

Recommandations relatives au diagnostic et au traitement des troubles alimentaires: un commentaire

Katja Hämmerli^a, Andrea Wyssen^a, Daniela Dremmel^a, Gabriella Milos^b, Bettina Isenschmid^c, Stephan N. Trier^d, Simone Munsch^a

Quintessence

- Les troubles du comportement alimentaire sont des troubles psychiques graves, dont la prévalence s'élève à 1–3,5%. Les formes sous-cliniques portent également atteinte à la santé psychique.
- La prévention, le dépistage précoce et le traitement précoce de l'anorexie mentale, de la boulimie et du binge eating disorder revêtent une importance majeure en raison des lourdes conséquences et de la forte tendance à la chronicisation.
- Les recommandations basées sur l'évidence pour le diagnostic et le traitement des troubles du comportement alimentaire favorisent un diagnostic précoce et la mise en place d'un traitement efficace.
- Les recommandations scientifiques basées sur l'évidence, qui sont parues en 2011 en Allemagne, sont en grande partie transposables à la situation en Suisse.

Les troubles du comportement alimentaire comptent parmi les problèmes de santé les plus fréquents dans les pays occidentaux. Des troubles sous-cliniques du comportement alimentaire surviennent de plus en plus souvent chez les enfants et les adolescents et peuvent avoir un impact considérable sur le développement psychosocial [1–3]. L'incidence des troubles du comportement alimentaire (TCA) reste néanmoins stable [4]. En Suisse, la prévalence vie entière de l'anorexie mentale, de la boulimie et du binge eating disorder s'élève à 3,5%, selon une récente étude transversale représentative [5]. Les jeunes femmes sont plus souvent atteintes d'anorexie mentale et de boulimie que les hommes [5, 6]. Outre des conséquences psychiques et physiques graves et des taux de rechute élevés, les TCA sont également associés à des coûts de prise en charge élevés [7].

Les TCA sont d'origine multifactorielle et ils sont imputables à une association de facteurs de vulnérabilité biologique, sociale et psychologique [8]. Malgré les différents phénotypes, la survenue et l'évolution des TCA sont caractérisées par le chevauchement de facteurs psychopathologiques (modèle transdiagnostique) [9]. Les caractéristiques étiologiques majeures sont des dysfonctionnements cognitifs relatifs au corps, à la silhouette et au poids. Des modèles actuels expliquent les interactions entre l'image négative du corps avec un affect négatif et un comportement alimentaire pathologique [10, 11].

La persistance des TCA découle de deux voies étiologiques. La première consiste en un dysfonctionnement des mécanismes de traitement des informations relatives

à l'alimentation et au corps. Chez les personnes souffrant de TCA, la vue d'aliments et la représentation mentale de l'acte de s'alimenter suffisent à amener à des pensées dysfonctionnelles en rapport avec leur propre corps et déclenchent une humeur négative ou un comportement alimentaire perturbé [12, 13]. La seconde voie concerne l'altération de la capacité à percevoir et réguler les émotions (fig. 1) [14, 15].

Les recommandations basées sur l'évidence pour le diagnostic et le traitement des TCA ont pour objectif d'améliorer l'accès au traitement le plus efficace (encadré). Le *National Institute of Clinical Health* (NICE, 2004) et l'*American Psychiatric Association* (APA, 2006) ont élaboré des recommandations en ce sens [16, 17]. Le Réseau Expert Suisse Troubles Alimentaires (RESTA) a publié par la suite, en 2006, des recommandations relatives au traitement [18]. En 2011, des recommandations pour le diagnostic et le traitement des TCA ont pour la première fois été publiées en langue allemande par l'association allemande *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF) [19].

Diagnostic en cas de suspicion

La présence d'un TCA doit être contrôlée à l'aide des critères d'un système de classification opérationnalisé (CIM-10 ou DSM-IV-TR/ DSM-V) [20, 21]. A cet effet, il existe des guides d'entretiens structurés spécifiques aux TCA, qui peuvent également être utilisés pour le suivi de l'évolution de la maladie, tels que le *Eating Disorder Examination* (EDE) [22, 23], le SIAB-EX pour les troubles de type anorexique ou boulimique [24] et différents questionnaires tels que le *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q) [25]. Afin d'englober le plus grand nombre possible de formes de TCA, les critères spécifiés dans la cinquième édition du DSM (www.dsm5.org) ont été assouplis (tab. 1) [26].

En cas de suspicion de TCA, le diagnostic médical comporte au minimum les mesures de la taille et du poids corporels, de la pression artérielle et du pouls. Les com-

^a Université de Fribourg, Département de Psychologie, Psychologie clinique et psychothérapie, Fribourg

^b UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich

^c KEA Spital Zofingen AG, Psychiatrie und Psychotherapie, Zofingen

^d Privatklinik Aadorf, Aadorf



Katja Hämmerli

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêts en relation avec cet article.

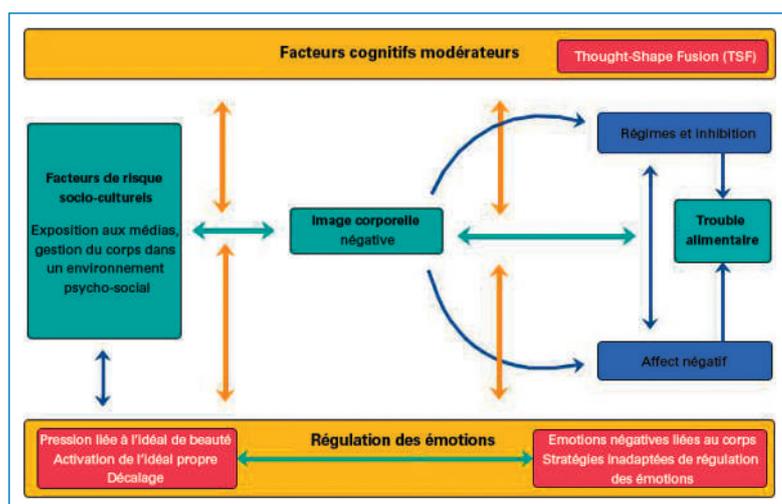


Figure 1
Modèle représentant les deux voies étiologiques à l'origine de la survenue et du maintien des troubles du comportement alimentaire (adapté d'après [11, 13]).

Recommandations et médecine basée sur l'évidence

Les recommandations scientifiques sont des énoncés développés de manière systématique, qui reflètent l'état actuel des connaissances scientifiques et cliniques et qui soutiennent les soignants et leurs patients dans le processus décisionnel en vue d'une prise en charge adéquate dans des situations cliniques spécifiques (prévention, diagnostic, traitement et suivi). Les recommandations sont destinées à améliorer les résultats thérapeutiques, à minimiser les risques, à augmenter la sécurité et l'économicité des traitements, et à réduire le risque de méthodes diagnostiques et thérapeutiques inadéquates. En Allemagne, les recommandations sont classifiées en recommandations S1, S2 ou S3 selon les directives de la Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, association des sociétés scientifiques et médicales allemandes), les recommandations S3 correspondant au niveau de preuve le plus élevé et au niveau de qualité maximal. Les recommandations basées sur l'évidence (recommandations S2 et S3) sont liées à la médecine basée sur l'évidence (evidence-based medicine, EbM). L'EbM fait référence à l'usage consciencieux, explicite et judicieux des meilleures preuves scientifiques externes actuellement disponibles. Les recommandations relatives au diagnostic et au traitement des troubles alimentaires sont des recommandations de catégorie S3.

plications médicales graves se traduisent par les caractéristiques suivantes: déséquilibre électrolytique, insuffisance rénale, atteinte hépatique ou pancréatique, ainsi que carences en protéines, albumine et phosphates [4]. Outre les anomalies physiques listées ci-dessus, qui indiquent une malnutrition, d'autres indices importants permettent un dépistage précoce des TCA: les pensées sont principalement orientées sur des considérations liées à la silhouette, au poids et à l'alimentation; l'image corporelle a une grande importance dans le sentiment

d'amour-propre du patient; le patient présente un comportement alimentaire très restrictif ou déstructuré et a mis en place des mesures draconiennes visant à contrôler le poids corporel. Dans le contexte de la médecine générale, il convient d'accorder une attention particulière à ces caractéristiques. Les groupes à risque sont principalement les jeunes femmes (de poids normal ou inférieur à la normale, très préoccupées par leur poids), ainsi que les femmes présentant des troubles du cycle menstruel et des symptômes gastro-intestinaux [4].

Anorexie mentale

Le symptôme caractéristique de l'anorexie mentale est un faible poids corporel, allant parfois jusqu'à menacer le pronostic vital. Ce poids insuffisant résulte d'un comportement alimentaire restrictif, de vomissements auto-induits, de la prise de laxatifs, du recours à des coupe-faims et/ou à des diurétiques, ainsi que d'une activité physique excessive. Les critères diagnostiques sont notamment un indice de masse corporelle (IMC) de 17,5 kg/m² ou moins. Un IMC inférieur à 15 kg/m² constitue une situation à risque indéniable et une indication pour un traitement stationnaire; un IMC inférieur à 12 kg/m² correspond à un risque somatique extrêmement élevé [27, 28]. Malgré un poids parfois très bas, le patient est très angoissé à l'idée de prendre du poids. Le trouble alimentaire implique également des préoccupations excessives concernant la silhouette, le poids et le comportement alimentaire. La malnutrition entraîne un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (entre autres aménorrhée). La sous-nutrition et les vomissements ou l'utilisation de produits laxatifs peuvent avoir des conséquences physiques lourdes, parmi lesquelles des troubles du rythme cardiaque, une carence en potassium, une altération de la fonction rénale, une ostéoporose, ainsi qu'une sensibilité accrue aux infections [4, 27].

Concernant le maintien de l'anorexie mentale, des régimes fréquents destinés à réguler l'affect sont caractéristiques. Une piètre estime de soi, qui prédispose au décalage entre l'image corporelle perçue par le patient et son idéal de beauté, est également une caractéristique majeure [29]. Le comportement alimentaire déviant est par ailleurs maintenu par les conséquences de la malnutrition, entretenant ainsi un cercle vicieux.

Des études à long terme ont démontré que cinq à six ans après la fin du traitement, moins de la moitié des patients traités et non traités sont en rémission. Env. 30% présentent une amélioration et 20% une chronicisation [30]. Le taux de mortalité (taux de suicide élevé!) chez les personnes atteintes d'anorexie mentale est trois à dix fois plus élevé que dans la population générale [31, 32]. Cette mortalité accrue concerne tout particulièrement les patientes dont l'IMC est <13. Le taux de mortalité est influencé, entre autres, par la durée et l'intensité du trouble alimentaire, ainsi que par les comorbidités psychiques et physiques [33, 34]. Souvent, les patients présentent des comorbidités telles que la dépression, les troubles anxieux et le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive [35, 36]. Les fac-

Tableau 1

Nouveautés relatives aux troubles alimentaires dans le DSM-V [26].

Anorexie mentale	Délaissement des formulations qui impliquent un comportement intentionnel: «Restriction de l'alimentation» au lieu de «Refus de maintenir un poids corporel normal»; «Non-reconnaissance» au lieu de «Déni du degré de sévérité» Peur intense de prendre du poids et/ou comportement interférant avec la prise de poids Délaissement du critère d'aménorrhée Evaluation du sous-type (restrictif ou avec crises de boulimie) sur une période de trois mois
Boulimie	Fréquence des crises alimentaires: à présent, une crise par semaine requise contre deux par semaine auparavant (sur une période de six mois) Plus de sous-types (purgatif et non-purgatif)
Binge eating disorder	A présent admis comme un trouble clinique Fréquence des crises alimentaires: à présent, une crise par semaine requise contre deux par semaine auparavant (sur une période de trois mois et non plus de six mois)
Troubles alimentaires non spécifiés	Les troubles sont à présent nommés (par ex. <i>purging disorder</i> ou <i>night eating syndrom</i>)

teurs prédictifs positifs sont une chronicisation limitée et la stabilité de la relation entre les parents et l'enfant [37].

Boulimie

Les principaux symptômes de la boulimie sont des crises alimentaires régulières, accompagnées d'une perte de contrôle subjective et d'un comportement de contre-régulation. Cette contre-régulation comprend des vomissements, des régimes, des périodes de jeûne, l'évitement d'aliments hautement caloriques, l'abus de produits laxatifs ou une activité sportive excessive. Tout comme dans le cas de l'anorexie mentale, les pensées s'articulent en permanence autour de l'alimentation, de la silhouette et du poids. L'IMC d'un patient boulimique est souvent normal.

La tendance à des représentations irréalistes relatives au poids et à la silhouette, une faible estime de soi et une impulsivité accrue sont associées au maintien du comportement alimentaire boulimique [29, 38]. Le comportement alimentaire dysfonctionnel constitue souvent un moyen de régulation à court terme des états affectifs négatifs [39]. Par ailleurs, les éventuelles privations alimentaires peuvent favoriser la survenue de sentiments de fringale et par conséquent les crises alimentaires. Les conséquences somatiques de la boulimie incluent des lésions dentaires et œsophagiennes sous l'influence de l'acide gastrique, des troubles digestifs, la fatigue, des altérations cutanées et des troubles électrolytiques [27].

Globalement, après une thérapie cognitivo-comportementale, près de la moitié des patients sont exempts de symptômes sur le court et le long terme, et jusqu'à 75% présentent une amélioration significative [38]. Des études portant sur des patients non traités dans la population générale indiquent qu'après cinq ans, 50–66% des patients souffrent encore de symptômes boulimiques per-

sistants [40]. Un passage de la boulimie à l'anorexie mentale s'observe dans 5,7% des cas [41].

Parmi les facteurs pronostiques défavorables figurent les troubles psychiques comorbides, ainsi que l'impulsivité accrue et l'abus de substances révélé à l'anamnèse [42]. Les facteurs prédictifs d'une évolution favorable incluent, quant à eux, une faible sévérité des symptômes, une dépression moins marquée à l'initiation du traitement et une réponse rapide au traitement [40]. Les troubles affectifs comptent parmi les comorbidités psychiques les plus fréquentes de la boulimie et surviennent chez deux tiers des patients. Les troubles anxieux et la dépendance à des substances sont également fréquents [43].

Binge eating disorder

Le BED est caractérisé par des crises alimentaires avec perte de contrôle subjective sans comportements contre-régulateurs réguliers. Dans la majorité des cas, le BED est associé à un surpoids ou à une obésité. Le patient a tendance à consommer des aliments hautement caloriques [4]. Alternativement aux crises alimentaires, une prise alimentaire continue au cours de la journée («grazing», «nibbling») peut également être observée [29]. Parmi tous les TCA, le BED possède la prévalence la plus élevée dans la population générale. Dans l'ensemble, 20–40% des patients qui cherchent un traitement pour leur surpoids souffrent du BED. Le BED touche les hommes et les femmes à part quasiment égale [44, 45]. La survenue du BED est le résultat de l'effet conjugué d'une altération de la capacité de régulation de l'affect et des impulsions, d'une sensibilité à la récompense particulièrement développée vis-à-vis des produits alimentaires, d'un rapport défavorable à la silhouette, à l'alimentation et au poids au sein de la sphère familiale, ainsi que d'un surpoids ou d'une obésité durant l'enfance [40, 46].

Le BED présente une évolution chronique fluctuante et ne se transforme que rarement en une anorexie mentale ou une boulimie [47]. Avec une durée de 14,4 ans, déterminée rétrospectivement, la durée du BED est supérieure à celle de l'anorexie mentale et de la boulimie [47, 48]. Sans traitement, le BED entraîne une prise de poids continue. Par ailleurs, environ la moitié des personnes atteintes de BED souffrent de troubles affectifs et anxieux [46, 49], auxquels s'ajoutent des dépendances à des substances et des troubles de la personnalité de type borderline [50].

Traitement des troubles du comportement alimentaire

Des recommandations thérapeutiques basées sur l'évidence sont disponibles pour l'anorexie mentale, la boulimie et le BED. Pour le traitement des formes sous-cliniques de ces troubles ou des troubles alimentaires non spécifiés (EDNOS), il convient de se référer aux critères de traitement du tableau clinique complet.

L'objectif global du traitement est d'obtenir une réduction significative des troubles alimentaires et de la psycho-

pathologie globale, et de diminuer les risques médicaux ou de traiter les conséquences somatiques. La condition préalable à toutes les interventions thérapeutiques est l'instauration d'une relation thérapeutique solide. D'une manière générale, les mesures ambulatoires sont préférables à une hospitalisation. Un traitement stationnaire est indiqué en cas de risque vital majeur, lorsqu'un traitement ambulatoire s'est avéré insuffisant ou lorsque l'environnement social ou familial compromet la réussite du traitement. Les proches doivent être impliqués dans le traitement, en fonction de l'âge des patients et de la sévérité du risque vital. En principe, l'implication de la famille est fortement recommandée chez l'enfant. Il a été démontré que le traitement de l'anorexie mentale a un effet limité et que le traitement de la boulimie et du BED obtient des résultats modérés à bons. Il n'existe que peu de données relatives à l'efficacité à long

terme [4, 37, 51, 52]. Même après un traitement réussi, une altération de l'humeur et une anxiété accrue sont observées chez les patients boulimiques et atteints du BED, tandis que des indices suggérant des stratégies défavorables pour la gestion des affects négatifs sont constatés chez les patients anorexiques [39, 53, 54]. Pour l'amélioration des manifestations somatiques, le retour à un poids normal est indispensable, ce qui ne peut être obtenu qu'avec des apports caloriques normaux [55].

Traitement de l'anorexie mentale

Dans le traitement de l'anorexie mentale, les priorités sont le retour à la normale et la stabilisation du poids corporel (IMC recommandé: 18,5 kg/m²) et la normalisation du comportement alimentaire. Le traitement dans un hôpital de soins somatiques n'est à envisager qu'en dernier recours et doit alors être mis en place en collaboration avec des psychologues, psychiatres ou psychosomatologues, en veillant à une continuité de la psychothérapie. Il convient de viser un traitement multimodal et pluridisciplinaire dans des centres de traitement spécifiquement destinés aux patients présentant des troubles alimentaires; ces centres permettent également la prise en charge psychothérapeutique et, si nécessaire, somatique de patients gravement atteints. La psychothérapie constitue le traitement de choix et il n'y a pas de différence en termes d'efficacité entre les différentes méthodes. Il n'existe pas de données éprouvées relatives à l'efficacité du traitement psycho-pharmaceutique dans l'anorexie mentale. Des antidépresseurs peuvent être initiés pour le traitement des troubles dépressifs comorbides, mais ces substances n'ont pas d'effet sur le trouble alimentaire lui-même.

Traitement de la boulimie

Les objectifs du traitement de la boulimie sont la normalisation du comportement alimentaire et la gestion des conflits interpersonnels, qui ont une fonction de maintien importante. Le traitement de premier choix est la psychothérapie ambulatoire, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) permettant d'obtenir les meilleurs résultats, suivies par la psychothérapie interpersonnelle (TIP). Le traitement doit se poursuivre sur une durée de six mois au minimum. Les groupes d'entraide supervisés par un thérapeute comportementaliste ont démontré leur efficacité pour les patientes présentant des troubles isolés dont le degré de sévérité est plus faible. Dans les cas de boulimie sévère, accompagnée d'autres troubles psychiques, une hospitalisation est indiquée lorsqu'il s'avère que le patient est réfractaire au traitement ambulatoire basé sur l'évidence. Contrairement à l'anorexie mentale, la boulimie peut être traitée efficacement (exclusivement en association avec une psychothérapie) par les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS, par ex. fluoxétine à raison de 60 mg/j), mais avec un taux d'interruption du traitement élevé (34% en moyenne) [4, 57]. Alors que des effets à court terme sont observables avec un traitement médicamenteux (par ex. réduction de la fréquence des crises alimentaires), une TCC permet une réduction des symptômes aussi bien à court qu'à long terme [57].

Tableau 2

Institutions et associations professionnelles spécialisées dans les troubles du comportement alimentaire (soins ambulatoires et hospitalisation).

Institutions

Centre de psychothérapie, chaire de psychologie clinique et psychopathologie, Université de Fribourg, www.unifr.ch/psychotherapie

Privatklinik Aadorf, www.klinik-aadorf.ch

Universitätsspital, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Essstörungen, Zürich
www.psychiatrie.usz.ch/ZentrumfuerEssstoerungen

Spital Zofingen, Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche, www.spitalzofingen.ch/kea

Klinik Wysshölzli, Herzogenbuchsee, www.wysshoelzli.ch

Privatklinik Wyss, www.privatklinik-wyss.ch

Sanatorium Kilchberg, www.sanatorium-kilchberg.ch

Triemlispital, Zürich, www.triemli.ch

Zentrum für Systemische Therapie und Beratung, Bern, www.zsb-bern.ch

CHUV, Service de Psychiatrie de Liaison, Centre vaudois anorexie boulimie, Lausanne, www.chuv.ch

Centro disturbi del comportamento alimentare, Ospedale Regionale di Mendrisio, www.eoc.ch

Klinik Sonnenhalde, Riehen, www.sonnenhalde.ch

Psychiatrie Baselland, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Liestal, www.pbl.ch

UPK Basel, Psychotherapeutische Tagesklinik/Spezialambulanz für Essstörungen (SPESS), Basel, www.upkbs.ch

Associations professionnelles

Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen AES, www.aes.ch

Prävention Essstörungen Praxisnah (PEP), www.pepinfo.ch

Réseau Expert Suisse Troubles Alimentaires (RESTA), www.tr-alimentaires.ch

Association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent, www.akj-ch.ch

Recommandations thérapeutiques

Recommandations pour le traitement de l'obésité infantile et juvénile, www.akj-ch.ch/fachpersonen/grundlagen-wissen.html

Recommandations thérapeutiques publiées par le RESTA, www.netzwerk-essstoerungen.ch/d/pdf/BEH_Fassung_2006.pdf

Traitement du binge eating disorder

Le traitement du BED consiste à réduire les crises alimentaires, à mettre en place une alimentation équilibrée et régulière et à travailler sur le dysfonctionnement dans la régulation des émotions et des impulsions. La réussite du traitement du BED est uniquement associée à une stabilisation du poids et non pas à une réduction du poids, ce qui est souvent à l'origine de problèmes de motivation chez les patients [58, 59]. La perte de poids ne doit être abordée qu'en aval du traitement du BED. Le traitement de choix du BED est la psychothérapie, les meilleurs résultats étant jusqu'à présent obtenus avec la TCC. Des programmes de thérapie manualisée en groupe, sous la supervision d'un professionnel, avec des éléments de TCC ont également démontré leur efficacité. Concernant le traitement médicamenteux du BED, par ISRS par exemple, il ne semble jusqu'ici apporter qu'une efficacité modérée et à court terme (utilisation off-label exclusivement) [60].

Applicabilité des recommandations et discussion autour de leur mise en œuvre en Suisse

Les recommandations développées en Allemagne doivent favoriser l'accès à un traitement efficace et l'établissement de normes de qualité au sein des structures de prise en charge. Même si les recommandations basées sur l'évidence représentent un ensemble de connaissances empiriques et en rapport avec la pratique, leur transfert à la pratique clinique peut uniquement réussir si la situation individuelle du patient est prise en compte. Ces recommandations scientifiques basées sur l'évidence semblent théoriquement transposables à la situation des soins en Suisse. La politique de santé en Suisse se distingue néanmoins de celle en Allemagne. Une différence majeure est qu'en Suisse, les psychothérapeutes peuvent uniquement être financés par l'assurance-maladie de base sur délégation médicale. Cela pénalise les personnes souffrant d'un TCA qui ont des moyens financiers limités et restreint le nombre de professionnels spécialisés dans les TCA, qui peuvent proposer un traitement basé sur l'évidence en tenant compte des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (LAMal Art.

32). Par ailleurs, en Suisse, seules quelques institutions ambulatoires et stationnaires sont spécialisées dans le traitement des patients atteints de TCA (tab. 2 ). Cette situation est préoccupante, car le traitement des patients dans des institutions non spécialisées est moins prometteur.

En particulier en cas d'anorexie mentale, une hospitalisation de plusieurs mois est souvent nécessaire, car l'atteinte du poids-cible (IMC 18,5) et la phase de stabilisation consécutive sont des éléments pronostiques déterminants pour l'évolution de l'anorexie [61]. Dans ce contexte, la possibilité limitée qu'ont les psychiatres et psychologues consultants de facturer les prestations pour les patients atteints de TCA (dans les hôpitaux somatiques) sur la base de forfaits par cas (DRG) doit également être discutée de manière critique, car cela introduit une limitation supplémentaire dans le traitement interdisciplinaire et approprié des TCA, limitation qui vient s'ajouter au fait qu'il n'existe qu'un faible nombre d'institutions spécialisées en Suisse.

Ainsi, il convient de promouvoir la formation au diagnostic et au traitement efficace de ces troubles. Dans le domaine du dépistage précoce, différentes organisations sont actives en Suisse, notamment le service «Prävention Essstörungen Praxisnah» (PEP) et le Réseau Expert Suisse Troubles Alimentaires (RESTA). Un renforcement des liens entre les professionnels œuvrant au niveau scientifique et pratique pourrait accroître la pertinence et les résultats des efforts réalisés en matière de prévention. Les recommandations qui ont été publiées en Allemagne en 2011 et qui ont été commentées dans cet article sont librement consultables sur Internet (www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html) et elles sont également disponibles sous format papier [4].

Correspondance:

Prof. Simone Munsch
 Université de Fribourg
 Département de Psychologie
 Psychologie clinique et psychothérapie
 Rue de Faucigny 2
 CH-1700 Fribourg
[simone.munsch\[at\]unifr.ch](mailto:simone.munsch[at]unifr.ch)

Références

La liste complète des références se trouve sous www.medicalforum.ch.