

Facteurs prédictifs de rupture de contrat thérapeutique chez les patientes hospitalisées pour troubles du comportement alimentaire

Predictive factors of dropout in inpatients admitted for eating disorders

Huas C¹, Foulon C², Fedorowicz V², Guelfi J-D³, Dardennes R³, Divac-Snezana M⁴, Rouillon F³, Falissard B⁵

Résumé

Contexte : Une hospitalisation pour troubles du comportement alimentaire est encadrée par un contrat thérapeutique. Les ruptures de ce contrat, cliniquement de mauvais pronostic, sont fréquentes et coûteuses.

Objectif : identifier des facteurs prédictifs de rupture de contrat thérapeutique.

Méthodes : Pour chacune des 916 patientes (CIM-10) consécutivement hospitalisées pour anorexie mentale (n = 333), boulimie (n = 313) et boulimie atypique (n = 270) des données sociodémographiques, cliniques et psychométriques, ont été recueillies en début d'hospitalisation. L'analyse descriptive et univariée a utilisé le logiciel SAS. Deux modèles multivariés (anorexie mentale / boulimie et boulimie atypique) ont été étudiés (logiciel R 2.1.1).

Résultats : Parmi les 916 patientes, 60 % ont rompu leur contrat thérapeutique. Dans le premier modèle, les variables significativement associées à la rupture étaient les sous-types de troubles du comportement alimentaire, l'âge d'hospitalisation, l'indice de masse corporelle (IMC) minimal et l'IMC idéal (correspondant à l'IMC idéal du patient après traitement, demandé en début d'hospitalisation). Le deuxième modèle est le premier publié sur des patientes hospitalisées pour boulimie atypique. Aucune des échelles psychométriques n'avait de valeur prédictive.

Conclusion : Les caractéristiques des patientes sont proches de celles décrites dans la littérature. Les résultats du modèle multivarié sont discutés, notamment l'absence de pouvoir prédictif des échelles psychométriques. Variable novatrice, l'IMC idéal signifie que plus une patiente maigre se déclare prête à prendre du poids en début d'hospitalisation, plus elle respectera son contrat. Cette étude souligne l'importance de la préparation en amont de l'hospitalisation, notamment en termes de reconnaissance de la maladie par les malades.

Prat Organ Soins 2008;39(1):23-32

Mots-clés : Anorexie mentale ; anorexie ; boulimie ; comportement alimentaire ; protocole thérapeutique ; indice de masse corporelle ; relation professionnel de santé-patient ; participation du patient.

Summary

Background: Treatment for inpatients presenting an eating disorder usually implies a therapeutic contract. However, treatment dropout is frequent, costly and leads to poor prognosis.

Aim: To identify predictive factors of dropout in inpatients admitted for an eating disorder.

Methods: In all, 916 consecutive female inpatients with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and atypical bulimia nervosa were assessed at admission between 1988 and 2004 according to ICD-10 classification. Clinical, socio-demographic, and psychological data were collected through questionnaires and interviews. Descriptive, univariate analyses and two logistic models were performed: one for patients with anorexia or bulimia and the other for patients with atypical bulimia.

Results: Dropout rates were 49.6 % for anorexia, 55.6 % for bulimia and 69.3 % for atypical bulimia. For the anorexia/bulimia model, predictive factors were the following: educational status, age at admission, subtype of eating disorder, minimum BMI and "ideal BMI" (calculated on the basis of the question "According to you, what should be your weight after treatment?", requested upon admission, and without any medical advice). The atypical bulimia model is the first published on female inpatients to date. Psychological scores were not significant factors in both models.

Conclusion: the inpatients' characteristics seem close to those described in the literature. The results of the multivariate analysis were discussed, especially the fact that the psychometric scales had no predictive value. An innovative variable, the ideal BMI signifies that the more a thin patient declares herself ready to gain weight upon admission, the more likely she is to keep to the contract. This study highlights the importance of pre-hospitalisation preparation, particularly in terms of the patients recognising their illness.

Prat Organ Soins 2008;39(1):23-32

Keywords: Eating disorders; anorexia nervosa; bulimia nervosa; atypical bulimia nervosa; patient dropouts; epidemiology.

¹ Médecin, Inserm U669, Paris & Univ Paris-Sud et Univ Paris Descartes, UMR-S0669 & Département de médecine générale, Univ Paris 7 Denis-Diderot, Paris.

² Médecin, Inserm U669, Paris & Univ Paris-Sud et Univ Paris Descartes, UMR-S0669 & Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Hôpital Sainte-Anne, Paris.

³ Professeur, Inserm U669, Paris & Univ Paris-Sud et Univ Paris Descartes, UMR-S0669 & Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Hôpital Sainte-Anne, Paris.

⁴ Psychologue, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Hôpital Sainte-Anne, Paris.

⁵ Professeur, Inserm U669, Paris & Univ Paris-Sud et Univ Paris Descartes, UMR-S0669 & Département de santé publique, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France.

INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont relativement rares. L'estimation des prévalences dépend des méthodes d'évaluation et des définitions utilisées. En population générale, 1 % des jeunes femmes souffrent d'anorexie mentale ; entre 2 et 5 % souffrent de boulimie. Mais ces troubles sont beaucoup plus rares dans les études faites en médecine générale [1-3], ce qui peut aussi être expliqué par la part importante de déni dans cette maladie. Les TCA touchent avec prédilection les adolescentes entre 12 et 20 ans. Parmi les jeunes filles de 18 ans, 10 % auraient des comportements anorexiques de résolution spontanée pendant en moyenne une année. Cette prévalence atteint 8 % dans la population adolescente. Cinquante pour cent des anorexiques feront un épisode de boulimie.

Tous les troubles du comportement alimentaire sont associés à des taux élevés de comorbidités psychiatriques [4-6], des complications à long terme [7-10]. L'anorexie mentale est au premier rang des pathologies psychiatriques mettant en jeu le pronostic vital [11], ses taux de mortalité standardisés sont plus de dix fois élevés que ceux attendus au même âge [12-15].

La majorité des patients souffrant de TCA sont suivis en ambulatoire [10], mais il arrive qu'une prise en charge hospitalière soit nécessaire. Les indications de ces hospitalisations pour TCA ne sont pas bien établies et ses objectifs ne sont pas consensuels [16].

L'hospitalisation est souvent longue (en moyenne quatre mois) donc coûteuse [17, 18]. Ces considérations économiques et la pénurie de lits [19] peuvent expliquer la diminution de la durée d'hospitalisation observée ces dernières années.

Dans le cadre des TCA, et hors urgence thérapeutique, chaque patiente est active et volontaire pour sa prise en charge hospitalière. Un contrat thérapeutique cadre l'hospitalisation [20-22]. Conclu entre l'équipe soignante et le patient, il devrait (?) permettre de stabiliser la relation thérapeutique. Adapté à chaque patiente, il comprend des objectifs comportementaux (diversification de l'alimentation, arrêt des vomissements, etc.) et/ou de poids.

Cette prise en charge est une pratique standardisée en France et à l'étranger [20-22]. La rupture de contrat thérapeutique (RCT) est fréquente dans les TCA, de 20 à 51 % selon les études [23-25]. L'issue de l'hospitalisation est importante car la RCT est associée à une évolution plus mauvaise et à une augmentation du coût du traitement [21, 26, 27]. Une rupture de contrat se fait soit sur l'ini-

tiative du patient, soit sur celle de l'équipe (en cas d'absence d'atteinte des objectifs par exemple).

Un statut socioéconomique bas [28, 29], un âge plus élevé à l'admission [29] et un bas niveau d'éducation [29] ont été identifiés comme facteur prédictif de RCT. Dans une étude allemande [24], un antécédent de rupture de contrat thérapeutique était retrouvé comme facteur prédictif, alors que les patients souffrant de comorbidités psychiatriques comme la dépression, étaient plus enclins à terminer leur traitement. Dans cette étude, les patients souffrant de troubles de la personnalité et de dépression étaient plus fréquemment impliqués dans des RCT induites par l'équipe soignante. Dans une étude multicentrique incluant 213 patients un IMC bas à l'admission, le sous-type anorexie-boulimie du DSM-IV¹, et la restriction hydrique volontaire étaient prédictifs de RCT. Parmi 166 anorexiques mentales (dont trois hommes) Woodside *et al* ont montré que [25] l'anorexie-boulimie du DSM-IV, et les sous dimensions « peur de la maturité » et « insatisfaction corporelle » des échelles d'hétéroévaluation EDE et EDI² (*Eating disorder inventory*) étaient associés au risque de RCT. A l'inverse, une autre étude chez 81 patients n'a retrouvé que le type de TCA comme facteur prédictif de RCT parmi les variables testées (socio-démographiques, caractéristiques cliniques et évaluation de l'intensité du TCA, etc.) [30]. Chez les adolescents [31], quatre variables prédictives ont été identifiées : l'IMC élevé à l'admission, l'IMC bas à la sortie, une plus longue durée d'hospitalisation, et un âge plus élevé au début de la maladie. Elle n'a pas mis en évidence de différence entre les deux sous-types d'anorexie. A notre connaissance, aucune étude sur les facteurs prédictifs de RCT n'a porté sur les boulimiques atypiques hospitalisées. Lors de prise en charge en ambulatoire, l'observance diminuait avec les patients présentant des personnalités *borderline* [32].

Ce travail a pour objectif l'identification des facteurs prédictifs de RCT chez les patients hospitalisés pour prise en charge de TCA. Connaître ces éléments, ou facteurs, aiderait à mieux cibler les indications d'hospitalisation et à adapter une prise en charge pré-hospitalière pour améliorer l'observance future au programme de soins.

MÉTHODES

Le fichier regroupait les 1009 patients hospitalisés de février 1988 à juillet 2004 à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale - hôpital Sainte-Anne - Paris. Pendant cette période, seule la première hospitalisation a été prise en compte. Les patients remplissaient un auto-questionnaire à l'entrée, comme partie prenante de la pro-

¹ La correspondance des classifications des maladies DSM IV et CIM 10 est expliquée dans le chapitre méthodes.

² L'échelle EDI est décrite dans le chapitre méthodes.

cédure d'admission. Ils étaient informés du recueil de données et un consentement oral était obtenu. L'étude a bénéficié de l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n° MG/FD126. Le seul critère d'exclusion était l'incapacité de pouvoir comprendre et remplir les questionnaires. Une hétéroévaluation psychologique était aussi menée par les seniors du service.

1. Principes du contrat thérapeutique

Un contrat personnalisé avec des objectifs comportementaux et de poids était signé entre le patient et l'équipe soignante. Il pouvait être réévalué en cours d'hospitalisation. Son contenu était très proche de celui retrouvé dans la littérature internationale [20, 25, 33, 34]. Il cadrait l'organisation de l'hospitalisation et servait de référence à la prise en charge. Il permettait un discours homogène de tous les intervenants thérapeutiques.

2. Outils

La rupture de contrat thérapeutique (RCT) a été définie comme la non-réalisation des conditions et/ou des objectifs du contrat. Les ruptures précoces n'ont pas été différenciées de celles qui étaient tardives. De même, la différence entre les ruptures initiées par l'équipe soignante de celles initiées par le patient n'a pas été faite.

Le recueil ayant eu lieu sur une période de 16 ans, plusieurs classifications des TCA se sont succédées (la Classification internationale des maladies (CIM) dans ses versions 9 et 10 ; le *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (DSM) dans ses versions III, III-R et IV), Le recodage du diagnostic dans les classifications actuelles (CIM-10 et DSM-IV) a été fait pour tous les patients, avec recours au dossier médical si besoin. La CIM-10 est apparue plus discriminante dans ce fichier [35]. Dans la littérature, la CIM-10 [36] est effectivement reconnue comme plus pertinent dans la pratique clinique alors que le DSM-IV [37] est plus largement répandu pour les travaux de recherche [38]. Le choix de la CIM-10 a aussi permis de conduire l'analyse sur un plus grand nombre de patients.

Quatre catégories diagnostiques ont été retenues : l'anorexie mentale (AM, regroupant l'anorexie mentale (n = 306) et l'anorexie mentale atypique (n = 35)), la boulimie (B, n = 313), la boulimie atypique (BA, n = 270) et autres (n = 40). L'anorexie mentale, souvent citée « anorexie » regroupe des patients ayant une stratégie majeure de contrôle de poids avec des comportements alimentaires restrictifs (jeûne, tri des aliments, etc.), et un IMC

bas. La CIM-10 considère la boulimie comme un trouble proche de l'anorexie : « Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids ». La principale différence réside en la présence d'accès de boulimie et vomissements, volontaires ou non. Leur IMC est aussi bas. La boulimie atypique regroupe des patients ayant des accès de boulimie et vomissements, un IMC normal et une moindre stratégie de contrôle de poids. D'autre part, dans ce fichier, la concordance entre les classifications DSM-IV et CIM-10 est qualitativement bonne. Nous nous autorisons donc l'approximation de la comparaison des diagnostics avec les études faites en DSM-IV. L'anorexie, la boulimie et la boulimie atypique de la CIM-10 correspondent respectivement aux anorexiques restrictives, anorexiques-boulimiques et aux boulimiques du DSM-IV.

Les questionnaires étaient remplis à l'admission. Les données collectées étaient socio-démographiques (âge, niveau d'éducation, vivre seul, être en couple) et cliniques (IMC d'admission, année d'hospitalisation, IMC minimum et maximum, âge de début, nombre d'enfants, tentative(s) de suicide, âge du premier rapport sexuel). La variable IMC idéal était la réponse à la question « D'après vous quel devrait être votre poids idéal après traitement ? ». Les questions relatives à la vie relationnelle et à la symptomatologie du TCA portaient sur la vie, à l'exception de celles d'avoir des amis, d'être célibataire et de vivre seul(e).

Quatre auto- et deux hétéro- questionnaires d'évaluation ont été remplis pour chaque patient.

La *Hopkins Symptom Check list 90-R* (SCL-90R) [39] est un indicateur court de santé mentale validé en français [40]. La *Beck Depression Inventory* (BDI) comprend 13 questions explorant la dépression [41, 42]. La *Eating attitudes test* (EAT 40) est une échelle d'auto-évaluation de 40 items mesurant l'intensité du TCA, validée en population française [43]. Le *Eating Disorder Inventory* (EDI) [44] permet d'étudier les caractéristiques cognitives et comportementales des sujets souffrant de troubles du comportement alimentaire [45].

L'échelle de Morgan & Russel [46] explore l'intensité du comportement anorexique, le fonctionnement psychosocial, la sexualité et les relations [9]. La *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) est un instrument de diagnostic de dépression et d'intensité de dépression [47]. Son seuil de détection de la dépression est mesuré à 16 [48].

3. Plan d'analyse

Les analyses ont été conduites avec les logiciels SAS 8.2 et R 2.1.1 et 35 variables ont été utilisées.

L'objectif était de rechercher les associations entre la variable à expliquer « remplir son contrat thérapeutique » et les variables explicatives : type de TCA, données socio-démographiques, cliniques et psychométriques. En cas de variables explicatives catégorielles, la référence choisie était la catégorie de patients qui avaient rompu le moins leur contrat thérapeutique. Ces trois catégories diagnostiques ont été comparées grâce à un test du khi² à deux degrés de liberté.

Comme le type de TCA est reconnu comme un facteur prédictif de RCT, l'analyse bivariée a été ajustée sur cette variable.

Le logiciel R a été utilisé pour un pas à pas forcé, fondé sur l'optimisation du principe d'Akaike. Il fait un équilibre entre le nombre de degrés de liberté consommé par le modèle et le pourcentage de variance expliquée. Cela explique que certaines variables appartiennent au modèle sans être significatives au seuil alpha = 5 %. Deux modèles multivariés ont été étudiés, le premier regroupant les patientes souffrant d'anorexie et de boulimie. Le deuxième a porté sur les seules patientes souffrant de boulimie atypique.

Nous avons retenu 25 variables dans le modèle multivarié regroupant les patientes anorexiques et boulimiques selon trois critères :

- variables significatives en analyse bivariée ajustée sur le type de TCA ;
- variables décrites comme prédictives de la rupture de contrat dans la littérature : IMC d'hospitalisation [31, 49], âge de début [31], dimensions peur de la maturité et insatisfaction corporelle de l'EDI [25], échelle de dépression HDRS [24] ;
- variables relevées comme étant cliniquement pertinentes par un expert du service de l'hôpital Sainte-Anne (cités en aveugle des résultats de l'analyse bivariée) : les dimensions paranoïaque et obsessionnelle de la SCL 90 (utilisées comme évaluation des traits paranoïaques et obsessionnels de personnalité), l'utilisation de laxatifs, la consommation de boissons non alcoolisées, les antécédents de tentatives de suicide et le nombre d'hospitalisations antérieures pour TCA.

Deux variables ont été forcées dans le modèle : l'âge d'hospitalisation (en classe) pour ajuster l'analyse sur l'âge, et le type de TCA.

En l'absence de littérature retrouvée sur RCT des patientes boulimiques atypiques, les variables utilisées dans le mo-

dèle multivarié ont été les mêmes que celles retenues pour les patientes anorexiques et boulimiques. L'âge d'hospitalisation a été forcé dans le modèle.

RÉSULTATS

1. Description des données

Tous les patients ont accepté de participer au recueil de données et étaient capables de remplir le questionnaire. Pour des raisons d'homogénéité d'échantillon, les hommes (n = 41) et les patientes ayant un TCA diagnostiqué « autres » (n = 40) ont été exclus de l'analyse. L'échantillon final comprenait 916 patients.

L'indice de masse corporelle³ (IMC) moyen à l'entrée était respectivement de 14,1 (écart-type ET = 1,9), 15,6 (ET = 2,2) et 20,6 (ET = 3,7) ans pour les anorexiques, les boulimiques et les boulimiques atypiques. Des différences similaires étaient observées pour les IMC minimum sur la vie. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 8,6 semaines (0 ; 28,6), variable selon le type de TCA (p < 10⁻³) (tableau I).

Pour 44 % d'entre elles, il s'agissait de leur première hospitalisation pour un TCA. Ce taux variait selon le type de TCA (p = 0,011). La moyenne d'âge d'hospitalisation était de 26,5 ans (ET = 7,1) et le TCA évoluait depuis 8,8 ans (ET = 7,4). Trente pour cent vivaient seules. Le niveau scolaire était élevé, la majorité était célibataire. Quatorze pour cent de ces patientes avaient au moins un enfant. Deux patientes sur cinq avaient pris régulièrement des laxatifs, et une sur dix des diurétiques. La moitié fumait et une patiente sur cinq consommait régulièrement de l'alcool. Avec l'échelle HDRS, les boulimiques atypiques étaient évaluées les moins déprimées, mais elles étaient plus nombreuses à avoir fait une tentative de suicide. Trente-cinq pour cent avaient fait au moins une tentative de suicide.

La rupture du contrat thérapeutique concernait 58,6 % des patientes. Les IMC de sortie différaient pour les anorexiques et les boulimiques en fonction de la présence ou non de RCT, respectivement 16,1 vs 19,6 et 16,8 vs 19,9. Les patientes n'ayant pas été au bout de leur contrat thérapeutique, avaient un IMC à la sortie moins élevé et sont restées moins longtemps hospitalisées.

2. Analyse bivariée

Les anorexiques rompaient le moins leur contrat thérapeutique. Le taux de RCT n'était pas statistiquement différent entre les patientes anorexiques et boulimiques (odds-ratio OR = 1,3 et IC95% = 0,9 ; 1,7). La comparai-

³ Pour rappel : l'indice de masse corporelle est le rapport du poids sur la taille au carré. Il est considéré comme normal entre 20 et 25. En dessous de 15, on considère qu'il y a un risque vital. Un IMC supérieur à 30 définit l'obésité.

Tableau I
Description de la population en fonction des trois catégories diagnostiques de la CIM 10
(1988-2004, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Hôpital Sainte-Anne, Paris).

N = 916	Anorexie mentale N = 333	Boulimie N = 313	Boulimie atypique N = 270	p khi ² ou anova
Rupture contrat thérapeutique	49,6	55,6	69,3	< 10 ⁻³
IMC ^a admission	14,1	15,6	20,6	< 10 ⁻³
IMC ^a minimum sur la vie	13,0	14,0	16,3	< 10 ⁻³
IMC ^a moyen de sortie si RCT ^b	16,1	16,8	21,0	< 10 ⁻³
IMC ^a moyen de sortie si pas de RCT ^b	19,6	19,9	20,9	< 10 ⁻³
Durée moyenne d'hospitalisation si RCT ^b (semaines)	7,0	5,0	2,6	< 10 ⁻³
Durée moyenne d'hospitalisation si pas de RCT ^b (semaines)	16,2	13,4	11,5	< 10 ⁻³
Age admission (an)	26,1	26,7	26,4	0,56
Première hospitalisation pour TCA ^c	41,5	38,8	53,4	0,011
Age début de TCA ^c (an)	18,4	17,3	17,1	< 10 ⁻³
Durée d'évolution du TCA ^c (an)	7,7	9,4	9,3	0,005
Niveau d'études				
- Universitaire	64,4	63,9	62,0	
- Lycée	23,6	25,8	25,2	0,87
- Collège et enseignement spécialisé	12,0	10,3	12,8	
Habiter seul	23,9	33,6	32,3	0,014
Etre en couple (vs célibataire)	18,8	20,2	20,1	0,01
Antécédent de relation amoureuse	39,2	43,6	51,7	< 10 ⁻³
Avoir un enfant ou plus	11,0	15,0	15,0	0,070
Antécédent d'IVG ^d	5,1	8,5	12,4	0,007
Score de dépression (hétéroévaluation HDRS)	17,5	18,3	15,6	< 10 ⁻³
Antécédent de tentative de suicide	18,0	42,0	48,0	< 10 ⁻³
Vomissements provoqués	20,0	82,6	73,0	< 10 ⁻³
Vomissements spontanés	17,9	55,7	37,1	< 10 ⁻³
Utilisation de laxatifs	30,0	44,1	44,1	< 10 ⁻³
Utilisation de diurétiques	5,0	11,0	13,0	0,002
Utilisation de coupe-faim	3,7	8,6	12,6	< 10 ⁻³
Potomanie	36,9	61,9	56,5	< 10 ⁻³
Consommation d'alcool	7,0	21,0	29,0	< 10 ⁻³
Consommation de tabac	35,2	54,7	59,2	< 10 ⁻³
Consommation de drogue	4,0	12,0	22,0	< 10 ⁻³
Mérycisme	12,1	20,9	13,3	0,005
Régurgitations	25,3	32,8	28,5	< 10 ⁻³
IMC ^a idéal	17,8 (1,4)	17,5 (1,5)	18,5 (1,6)	< 10 ⁻³

^a Indice de masse corporelle.^b Rupture de contrat thérapeutique.^c Trouble du comportement alimentaire.^d Interruption volontaire de grossesse.

son était statistiquement significative entre les boulimiques atypiques et les anorexiques (OR = 2,3 et IC 95% = 1,6 ; 3,2).

Compte tenu de ce résultat, les OR sont ajustés sur le type de TCA dans le tableau II. Les patientes les plus jeunes ont plus rompu leur contrat thérapeutique que celles de 20-24 ans (ORa = 1,7 (1,1 ; 2,5), où l'ORa représente l'OR ajusté sur le type de TCA). Les patientes ayant un niveau scolaire plus élevé le rompaient moins, également. Lors de la comparaison des patientes de niveau scolaire secondaire avec celles de niveau universitaire l'ORa était de 1,7 (1,3 ; 2,4). Les patientes hospitalisées en début de recueil de données rompaient plus leur contrat thérapeutique que celles hospitalisées plus récemment (ORa = 0,95 (0,91 ; 0,98)). Les femmes en couple (ORa = 1,5(1,1 ; 2,1)), avec des enfants (ORa = 1,4 (1,1 ; 1,7)) ou qui ont subi une IVG, ORa = 1,7 (1,1 ; 2,5), ont le plus rompu leur contrat thérapeutique.

Tableau II

Rupture de contrat thérapeutique selon les données socio-démographiques et la vie génitale. OR ajustés sur le type de TCA et intervalle de confiance à 95 % (1988-2004, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Hôpital Sainte-Anne, Paris).

Variables	Odds-ratios ajustés
Année d'hospitalisation	0,95 (0,91 ; 0,98) **
Age d'hospitalisation réf. = 20-24 ans	
< 20 ans	1,7 (1,1 ; 2,5) *
25-29 ans	1,3 (0,9 ; 1,9)
30-39 ans	1,7 (1,2 ; 2,5) **
≥ 40 ans	2,3 (1,2 ; 4,4) *
Niveau scolaire réf. = universitaire	
Collège et établissements spécialisés	1,7 (1,3 ; 2,4) ***
Lycée	2,1 (1,4 ; 3,3) **
IMC à l'hospitalisation	0,99 (0,95 ; 1,04)
Avoir des amis (oui/non)	0,8 (0,6 ; 1,2)
Habiter seul	1,0 (0,7 ; 1,3)
Antécédent de relation amoureuse	1,4 (1,1 ; 1,8)*
Etre en couple (vs célibataire)	1,5 (1,1 ; 2,1) ***
Relations sexuelles	1,5 (1,1 ; 2,0) **
Relations sexuelles satisfaisantes	1,2 (0,8 ; 1,7)
Avoir un enfant et plus	1,4 (1,1 ; 1,7) **
Avoir eu une fausse couche spontanée	1,8 (0,9 ; 3,4)
Antécédent d'interruption volontaire de grossesse	1,7 (1,1 ; 2,5) **

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001.

Plus le TCA évoluait depuis longtemps, plus les patientes rompaient leur contrat thérapeutique (ORa = 1,02 (1,0001 ; 1,04), p < 0,05) (tableau III). L'utilisation régulière de tabac et de drogues était associée à la RCT, avec des ORa respectifs égaux à 1,4 (1,031 ; 1,6), p < 0,05 et 1,6 (1,011 ; 2,5), p < 0,05. Malgré l'ajustement sur le type de TCA, le fait d'avoir des vomissements provoqués était

associé à moins de rupture thérapeutique (ORa = 0,7 (0,5 ; 0,9), p < 0,05). Un IMC minimal plus élevé était associé à moins de RCT (ORa = 0,92 (0,86 ; 0,97), p < 0,01).

Tableau III

RCT selon l'histoire du TCA et psychopathologie. Odds-ratios ajustés sur le type de TCA et intervalle de confiance à 95 % (1988-2004, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Hôpital Sainte-Anne, Paris).

Variables	Odds-ratios ajustés
Age de début du TCA ^a (an)	1,00 (0,98 ; 1,03)
Durée d'évolution du TCA ^a (an)	1,02 (1,005 ; 1,04) *
Nombre d'hospitalisations antérieures pour TCA ^a	0,9 (0,7 ; 1,1)
IMC ^b minimal sur la vie	0,92 (0,86 ; 0,97) **
IMC ^b maximal sur la vie	0,97 (0,94 ; 1,01)
Antécédent de tentative de suicide	1,0 (0,96 ; 1,1)
Vomissements spontanés	1,1 (0,9 ; 1,5)
Vomissements provoqués	0,7 (0,5 ; 0,9) *
Crises de boulimie	1,3 (0,9 ; 2,0)
Laxatifs	0,9 (0,7 ; 1,2)
Régurgitations	1,3 (0,96 ; 1,7)
Mérycisme	1,2 (0,8 ; 1,7)
Utilisation de diurétiques	0,8 (0,6 ; 1,1)
Utilisation de coupe-faim	0,7 (0,4 ; 1,1)
Potomanie	1,3 (0,8 ; 2,2)
Consommation d'alcool	1,2 (0,8 ; 1,7)
Consommation de tabac	1,4 (1,03 ; 1,8) *
Consommation de drogue	1,6 (1,01 ; 2,5) *

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

^a Trouble du comportement alimentaire.

^b Indice de masse corporelle.

A l'inverse l'âge de début des troubles et le nombre d'hospitalisations antérieures pour TCA n'étaient pas associés à la RCT. De plus, aucun des scores des six échelles d'auto et d'hétéro évaluation n'était associé à la variable d'intérêt (résultats non montrés).

3. Analyse multivariée

Pour le modèle « anorexie mentale + boulimie », neuf variables ont été retenues dans le modèle final minimisant le coefficient d'Akaike (tableau IV). Sept variables étaient significativement associées à la RCT. Les patientes boulimiques rompaient plus leur contrat thérapeutique que celles souffrant d'anorexie mentale (ORa = 1,7 (1,04 – 2,6)). De même, l'âge de plus de 35 ans (ORa = 2,6 (1,4 ; 5,0) comparé à la tranche de 20-24 ans) était significativement lié à une augmentation de la RCT. A l'inverse un IMC minimum bas (ORa = 0,89 (0,82 ; 0,97)), l'utilisation de laxatifs (ORa = 0,6 (0,4 ; 0,8)) étaient significativement associés à une diminution de la RCT. Plus l'IMC cible des pa-

tientes était élevé en début d'hospitalisation, moins elles rompaient leur contrat (ORa = 0,8 (0,7 ; 0,9)).

Pour le modèle sur les boulimiques atypiques, cinq variables ont été retenues dans le modèle, parmi lesquelles l'année d'admission (ORa = 0,8 (0,7 ; 0,9)) (tableau V). La consommation de drogues (ORa = 2,5 (1,1 ; 5,5)), le niveau d'éducation (ORa = 4,1 (1,3 ; 12,9) lors de la comparaison du niveau lycée avec le niveau universitaire), et l'âge d'admission (ORa = 3,7 (1,2 ; 11,3) pour la comparaison des moins de 20 ans avec les 20-24ans) étaient significativement associés à la RCT.

DISCUSSION

Comme attendu, certains éléments présents en début de l'hospitalisation sont prédictifs de RCT. Ils ne sont pas les mêmes en fonction du type de TCA. A notre connaissance, cette étude est la plus importante publiée à ce jour sur le sujet. La taille de l'échantillon, le recrutement uni-centrique et le haut taux d'inclusion font partie des forces de cette étude. L'étude de facteurs prédictifs de rupture du contrat thérapeutique est la première sur des boulimiques atypiques hospitalisées.

Tableau IV

Odds-ratios entre les variables explicatives et la rupture thérapeutique pour les patientes souffrant d'anorexie mentale et de boulimie. Résultats du pas à pas forcé sur l'âge d'hospitalisation et le type de trouble du comportement alimentaire (1988-2004, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Hôpital Sainte-Anne, Paris).

Variables	Odds-ratios (IC 95%)	p
Type de TCA ^{a,b} réf. = anorexie mentale		
- <i>Boulimie</i>	1,7 (1,0 ; 2,6)	0,034*
Consommation de tabac	1,4 (0,95 ; 2,0)	0,09
Antécédent de relation amoureuse	1,5 (1,02 ; 2,1)	0,037*
Utilisation de laxatifs	0,6 (0,4 ; 0,8)	0,003 **
IMC ^c minimal	0,89 (0,82 ; 0,97)	0,011 *
Niveau scolaire réf. = universitaire		
- <i>Collège et établissements spécialisés</i>	1,7 (1,1 ; 2,6)	0,013 *
- <i>Lycée</i>	1,6 (0,9 ; 2,8)	0,114
Vomissements provoqués	0,8 (0,5 ; 1,3)	0,37
Age d'hospitalisation réf. = 20-24 ans		
< 20 ans	1,0 (0,6 ; 1,6)	0,855
25 – 34 ans	1,3 (0,8 ; 1,9)	0,262
≥ 35 ans	2,6 (1,4 ; 5,0)	0,003 **
IMC ^c idéal	0,8 (0,7 ; 0,9)	< 10 ⁻³ ***

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001.

^a Trouble du comportement alimentaire.

^b Variable forcée.

^c Indice de masse corporelle.

Tableau V

Odds-ratios entre les variables explicatives et la RCT pour les patients hospitalisées souffrant de boulimie atypique (résultats du pas à pas forcé sur l'âge d'hospitalisation et le type de TCA) (1988-2004, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Hôpital Sainte-Anne, Paris).

Variables	Odds-ratios (IC 95%)	p
Année d'admission	0,8 (0,7 ; 0,9)	< 10 ⁻³ ***
Consommation de drogues	2,5 (1,1 ; 5,5)	0,026 *
Age de début	0,96 (0,89 ; 1,04)	0,335
Niveau scolaire réf. = universitaire		
- <i>Collège et établissements spécialisés</i>	1,2 (0,6 ; 2,5)	0,587
- <i>Lycée</i>	4,1 (1,3 ; 12,9)	0,016 *
Age d'hospitalisation réf. = 20-24 ans		
< 20 ans	3,7 (1,2 ; 11,3)	0,021 *
25 – 34 ans	2,1 (1,1 ; 4,0)	0,031 *
≥ 35 ans	1,2 (0,4 ; 3,3)	0,078

Notre taux de RCT est élevé comparé à la littérature (60 %). Ce taux élevé peut être expliqué par l'inclusion des patientes souffrant de boulimie atypique, qui rompent plus souvent leur contrat thérapeutique. Cette différence de taux de RCT en fonction du type de TCA a déjà été décrite dans la littérature [49], ainsi que le gradient de moindre contrôle de l'impulsivité qui va des patientes souffrant d'anorexie mentale puis de boulimie puis de boulimie atypique [50]. Quand seules les patientes « anorexie mentale + boulimie » sont considérées, notre taux de RCT est alors de 51 % et se rapproche des autres études portant sur les patients hospitalisés pour TCA [25, 29]. Aucune des échelles de notre base n'avait un rôle prédictif de RCT. Ce résultat n'est pas univoque dans la littérature. Certaines études ont trouvé des associations [25] avec en particulier la dépression comme protectrice de RCT. A l'inverse, d'autres études n'ont pas trouvé de relation entre les échelles EDI-2, BDI et EAT et la RCT [49].

Concernant le modèle multivarié, il diffère en fonction des populations étudiées. La seule variable commune est le niveau d'éducation, confirmant des études précédentes [29, 31].

Dans le modèle « anorexie mentale + boulimie », le taux de RCT diffère selon le diagnostic. Cela confirme aussi des résultats antérieurs [25, 30, 49] mais qui n'ont pas été retrouvés sur une population d'adolescents [31]. Plus les patientes ont un IMC minimal élevé sur la vie, moins elles rompent leur contrat [31]. Cela revient à dire que les patients avec les TCA les plus sévères sont ceux qui rompent le plus leur contrat thérapeutique. Ce résultat souligne une des problématiques de la prise en charge des TCA : les patientes les plus graves échappent le plus au traitement [33].

L'IMC idéal est un nouvel et intéressant facteur prédictif de RCT. Il est lui aussi un reflet du déni des troubles et du degré d'acceptation de la reconnaissance de la maladie. Cela revient à montrer que plus l'IMC idéal est élevé (= plus la patiente est prête à prendre du poids), plus les patientes vont au terme de leur contrat thérapeutique. D'autre part, ce résultat souligne aussi l'importance de la préparation de l'hospitalisation, notamment en termes d'objectif de poids. Il est le seul facteur sur lequel un soignant peut éventuellement influencer. Il serait intéressant d'évaluer l'impact d'une préparation à l'hospitalisation ciblée sur des objectifs de poids.

Dans le modèle sur les patientes boulimiques atypiques, l'année d'hospitalisation est statistiquement significative : les patientes hospitalisées en 1988 rompaient plus leur contrat thérapeutique que celles hospitalisées en 2004. Cet effet période n'existe que pour ce type de TCA. Plusieurs hypothèses sont possibles. D'abord les termes

du contrat thérapeutique sont devenus plus flexibles au fil des années (par exemple l'autorisation en hospitalisation de bénéficier d'un traitement par antidépresseurs. Deuxièmement la compétence de l'équipe soignante s'est accrue avec le temps, avec peut être une meilleure sélection en amont de l'hospitalisation des patientes susceptibles de bénéficier de ce traitement. Cet effet période ne concerne que les patientes prises en charge pour une boulimie atypique, probablement lié à leur forte impulsivité.

Néanmoins, sur 16 ans de recueil, l'édition de la classification internationale des maladies utilisée a été la 9 puis la 10. Tous les diagnostics ont été recodés en CIM-10. Le biais de classement différentiel lié à ces évolutions de classification a été limité par la reprise de recours si besoin aux dossiers individuels des patients.

La population sur laquelle est faite cette étude n'est pas représentative des patientes ayant un trouble du comportement alimentaire. En effet, toutes les patientes souffrant de TCA ne sont pas hospitalisées et ce centre de soins est très spécialisé dans cette prise en charge. D'autre part, le recrutement de cette unité a des caractéristiques qui lui sont propres, par exemple toutes les patientes savaient parler et lire le français. La généralisation de ces résultats est donc délicate. Cependant, les caractéristiques de notre population sont proches de celles, hospitalisées, décrites dans la littérature, particulièrement pour l'âge et la durée d'évolution de la maladie [25, 49].

Malheureusement certaines informations sont manquantes. Le fichier CMME ne contient pas l'information du type de RCT (savoir si elle provient de l'équipe ou de la patiente), ce qui rend cette étude difficilement comparable aux résultats de Surgenor *et al* [49]. La notion d'antécédent de RCT manquait aussi [24]. D'autres variables comme celles de consommation d'alcool et de tabac sont relativement imprécises ce qui limite l'interprétation des résultats.

Cette étude est basée sur le principe que rompre son contrat thérapeutique est de mauvais pronostic. Mais aucune étude n'a été encore publiée sur le lien entre RCT et mortalité. Elle est en cours sur cette base de données.

Remerciements

*La CNAMTS pour le financement de l'année de M2 recherche qui a permis la réalisation de ce travail.
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts.*

RÉFÉRENCES

1. King MB. Eating disorders in general practice. *J R Soc Med* 1990;83(4):229-32.
2. Whitehouse AM, Cooper PJ, Vize CV, Hill C, Vogel L. Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract* 1992;42(355):57-60.
3. Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med* 1996;11(1):9-15.
4. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med* 2006;68:454-60.
5. Godart NT, Perdereau F, Curt F, Rein Z, Lang F, Venisse JL, et al. Is major depressive episode related to anxiety disorders in anorexics and bulimics? *Compr Psychiatry*, 2006;47(2):91-8.
6. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348-58.
7. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284-93.
8. American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry* 2000;157(1 Suppl):1-39.
9. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39(2):87-100.
10. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389-94.
11. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53.
12. Crisp AH, Callender JS, Halek C, Hsu LK. Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St George's and Aberdeen cohorts. *Br J Psychiatry* 1992;161:104-7.
13. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995;25(1):143-56.
14. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord*, 2000. 28(1): p. 20-6.
15. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:179-83.
16. Fairburn CG. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005;37 Suppl:S26-30; discussion S41-2.
17. Striegel-Moore RH, Leslie D, Petrelli SA, Garvin V, Rosenheck RA. One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of health insurance claims. *Int J Eat Disord* 2000;27:381-9.
18. Crow SJ, Nyman JA. The cost-effectiveness of anorexia nervosa treatment. *Int J Eat Disord* 2004;35:155-60.
19. Wiseman CV, Sunday SR, Klapper F, Harris WA, Halmi KA. Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *Int J Eat Disord* 2001;30(1):69-74.
20. Godart N, Perdereau F, Galès O, Agman G, Deborde AS, Jeammet P. The weight contract during the hospitalization of anorexic patients. *Arch Pediatr* 2005;12:1544-50.
21. Baran SA, Weltzin TE, Kaye WH. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;152:1070-2.
22. Howard WT, Evans KK, Quintero-Howard CV, Bowers WA, Andersen AE. Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1999;156:1697-702.
23. Vandereycken W, Pierloot R. Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: a clinical study of 133 patients. *Br J Med Psychol* 1983;56:145-56.
24. Zeeck A, Herzog T. Termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *Nervenarzt* 2000;71:565-72.
25. Woodside DB, Carter JC, Blackmore E. Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004;161:2277-81.
26. Carter JC, Blackmore E, Sutandar-Pinnock K, Woodside DB. Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychol Med* 2004;34:671-9.
27. Bean P, Loomis CC, Timmel P, Hallinan P, Moore S, Mammel J, et al. Outcome variables for anorexic males and females one year after discharge from residential treatment. *Journal of Addictive Diseases* 2004;23(2):83-94.
28. Kalucy RS, Crisp AH, Harding B. A study of 56 families with anorexia nervosa. *Br J Med Psychol* 1977;50(4):381-95.
29. Vandereycken W, Pierloot R. Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: a clinical study of 133 patients. *Br J Med Psychol* 1983;56:145-56.
30. Kahn C, Pike KM. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;30:237-44.
31. Godart NT, Rein Z, Perdereau F, Curt F, Jeammet P. Predictors of premature termination of anorexia nervosa treatment. *Am J Psychiatry* 2005;162:2398-9.
32. Waller G. Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for bulimic disorders. *Int J Eat Disord* 1997;22:35-41.
33. Halmi KA, Agras WS, Crow S, Mitchell J, Wilson GT, Bryson SW, Kraemer HC. Predictors of treatment acceptance and com-

- pletion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:776-81.
34. Nozoe S, Soejima Y, Yoshioka M, Naruo T, Masuda A, Nagai N, et al. Clinical features of patients with anorexia nervosa: assessment of factors influencing the duration of in-patient treatment. *J Psychosom Res* 1995;39:271-81.
35. Peyraque E. Etude de patients atteints de troubles du comportement alimentaire pris en charge à la CMME entre Février 1988 et Juillet 2004. 2005 [cited; Available from: <http://www.u669.idf.inserm.fr/page.asp?page=2364>]
36. Lewis RJ, Friedlander BR, Bhojani FA, Schorr WP, Salatch PG, Lawhorn EG. Reliability and validity of an occupational health history questionnaire. *J Occup Environ Med* 2002;44:39-47.
37. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical of Manual Mental Disorder. 4th ed.* Washington DC (USA): American Psychiatric Press; 1994.
38. Mezzich JE. International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35(2-3):72-5.
39. Derogatis L. *SCL-90 manual I: Administration, scoring and procedures manual for the revised version*, in *Clinical Psychometrics Unit*. Baltimore MD (USA): Johns Hopkins University School of Medicine; 1977.
40. Fortin MF, Coutu-Wakulczyk G, Engelsmann F. Contribution to the validation of the SCL-90-R in French-speaking women. *Health Care Women Int* 1989;10(1):27-41.
41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561.
42. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77-100.
43. Carrot G, Lang F, Estour B, Pellet J, Gauthey C, Wagon C. Echelle d'autoévaluation de l'anorexie mentale dans une population témoin et dans une population d'anorectiques. *Ann Médico Psychol* 1987;145:258-63.
44. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2: 15-33.
45. Milos G, Spindler A, Schnyder U. Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Can J Psychiatry* 2004;49:179-84.
46. Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *Br J Psychiatry* 1988;152:367-71.
47. Knesevich JW, Biggs JT, Clayton PJ, Ziegler VE. Validity of the Hamilton Rating Scale for depression. *Br J Psychiatry* 1977;131:49-52.
48. Mottram P, Wilson K, Copeland J. Validation of the Hamilton Depression Rating Scale and Montgomery and Asberg Rating Scales in terms of AGE-CAT depression cases. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:1113-9.
49. Surgenor LJ, Maguire S, Beumont PJ. Drop out from inpatient treatment for anorexia nervosa: Can risk factors be identified at point of admission ? *Eur Eat Disorders Rev* 2004;12:94-100.
50. Walsh BT, Garner DM. *Handbook for treatment for eating disorders. Diagnostic issues.* 2nd ed. Garner DM, Garfinkel PE, eds. New York: Guilford Press; 1997. p. 25-33.