. Fitzpatrick KK, Lock J. Anorexia nervosa. *Clinical Evidence* 2011.
2. Zipfel S, Löwe B, Reas DL, et al. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 2000;355:721-2.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE clinical guideline 9. January 2004.
4. Hay P, Bacaltchuk J, Byrnes RT, et al. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 1.
5. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord* 2011;44:647-54.
6. Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord* 2013;46:462-9.
7. Galsworthy-Francis L, Allan S. Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clin Psych Review* 2014;34:54-72.
8. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, et al. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behav Res Ther* 2013;51:R2-8.

Conclusion de Minerva

Cette étude, correctement menée d'un point de vue méthodologique, montre qu'après un an, il n'y a pas de différence en termes de prise de poids chez les patientes anorexiques adultes qui, pendant 10 mois, ont été traitées en ambulatoire par une thérapie psychodynamique focale, par une thérapie cognitivo-comportementale ou par une prise en charge habituelle optimisée. Les patientes de ce dernier groupe semblent avoir finalement reçu autant d'aide psychothérapeutique.

Pour la pratique

NICE recommande que toute forme d'aide psychologique dans le traitement de l'anorexie mentale soit accompagnée d'une surveillance régulière du statut physique du patient (entre autres son poids) et soit maintenue durant au moins 6 mois³. Tout traitement psychologique doit viser à diminuer le risque, encourager la prise de poids et une alimentation saine, réduire les autres symptômes liés au trouble alimentaire et favoriser la guérison psychologique et physique³. Le patient et l'intervenant doivent tous deux être impliqués dans le choix du type de psychothérapie (thérapie comportementale cognitive, thérapie interpersonnelle, thérapie psychodynamique focale, intervention familiale)³. L'étude analysée ici soutient le rôle central du médecin généraliste dans la surveillance physique et dans l'accompagnement psychologique du patient, elle ne montre pas de plus-value d'une forme déterminée de psychothérapie.