

DIU de Médecine et Santé de l'Adolescent
Société Française pour la Santé de l'Adolescent

8ème Journée de Médecine et de Santé de l'Adolescent

Nantes, le 9 décembre 2006

Anorexie et adolescence : concordances ou discordances autour de la prise en charge...

Les actes de la journée

INTRODUCTION

L'ANOREXIE MENTALE A L'ADOLESCENCE, POINT DE VUE D'UN CLINICIEN

Jean Wilkins, md, Professeur titulaire de Pédiatrie
Faculté de médecine, Université de Montréal – Québec.

LE CORPS DE LA SOUFFRANCE A LA RENUTRITION

Dr Chantal STHENEUR, Pédiatre
CHU Ambroise Paré, Boulogne.

DU CORPS AU PSYCHISME, DU PSYCHISME AU CORPS... "Anorexie mentale. En corps et encore !"

DUVERGER P, TOGORA A, CHOCARD AS, MALKA J, FAURE K, LAMOTTE F.
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU d'ANGERS

LE CONTRAT DE SÉPARATION DANS LE TRAITEMENT HOSPITALIER DE L'ANOREXIE MENTALE

Dr M. CORCOS, Assistant, MCU - PH
Institut Mutualiste Montsouris, Paris

LE PARCOURS DE SOINS DANS UN SERVICE D'ADDICTOLOGIE

Pr Jean-Luc VÉNISSE, Service d'Addictologie
CHU de Nantes.

SUIVI D'UN GROUPE D'ADOLESCENTES ANOREXIQUES A GENEVE

Dr Marianne Caflisch, Pédiatre, Médecin responsable de la consultation pour adolescents
Département de Pédiatrie, Hôpital Universitaire de Genève. GENEVE – Suisse.

ANOREXIES : PARCOURS PEDIATRIQUE

S. Lemerle, pédiatre, M. Vaurette, psychothérapeute
Unité de Médecine de l'Adolescent, Centre Hospitalier de Créteil (94)

LE TRAVAIL EN RESEAU AUTOUR DES TROUBLES ALIMENTAIRES

Dr Gilles Bibette
Coordinateur médical du réseau Dabanta
Bayonne.

QUELLE PLACE POUR LES SOINS AMBULATOIRES, DANS LA PRISE EN CHARGE DES SUJETS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ?

M. Grall-Bronnec, D. Vergnaux, J.L. Vénisse

MOBILISER LA FAMILLE EN TANT QUE PARTENAIRE DE SOINS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT ANOREXIQUE EN MILIEU PÉDIATRIQUE

Mme Solange Cook-Darzens, Hôpital Robert Debré. Paris.

« LA PRINCESSE ET LE PETIT POIDS »

Dr Daniel GORANS, CHU de Nantes.

Introduction

L'anorexie mentale est une addiction sans produit. Elle fait partie des troubles des conduites alimentaires. Nous avons choisi de l'aborder sans la lier à la boulimie car elle est souvent isolée chez le jeune adolescent.

La prévalence de l'anorexie mentale à l'adolescence augmente, devenant un réel problème de santé publique. Tous les acteurs de la santé de l'adolescent sont confrontés aux difficultés de la prise en charge de cette pathologie. L'absence de consensus et le peu d'études épidémiologiques rendent difficile la tâche des soignants. Et pourtant de nombreuses équipes médicales françaises accueillent ces adolescents avec des soins organisés.

Nous aborderons divers aspects de cette maladie.

L'histoire et les études épidémiologiques permettent d'approcher la place des anorexies de l'adolescent dans la société.

L'étiologie et la physiopathologie de l'anorexie restent débattues... Est elle uniquement psychologique ? Y a t'il une place pour une explication génétique ou endocrinienne ou psychologique et somatique ?

Le corps est au centre de la problématique. Comment affirmer le diagnostic et éliminer les pièges somatiques ? Comment surveiller, intégrer la surveillance somatique dans la prise en charge ? Y a t'il un consensus sur la prise en charge nutritionnelle ?

Quelle **prise en charge** pour les adolescents ? Du « tout psy » au « tout somatique », y a t'il une place pour une véritable prise en charge conjointe ? Comment et avec qui organiser la prise en charge ambulatoire ? Quand et où hospitaliser les adolescents anorexiques ? Les contrats ont été et sont encore une méthode de soins française. Quelle est leur utilité, leur place chez l'adolescent, leur limite éthique ? Quelle est la spécificité des soins chez l'adolescent ?

Et **la famille** dans tout cela ? Comment les intégrer, les séparer, les rassembler, les rassurer... Quelle est la place de la symbolique du repas familial ? Nous parlerons bien sûr des parents mais aussi des fratries...

Enfin, y a t'il aussi un retentissement social de l'anorexie: pour l'adolescent mais aussi pour ses pairs ?

La question de **la prévention** de l'anorexie mentale est souvent posée. Elle sera le lien avec la journée d'Amiens. A l'ère de la lutte bruyante et peu efficace contre l'obésité, y a t'il des pièges dans l'idée d'une image corporelle idéale ? Le sport participe t'il toujours au bien-être de l'adolescent ? Existe t'il des sports à risque ?

Jean Wilkins, md
Professeur titulaire de Pédiatrie
Faculté de médecine
Université de Montréal – Québec.
jean.wilkins@umontreal.ca

L'anorexie mentale à l'adolescence, point de vue d'un clinicien

Depuis 1974, à la section de médecine de l'adolescence du département de pédiatrie du CHU Sainte-Justine à Montréal, nous accueillons des adolescentes présentant différents troubles de la conduite alimentaire, le plus fréquent étant l'anorexie mentale.

Depuis 1995, entre 100 et 140 nouveaux cas nous sont référés annuellement. Principalement par les parents qui, pour la plupart, cherchent désespérément un endroit pour faire soigner leur fille, par les médecins qui, eux, éprouvent une grande impuissance devant ces situations cliniques et croient, à tort le plus souvent, ne pas posséder les connaissances et/ou ressources requises pour suivre ces adolescentes, ou encore, elles nous sont référées par l'infirmière scolaire ou des amies inquiètes. Peu viennent d'elles-mêmes, rappelons que la négation fait partie du tableau clinique initial.

Le grand nombre de patientes, la complexité de la maladie et les difficultés rencontrées par les soignants tout au long du suivi et du traitement de ces patientes font en sorte qu'un questionnement continu sur ce qui est proposé comme type d'aide est toujours nécessaire. À notre section de médecine de l'adolescence l'approche proposée se concentre autour des quatre aspects suivants : l'accueil, le diagnostic, l'explication de la maladie et le traitement personnalisé.

Ces patientes ont envahi en continu notre clinique et notre unité d'hospitalisation depuis les vingt-cinq dernières années et en quelque sorte, en raison de leur forte présence, nous ne pouvions les ignorer. Encore fallait-il être intéressé par cette clientèle puisque le défi de les traiter apparaissait énorme dès le premier contact. En tentant de me remémorer ce qui a cultivé mon intérêt pour cette problématique et fait que ma pratique est devenue exclusive auprès de ces adolescentes depuis deux décennies, je pense spontanément à ces quelques événements ou anecdotes :

- D'abord une phrase anodine prononcée par le Chef de la section de médecine de l'adolescence alors que je complétais mon fellowship à New York en 1973-74. On nous annonçait l'admission d'une adolescente anorexique et le professeur profite de l'occasion pour nous dire à peu près ceci : « *c'est facile de faire l'histoire de cas d'une patiente anorexique pcq il n'y a **rien** eu chez elle auparavant,*

c'est la première fois qu'elle présente un problème ! ». En rencontrant et traitant ces patientes, j'ai compris, plus tard et différemment, l'intensité et le sens de ce « rien ». Ce rien qui, chez la patiente, prend aussi le sens d'un immense vide ressenti et constitue essentiellement ce que l'anorexique tente de combler avec sa conduite restrictive.

- La parution du livre **Le Pavillon des Enfants Fous** de Valérie Valère en 1978. Ce livre, je l'ai perçu comme une énorme gifle au milieu de soins où l'auteur fut traité. Ce livre nous invitait à une révision de ce que nous faisons.
- Une conférence donnée à New York en 1984 par David Garner, auteur prolifique et incontournable sur le sujet de l'anorexie mentale dans les années 80, et au cours de laquelle il mettait en garde les différents intervenants sur les *dangers des effets iatrogéniques de nos diverses interventions*. Comment parfois il peut être plus facile de nuire que d'aider. Un appel à la prudence dans les gestes que l'on s'apprête à poser auprès de ces jeunes filles.
- Geneviève Brisac, en 1994, avec son roman **Petite** nous a offert une description de l'anorexie à l'adolescence d'une grande brillance et sensibilité qui, à mon avis, nous a fait mieux comprendre le sens profond de cette maladie lorsqu'elle se manifeste à cet âge.
- Et la fidélité remarquable de ces patientes à respecter leur rendez-vous en clinique vient confirmer l'importance de bâtir notre plan de soins autour du lien thérapeutique à établir avec elles et de miser sur le temps, puisque, sur ce point, elles sont « généreuses ».
- L'entrée dans l'anorexie mentale se produit souvent après que l'adolescente eut été victime de mots qui l'ont blessée. J'ai été très touché par l'histoire d'une jeune femme dans la trentaine, médecin et anorexique. qui s'était suicidée. La mère que je rencontrais lors d'un événement mondain, peu après le suicide de sa fille, m'a complètement stupéfait par son explication de l'anorexie et du suicide de sa fille. Cette mère était convaincue qu'au plan psychique sa fille est morte, de fait, plusieurs années avant son suicide, soit précisément le jour où elle et sa fille adolescente sont entrées dans le bureau du pédiatre pour une visite de routine et en voyant la jeune fille celui-ci se tourne vers la mère et lui dit : « *mais elle est bien grosse ta fille !* ». À partir de cette remarque inattendue et vécue comme une violence par l'adolescente, celle-ci n'a plus voulu que maigrir, m'a dit la mère, et l'anorexie est apparue pour ne plus jamais la quitter !
- J'ai été bouleversé d'apprendre, il y a deux ans le décès subit, probablement suite à une hypokaliémie, d'une jeune fille de 19 ans que j'avais momentanément suivi avant son transfert en milieu adulte. Cette jeune fille, tout au long de sa maladie, a été confrontée aux rappels incessants des membres de son entourage sur les coûts engendrés par son anorexie. Cette jeune fille personnifiait parfaitement la difficulté que nous éprouvons tous professionnels et parents à traiter cette maladie. Le suivi électrolytique : un défi, une impasse, une impossibilité ? Oui, il y en a qui décèdent d'un trouble de la conduite alimentaire, heureusement très peu.

Il est évident que d'autres événements et anecdotes ont depuis influencé ma compréhension de la maladie et ma façon de faire auprès d'elles mais je tenais à mentionner ceux-ci parce qu'ils ont eu une grande importance chez moi.

Anorexie mentale : identification et son sens

Les critères diagnostics reconnus par le DSM- IV sont ceux auxquels nous devons nous référer de routine mais, quoiqu'il soit important de bien les identifier, il arrive souvent que le tableau clinique présenté par les adolescentes ne comprenne pas tous les critères diagnostics. Alors quoi faire ? Je crois justifier de suspecter la présence d'une anorexie mentale dès que les **quatre A** sont réunis : **A** pour anorexie i.e. une conduite alimentaire restrictive, **A** pour amaigrissement, **A** pour aménorrhée, **A** pour adolescence. Sachant que l'adolescence est essentiellement une période de croissance aux plans physique, psychologique et social, toute conduite alimentaire restrictive s'accompagnant d'un amaigrissement et d'une aménorrhée secondaire survenant durant cette période doit être considérée comme suspecte, inhabituelle, inappropriée. Et ce, malgré l'argumentation de l'adolescente qui tente de nous convaincre que sa nouvelle façon de s'alimenter n'est que la résultante d'un virage santé qui est tant privilégié dans le discours sociétal actuel.

Identifier la présence d'un TCA (trouble de la conduite alimentaire) dès le début de ses manifestations pourra peut-être permettre d'en réduire la durée et aussi l'intensité. L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse ont une durée qui souvent dépasse l'âge de l'adolescence et déborde sur l'âge adulte, avec comme conséquence une morbidité parfois lourde et compliquée.

La conduite anorexique s'enclenche le plus souvent suite à la rencontre entre un individu vulnérable et la sensation particulière que lui procure le contrôle restrictif de son alimentation, le tout se produisant au moment décisif de l'adolescence. On peut y voir une similitude avec la toxicomanie à l'adolescence, qui naît de la rencontre entre un individu vulnérable et un toxique. D'où la considération d'inclure les TCA dans la catégorie des troubles de la dépendance. La conduite anorexique produisant un effet intoxicant devient une drogue permise et légale !

Cette rencontre entre l'adolescente vulnérable et l'anorexie est insidieuse, et l'anorexie vient conforter l'adolescente. L'anorexie devient un refuge, un univers nouveau, un champ nouveau à explorer comblant ainsi un vide intérieur. Une rencontre qui piège et conduit à l'impasse.

Jusqu'à-là dans sa vie l'adolescente anorexique a toujours été ce que les autres ont voulu qu'elle soit, comme si elle avait construit son identité à partir d'une prescription externe à elle, et l'anorexie, enfin, s'inscrit comme une réalisation pleinement personnelle. Mais cette réalisation c'est aussi l'expression d'une impasse dans son processus de développement, précisément en ce qui a trait au processus de séparation-individuation. L'anorexie c'est aussi une conduite d'auto-sabotage avec ses nombreuses

conséquences dont, entre autres, la création d'une dysharmonie de développement typique et bien particulière en raison de l'âge de la patiente.

L'anorexie devient comme une identité transitoire et nécessaire à ce moment précis de la vie de l'adolescente. Une identité, pour elle, transitoire et comblante. L'émaciation triomphante de l'anorexique contraste avec l'émaciation de souffrance affichée par l'adolescent porteur d'une maladie débilitante.

Anorexie mentale, un bien-être et un geste de violence

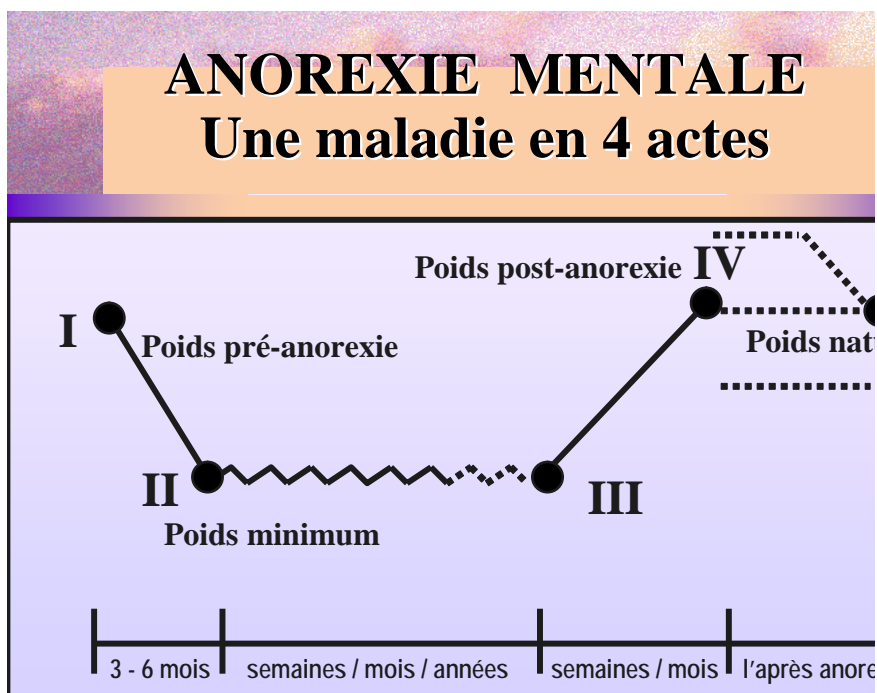
Pour l'adolescente, son anorexie devient son refuge pour un temps donné, comme si par cette conduite elle nous signifiait qu'elle a besoin d'un « timeout » à ce moment de sa vie. Dans ce sens l'anorexie peut être interprétée comme ayant une fonction protectrice pour elle. Et les répercussions physiques et psychiques qui se manifestent plus tard telles les automutilations, l'hyposexualisation, la dysharmonie de développement, l'isolement, parfois l'errance qui suit, sont de toute évidence des gestes de violence qu'elle s'inflige à elle mais ils ne sont pas toujours reconnus comme tels par la patiente. Certaines complications surviennent souvent après qu'il y ait eu rupture dans les plans de soins, ce qui contribue encore davantage à son isolement.

Les silences de certains membres de leur entourage, le cybercontrôle exercé par certaines sur leurs amies anorexiques qu'elles ont rencontré durant leur suivi ou leur hospitalisation, l'escalade des interventions des membres de l'équipe traitante devant le refus de la patiente à respecter les ententes de soins sont aussi d'autres formes de violence dont elles sont victimes.

L'anorexie peut aussi chez certaines prendre le sens d'une rébellion à l'adolescence et devient une façon maladroite d'essayer ultimement de rendre réversible un état ou une situation qui lui apparaîtrait irréversible.

L'anorexie mentale : une maladie en quatre actes

En suivant et traitant une grande cohorte de patientes sur une longue période de temps je suis venu à distinguer et à mieux comprendre les différents moments dans l'histoire naturelle de l'anorexie mentale à l'adolescence et à mieux utiliser ces différents moments. Je me réfère fréquemment à ce schéma lors des consultations et j'ajuste ou personnalise mon approche clinique en conséquence.



L'acte un : la perte de poids

Cette phase initiale de la maladie, on la retrouve chez toutes les patientes sans exception. Pour des raisons parfois connues et reconnues par l'adolescente mais le plus souvent inconnues ou connues mais non reconnues par l'adolescente, et toutes bien personnelles, chaque adolescente concernée s'engage dans une conduite alimentaire restrictive d'allure saine au départ, mais qui prendra rapidement de plus en plus d'espace dans sa vie, jusqu'à envahir complètement son quotidien, et l'amener à s'isoler des membres de son entourage qui, s'inquiétant, ne cessent de la questionner et de l'inviter à changer de comportement. Cette conduite alimentaire restrictive « choisie » (l'est-elle réellement ?) et omniprésente s'accompagne d'une activité physique intense et parfois démesurée qui l'occuperont « à plein-temps » pendant quelques mois. Habituellement il s'écoule entre trois et six mois avant que les parents, dans la plupart des cas, réussissent à amener l'adolescente en consultation et c'est aussi le temps qu'il faut à l'adolescente pour atteindre son poids minimum. Les données concernant le poids maximum pré anorexie et le poids minimum atteint durant l'épisode anorexie sont importantes à connaître et à se rappeler parce qu'ils serviront de point de référence tout au long du suivi de la patiente. Le poids maximum pré anorexie sera d'ailleurs celui auquel retournera la majorité des adolescentes une fois guéries de leur anorexie. Voici un fait qu'elle n'aime pas entendre au début d'une prise en charge mais c'est celui avec lequel je vais travailler tout au long du suivi. Le concept d'un poids santé ne m'est jamais apparu une référence juste. Je préfère utiliser le concept d'un poids « génétique et personnel » ou « naturel », tout comme il existe une taille génétique et personnelle.

Durant cette phase de la maladie, l'adolescente est le plus souvent réfractaire à toutes interventions, autant celles des membres de sa famille

que celles des professionnels qu'elle rencontrera et il faut bien se rappeler qu'elle n'a pas souhaité venir en consultation. Elle perd du poids et s'en réjouit, son objectif pondéral change au fur et à mesure de son succès, elle vise toujours un dépassement continu de ces objectifs. Elle provoque un très grand sentiment d'impuissance chez les gens de son entourage. Le défi le plus difficile pour ces gens est d'essayer de transformer ce sentiment d'impuissance en une puissance agissante pour le bien de l'adolescente. Pour le médecin, il lui faut reconnaître le peu d'espace d'action qui lui est octroyé par l'adolescente, mais il doit occuper cette place, chercher à créer un lien avec l'adolescente, d'abord en posant un diagnostic précis, puis en évaluant chez cette adolescente les répercussions physiologiques de sa conduite anorexique, en posant les gestes cliniques nécessaires et finalement en l'invitant à réfléchir au pourquoi de sa conduite anorexique et en la soutenant dans cet exercice.

Réussir entre deux visites à décélérer la vitesse avec laquelle l'adolescente perd du poids devient un objectif bien « mince », mais souvent le seul réalisable au début de la maladie. Pour accompagner l'adolescente dans sa « marche anorexique » le médecin doit bien lui expliquer pourquoi il faut poser des balises au plan clinique et il doit insister sur la nécessité de disposer d'une marge de sécurité au plan clinique. Cette marge de sécurité, pour moi, je la situe au niveau des signes vitaux. À chacune des visites, les signes vitaux de l'adolescente sont mesurés et il lui est bien expliqué que je ne tolérerai pas une bradycardie inférieure à 50/min et la présence d'une hypotension avec des manifestations orthostatiques. Si la marge de sécurité est inexistante ça devient une indication de l'hospitaliser. Mais, en tout temps, l'hospitalisation d'une adolescente qui est en pleine phase restrictive doit être planifiée, expliquée, avoir un sens i.e. s'inscrire dans un plan de traitement et la durée déterminée approximativement dès l'admission, quitte à la reconsidérer selon l'évolution clinique de la patiente. Les visites médicales en clinique seront fréquentes et rapprochées, selon l'état clinique observé, et bien qu'elles comprennent de longs moments de silence de la part de la patiente, leur pertinence demeure justifiée au plan médical. La fidélité de nos patientes aux rendez-vous en clinique étant exemplaire, il faut en profiter et les utiliser pour créer et consolider le lien thérapeutique avec elles.

L'impuissance éprouvée par le médecin durant cette phase est dérangeante et déstabilisante pour lui, mais elle ne doit pas le conduire à abandonner la patiente à elle-même et à ses parents, eux, qui ont tout fait ce qui leur était possible de faire avant d'arriver dans le bureau du médecin. Repartir du bureau du médecin sans diagnostic et/ou sans proposition de suivi est dévastateur pour les parents et dangereux pour l'adolescente puisqu'elle interprétera cette attitude du médecin comme une confirmation qu'elle est normale et que les gens de son entourage s'inquiètent inutilement. « *Ce jour-là, je me suis évanoui trois fois et mes parents m'ont amenée à l'urgence. Ma mère a dit au docteur que je ne mangeais pas et que j'étais trop maigre. Il a touché mon bras et il a dit que je n'étais pas si mince, que tout était normal* ». (Marie Ève Matte. **Devant le Miroir**. Éd Boreál (2003) Page 41).

Avec le temps, la perte de poids s'arrête, la patiente atteint un poids qui deviendra son poids minimum, un poids plancher, en bas duquel elle ne descendra plus. Et débute l'acte deux.

L'acte deux : période de stagnation, tout de même dynamique

Cette période s'échelonne sur plusieurs semaines, voire des mois ou même des années, une période complexe et difficile particulièrement pour les gens gravitant autour de la patiente. L'adolescente anorexique ressent la pression exercée par ses parents et les intervenants, mais sa volonté est de persister dans sa conduite anorexique. Plusieurs crises et conflits sont à prévoir. Plusieurs inquiétudes surgiront et comme je le répéterai souvent aux gens concernés, c'est « par miettes » que l'adolescente s'améliorera durant cette période. Il faut être modeste dans nos demandes et il faut être patient.

Il faut à ce moment précis faire preuve d'une grande précaution dans notre prescription. Il n'est pas rare que la réponse de la patiente à notre prescription soit contraire à nos attentes et même à ce qu'elle avait promis elle-même de faire ! L'impression réelle que l'adolescente stagne dans sa maladie entraîne parfois chez les intervenants le recours à des gestes « violents » tels l'hospitalisation sauvage, l'utilisation de gavages, la reprise forcée de poids, la prescription de médicaments, etc. Il faut, à mon avis, plutôt éviter le recours à ces gestes. Les effets iatrogéniques de nos interventions comportent leur lot de morbidité d'où la nécessité de respecter le rythme de changement de l'adolescente, bien que celui-ci soit lent, en autant toutefois qu'il existe une marge de sécurité satisfaisante au plan clinique. Accompagner plutôt qu'affronter.

Bien qu'elle ait l'allure d'un moment de stagnation ou de détérioration, cette période de la maladie comporte tout de même un caractère dynamique, le plus souvent difficile à reconnaître et à apprécier justement. L'adolescente le sait elle que ça change en elle ! Et, elle seule peut nous aider à mesurer ce progrès. Convaincre les parents qu'il y a amélioration lorsque cette amélioration se mesure « au milligramme » n'est pas une tâche facile !

Durant ce temps spécifique de la maladie, l'adolescente anorexique s'isole beaucoup des gens de son entourage, que ce soit à la maison, ou avec les amis et les camarades à l'école. Le médecin devient alors une personne extérieure potentiellement significative pour elle et avec laquelle il lui sera possible de discuter, évidemment en autant qu'elle retrouvera dans cette rencontre professionnelle respect et compréhension.

Le temps passe, la conduite anorexique prend de moins en moins d'espace dans le quotidien de l'adolescente, elle se met à augmenter ses apports alimentaires, allant même jusqu'à perdre le contrôle de son contrôle. C'est le début de l'acte trois.

L'acte trois : la reprise pondérale

Le moment tant attendu par les parents et si craint par les patientes, c'est ce moment où la patiente perd le contrôle de son contrôle lequel fut si significatif pour elle. Elle se remet à manger le plus souvent de façon désordonnée, elle ne se comprend plus, elle éprouve un vif sentiment d'échec, son échec à elle, qui, pourtant, a toujours réussi à la perfection tout ce qu'elle entreprend. La souffrance vient subitement de basculer de bord. Alors qu'elle était ressentie par les parents et qu'elle, l'adolescente, triomphait, c'est maintenant inversé. Elle, elle souffre et les parents, eux, se réjouissent de l'évolution pondérale positive.

Ce moment de grande souffrance vécue par l'adolescente doit nous inciter à un réaménagement du suivi. Les rendez-vous seront rapprochés pour sécuriser l'adolescente par rapport à sa remontée pondérale et pour l'aider à réinvestir son corps qu'elle ne reconnaît plus. Il s'agit d'un moment privilégié pour introduire ou intensifier une approche au plan psychique. La patiente y consentira d'ailleurs plus facilement qu'aux autres étapes antérieures de la maladie. L'urgence alors ressentie par l'adolescente nécessite de plus que les délais d'intervention soient courts.

Avec la perte de contrôle de son contrôle surgissent les épisodes boulimiques qui seront gérés différemment par les patientes. Ce moment des excès nécessite une surveillance personnalisée. Il s'accompagne aussi d'un coût monétaire et psychique. Si en plus s'y ajoute le recours aux vomissements et/ou aux laxatifs, une surveillance électrolytique devra être proposée et adaptée.

Le plus souvent la patiente reprendra du poids et retrouvera son poids naturel pré anorexie. À mesure qu'elle se rapproche de ce poids, les épisodes boulimiques diminueront d'abord en intensité puis en fréquence. Il est difficile de convaincre la patiente de ce fait étant donné l'intensité de la souffrance qu'elle ressent à ce moment bien particulier de l'évolution de sa maladie. Certaines dépasseront leur poids pré anorexie, une période extrêmement difficile pour elles au plan psychique, pour revenir à leur poids pré anorexie après un certain temps.

L'acte quatre : l'après anorexie

Le temps a passé, l'adolescente est rendue à l'âge adulte, elle a à faire des choix aux plans scolaire, professionnel, amoureux, et ceci la conduira à se questionner sur le pourquoi de son épisode anorexie. Pourquoi ai-je été anorexique ? Plusieurs ressentent à ce moment-là l'existence en elle d'une certaine vulnérabilité au plan psychique, elles veulent mieux comprendre, mieux se comprendre, ce qui les conduira à entreprendre d'elle-même une démarche psychothérapeutique individuelle.

D'autres, et elles sont nombreuses, voudront oublier ce temps de leur vie, tourner la page et vivre à leur convenance.

Celles qui continueront dans l'anorexie après leur adolescence sont plus susceptibles d'être porteurs d'un trouble psychiatrique additionnel que ce soit une personnalité limite, un trouble du caractère ou une dépression (comorbidité).

La boulimie nerveuse

En ce qui concerne cette entité clinique je me limite à mentionner sa complexité, son caractère clandestin et la difficulté de proposer aux patientes un plan de suivi des perturbations électrolytiques, une opération compliquée et stressante !

J'insiste pour sensibiliser mes patientes à ces réalités. Il faut les aider à sortir de leur clandestinité en les accompagnant et en respectant leur rythme de changement. Une surveillance efficace des désordres électrolytiques n'est réalisable que si les patientes en comprennent bien son utilité, que le personnel de laboratoire, sensibilisé à cette réalité, est capable de vous rejoindre aussitôt le résultat du décompte des électrolytes connu s'il y a hypokaliémie, et que le (la) pharmacien(ne) participe au besoin à la surveillance de la prescription de potassium. Par expérience, je sais que mes patientes adolescentes adhèrent à ce modèle de prise en charge et, parfois, d'elles-mêmes nous appellent pour nous aviser « qu'elles arrivent pour une vérification de leur kaliémie ». Il faut être disponible, ce fut utile à plusieurs d'entre elles.

Des témoignages sous diverses formes

Plusieurs des jeunes filles qui ont connu l'anorexie de l'intérieur ont à un moment donné de leur existence écrit sur leur expérience et leurs contributions m'apparaissent d'une grande richesse pour mieux comprendre cette maladie. Il y a également des cinéastes qui ont apporté un éclairage tout aussi précieux et révélateur sur le sens de cette maladie à travers leurs œuvres.

Quelques exemples : *Le Pavillon des Enfants Fous* de Valérie Valère (Éd. Stock, 1978); de Geneviève Brisac, le roman *Petite* (Éd. de l'Olivier, 1994), œuvres déjà mentionnées dans cet article; il y a les contributions québécoises récentes d'Annie Loiselle avec son livre *Les Affamées* (Éd. de l'Homme, 2003) et d'Anne-Marie Hénault *Plume, Un Jour Je Volerai* (Éd. Francine Breton, 2003). Il y a aussi eu le film de Johanne Prigent *La Peau et les Os* (ONF, 1988), la vidéo *Ma Jolie Prison*, une idée originale de notre programme au CHU Sainte-Justine (1996). Catherine Veaux-Logeat a réalisé en 2005 un documentaire intitulé *Duel en deux voix* et Hélène Bélanger-Martin a réalisé en 2006 un film *La Peau et Les Os, 17 ans plus tard*. Et il y a les témoignages, parfois surprenant, que l'on reçoit des patientes dont celui-ci, sous forme de lettre, qui m'avait profondément touché. Cette lettre souligne l'importance de petits gestes qui ont parfois un sens déterminant pour la patiente à un moment où justement l'intervenant éprouve une totale impuissance et se croit inutile.

Cher Docteur,

Il y a longtemps que j'attendais le moment de vous témoigner ma reconnaissance (et j'avoue qu'avec le temps qui filait, mon courage suivait pas loin derrière !), mais le temps des Fêtes comme excuse et surtout le défi de dire aux autres ce que je veux leur dire m'ont aidé à ne pas me « dégonfler » au dernier instant et de garder mes remerciements pour moi !

Je tenais à vous dire (sans tomber dans le pathétique!) qu'au moment où j'étais convaincue qu'il n'y avait plus rien devant qui m'attendait et que le précipice devenait de plus en plus large entre les autres et moi, (je cherche mes mots parce que je veux que ce soit à la fois clair dans ma tête que concis dans mon écriture!) il m'a semblé que dans mon chaos, vous avez repéré, d'un coup d'oeil, un petit coin encore solide sur lequel vous avez appuyé votre confiance en moi. C'était comme si pour la première fois depuis longtemps, quelqu'un faisait confiance à ce que j'étais (et suis encore) à l'intérieur et me laissait une place, un petit espace pour moi, sans me demander autre chose que d'être moi-même. - Une bouffée d'air avant de m'étouffer pour de bon cachée en boule sous mes couvertures - . Ensuite, le break que vous m'avez donné de chez moi m'a permis de voir que les choses pouvaient changer pour moi et s'ouvrir au lieu de se refermer sans cesse.

Par la suite, mon état a quand même fait les montagnes russes, mais l'enclume ne m'est jamais retombée sur la tête de façon irrémédiable comme avant ! Depuis, plusieurs fois quand le cafard me prenait, je pensais à vous en me disant: «Il t'a fait confiance, appuies-toi sur la sienne et continue. »

Il m'arrive encore de m'appuyer sur la confiance des autres pour me rassurer mais je crois que je commence à prendre ma place et à me fier davantage à moi. Bien sûr la partie n'est pas encore gagnée et il m'arrive encore de douter que je puisse la gagner un jour, mais le bout de chemin que j'ai fait depuis la première fois que je suis entrée dans votre bureau me prouve encore une fois (et malgré ce que j'en pense quelques fois) que je suis à présent, en mesure de vaincre mes fantômes. J'avais égaré mon armure pour les combattre, vous m'avez prêté la vôtre le temps de m'en refaire une... plus solide !
Merci, merci.

Des réalités, des questionnements sur les TCA à l'adolescence

Au fil des années et des rencontres avec les adolescentes anorexiques il y a plusieurs sujets pour lesquels je n'ai pas encore de réponses parfaites. En voici quelques-uns :

- Apprendre et enseigner comment toujours mieux composer avec l'impuissance ressentie face à ces patientes.

- Permettre et gérer les pauses thérapeutiques sans perdre le lien thérapeutique.
- Composer avec une comorbidité plus éclatée, plus diversifiée, plus contraignante, plus « distrayante ».
- Le perfectionnisme chez l'adolescente anorexique. À médaller ? ou à interroger ?
- Les effets à court ou long terme d'une sexualité évitée ? remisee ? différée ?
- Les enjeux du transfert en milieu adulte.
- Les coûts de la maladie et du traitement.
- L'inclusion de l'obésité dans le champ des TCA.

Dr Chantal STHENEUR
Pédiatre
CHU Ambroise Paré
Boulogne.

Le corps de la souffrance à la renutrition

Il est habituellement reconnu que l'anorexie mentale (AM) est une maladie grave, par sa durée, par les remaniements familiaux. La morbi-mortalité de cette maladie n'est pas négligeable. Steinhausen [2002] dans sa revue parle d'un taux de mortalité entre 1,36 et 17,8 % selon les études. Ce taux est important soit lors de la première année d'évolution par la dénutrition aiguë soit après 15 ans d'évolution par les complications de la dénutrition chronique. Les risques somatiques sont souvent mésestimés, cachés derrière la prise en charge psychologique.

Les critères d'hospitalisation pour « sauvetage » nutritionnel :

Dans les « guidelines » de l'American Psychiatric Association, l'hospitalisation est recommandée quand le BMI est inférieur à 16kg/m^2 ou que le poids est inférieur de 20 % au poids idéal [1993]. Pour Paccagnella et al [Paccagnella, 2006], l'hospitalisation doit plutôt se faire à partir de 13kg/m^2 . Pour Yager et al [Yager, 2005] les critères d'hospitalisation pour l'enfant et l'adolescent sont :

- FC < 50 battements par minute (bpm)
- Hypotension orthostatique entraînant une accélération du pouls de plus de 20 bpm ou une baisse de la pression artérielle de plus de 10 à 20 mmHg
- Tension < 80/50 mmHg
- Hypokaliémie ou hypophosphorémie
- Perte de poids très rapide
- Hypoglycémie symptomatique ou glycémie < 3 mmol/l

Pour R. de Tournemire et al [de Tournemire 2002], l'hospitalisation en urgence se fait devant des signes de mauvaise tolérance que sont : le ralentissement idéique et moteur, la bradycardie importante (<40 bpm), l'hypotension orthostatique, la fatigabilité voir l'épuisement musculaire, le purpura cutané ou les escarres.

Les examens complémentaires en cas d'hospitalisation en urgence :

- NFS, plaquettes à la recherche d'une pancytopenie par appauvrissement du stroma médullaire en graisse et infiltration par une substance gélatineuse amorphe.
- Ionogramme sanguin, réserve alcaline, urée, créatininémie glycémie pour le retentissement sur le rein et l'équilibre acidobasique.
- Phosphate, magnésémie afin de rechercher des facteurs de majoration du risque cardiaque.

- ASAT, ALAT, TP, CPK pour une souffrance multiviscérale.
- Bandelette urinaire type multistix[®] pour la cétonurie.

La conduite de la nutrition entérale :

La renutrition des patients avec un BMI faible, une bradycardie ou une hypotension est un acte particulièrement dangereux par le risque cardiaque. Les complications cardiaques de la renutrition sont présentes chez 6 % des adolescents hospitalisés [Kohn 1998] :

- insuffisance cardiaque congestive
- allongement de l'espace QT (risque important si > 440msec) avec arythmie
- tachycardie
- mort subite

Une renutrition lente diminue le risque de complication cardiaque.

Dans la mesure du possible, lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale même en urgence, la nutrition entérale ne sera pas débutée d'emblée mais après un temps d'observation pendant lequel le patient essaiera par lui-même de retrouver une alimentation suffisante pour reprendre du poids. Durant cette période, une surveillance est mise en place : fréquence cardiaque et tension artérielle, température, acétonurie et bien sûr poids quotidien au lever sans essayer de « piéger » la patiente par une pesée aléatoire. Toute tricherie sur le poids du matin (ingurgitation d'eau par exemple) se révèle inefficace au bout de quelques jours et signe simplement la difficulté de la jeune à la reprise pondérale.

Si la décision de nutrition entérale est prise, elle sera débutée à un débit très faible pour éviter le syndrome de renutrition inappropriée : désordre hydroélectrolytique, (hypomagnésémie, hypokaliémie, hypophosphorémie), faiblesse musculaire, insuffisance cardiaque, troubles de conscience voir mort subite [Ornstein 2003], mais aussi la dilatation aiguë de l'estomac sur pince mésentérique. Un soluté isocalorique est conseillé. Certains préconisent une nutrition continue sur le nyctémère pour diminuer la dépense énergétique, elle permet tout à fait la poursuite des repas.

D'autres préfèrent la nutrition nocturne, laissant la journée l'adolescent sans sonde. Le débit, débuté à 500ml/j pourra être progressivement augmenté tous les trois à quatre jours (avec un maximum de 2000 à 2500ml/j) pour une prise de poids d'environ 1 à 2 kg par semaine. Pendant toute la durée de la renutrition, la supplémentation en phosphore sera maintenue. Un poids d'arrêt de sonde est fixé au départ, quand celui-ci est atteint, l'arrêt de la nutrition entérale se fera sur 2 à 3 jours en fonction du débit quotidien nécessaire.

La surveillance clinique doit être quotidienne à la recherche d'œdèmes de renutrition, d'escarres en particulier sacrés, de déficit neurologique (sciatique poplité externe...).

La surveillance biologique sera au moins hebdomadaire tout en sachant que l'hypophosphorémie est surtout présente dans la première semaine de la renutrition.

Quand doit-on faire des explorations complémentaires au cours du suivi ?

L'examen clinique est le seul examen nécessaire la plupart du temps. En dehors de difficultés diagnostic, les examens complémentaires en ambulatoire servent à rechercher une augmentation du risque cardiaque (désordre hydroélectrolytique), une insuffisance rénale, une hypoglycémie. Le dosage de la kaliémie sera bien sûr très régulier en cas de vomissements provoqués. Le bilan hormonal n'a que peu d'intérêt car ses perturbations sont connues et ne modifient en rien la prise en charge.

Quand doit-on pratiquer une échocardiographie cardiaque ?

Il existe lors de la dénutrition une perte de la masse musculaire cardiaque. La fonction ventriculaire gauche n'est souvent que modérément altérée. Le prolapsus de la grande valve mitral serait dû à l'atrophie musculaire qui entraîne une disproportion du ventricule gauche. L'épanchement péricardique, le plus souvent postérieur, est généralement silencieux cliniquement. Certains épanchements de grande abondance peuvent entraîner une insuffisance cardiaque ou une tamponnade. Aussi une échographie cardiaque sera proposée chez tous les patients ayant les critères d'hospitalisation.

Conséquences de l'anorexie mentale sur la croissance et la minéralisation osseuse.

Dans les formes prépubères ou en début de puberté, un arrêt de la croissance est constant pendant la période de dénutrition. À la reprise de poids, la croissance redémarre mais la taille cible n'est pas toujours obtenue et dépend de la durée de la dénutrition. Le déficit statural serait de 4 cm en moyenne [Lantzouni 2002].

La perte de la masse osseuse est décrite depuis de nombreuses années et différents essais de traitement n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité. L'étude la plus récente [Miller 2006] montre que la perte osseuse est rapide, environ 2,5 % par an. L'ostéopénie complique environ 92 % des AM et l'ostéoporose 38 %, avec moins de 15 % des femmes ayant une densité osseuse normale. La majorité des études montrent que la récupération de la masse osseuse n'est que rarement totale même après une reprise de poids satisfaisante. La densité minérale osseuse est d'autant plus basse que l'AM a été précoce en particulier avant la ménarche et que la durée de la dénutrition a été longue (retentissement à partir de 6 mois de BMI faible).

La reprise de poids et les règles agissent séparément sur l'augmentation de la masse osseuse. La prise de contraceptifs oraux, n'améliore pas la densité osseuse, elle serait même peut-être délétère.

Conclusion :

Le travail multidisciplinaire dans la prise en charge des anorexiques est encore plus indispensable que dans d'autres pathologies. Les complications somatiques sont fréquentes et parfois graves. Elles nécessitent une surveillance par un somaticien aguerri à la clinique de la dénutrition. Cette prise en charge est d'autant plus compliquée qu'elle se heurte fréquemment au déni de l'amaigrissement et du risque vital par l'adolescent et parfois même les parents.

Bibliographie :

- American Psychiatric Association. Practice and guidelines for eating disorders. *Am J Psychiatry*. 1993 ; 150 : 212-28.
- Kohn MR, Golden NH, Shenker IR. Cardiac arrest and delirium : presentations of the refeeding syndrome in severely malnourished adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 1998 ; 22 : 239-43.
- Lantzouni E, Frank G, Golden N et al. Reversibility of growth stunting in early onset anorexia nervosa: a prospective study. *J Adolesc Health*, 2002 ; 31 : 162-5.
- Miller K, Lee E, Lawson E, et al. Determinants of skeletal loss and recovery in anorexia nervosa. *J Clin Metab* 2006 ;
- Paccagnella A. Mauri A. Baruffi C et al. Application criteria of enteral nutrition in patients with anorexia nervosa: correlation between clinical and psychological data in a « lifesaving » treatment. 2006 ; 30 : 231-9.
- Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002 ; 159 : 1284-93.
- De Tournemire R. Alvin P. Anorexie mentale et dénutrition grave : comment assurer la prise en charge nutritionnelle en milieu pédiatrique. *Arch. Pediatr*. 2002; 9 : 429-33.
- Yager J; Andersen A. Anorexia nervosa. *N. Engl. J. Med*. 2005; 353 (14) : 1481-8.

DUVERGER P, TOGORA A, CHOCARD AS, MALKA J, FAURE K, LAMOTTE F.
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
CHU d'ANGERS

DU CORPS AU PSYCHISME, DU PSYCHISME AU CORPS... "Anorexie mentale. En corps et encore !"

L'anorexique s'offre au regard... Elle nous donne à voir... et à penser...
Et que voyons-nous devant le tableau qu'elle nous impose, débarquant, plus ou moins en urgence, dans notre bureau, dans la salle de consultation ou le service de Pédiatrie ?

En premier lieu, **un défi et un scandale !**

Un défi ; défi de ces jeunes filles qui, face à une société qui prône des possibilités nouvelles et jusque-là inégalées de consommation et de réussite personnelle, répondent par des conduites de refus et d'auto-destruction d'elles-mêmes. Jeunes filles qui auraient « tout pour être heureuses » et dont la conduite apparaît comme une insulte à la raison et au bon sens.

Un scandale aussi, d'autant plus révoltant qu'il nous confronte à l'appétence pour la mort ou du moins à la souffrance, au masochisme. Le triomphalisme anorexique entre en résonance avec l'idéal de fonctionnement d'une société qui développe le culte des performances, du factuel, des sensations, qui fait du refus du manque, sa valeur de vie et qui subordonne la réussite à ce qui se voit.

L'anorexique est placée sous le signe de l'**ambiguïté** et du **paradoxe**. Elles peuvent être vues tour à tour comme des jeunes filles décharnées, au bord de l'épuisement, avec une dimension dépressive et même abandonnique, qui suscitent la compassion et l'envie de les protéger ; et, parfois simultanément, comme des ascètes décidées et dominatrices, dévorées par une énergie que leur activisme et leur hyperactivité ne suffisent pas à canaliser, volontiers condescendantes et donneuses de leçons, hypersensibles et tyranniques avec un entourage qu'elle persécutent tout en se sentant elles-mêmes persécutées.

L'anorexique ne peut pas laisser indifférent ; elle interroge notre humanisme...

Compassion, inquiétude, tristesse devant ce gâchis, mais aussi colère et rage devant notre impuissance et leur triomphe masochique. Sa maigreur, exhibée et cachée tout à la fois, capte l'entourage et l'asservit plus efficacement que toute plainte. À cela, s'ajoute le déni de sa maigreur qui renforce le « coup de force » qu'elle opère sur son entourage. Elle nous impose son état physique sans discussion possible. Le paradoxe qu'elle subit et qu'elle vit, elle nous le transmet par son image tout en le niant par ses paroles. Elle refuse toute reconnaissance de la maigreur, reconnaissance qui apporterait une ouverture et situerait le corps

en position tierce, objet possible de discussion, de rencontre et de préoccupations communes entre la patiente et ses interlocuteurs. À la place, elle est en **situation de face à face, en miroir**, ce qui piège toute différenciation possible. L'issue en est le mimétisme ou la confrontation.

Dans un premier temps, nous abordons le rapport de la jeune fille anorexique à son corps : comment pense t-elle son corps ? Comment vit-elle son corps ? Que peut-elle vivre psychiquement pour en arriver à ce piège et cette impasse corporelle anorexique ?

Puis, nous développons le rapport de l'anorexique à l'autre, au monde qui l'entoure. L'anorexique attend t-elle quelque chose de l'autre ? Et si oui, qu'attend t-elle ?

Enfin, dans une troisième partie, nous proposons des hypothèses quant à l'origine de ces symptômes, en revisitant l'enfance de l'anorexique qui conduit, au moment de l'adolescence, à cette destruction du corps.

Ces réflexions s'inspirent largement des travaux des Drs M. Corcos et Ph. Jeammet (Institut Montsouris, Paris), et reposent sur l'enseignement du DIU de Médecine et santé de l'Adolescent que nous coordonnons. Elles s'appuient aussi sur nos rencontres avec des jeunes filles anorexiques hospitalisées dans la "Clinique de l'Adolescent" du CHU d'Angers.

1 – LE RAPPORT AU CORPS : DE L'IDEAL A LA DESTRUCTION

Pour illustrer le rapport de l'adolescente anorexique à son propre corps, citons les propos d'une jeune patiente, Laura. Elle évoque le souvenir d'une scène, alors qu'elle est enfant, assise à l'arrière de la voiture de ses parents. L'espace d'un court instant, elle regarde ses cuisses et alors, une pensée surgit et s'impose : « Ce ne sont pas mes cuisses ! ».

Dans un même ordre d'idée et quelques années plus tard, elle évoque ses déambulations devant les vitrines de Noël de sa ville... Et là, adolescente déjà filiforme, elle perçoit son reflet dans une vitrine, et, paniquée, s'entend dire : « Ce n'est pas mon corps ».

À la puberté, le corps de l'anorexique n'est pas perçu comme un corps féminin pulsionnel, mais est perçu, à l'opposé, comme un corps machine, un corps tube, réduit à sa fonctionnalité et objet d'emprise totale, corps fétiche, phallique, érigé, dont la fermeté et l'invariance constituent l'**écran neutre qui protège** du contact à l'objet et des affects envahissants et incontrôlables. Un corps sans cuisses, sans fesses, sans ventre... Ce corps anorexique, érigé, sec, asexué, sans forme, sans rondeur et sans douceur s'offre au regard. L'anorexique y traque anxieusement les traces de graisses, les signes d'assouplissement, l'émergence de formes, comme autant de marques de faiblesse, de relâchement honteux et de victoire de l'ennemi, par une reddition à l'objet haï avant tout parce que désiré.

Le rapport de la jeune anorexique à son corps est une confrontation dangereuse, souvent mortifère car dépourvue de différence tierce conduisant à un jeu de

miroir où le même est « confusionnant » et le différent, destructeur. Réaction en miroir traduisant une **menace pour l'identité**. Qui suis-je ? Qu'en est-il de ce corps ? Ce corps qui échappe et trahit ?

L'anorexique ne doit pas penser ; elle ne doit ni rêver, ni ressentir d'émotions ou de plaisirs... Et son corps est le lieu privilégié d'expression de cette activité de contre-investissement d'une **réalité interne qu'elle s'efforce de dénier et de réprimer** (à défaut d'un refoulement souple et efficace). Dénier de son appétence pour l'objet, de son envie et de ses désirs, déni de la sexualité... Elle nous montre une façon d'habiter son corps en refusant de l'éprouver. Des sensations peut-être... Mais des émotions, jamais !

Le corps sert alors de **médiateur privilégié du lien de soi à soi**. Par **les sensations** qu'il procure, de faim (du fait du jeûne) de fatigue (liée à l'hyperactivité) de froid (du fait de la maigreur), voire de douleur, il contribue au maintien du sentiment de continuité et d'existence. Le recours aux sensations, c'est-à-dire au corps, sert à l'anorexique à maintenir à la fois une relation à elle-même (en quelque sorte de « se sentir ») et à ses objets. **La recherche de sensations vient éviter la confrontation aux émotions**, au monde interne, c'est-à-dire aux désirs et à leurs objets. Ne pas penser, ne pas rêver, ne pas cauchemarder... Car cela menacerait les assises identitaires.

La fonction perceptive et les données sensorielles permettent au sujet de s'assurer de la présence concrète des objets, qui leur font défaut à l'intérieur, tout en pouvant vérifier que l'objet en question est à la fois à disposition, sous la main et toujours extérieur, c'est-à-dire sans risque de confusion avec le sujet.

Ainsi, aux graves défauts d'intériorisation psychique, de représentations internes (émotions) l'anorexique répond par un recours à l'extérieur, au corps (sensations) et au comportement (surinvestissement perceptif).

Pour la jeune anorexique, le corps autorise ainsi la vérification de son **pouvoir de maîtrise**, de l'objet comme de son désir. Il permet aussi de s'assurer de la permanence du lien aux objets d'attachement, la mère en particulier, dont le regard anxieux témoigne que, si l'objet est atteint, il maintient son intérêt. Elle guette dans les yeux de l'autre, l'anxiété et la désapprobation qui la persécutent peut-être mais la rassurent profondément sur sa maîtrise de la situation, car le doute la taraude, à la mesure de son appétit, de ses appétits.

Le comportement anorexique peut ainsi être regardé comme une modalité d'**externalisation de contenus internes** qui trouvent là un mode de figuration et une voie d'expression. Par ce moyen, c'est la racine même du fonctionnement mental qui est subvertie, par un effet d'occultation. Le plaisir d'associer des pensées, la satisfaction hallucinatoire du désir, la capacité de rêverie, le désir d'investir... Tous ces éléments qui supposent un jeu de la différence, de la présence et de l'absence sont abolis par le comportement anorexique. Toutes ces capacités introjectives sont entravées par ce déplacement et ce mouvement d'externalisation de la source interne d'excitation sur un vecteur d'excitation lié à un besoin, l'appétit, qu'il devient alors possible de contrôler comme un élément de la réalité externe c'est-à-dire hors psyché.

S'il protège, dans une certaine mesure, de l'angoisse voire d'une désorganisation psychique plus profonde, le trouble du comportement alimentaire conduit à un **renforcement de la répression des désirs** du sujet, comme de son « appétit » et à un **fonctionnement mental de plus en plus désaffectisé** sur un mode opératoire, mécanique, calculé (au gramme près et au plus juste de la calorie). Plus le monde imaginaire et pulsionnel est réprimé, plus le sujet surinvestit défensivement son apparence physique.

Si l'anorexique se sent toujours trop grosse, ce n'est pas délirant mais de l'ordre d'une conviction ; conviction qui sert à contre investir la pression du refoulé ou du réprimé. L'anorexique se sent trop grosse et elle est en effet **trop grosse de son désir boulimique d'avaler tout ce à quoi elle aspire** (Jeammet). Autrement dit, les folles exigences de l'anorexique sont des réponses aux angoisses de ne pas se contrôler, à l'horreur de ne pas maîtriser son corps, à l'insupportable de la sexualité, à la peur de ses appétits... Conduites focalisées sur le corps.

2 – LE RAPPORT A L'AUTRE (à l'objet, à la scolarité, au monde...)

Le rapport à l'objet ou l'illusion d'une harmonie

L'enfant investit les objets et le plus connu est l'objet transitionnel, son « doudou »... Objet investit affectivement, rassurant lors des séparations (coucher...) et qui accompagne le tout petit.

Juliette, une jeune adolescente anorexique m'explique que pour elle, lorsqu'elle était petite, il était très important de laisser son doudou (une peluche) chez une copine... « pour être sûre d'y retourner ». Ses dires sont confirmés par sa mère : « Juliette n'oubliait pas son doudou, elle faisait exprès de le laisser. Elle se souvenait toujours où elle l'avait laissé... Ainsi, elle ne le perdait jamais ».

L'objet de l'anorexique se situe à l'opposé de l'objet transitionnel. Il est tout le contraire avec pour fonction d'**assurer la permanence du lien à l'objet d'attachement**. Il est là pour rassurer le sujet sur le maintien de ses limites et sur son **pouvoir** sur l'objet. En effet, si l'objet transitionnel est rassurant et permet une identification, l'objet anorexique (addictif) est transitoire, toujours à recréer car toujours en dehors. Il n'est pas intériorisé, n'est pas support d'identification et il faut donc continuellement le maîtriser (savoir où il est...). Dès les premières interactions, l'anorexique établit un type particulier de relation à l'objet ; une relation sans plaisir à un **objet sous emprise**.

Ce type de relation se retrouve face aux bouleversements de la relation de dépendance aux objets infantiles introduits par la puberté. Néo-relation dont certaines caractéristiques peuvent être déclinées :

- Importance de la relation d'emprise
- Mouvement de délibidinisation et de déliaison – où l'affect est annulé
- Place dévolue aux sensations au détriment des émotions
- Refus de l'intériorisation au profit de l'extériorité
- Volonté d'objectalisation au détriment du lien d'empathie

- Omniprésence de la mort
- Besoin répétitif de générer l'émergence régulière d'excitation dont il faut sans cesse contrôler le devenir qui pourrait menacer l'identité ; excitation pourtant nécessaire au maintien du sentiment de continuité...

Cet aménagement sauvegarde le lien objectal mais en le réduisant à un lien de contact, en surface, qui évite tous les dangers de l'intériorisation comme ceux de la perte et qui offre, par **l'emprise** qu'il autorise, un contrepoids efficace à la destructivité.

Ainsi, le trouble des conduites alimentaires est l'expression de l'impossible création d'une aire de libre-échange (transitionnelle) entre le sujet et l'objet, et le révélateur de l'impossible création d'un plaisir partagé.

Le rapport à la scolarité

Les classiques excellents résultats scolaires de la jeune anorexique ne témoignent pas d'une intelligence hors norme... Mais d'un rapport au savoir bien particulier.

En effet, le rapport au travail scolaire est lui aussi **évacué de sa dimension affective**. Il devient machinal, mécanique, calculé, automatique, sans surprise. Le surinvestissement scolaire ne relève pas d'un choix intellectuel. Il permet à l'anorexique de ne pas penser librement, de ne pas se laisser aller à la rêverie, de faire barrage à l'imaginaire et au fantasme. Il s'agit là d'une manière de désactiver le désir de l'Autre et en quelque sorte d'avoir la paix. Dans son idéal de perfection, l'anorexique absorbe, engloutit le programme scolaire ou universitaire. L'anorexique n'est pas capable de créer. Elle fait les exercices scolaires qu'on lui demande de faire... Et elle en redemande ! Encore et encore !

Le rapport au monde, aux autres...

Les jeunes anorexiques sont dans une **position de dépendance** vis-à-vis des autres. Est dépendant, celui qui utilise de façon dominante et contraignante la réalité externe, c'est-à-dire le monde des perceptions et de la motricité pour contre investir une réalité interne sur laquelle il ne peut pas s'appuyer car il ne donne pas la sécurité interne nécessaire, base d'une certaine liberté. L'anorexique n'a pas de liberté de penser car elle n'a pas cette sécurité intérieure psychique. Elle devient donc dépendante de l'autre... Même pour des besoins aussi archaïques que la nourriture, le repos...

L'anorexique essaie de substituer à ses liens affectifs relationnels, vécus comme d'autant plus menaçants qu'ils sont nécessaires, des **liens de maîtrise et d'emprise**. Tout ce qui rappelle un lien affectif est rejeté. Les dimensions du plaisir et du bonheur sont évacuées ; elles sont en effet insupportables dans la mesure où elles échappent. Cela explique qu'il est si difficile d'établir avec l'anorexique une relation simple et tranquille.

Au fond, l'anorexie ne se limite pas à la nourriture... C'est aussi une anorexie des affects, des émotions, de la sexualité... Dans le sens d'une lutte contre l'avidité. Pas de petits plaisirs ! L'anorexique, c'est l'antithèse de la « Petite gorgée de bière » (Delerm).

La solitude de l'anorexique

Concernant les affects, la jeune fille anorexique est angoissée lorsqu'on aborde la question des sentiments, de la tendresse. Pour elle, la tendresse, c'est insupportable, c'est mou, on peut s'y perdre... La détente, la complicité, c'est confondant avec l'autre. Pour l'anorexique, il faut du dur, du rigide, de l'os, des limites.

L'anorexique se plaint d'être seule mais elle est souvent incapable d'établir des liens amoureux avec ses pairs. Lorsque le désir d'autarcie et d'autosuffisance s'atténue, elle parvient parfois à établir des liens mais la relation ne peut jamais s'installer durablement car alors, l'anorexique s'y perd, s'affole et retrouve ses modalités défensives contre angoisses et pulsions qui l'envahissent. Le rapprochement amoureux, la proximité de la sexualité sont autant de dangers susceptibles de lui faire perdre le contrôle d'elle-même. Elle se rigidifie et retrouve alors un fonctionnement donnant l'apparence de se suffire à elle-même.

Tout ce qui pourrait se partager est menaçant et la solution trouvée par l'anorexique est la maîtrise et l'omnipotence, dans un illusoire contrôle de sa sphère affective.

La jeune anorexique est incapable de trouver la bonne distance relationnelle. Alors, elle tente d'imposer aux autres les exigences qu'elle-même s'impose. Lorsqu'elle accepte qu'un médecin ou une infirmière s'intéresse à elle, c'est rarement spontanément et souvent dans un déplacement des problématiques plutôt que dans une volonté de se remettre en question. Ainsi, elle substitue un persécuteur externe à son bourreau interne ! C'est d'ailleurs en ce sens que c'est un problème pour les soignants car l'anorexique interroge notre humanisme. Jusqu'où établir une distance suffisamment bonne avec elle, qui ne soit ni trop proche (car vécue comme intrusive), ni trop éloignée (car perçue comme un abandon) ?

3 - L'ENFANCE DE L'ANOREXIQUE

On peut penser que le fonctionnement de l'appareil psychique est tel qu'il y a une relation de similarité entre la façon dont, à un moment donné, cet appareil fonctionne et en particulier traite ses objets et les modalités relationnelles qui ont présidées à son développement, et dont il a subi l'influence.

L'émergence des conduites de dépendance à l'adolescence est le deuxième acte d'une pièce dont le premier acte s'est joué dans l'enfance et dont le thème commun est celui de la **problématique de la construction identitaire**. Pour comprendre le comportement anorexique, il faut revenir à ce qui s'est joué dans la mise en place des auto-érotismes et dans la qualité des liens intériorisés et des assises narcissiques de la petite enfance.

Que se passe t-il dans l'enfance ?

L'auto-érotisme se nourrit des échanges de l'enfant avec sa mère, c'est-à-dire de toutes les expériences où dans son **interaction avec la mère**, (mais aussi le père) il retire un plaisir propre qui peut faire l'objet d'intériorisation. Le mouvement de suçotement de l'enfant qui attend sa nourriture et qui compense cette **attente** par un **plaisir** de suçoter en est un exemple : l'enfant apaise ses tensions dans le souvenir des traces mnésiques de satisfaction antérieure. Cela procure une sécurité psychique interne.

Ce réinvestissement intermittent des traces mnésiques de satisfaction antérieure devient progressivement indépendant de l'expression du besoin initial (Winnicott). L'enfant intériorise cette relation et c'est cette intériorisation qui va progressivement lui permettre l'attente, c'est-à-dire qui va le rendre, dans une certaine mesure, indépendant de la présence de l'objet extérieur. A partir de ces expériences heureuses et de ce qui se déploie physiquement et psychiquement à l'intérieur de lui, l'enfant va assurer les **bases d'un sentiment de continuité**. C'est sur cette base sécurisée et ces acquis intériorisés que se développeront par la suite les identifications secondaires. Les expériences de séparation pendant l'enfance révèlent la qualité et la solidité de ces acquis. Les enfants qui ne supportent pas la séparation révèlent leur fragilité intérieure (par exemple au moment du coucher).

De même, l'origine des émotions, c'est dans le corps à corps, le peau à peau, dans le charnel qu'elle se trouve.

La constitution de ces auto-érotismes est capitale car elle participe au fondement des **assises narcissiques**. Les assises narcissiques représentent ce qui assure la continuité du sujet et la permanence de son investissement de lui-même.

À l'inverse, tout ce qui introduit une cassure trop brutale, trop précoce dans cette continuité du lien et cette adéquation réciproque des interactions fait prendre conscience à l'enfant de son impuissance et de sa dépendance à l'égard du monde extérieur. Les conditions d'un **antagonisme entre autonomie et dépendance**, entre lui et les autres, sont créées.

Et que se passerait-il dans l'enfance de l'anorexique ?

La plupart des familles d'anorexiques que nous avons rencontrées se présentent toujours comme des familles sans histoire et sans problème, voire exemplaires !

Lors des interactions précoces, suivant le modèle de la construction identitaire en regard du miroir que constitue le visage de la mère (Winnicott), l'enfant ne rencontre pas un écho rassurant ; ni soutien désirant rassurant et stable, ni limitation suffisante. Le défaut de contenant (maternel) perturbe les possibilités d'attente. Les investissements des objets ne sont pas nourrissants. L'enfant ne peut alors se dégager de l'attachement à l'objet primaire et reste aliéné dans une relation d'emprise mère-enfant. Tous les investissements ultérieurs se font sur un mode stéréotypé qui ne repose pas sur une relation affective stable et rassurante.

L'enfant ne se construit **pas en identification mais en imitation**, en collage, en placage. Il reproduit le modèle (enfant passif, dépendant) sans que celui-ci soit intériorisé... Il fait comme et pareil que ses parents, dans une attitude de mimétisme et de soumission... Or quand on est dans l'imitation, il n'y a pas de choix donc pas de conflit. En quelque sorte, l'enfance de l'anorexique est une enfance idyllique, trop sage. Sage « comme une image » ! (Malka).

De ce fait, il n'y a pas de démarquage, pas de différence, **pas de séparation**. C'est comme si la vie n'avait pas d'épaisseur, pas de troisième dimension... Car même s'il y a du conflit, il est réprimé, évité, dénié.

L'obéissance confine à l'abnégation puis à la servilité et à l'assujettissement. L'enfant se trouve alors confronté à un **sentiment de dépendance**, sans ressources internes pour sortir de cette impasse, sentiment qui entre en conflit avec un désir vivace de se différencier, de prendre de la distance.

Une des conséquences, c'est que l'enfant a du mal à penser ses émotions et reste au niveau des sensations, non symbolisées, non reprises par l'entourage, non intégrées. Les excitations ne sont pas contenues... Et il faut toujours plus de sensations pour lutter contre le débordement pulsionnel.

Et à l'adolescence ?

Ainsi, les difficultés de l'adolescente anorexique pourraient se rapporter aux premiers stades du développement de l'enfant, au moment de l'instauration de la relation objectale au niveau de laquelle s'inscrit la dialectique du besoin et du désir, du désir de la satisfaction, de l'absence et de l'existence.

L'adolescente anorexique, n'a pu se nourrir et s'épaissir de sa propre histoire familiale (c'est-à-dire en définitive s'identifier) ; que celle-ci ait été vide ou stéréotypée, qu'elle en ait été écartée faute d'avoir été investie, qu'un traumatisme l'en ait exclue ou plus insidieusement qu'elle ait été soumise, accaparée et parasitée par une problématique parentale, menaçante pour son autonomie. Et elle en fait trop pour activer ce qui a été vécu et reste énigmatique.

À la puberté, le corps se transforme et ces métamorphoses échappent, trahissent et dérangent l'adolescente, jusqu'à la déstabiliser. La puberté et particulièrement ce corps pulsionnel féminin va alors avoir un **effet traumatique** et rompre l'enchantement d'une enfance en images d'Epinal. Les anorexiques vont fuir une situation conflictuelle qui les déborde dans un double mouvement :

- De **repli régressif** : régression vertigineuse et drastique vers un fantasme primitif d'autarcie toute-puissante à laquelle s'associe, paradoxe apparent, une projection en avant vers une image idéale de soi, corps fantasmatique idéalisé autour duquel s'organise la négation de la castration.
- De **transformation de la dépendance en une volonté d'autosuffisance**, allant jusqu'à la négation de tout besoin et la répression farouche de tout ce qui est, à leurs yeux, synonyme de

passivité, laisser-aller, besoin ou désir. Un tel triomphe sur soi-même et sur les autres entraîne fréquemment un sentiment de bien-être et une résurgence de fantasmes infantiles de toute puissance.

La puberté révèle la fragilité des assises narcissiques et identitaires et des problématiques de dépendance. Le modèle identificatoire est défaillant (en écho aux perturbations de la prime enfance) et laisse l'anorexique dans un désarroi total au moment où la problématique de séparation/individuation se réactive à l'adolescence. Le fait que l'objet (et l'autre) ne « nourrit » pas, oblige à l'acharnement. L'envie est débordante, non colmatée par une possible gratitude. Elle se contiendra dans l'orgueil et le refus.

Cette situation conduit l'adolescente à refuser les liens dont elle a le plus besoin. On est ainsi face à un sujet « persécuteur persécuté » dont l'estime personnelle, profondément altérée, l'empêche de réagir sans haine et l'oblige à **maîtriser la situation** en lui imprimant une espèce de terreur affective. Combien d'anorexiques, tyranniques avec elles-mêmes comme avec leur entourage familial, imposent des recettes de cuisine et des repas où chacun est sommé d'en reprendre sous peine d'être disqualifié ? Alors qu'elles-mêmes auront à peine effleuré une feuille de salade ! Elles contraignent l'environnement à reproduire la relation de dépendance qu'elles ont eue avec leur mère, mais en sauvegardant l'apparence de leur indépendance.

Ce besoin de maîtrise, cette **peur de la passivité** se focalisent :

- sur le corps, avec un déni de l'amaigrissement et un refus du corps féminin
- et sur l'environnement, avec un sentiment d'omnipotence et une emprise tyrannique.

Enfin, après plusieurs années de fonctionnement anorexique, le comportement pathologique tient parfois lieu, pour la jeune, d'« identité de compensation » face au vide identificatoire qui la hante. Le comportement anorexique vient signer l'identité même de la jeune qui ne peut alors plus n'être que représentée par son comportement. S'installe ainsi un néo-système de régulation du relationnel avec une source de jouissance perverse qui maintient la fixation à ses objets infantiles. Ce cercle vicieux psychique est renforcé par les effets de dépendance physique induits par l'anorexie chronique.

Au total, le désir de toute-puissance sur soi, sur les autres et sur le temps n'est finalement que le reflet dérisoire et tragique d'une insatiabilité sans fond et sans fin, d'un contrôle corporel impossible, d'une mise de fond à corps perdu et sans cesse à renouveler... **En corps et encore...**

BIBLIOGRAPHIE

Alvin P., Marcelli D. *Troubles des conduites alimentaires*. Médecine de l'Adolescent. Ed. Masson, Coll. Pour le Praticien, 2^{ème} éd., Paris, 2005, 20, 176-191.

- Baudry P. *Le corps extrême. Approches sociologiques des conduites à risque*. Ed. L'Harmattan, Paris, 1991.
- Brusset B. *L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Ed Privat, Toulouse, 1983.
- Corcos M. *Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Ed. Dunod, Paris, 2000.
- Corcos M. *Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Ed. Dunod, Paris, 2005.
- Corcos M., Jeammet P. *Conduites de dépendance à l'adolescence. Aspects étiopathogéniques*. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, Paris, 2000, 37-216-G-30, 6 p.
- Corcos M., Jeammet P. *Conduites de dépendance : principales conceptions psychopathologiques*. Ed. Masson, Paris, 2003, 4, 75-104.
- Corcos M et coll. *Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence*. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie/ Pédopsychiatrie*, Paris, 2002, 37-215-B-65, 15 p.
- Duverger P, Malka J. *Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent*. Site : <http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/>
- Jeammet P. *L'anorexique et son corps. De l'idéal à la destruction*. *Journal de Psychanalyse de l'enfant, Le corps*. Ed. Bayard, Paris, 1997, 20, 146-167.
- Jeammet P. *Addiction, dépendance, adolescence. Réflexions sur leurs liens. Conséquences sur nos attitudes thérapeutiques*. *Les nouvelles addictions*. Ed. Masson, Paris, 1990, 2, 10-29.
- Jeammet P. *Anorexie Boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*. Ed. Hachette Littérature, Paris, 2005.
- Lacan J. *Encore ! Le Séminaire - Livre XX*. Ed. Seuil, Paris, 1975.
- Le Breton D. *Passions du risque*. Ed Métailié, Paris, 2000.
- Malka J., Duverger P. *Sages comme des images... A propos de l'image du corps dans l'anorexie mentale*. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. A paraître.
- Venise JL, Bailly D. *Addictions, quels soins ?* Ed. Masson, Coll. Médecine et Psychothérapie, Paris, 1997.

Dr M. CORCOS
Assistant, MCU - PH
Institut Mutualiste Montsouris
42 bd Jourdan – 75014 Paris
maurice.corcos @imm.fr

LE CONTRAT DE SÉPARATION DANS LE TRAITEMENT HOSPITALIER DE L'ANOREXIE MENTALE

Résumé

L'établissement d'un contrat de poids dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale, inscrit d'emblée dans la tête des parents et de la patiente, le souci dénié pour la réalité somatique et son devenir à risque de complications graves. Puis, rapidement s'établit que la question centrale n'est pas celle fantasmée de « gaver » la patiente par une technique médicale qui la rende « grosse », mais bien celle du devenir femme entravé, d'une jeune fille qui fait avorter par sa conduite active et volontaire son processus d'adolescence. Cette référence symbolique du contrat instruit des effets sur le corps et les processus de pensée de la patiente, et permet des remaniements identificatoires.

La contrainte vécue de l'acte thérapeutique est toujours bien moindre que la violence des relations primitives du moi du sujet avec son surmoi archaïque et vise à soulager les contraintes internes à l'origine de la restriction alimentaire et de l'amaigrissement. La « persécution » extérieure s'oppose au dictateur interne...le conflit est déplacé dans la relation aux soins (figure des conflits avec les parents) et permet l'émergence de nouvelles possibilités de représentation. Le conflit est à nouveau humain et pendant tout un temps vont se déployer déni, clivage, projection, à visée défensive, avant qu'une rencontre dans le conflit ne soit possible, rencontre qui protège le narcissisme du patient (elle ne s'humilie pas dans une demande d'aide, le lien lui est imposé). Cette rencontre permet l'exploration des désirs profonds de la patiente, et de son degré de résistance dans le déni ou le conformisme plaqué C'est cette dialectique désir résistance qui permet l'établissement d'un diagnostic en termes économiques puisque fondamentalement c'est le désir qui construit l'aliénation. Le contrat est un artifice technique, qui provoque une situation de séparation fortement appréhendée par la patiente et sa famille, et qui révèle la complexité (nature, intensité et ambivalence) des liens parents enfants et les fantasmes qu'ils ont générés. Il permet d'étudier la problématique centrale de séparation : attermolements autour des poids de séparation et de sortie, fétichisation d'un poids, réactivation de la problématique de séparation à l'occasion de la sortie de l'institution. Adoptant le langage du symptôme et le cantonnant dans le cadre du contrat de poids, le psychiatre peut alors dans l'espace psychothérapeutique déployer son offre de soins vivants.

« Amor est un mot qui dérive de AMMA, MAMA, MAMILLA ».
Mammaire et Maman sont des formes presque indistinctes.

L'amour est un mot proche d'une bouche qui parle moins qu'elle ne tète encore spontanément en avançant ses lèvres dans la faim.
Pascal Quignard in « VIE SECRÈTE ». Folio. Gallimard. 1998. p. 13

I. ORGUEIL ET NÉCESSITÉ

L'adolescence est une « fièvre du temps dans la vie » (9) qui donne la tonalité du changement « corps et âme » d'un enfant qui franchit un seuil, passe brutalement d'un statut à un autre.

Le phénomène adolescence (*Phaenomenon* : ce qui apparaît et *Phainestai*, qui dérive du grec *Photos*, lumière : apparition) est la manifestation massive, passivement vécue, de « quelque chose » qui se fait jour, quasiment ici et à l'instant, dans le corps et l'esprit de l'enfant. Un quelque chose de nouveau et d'excessif donc d'étrange, instruisant une métamorphose marquant une rupture avec la continuité, et qui menace l'identité même du sujet, avant que de lui permettre l'accès à une identité propre.

À ce carrefour de tous les possibles, certains sujets se figent, freinent voire rebroussement chemin. Rien n'est pour eux possible, si il n'y a pas de maintien de la continuité avec l'origine, surtout et paradoxalement si celle-ci a été carentielle. D'autres entrevoient une ouverture, une embellie derrière la fenêtre protectrice d'une enfance suffisamment bonne où des liens substantiels ont été noués. Tout devient effectivement possible pour ceux qui sont arrimés ... Au-delà de l'origine et de la fin.

Si suivant Raymond CAHN (3), on place le processus de subjectivation au cœur du travail psychique s'imposant à l'adolescence, la question centrale de la filiation met en relief l'adolescence comme carrefour révélateur des complexités du processus d'identification. Les identifications sont perpétuellement interrogées et remaniées, et le degré de désaliénation puis d'autonomie du développement dépend du procès fait à ce défilé des identifications. En découlent autant d'occasions et de nécessités de s'appuyer sur les exemples du passé, pour les imiter passivement en *faux self*, les chérir ou s'y opposer passionnellement, les refuser massivement en s'amputant de ses racines ou, les adapter en les nuancant pour s'en nourrir suffisamment. Et ce, en fonction de la qualité des acquis, des aléas du présent, et des anticipations de l'avenir.

Nous concevons que cette problématique de séparation individuation, ancienne et profonde et réactivée lors du processus adolescence, est au cœur de la genèse et du développement des Troubles des Conduites Alimentaires. La conception addictive de ceux-ci les situe principalement dans un registre limite où la problématique narcissique est au premier plan. Cette problématique se caractérise notamment par l'intensité de la relation de dépendance à la figure maternelle primitive et le maintien de mécanismes d'identification primaire à caractère essentiellement incorporatif, massivement contre investis.

Les théoriciens de l'approche systémique se sont particulièrement intéressés aux troubles des conduites alimentaires.

Pour Minuchin (8), la famille où survient une anorexie mentale est une famille dysfonctionnelle qui entre dans le cadre des familles psychosomatiques. Elles se caractérisent par :

- l'enchevêtrement entre les membres d'une même famille, leur excessive proximité et l'intensité des interactions,
- la surprotection,
- la rigidité,
- l'intolérance aux conflits, leur évitement et leur non-résolution

Selvini Palazzoli (11) considère comme Minuchin (8) que le problème central réside dans un système d'alliance et de coalition au sein de la famille. Elle parle de « mariage à 3 » chaque parent étant également dans une relation incestueuse avec un des enfants. Elle insiste sur la désillusion profonde qui se cache derrière l'unité de façade du couple parental.

Nous ajouterons, quant à nous, cette perception clinique fréquente sans être constante d'une « cellule familiale » fixée rigidement sur les apparences, vivant en îlot par rapport au monde externe, n'entretenant avec lui que des relations formalisées et conventionnelles. Cet équilibre intrafamilial structuré en vase clos, transmet aux enfants le fantasme que le monde extérieur en son altérité, est forcément hostile, et qu'ils n'y trouveront pas une nourriture aussi saine que celle dispensée dans la famille.

Ainsi est maintenu l'enfant au sein de la matrice familiale, à l'abri du monde extérieur, ce qui ne peut que favoriser des processus régressifs, qui ne peuvent s'agir dans des conflits internes, ceux-ci étant farouchement évités. Sont alors rapportés à l'anamnèse, des enfants image, enfants-rois, enfants soleils, sans conflit. Ce qui laisse penser qu'ils se sont construits plus en imitation qu'en identification pour parer à tout conflit. Celui-ci n'apparaissant que lorsque des séparations s'avèrent nécessaires (crèche, école, colonie de vacances...).

La non-constitution d'un suffisamment bon objet interne dans un processus d'identification qui laisse une place à l'agressivité et au droit d'inventaire, oblige en effet l'enfant à la nécessité de percevoir constamment l'objet maternel pour être rassuré, faute de quoi toute séparation entraîne la résurgence d'angoisses archaïques d'abandon.

Au prix de l'évitement de toutes ces séparations « naturelles », l'enfant peut demeurer un enfant « sans histoire », c'est-à-dire sans conflit apparent, ce qui n'exclut pas qu'il se soit organisé dans une conflictualité blanche avec ses objets externes, et n'ait réprimé en lui une destructivité qui ne peut dès lors se déployer que dans son théâtre interne psychique et corporel. L. Israël concevait (6) que des « enfants sans histoire soient des enfants incarnés dans une synchronie », c'est-à-dire qu'à aucun moment il n'y eut pour eux de passé, ce qui laisse présager que pour eux, il n'y aura pas non plus d'avenir. Il ajoutait que cette atemporalité, cette absence de mouvement dans le temps était bien l'un des caractères de l'inconscient : « Ainsi ces enfants sont des inconscients, mais des inconscients maternels... Un enfant sans histoire, ça ne peut être qu'un enfant qui représente l'inconscient de la mère, qu'il représente de façon fidèle, un enfant nanti d'une mère tellement identifiée à son propre inconscient, qu'elle est inapte à percevoir ce qui fait la différence de l'enfant, la différence entre l'enfant réel et ce qu'elle se représente sous ce terme » (6).

À l'adolescence, l'enfant dépendant perçoit que l'abri d'autrefois, la cellule familiale, n'est d'aucun secours dans son désir vivace de dévorer le monde, et ne fait que colorer de nature incestueuse les métamorphoses/pubertaires qu'il subit et qui ne peuvent trouver à s'expurger à l'extérieur. Il devient un poids lourd à porter et constitue un handicap dans son exploration du monde.

La solution anorexique mue par des enjeux inconscients réalise l'équilibre « presque parfait » d'empêcher symptomatiquement l'adolescent de goûter aux apports affectifs et sexuels du monde extérieur, tout en constituant une barrière physique autorisant la permanence de fantasmes incestueux, ou le retournement au profit de la patiente du vécu d'emprise exercé sur elle.

Notons que le refus actif de tout lien affectif et sexuel exogènes, à un âge où ils se déploient naturellement, sont le résultat morbide le plus significatif de l'évitement de la séparation.

Le rapport affectif, le contact sexuel et l'accès à la jouissance, avec l'autre monde que l'entourage, constituent bien le risque majeur d'une métamorphose touchant au plus profond l'identité personnelle. Surtout s'ils sont sous-tendus massivement par un immense appétit, une avidité sans frein, des fantasmes de grosseur grossesse maternité.

La sexualité n'est-elle pas *aussi* une tentative de déprise des liens familiaux et d'extraction du lien de la naissance. La masturbation qu'on dit inexistante chez l'anorexique est proximité incestueuse, mais aussi tentative de désolidarisation active d'avec l'entourage proche.

La passion anorexique vise fondamentalement, comme dans toute passion, à éviter toute séparation.

La passion est dévoration mais aussi, auto-consomption. L'anorexique est aussi vorace que maigre. Fille d'une mère, supposée l'avoir laissée toute sa vie en état de manque, elle est dévorée par un tel besoin de génitrice, qu'elle fantasme son auto engendrement en creux.

Elle interroge ainsi la naissance de sa propre mère : « l'anorexie est une passion somatique de l'âme : elle provoque l'autre, figure variable de la mère, peut-être même cette arrière mère qu'est la mère dans la mère » P. Fédida (4).

Le symptôme alimentaire est en effet, en lui-même le premier objet externe (l'aliment) et le premier objet interne (le corps) utilisé par l'adolescente pour introduire une distance d'avec ses objets familiaux externes et internes (objets infantiles), et singulièrement, la mère. Le combat alimentaire qu'engagent la mère et la fille a la violence d'une agression identitaire : refuser d'être nourrie et créée par l'autre originaire. Ainsi quand ils consultent les patients et leurs familles sont déjà séparés par un symptôme terrorisant et persécuteur, qui s'est imposé à eux pour réguler une distance relationnelle qui à, l'adolescence ne pouvait plus être la même, puisque faisant courir le risque de l'aggravation d'une emprise psychique et du corps (à qui appartient l'esprit et le corps de l'adolescente ? Qui en aura la propriété,...la jouissance ?). Rapidement s'est installé dans l'esprit de la patiente, le fantasme que toute séparation était synonyme d'intégration dans un processus de changement et que si celui-ci se déployait ce serait sans fin et sans contrôle possible. Le symptôme devient un fétiche rassurant en ce qu'il garderait une trace du passé. L'adolescente tente de garder son passé « à fleur de peau », « à portée de main », mais se sépare d'elle même en contrôlant son devenir.

La séparation permet de mesurer que bien plus que des parents réellement interditeurs quant à une découverte par leur enfant du monde extérieur, il s'agissait d'une auto interdiction attribuée aux parents du fantasme...et de comprendre que bien plus qu'un passé traumatique (il l'est parfois, ce qui accentue le processus), il était un passé rassurant à défaut d'être vivifiant, auquel l'adolescent tient et qu'il tient via le symptôme, pour s'armer et se défendre contre un présent et un avenir pressenti dangereux ou hostile. Les

affres de la séparation, une fois dépassés (la confrontation aux effets réels de celle-ci est oh combien moins douloureuse que ce qu'en fantasmait la patiente...la vraie souffrance c'est celle que l'on craint...dès que l'action s'engage, l'angoisse s'estompe), l'adolescente peut reprendre contact avec l'enfant qu'elle a été, et dans un suspens nostalgique perpétuer les rêves qu'elle entretenait et peut-être...cette fois s'atteler à réaliser les promesses qu'elle s'était faite. Celles de devenir femme et mère, quel que soit le prix (fantasmatique) à payer des effets de sa transformation sur l'autre femme et l'autre mère de la maison. Il y a bien dans l'anorexie un choix (plus qu'un refus) et pas seulement inconscient, de devenir femme et mère. Un choix volontaire et actif, une trouvaille propre qui s'avère une solution économique face aux effets psychiques et charnels des métamorphoses/pubertaires, avant que de se perdre dans une assomption du rien (plus que du manque) permettant l'illusion de l'éternel désir. Piège narcissique que vient très rapidement verrouiller le phénomène addictif dans ses effets tant physiques que sociaux. En d'autres termes, si l'anorexique ne sort pas de sa conduite ascétique, qu'il ne faut pas confondre avec sa nature avide, c'est, au début, moins par incapacité que par orgueil. Rapidement, elle en devient physiquement incapable...et se rattrape en contemplant avec complaisance un corps livré à sa propre dramaturgie.

La « perversité » du thérapeute c'est de redonner à la patiente l'illusion d'un possible devenir femme maîtrisé, métaphorisé au niveau de la prise de poids et de formes, lui garantir qu'elle ne débordera pas, ne passera pas de l'autre côté du regard maternel qui la voyait grosse de ses envies matricides, si grasses de ses désirs qu'elle se voyait elle-même monstrueuse.

Cette illusion mobilisatrice à recouvrir est indispensable pour sortir du piège narcissique, masochiste, parfois nihiliste dans lequel s'était enfermée la patiente. La vérité est que le thérapeute n'est jamais assuré (2/3 des anorexiques verseront dans la boulimie) que la patiente évitera le débordement alimentaire et ce qui l'accompagne de rage destructrice source de dépression et de nouveaux conflits cette fois extra alimentaires avec les parents.

Le vrai est que lors de ce passage, sorte d'adolescence autrefois avortée qui se réactualise, la patiente peut observer que sa destructivité n'est pas meurtrière et que les nouvelles formes de son corps sont réversibles...la voilà dans la possibilité de peaufiner sa sculpture de soi...en acceptant ses appétits monstrueux d'être jouissifs et en découvrant, *mettant à jour*, sa « part maudite » (incestueuse et narcissique) dans le développement de ses excès pulsionnels. Vivre est destructeur. La vraie perversion serait d'imposer à une adolescente au devenir psychique et corporel contre investi car effrayant, une loi médicale intangible (norme de poids ne prenant pas en compte la tolérance psychique de ses nouvelles formes).

II. NOUER ET DÉNOUER LES LIENS PAR CONTRAT

La prise en charge doit bien évidemment prendre en compte cette problématique de séparation et son auto traitement par la patiente et la famille, s'y appuyer et l'utiliser comme levier, pour proposer une solution d'équilibre moins coûteuse.

Cette solution a été depuis fort longtemps l'établissement d'un contrat de soin le plus souvent ambulatoire parfois hospitalier ; que nous allons détailler, expliciter et discuter ici, d'autant qu'elle est actuellement très critiquée, avec des arguments qui appellent notre vigilance. Il s'agit d'un contrat de soin qui lors d'une hospitalisation est élaboré autour du repère de deux poids.

Un premier poids qui correspond à une période de séparation d'avec l'environnement habituel ; cette séparation n'est pas synonyme d'isolement puisque l'hospitalisation va permettre au contraire d'ouvrir des possibilités de relations nouvelles au travers de la vie institutionnelle avec l'équipe et avec les autres patients. Un second poids à partir duquel la sortie pourra être envisagée. Cette deuxième période permet d'évaluer dans quelle mesure de nouvelles modalités relationnelles intrafamiliales ont pu s'élaborer pendant la séparation : *travail sur le temps et l'espace, l'avant/après, le dehors/dedans*

Ce contrat est l'instrument privilégié et indispensable de cette modalité d'utilisation de l'hospitalisation. Il est établi, négocié, discuté au moment de l'indication d'hospitalisation entre l'équipe, la patiente et les parents. Une fois négocié et accepté, il demeure invariable et indépendant des désirs (*désirs*) de chacun. C'est dans ces conditions qu'il peut (6) : « représenter une médiation, une limite qui s'interpose entre la patiente et les autres et constituer une barrière à l'interpénétration de leurs désirs réciproques ; témoigner par sa permanence de la fiabilité des soignants ; créer un espace propre à la patiente, conditions de son autonomie, du respect de son individualité ; permettre l'expression d'attaques violentes dont les effets destructeurs potentiels sont démentis par sa permanence ».

La durée de l'hospitalisation peut être très variable et n'a pas de valeur pronostique. Elle oscille le plus souvent entre 3 et 6 mois. Dans certains cas très graves et avec un passif d'hospitalisations antérieures ratées, elle s'avère beaucoup plus longue. Cette hospitalisation pourra déboucher sur une formule permettant si nécessaire de prolonger l'aménagement de cette distance entre l'adolescente et ses parents (internat médico psychopédagogique, foyer...).

La séparation touche parfois ses limites. Dans certaines situations de fragilité narcissique, on peut observer une véritable désorganisation psychique, du fait de l'effondrement rapide des défenses de la patiente qui nécessite d'aménager cette première phase de séparation. Il est alors par exemple possible de limiter les échanges à des entretiens familiaux réguliers espacés qui ne remettent pas nécessairement en cause le contrat. Enfin, dans certains cas, le besoin de maîtrise peut atteindre de telles proportions qu'il amène à une confrontation constante et à une subversion voire une perversion progressive du contrat qui perd sa valeur de médiation pour devenir un véritable fétiche, gris-gris utilisé par la patiente uniquement dans sa dimension protectrice (poids trop faible imposant le statut quo). Dans ces situations on peut être amené à aménager des solutions de compromis pour ne pas se laisser enfermer dans une relation d'emprise réciproque aboutissant à une hospitalisation sans fin.

La simple séparation permet le plus souvent une amélioration symptomatique de la patiente et révèle ce paradoxe mystérieux qu'une patiente figée dans un refus obstiné peut s'autoriser certaines satisfactions dès lors que celles-ci sont obtenues sous contrainte, à l'abri de leur perception par ses proches, et dans le cadre de relations entre « même malades » médiées par un entourage soignant favorisant les liens plutôt que la destructivité.

Tentons de mettre à jour les éléments de ce paradoxe sans l'annuler.

Édicter un contrat de soin avec une patiente, c'est solliciter la dimension interactive relationnelle. Cela signifie que ce qui va être travaillé c'est le lien, l'échange et la transmission via des identifications croisées. La relation thérapeutique est ainsi basée sur les modalités des investissements et des contre-investissements plus que sur l'étude de la maladie ou de la structure du malade. Le contrat de soin constitue un cadre qui pourra être mis à l'épreuve,

défié, voir attaqué (il est de bon pronostic qu'il le soit), c'est dire à quel point il n'est pas sous tendu par une idéologie d'injonction d'une compliance du patient, et qu'il est un moyen d'évaluation plus qu'il n'obéirait à une fin de contention.

Ce qui est testé, c'est la détermination du corps soignant, sa faiblesse à se laisser séduire ou pervertir dans une relation à un patient affectivement et narcissiquement très sollicitant où sa propension à se rigidifier phobiquement dans l'emprise et à répondre à toute transgression par une sanction. La force voire la violence du cadre soignant imposé visent à contenir les attaques suscitées par les éléments archaïques de la personnalité du patient, et sa dépendance aux objets primaires déplacée sur les objets soignants. Ce qui doit être étudié dans ces attaques c'est l'aptitude du patient à transformer l'objet thérapeute en être tout puissant auquel il va se soumettre ou à le vivre invariablement comme un persécuteur ; dans les deux cas dans un mode relationnel qui tend à reproduire le modèle familial.

Le contrat, dans ce cadre, permet dès lors de se représenter pour le patient et le thérapeute la pulsionnalité agie dans les symptômes et les limites qu'il convient de lui opposer. D'un point de vue économique, l'institution d'un contrat de soin permet de protéger le narcissisme du patient et de lui éviter des conflits de désir. Il le soulage en effet d'avoir à faire une demande, en comprenant que la demande est dans la répétition du symptôme avec ses effets délétères. Une demande verbale, si tant est qu'elle soit possible dans les moments aigus, sera toujours humiliante car elle stigmatisera la dépendance du patient et son avidité de passivité.

Les contraintes exercées par le contrat ne visent pas à entraver la liberté d'un patient dont la symptomatologie montre à qui ne veut pas éviter de le voir, qu'il a depuis longtemps perdu sa liberté et dont aucun des actes-symptômes ne parviendront jamais à résoudre des problèmes de conscience. Elles n'ont de sens que pour autant qu'elles permettent d'exercer une action pare excitante puis contenante car liante des éprouvés. Cette contenance c'est ce qui permet de créer les conditions d'une représentation et d'une élaboration chez le patient et autorise la fonction interprétante du thérapeute. Bien évidemment les deux protagonistes engagent différemment leurs limites, et le travail est moins aisé dans le cas de registres borderlines ou narcissiques plus que névrotiques, registre où les passages à l'acte, en réponse à une menace sur l'identité mettent à mal la tenue du contrat de soin.

Dans le second cas, il est somme toute aisé de travailler à lever des inhibitions, assouplir un surmoi rigide héritier du surmoi parental, soulager une filiation dans l'emprise et créer les conditions d'un accès à la satisfaction et la jouissance. Dans le premier cas, il s'agira dans le même temps de travailler à protéger le moi, contenir les débordements pulsionnels et, redonner des repères parentaux. C'est que les « actes symptômes » du patient ne se satisferont pas d'interprétation, toujours traumatiques au début, mais nécessiteront qu'en contrepoint soit posé un acte thérapeutique comme point d'incarnation, d'ancrage et d'étayage potentiel d'un processus de transformation psychique. C'est là un point de vue économique au sens d'une métapsychologie freudienne.

L'acte thérapeutique, bien tempéré, où s'agit un peu de ses affects contre transférentiels, loin d'être une contrainte arbitraire, produit souvent un effet de soulagement pour l'adolescent qui se sentant investi et « tenu » peut par petites quantités, disposer de cette énergie dégagée et susceptible d'être réinvestie dans un travail psychique avec le psychothérapeute.

Pour ce faire, un premier temps de traitement permet de concevoir une modalité de fonctionnement qui fasse intervenir la notion de limites jusqu'à l'introjection par le patient de mécanismes psychiques de pare excitation pour réguler et contenir la massivité et la brutalité d'excitations traumatiques (restaurer puis étayer le système de pare excitation du sujet, constitutionnellement fragile, et abrasé par les effets des symptômes).

Ceci sous-tend la capacité pour le « corps soignant » d'être un objet solide contre lequel va pouvoir s'exercer la violence psychique sans risque de destruction.

Il doit pouvoir concevoir que son patient ; ce persécuté persécuteur ; ne puisse pendant un temps s'exprimer autrement ; et que l'énergie dans cette violence doit être détournée plus qu'abrasée car elle sera motrice dans la construction du soi.

En d'autres termes, il doit pouvoir accueillir cette négativité et ne pas la rejeter comme négativisme. Ceci sous-tend aussi sa capacité (plus difficile) d'être un objet sur lequel va se porter un investissement massif et brutal, avec des évitements successifs et des projections variantes, sans que se dessine avant longtemps un véritable mouvement transférentiel. Tout ceci sur une durée relativement longue et dans un cadre néo-contenant à la fois souple et limitant toujours à bâtir jusqu'à son intégration psychique par le patient.

Cette contenance n'est pas une contention puisque son objectif essentiel n'est pas l'entrave mais bien la liberté du patient. En effet, grâce à la contenance, la tolérance intrapsychique des affects permet de meilleures capacités de représentation, de meilleures relations objectales (moins impulsives, sensibles, agressives) et le développement des capacités à investir.

Ce qui entrave la liberté du patient est la contrainte symptomatique (avec sa fonction auto thérapeutique et sa dimension de jouissance perverse avec ses différents verrouillages biopsychosociaux), plus que la contrainte externe instituée par le contrat et dont on perçoit dès lors la fonction de contrepoids. Mieux vaut un persécuteur extérieur qu'un persécuteur intérieur semble dire cette patiente hospitalisée : « à la maison, je m'ennuie et je suis triste ; j'ai envie de tout casser... à l'hôpital aussi c'est pareil... mais à l'hôpital c'est compréhensible ».

En d'autres termes : il convient de créer par le contrat de soins des conditions d'un espace thérapeutique, contenant une économie psychique en déséquilibre, permettant un commerce acceptable avec des objets internes et externes, afin de permettre progressivement l'accès au sens.

Il s'agit *in fine* de « vivre avec » le patient (de « faire avec » pour le personnel infirmier et les assistantes sociales) un certain nombre d'événements psychiques entrecoupés de passage à l'acte contenus, pour permettre à celui-ci une réappropriation subjective de ses actes et de sa pensée. Ceci présuppose la transmission du thérapeute vers le patient d'un contenant par la proposition de contenus de pensées

tolérables (travail psychique souterrain du patient dans la relation et Interprétation de sens dans l'après coup des actes). Ces contenus de pensées sont le meilleur contenant possible. Ils dépendent pour l'essentiel de la créativité du thérapeute et ouvrent la voie à un espace de symbolisation possible. Mais la transmission n'est pas aisée car ce qui entrave la fonction réflexive du thérapeute c'est la grande sensibilité à cet âge à l'éclaircissement des problématiques et le facile recours au passage à l'acte dont la fonction est la décharge et l'arrêt du travail psychothérapeutique désorganisant.

Le contrat est aussi parexcitant et protecteur pour le thérapeute. Il permet d'éviter les deux écueils massifs dans la prise en charge d'adolescentes où la rencontre identificatoire réactive la problématique de dépendance autonomie : la séduction = attirer à soi et l'éducation = attirer à l'extérieur.

Il évite le « trop près » qui détruirait l'aire d'illusion où peuvent se déployer les projections fantasmatiques. L'illusion n'est pas la tromperie, mais la générosité dans la proximité qu'on s'accorde avec la « folie » du patient. L'interpréter trop rapidement c'est l'annuler et le processus créatif avec.

Il évite le « trop loin » avec ses rationalisations techniques, éducatives, voire morales à distance des affects et des éprouvés, avec l'infiltration inéluctable du sentiment d'incompréhension et d'emprise accentuant le désarroi du patient, voire les sentiments de lâchage et d'abandon de l'enfant livré au mieux aux « répugnances œdipiennes », au pire abandonnique et déprimé et qui entre dans le retrait et la solitude mortifère.

Contenir et tenir pour témoigner du souci que l'on a pour le patient doit se faire à distance du maîtrisé. Il s'agit en définitive de pouvoir construire des liens en ayant le souci que ce ne soit pas des entraves (polysémie et ambiguïté du mot lien = attache, entrave, accordage).

Pour ce faire la discussion des modalités du contrat dans une négociation âpre, mais si possible ludique sans verser dans le dérisoire, est fondamentale : engagement ; souplesse et contenance moins sur le fond que sur la forme ; explication et clarification ; confidentialité assurée ; intuition sans intrusion permettant au patient d'entendre quelqu'un lui poser les questions qu'il était seul jusqu'à présent à se poser à lui-même ; édicition du contrat en des termes symptomatiques (alimentaires) puisque c'est le langage protecteur qu'il propose avant que ce ne soit en d'autres termes moins à distance des affects (prolongation ou arrêt de la séparation en fonction de la tolérance psychique), en restant toujours en deçà de la verbalisation et surtout en ne précédant pas le patient.

Ce qui n'empêche pas d'avoir conscience de ce qui se joue fondamentalement dans le cadre de ce contrat.

C'est-à-dire, selon nous, la délimitation d'un espace-temps singulier dans la vie d'une patiente qui, avant l'hospitalisation, s'illusionnait d'arrêter le temps de l'adolescence (grandir...) en surinvestissant l'espace (hyperactivité). Le temps et l'espace, coordonnées essentielles de la mère pour l'enfant.

Le contrat d'hospitalisation instaure un temps (une durée) et un espace (le service hospitalier) nouveaux ou peuvent se nouer des liens exogènes à l'abri du regard familial.

Liens affectifs propulseurs d'autres liens qui ne pourront se faire qu'à l'abri du regard soignant. À l'abri du regard nourrissant toujours vécu comme dévorant, ne signifiant pas, qu'ils se noueraient ex-nihilo, mais qu'ils se déploieraient à l'ombre pulsionnelle de l'objet, d'un objet qui ne fasse pas trop d'ombre.

Le contrat délimite l'espace de discussion négociation manipulation, où les questions ne sont pas : Qui décide ? Qui est le maître ? Mais : Sur quoi pouvons-nous nous accorder ? Quel bout de chemin pouvons-nous faire ensemble ? Puis dans l'optimum il peut devenir l'espace de jeu (playing) ou dans la rencontre identificatoire acceptée, des jeux de rôles sont possibles avec changement de rôle avec le thérapeute pour que le patient puisse y trouver les moyens d'introjecter la nécessité de s'occuper de lui... comme on lui montre qu'on s'occupe de lui... et de soi à la fois.

III. IMPORTANCE D'UNE RÉFÉRENCE TIERCE

Le contrat est le tiers entre le patient et le thérapeute qui peuvent s'y référer en cas de litige. Un tiers différenciateur évitant la confusion ou l'emprise de l'épreuve duelle. Ce contrat ne peut être intangible (il serait alors vécu comme persécuteur) ni complice des circonvolutions évolutives (il ne serait plus contenant). Sa souplesse visera l'adéquation de la réalité externe mais aussi interne du patient avec le nécessaire maintien d'une cohérence et d'une constance des soins.

Les qualités requises du contrat pour que sa fonction tierce puisse s'exercer sont schématiquement les suivantes :

- 1) Le contrat ne doit pas être trop lâche, a fortiori laxiste. Il doit contenir la pulsionnalité, aussi la limite et la pulsionnalité doivent avoir la même densité.
- 2) Il ne peut être l'objet de changements répétitifs puisque le respect du contrat par le thérapeute et le premier témoignage de sa fiabilité. Il doit s'inscrire dans la durée pour faire vivre le sentiment de continuité d'une présence soignante. Il s'agit pour l'objet moins d'être toujours réceptif, pertinent, bon, que de durer, tenir et survivre aux agressions.

3) Il ne doit pas être trop rigide, synonyme d'emprise et d'arbitraire, et doit pouvoir survivre à quelques transgressions. Maintenir le contrat malgré une recrudescence symptomatique (un épisode symptomatique aigu une fugue ou une tentative de suicide), c'est tolérer l'immaturation de l'expression comportementale de la violence pulsionnelle du patient. C'est se rappeler qu'il n'y a pas d'égalité dans les devoirs entre les deux contractants ne serait-ce que parce que le psychothérapeute y engage moins ses limites, risque toujours moins que le patient. C'est surtout prendre acte de la violence interne, et ceci dans les formes d'expression de l'adolescent, et poser un acte (hospitalisation) en contrepoint de cet acte qui puisse favoriser chez lui associativement une réappropriation subjective de son acte. Mais il est à noter que chez ces patientes dépendantes, la question est plus souvent l'impossibilité pour elles de s'écarter du contrat (respect scrupuleux des poids de séparation et de sortie préétablis) que de le transgresser avec ce que ça laisse présager du poids des contraintes internes.

Maintenir le contrat et accepter le conflit lié à ce maintien dans ce que J. Hochmann [5] appelle « Une réalité partagée » où il souligne l'importance « des rythmes présence absence, dedans dehors et des frustrations qu'ils entraînent, nécessaires à la mobilisation de l'activité psychique des patients ».

Le contrat est, in fine, la référence tierce qui permet le travail thérapeutique dans un rapproché suffisamment sûr.

Cette fonction tierce est à référer à la menace d'emprise maternelle et/ou à l'autorité paternelle contenant si souvent défaillante dans ces pathologies narcissiques. L'espace que constitue la psychothérapie ou l'institution reflète en effet en partie le corps imaginaire de la mère. Dès lors, protéger le contrat, c'est protéger le tiers, c'est-à-dire le père dans la triangulation œdipienne. Le contrat introduit la règle, la loi, la métaphore paternelle pour séparer l'adolescente du corps et de la pensée maternelle vécus comme omnipotents.

Ce dégageant de la relation symbiotique d'avec la mère ; cette introjection d'un surmoi suffisamment contenant créent des conditions de sécurité narcissique. Ainsi les interventions surmoïques fréquentes des thérapeutes d'adolescents (par rapport à ce qui est observé dans la cure type de l'adulte), si elles ne sont pas totalitaires ou arbitraires, c'est-à-dire si elles sont expliquées et clarifiées en particulier le fait qu'elles s'exercent à chaque fois que le moi est en danger peuvent être introjectées permettant la transmission d'un contenant. Les contenus de pensée transmis deviennent un contenant.

Puis surviendront, dans le meilleur des cas, des interventions structurantes du thérapeute à des moments clés de l'évolution du traitement, jouant des situations où l'environnement avait été défaillant. Le thérapeute aidera alors au développement de modes de

relation nouveaux, où il pourra se passer quelque chose qui n'avait pas eu lieu d'être, et qui pourra générer des éprouvés cicatrisant les berges d'un non-advenu. L'internalisation de modalités nouvelles de relation avec l'objet, dans le cadre transférentiel, pourra créer les conditions d'une pare excitation des motions pulsionnelles du sujet. Ces interventions ne pourront être créatrices qu'après l'instauration d'un espace transitionnel sécuritaire.

Dernier point : édicter un contrat c'est témoigner d'un engagement ce qui est toujours problématique pour des enjeux narcissiques d'où l'importance pour le thérapeute d'anticiper la séparation d'avec lui pour qu'elle puisse être confortable pour le patient. De ce point de vue, la contrainte exercée par le contrat favorise ce dégagement futur, ce que ne fait pas une attitude « humaniste » compréhensive, ou pire « faussement compassionnelle ».

IV. CONTRAT ET PHÉNOMÈNE TRANSITIONNEL : L'ACCÈS À LA SYMBOLISATION.

Rappelons que D. Winnicott [12] a parlé de phénomène transitionnel plus que d'objet ou d'espace transitionnel. À sa suite nous devons considérer le contrat de soins, moins comme un objet au statut déterminé dans un espace-temps, que comme un phénomène c'est-à-dire un « processus » tiers appartenant à l'espace interne et à l'espace externe, (en les liant à travers lui), issu donc à la fois du registre de l'illusion et de la conviction, du fait même de sa convocation de ces deux espaces.

Le contrat est l'illusion transitionnelle d'une croyance commune. Il repose sur un crédit de confiance accordé dans le cadre transféro-contretransférentiel, par le patient à un thérapeute qui n'est pas phobique et qui s'engage ou qui n'occulte pas la problématique par des réponses opératoires. Ce n'est pas un contrat d'assurance ou de notaire c'est-à-dire un contrat objectif. Il pose la subjectivité au fondement de la relation de soins. Autrement dit, sans le négliger, il ne travaille pas de manière univoque sur le symptôme « ici et maintenant », mais bien plutôt sur le désir, désir enfermé dans le symptôme et désir de se soigner c'est-à-dire de parvenir à un autre équilibre. Même s'il parle dans les TCA avec le langage symptomatique du poids, pour maintenir une limite médicale absolument nécessaire, et éviter d'être traumatique en interprétant des symptômes avant que la maturité du patient ne le permette, il laisse entendre dans la forme de l'engagement pris que c'est bien d'autres questions qu'il s'agit d'élaborer.

Illusion ; croyance, voilà de quoi alimenter la polémique sur un contrat pervers. Mais « l'illusion n'est pas l'opposé de la réalité » [1] et l'exactitude est ce qu'il y a de plus éloigné de la vérité. L'illusion est ce qu'il y a de plus proche du désir et de la réalité interne. L'illusion permet pour reprendre une expression de R. Roussillon [10] « la précipitation fantasmatique qui surgit de l'ambiguïté : le soin a-t-il commencé ». La valeur régulatrice est suspendue à l'indécidabilité de cette question ». Toute interprétation psychanalytique est alors bannie de ce type de soins et même considéré par cet auteur comme « détransitionnalisante »,

persécutrice, « surtout lorsqu'elle ne peut arriver par sa forme ou par son fond, à respecter l'ambiguïté organisatrice des fonctionnements psychiques interstitiels, lorsqu'elle démasque trop crûment un processus ou un déni qu'il était encore nécessaire de maintenir « au secret », de respecter.

Maintenir l'illusion n'a pas de visée manichéenne de duper le patient. Elle est le moteur pour favoriser le passage de la croyance à la connaissance. Caricaturalement, l'approche psychanalytique énonce « qu'il faut le croire pour le voir » tandis que les techniques pragmatiques affirment « il faut le voir pour le croire ». En tout état de cause, il est patent en pédopsychiatrie que l'efficacité d'un traitement dépende en grande partie de la conviction et de l'engagement du thérapeute en sa technique de soins, voire de son intentionnalité, de son désir pour le patient et qu'à un moment ou un autre, quelle que soit l'approche prévalente la destructivité ou la négativité du patient visera cette conviction pour la tester. D'où l'importance d'une autre approche pour un même patient quand la première approche a témoigné de ses limites. Et l'on voit alors un résultat spectaculaire avec la seconde approche radicalement différente. D'abord et avant tout parce qu'elle a pu bénéficier des effets de la première, tolérables parce qu'à l'abri du regard du thérapeute.

Au total : un contrat de soin optimal doit pouvoir se référer à la fois à la réalité interne et à la réalité externe, et convoquer les deux espaces que sont l'illusion et la conviction en syntonie avec le langage pluriel de l'adolescent.

En pratique, Le contrat de soin encadre durant un long temps la compulsion de répétition du patient qui nous renseigne sur la nature de son aliénation, mais nous laisse peu d'espace pour exister et échanger.

Le possible déploiement d'un phénomène transitionnel dans un cadre de soins dépend du thérapeute [son engagement et sa distance] et du patient [sentiment de fiabilité ou de carence de l'objet interne et externe], après un long temps où chacun se teste.

Si un « phénomène transitionnel » apparaît, il témoigne que le patient va suffisamment bien (présence et qualité suffisamment bonne de l'objet interne). L'exemple type est le patient dans une structuration névrotique avec un investissement œdipien du thérapeute qui va nourrir le traitement. Alors les différentes figures de ce phénomène transitionnel se déploient chez le patient dans ses croyances, ses engagements, ses actes et ses créations, sa quête de sens à donner à sa vie, sa place retrouvée, repérée, dans la société et dans la famille.

Si le patient se situe dans d'autres structurations psychiques, le contrat sera attaqué et rejeté (psychopathie) ou l'objet de distorsion fétichique et de pervertissement ou encore d'attaques paradoxales ou de distorsion délirante (psychose). Enfin, il sera appliqué à la lettre dans un conformisme confondant par les sujets carencés et psychosomatiques.

Au total, le contrat nous renseigne sur : la structuration psychique du patient, la carence des réponses environnementales, les contraintes de configuration symboliques du patient.

Ce renseignement reste pour autant indicatif, il ne peut nous laisser présager des surprises de la relance de la transitionnalité.

Il ne s'agit pas d'imposer un espace transitionnel au patient, contresens complet du paradoxe de Winnicott, l'objet créé/trouvé (12), mais de proposer un cadre thérapeutique à la fois spatial et temporel qui crée les conditions d'émergence d'un espace transitionnel.

Ph. Jeammet [7] a souligné les arguments métapsychologiques de la contrainte thérapeutique externe qui offre à l'appareil psychique du sujet « une extraordinaire potentialité libératrice en opérant un travail de décondensation et de différenciation. Le danger et la peur redeviennent externes, offrant de nouvelles possibilités de représentation du conflit et permettant à l'appareil psychique de rejouer son rôle. Les mécanismes de projection, de déplacement, de dénégation auparavant considérablement obérés, retrouvent un rôle économique et c'est tout un espace nouveau de fonctionnement qui se trouve ouvert rendant possible la création de nouveaux investissements ». Dans les conditions habituelles de l'hospitalisation avec un contrat de poids, est favorisée une certaine régression psychique des patientes. L'impossibilité de se représenter l'objet maternel manquant réactive ce que sa présence effective ou affective discontinue ou intrusive dans l'enfance a généré, c'est-à-dire une excitation intense qui pour être apaisée a nécessité le recours de façon quasi maniaque au percept, en particulier dans l'attaque du corps propre. En d'autres termes, l'objet interne n'étant pas constitué l'objet est partout dans le monde externe, et dans le corps du patient, exerçant son emprise psychique et physique, et sa fonction transitionnelle est défaillante. À l'hôpital pendant la durée de séparation, cela se traduit rapidement par une exacerbation de l'attaque du corps et la projection sur les soignants de l'imaginaire maternelle sous la forme la plus archaïque, sa forme dévoratrice. Les objets soignants semblent prendre le relais de la présence maternelle, non pas sous la forme transitionnelle présupposant une différenciation initiée, permettant de se dégager de la dépression liée à la séparation, mais probablement sous une forme antérieure à la séparation d'avec la mère, séparation exempte d'introjections calmantes et sécurisantes.

Mais avant que le système d'emprise ne se déploie vers l'institution soignante, une période de « lune de miel » classique durant l'hospitalisation ouvre une fenêtre thérapeutique qu'il ne faut pas manquer.

Fort de cette libération avec la revitalisation des mouvements œdipiens et de restauration narcissique, le contrat peut alors jouer sur la dialectique illusion désillusion et son corollaire, la dialectique présence absence du soignant, favorisant la reprise des phénomènes transitionnels.

La régression est recherchée mais avec le maintien des exigences de la réalité du contrat de poids qui ne protège d'ailleurs ni d'une solution fétichique avec un investissement figé de l'institution, ni d'une solution de sortie accélérée sur le mode boulimique ; Tout se passe alors comme si la séparation d'avec le milieu naturel n'était pas effective malgré l'hospitalisation et comme si la seule modalité défensive était l'agrippement au contrat où la sortie prématurée faute de ressources psychiques permettant de se représenter l'absence des parents.

Dans les cas favorables la relance de la transitionnalité signe l'amorce d'une amélioration physique et psychique de la patiente qui prend initialement, comme le souligne B. Brusset (1998) (2), une tonalité dépressive. La reprise des investissements liée à un mouvement dépressif témoigne d'une reprise des activités transitionnelles du fait de la séparation d'avec les parents et de l'espace de socialisation proposé par l'institution, en miroir de la réapparition de l'objet transitionnel dont Winnicott signalait la possibilité à l'approche d'une phase de dépression.

La reprise des activités transitionnelles accompagnée de l'attaque du cadre, en particulier des contrats, où l'anorexique éprouve son omnipotence annonce le début du renoncement au symptôme et l'angoisse attenante au vide psychique appréhendé. Le déplacement de l'attaque du corps sur le cadre place celui-ci dans les exigences propres à l'utilisation de l'objet (12). Comme l'objet transitionnel qui doit survivre à la destruction fantasmatique par l'enfant, le cadre institutionnel doit survivre aux attaques de la patiente en veillant à ses contre attitudes, qu'elles soient de l'ordre du sadisme ou de la contamination par la souffrance, sans modifier le contrat de poids et de ce fait, proposer un surmoi plus rassurant, contenant et souple. C'est la fonction pare excitante du surmoi qui est ici recherchée et qui peut permettre la reprise des phénomènes transitionnels, accompagnée de l'affaiblissement du recours au symptôme anorexique et de la reprise des processus psychiques de l'adolescence vers l'autonomisation.

L'espace thérapeutique rencontre l'espace intime du patient avec le risque permanent d'envahissement par l'angoisse de séparation et/ou de persécution aboutissant au renforcement du symptôme, au maintien du vide conformiste du « faux self », à la fétichisation de la créativité. Si le patient participe avec plaisir aux « trouvailles » des entretiens, il importe alors de respecter le postulat de Winnicott de ne pas demander au patient d'où vient l'objet et surtout ne pas l'interroger sur le plaisir qu'il prend et encore moins avec qui.

L'espace transitionnel est l'espace-temps qui tamponne et régule les passages du « milieu du dehors » et du « milieu du dedans », il en a la richesse, mais il peut en reproduire aussi les avatars, c'est-à-dire la fétichisation de l'espace potentiel, maintenu sous emprise par le patient.

V. CONTRAT ET FIDELITÉ FILIALE

Quelques évidences pour commencer.

Bon nombre des pourfendeurs des contrats de séparation dans le traitement des TCA avancent qu'ils seraient sous tendus par l'appréciation par les cliniciens d'une toxicité voire d'une perversité parentale dont il faudrait protéger les adolescents.

Vision tout aussi stupide que celle qui ne verrait aucun conflit et enjeux inconscients entre les parents et leurs enfants. Ce qui est avéré c'est que le comportement autodestructeur et agressif de l'anorexique vis-à-vis de ses parents a un effet sur la dynamique du couple parental et sur chacun des deux parents dont elle est issue, qu'elle est source de souffrance, d'angoisses et de contre attitudes qui vont être travaillées et apaisées pendant la phase de séparation lors d'entretiens avec les parents seuls. Seront travaillées aussi les différences d'appréciations entre les deux parents qui n'adoptent pas une attitude cohérente laissant un espace où s'infiltrer la patiente, et leur façon d'être interrogé par le symptôme de leur enfant et la capacité qu'ils ont à entendre cette nécessité de s'interroger et d'élaborer ce que leur renvoie leur enfant. Avec cette chose essentielle que les adolescentes sont traversées par des choses qu'elles ne maîtrisent pas, mais qu'elles perçoivent et incarnent.

Les soignants le savent d'autant mieux que même protégés de ses attaques par l'absence de lien émotionnel fort et surtout de filiation, ils subissent ses attaques et sont amenés à répéter les attitudes parentales d'emprise qui reconstituent le cercle vicieux insistance résistance dans lequel s'était embourbée la famille.

Leur possibilité de se dégager de ces contre mouvements est cependant plus importante du fait d'un ébranlement affectif moindre et de leur expérience. C'est ce dégagement nécessaire qu'ils transmettent aux parents lors des nombreux échanges avec eux.

C'est ce dégagement que les parents introjectent dans le groupe de parents où ils sont invités par contrat à participer, lorsqu'ils s'y autorisent à parler de leur désarroi et de leur souffrance réactivée par la séparation imposée et qu'ils accueillent les réponses de parents expérimentés qui ont eu à vivre les mêmes affres mais expriment aussi leur soulagement longtemps dénié qu'on ait pu leur imposer une séparation d'avec leurs enfants terrorisants, persécuteurs et culpabilisants.

L'établissement du contrat de soin dans les TCA implique toujours la famille, qui est partie prenante dans son acceptation plus ou moins ambivalente, qu'il faut savoir non dénoncer crûment mais repérer et intégrer à la compréhension de ce qui se gère dans la dynamique familiale autour de la symptomatologie de l'adolescent. À ce titre on doit toujours avoir à l'esprit qu'il existe toujours peu ou prou (plutôt prou que peu) un second contrat, familial entre l'adolescent et ses parents, qui pervertit plus ou moins le premier et qui aggrave la confusion du patient. Mais il n'est pas utile de dénoncer comme un a priori la possible perversion du lien thérapeutique, et est plutôt préférable de développer notre recherche du minimum d'alliance sans ignorer bien sur la part plus ou moins importante d'ambivalence (Quelle demande de soins n'est pas ambivalente ?).

VI. CONCLUSION

Le contrat est la proposition d'un jeu qui a des règles.

La règle est de toujours contenir la patiente y compris sous la contrainte, si elle met en jeu sa vie ou s'ampute de ses atouts ou de ses potentialités. Cette négociation acceptée, place au jeu ! C'est-à-dire à l'échange. Le jeu est de poser (dans le défi... et la séduction, suffisamment) la possibilité de co-crée un autre équilibre somato-psychique que celui opéré par la « trouvaille addictive ».

Le pari est que la remise *en jeu* de l'équilibre morbide, loin de désorganiser la patiente, lui permettra de trouver une nouvelle souveraineté sur son corps pulsionnel et ses affects, celle la même qui avait été mise à mal par le processus « adolescence ».

La séparation unit, de par la réactivation des liens psychiques, ceux qu'elle sépare, plus que ne peut le faire la proximité physique morbide. Comme le disait une patiente : L'hospitalisation avec la séparation a été le jour le plus dur de ma vie, mais les retrouvailles ont été les jours les plus beaux de ma vie.

Ce qui est beau est ce qui est vrai et, parce qu'il est vrai, émeut. En l'occurrence pour cette patiente avide d'authenticité et sa famille, ces retrouvailles ont été marquées par la joie mais aussi les cris et les pleurs, autant de manifestations du retour des vrais objets perdus (la mère et l'enfant du désir) et non des objets

idéalisés ou mortifiés. Manifestations marquées, c'est à noter par le deuil de ces imagos. Double paradoxe de la séparation physique : autorisation d'un rapprochement psychique et deuil de la fusion morbide.

DANS CES PATHOLOGIES PASSIONNELLES, IL NOUS FAUT SUFFISAMMENT DÉNOUER LE LIEN, POUR QUE LA SENSIBILITÉ DES DEUX PROTAGONISTES NE SOIT PAS ÉTRANGLÉE PAR UN LIEN DEVENU POUR L'ESSENTIEL D'ANGOISSE PANIQUE DE LA SÉPARATION, QUE CHACUN NE SOIT PLUS PRIS EN OTAGE NE SOIT PLUS SOUMIS À LA MENACE DE DÉCORATION, ET PUISSE À LA FAVEUR DE LA DISTANCE MINIMALE RESTAURÉE, SOUFFLANT POSE SUR CES ASSISES, ÊTRE MÊME UN PEU DANS L'ANGOISSE, REVENIR À SOI, REDEVENIR SOI.

BIBLIOGRAPHIE :

1. BAUDRILLARD J. : Fragments, cool memories III, Galilée : 1995
2. BRUSSET B. (1998) : Psychopathologie de l'anorexie mentale, Paris, Dunod.
3. CAHN R. : Adolescence et folie : Les dé liaisons dangereuses. Paris. PUF. 1991.
4. FEDIDA.P : « une faim de non-recevoir » in « Corps du Vide et Espace de séance « Corps et Culture Jean pierre Delarge éditions universitaires 1977 pp 285-290
5. HOCHMANN J. : Réalité partagée et traitement des psychotiques in Revue française de psychanalyse. 6. 1986. PP : 24-36
6. ISRAEL L. : « Le désir à l'œil » in les cahiers d'arcanes. 1994. PP : 146
7. JEAMMET PH. : Contrat et contraintes. Dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale. Psychiatrie Française. N° 29-2. Juin 1984. PP : 137-143
8. MINUCHIN S. ; ROSMAN B. ; BARKER L.: « Psychosomatic Families Anorexia Nervosa Context », Cambridge Harvard University Press 1978
9. USIL R. : « L'homme sans qualité » Point Seuil. 1983
10. ROUSSILLON R. : « La métapsychologie des processus et la transitionnalité » in revue française de psychanalyse 1995 : Tome LIX – 1375-1519.
11. SELVINI – PALAZOLLI M. : « Self Starvation ». Jason ARANSON. EDS. New-York ; 1974.
12. WINNICOTT D. (1971) : « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels in « Jeu et réalité » L'espace potentiel Trad française C. MONOD et J. B. PONTALIS. Paris Gallimard. Coll « Connaissances de l'inconscient ». 1975.

Pr Jean-Luc VÉNISSE
Service d'Addictologie
CHU de Nantes.

LE PARCOURS DE SOINS DANS UN SERVICE D'ADDICTOLOGIE

Abstract :

Le parcours de soins d'une jeune anorexique dans un service d'addictologie se déduit d'une conception addictive de ces troubles anorexiques-boulimiques. Celle-ci en fait une modalité parmi beaucoup d'autres d'achoppement du travail d'adolescence du fait de ses enjeux, notamment en terme de séparation-individuation. Cette impasse développementale se nourrit d'une fragilité narcissique plus ou moins importante et qui a dans certains cas déjà fait parler d'elle (difficultés relationnelles, angoisses de séparation, susceptibilité pathologique et perfectionnisme), alors qu'ailleurs elle a été et est plus ou moins masquée par un faux self adaptatif de complaisance aux attentes de l'environnement.

Dans ce contexte face à un besoin de dépendance tellement important qu'il devient insupportable, la maîtrise du corps et du poids restent pour ces adolescentes une des seules manières de récupérer quelques certitudes et un sentiment d'existence propre particulièrement menacé.

Comme vis-à-vis d'autres comportements addictifs avec ou sans drogue, émergeant dans cette période de l'adolescence, la finalité des soins est d'une part de réduire les comportements problématiques dont on connaît le redoutable pouvoir d'auto-entretien et d'auto-renforcement (avec un appauvrissement consécutif de la vie fantasmatique et relationnelle), mais également de relancer le processus développemental de façon à ce qu'une individuation assumée vienne permettre pour ces patientes, choix personnels et relations apaisées avec leur corps comme avec les autres.

Dès lors qu'aucune étude n'a démontré la supériorité d'une approche par rapport à une autre (hospitalisation temps plein versus soins ambulatoires notamment), et que l'expérience quotidienne montre que l'évolution est éminemment variable selon les cas (et en particulier que tant que des garanties narcissiques suffisantes ne sont pas obtenues, les améliorations symptomatiques sont en générale modestes ou transitoires), l'idée est de proposer et tester l'accompagnement ou l'étayage minimum au départ et de compléter celui-ci en fonction de la réaction du patient à cette première offre.

À partir de là et à condition d'avoir un dispositif thérapeutique suffisamment diversifié et consistant, notamment du côté des soins ambulatoires intensifs, on

peut envisager une multitude de parcours de soins combinant plus ou moins les différentes modalités suivantes, selon une chronologie chaque fois différente, qui tient compte à la fois du degré d'alliance thérapeutique, de la gravité de la situation et du contexte familial : consultations régulières et entretiens parents-enfants, soins séquentiels bien rythmés faisant appel à des groupes thérapeutiques divers (les uns centrés sur les aspects nutritionnels, les autres sur le corps et les ressentis, les autres sur les relations et l'estime de soi), hôpital de jour à raison d'une à trois journées par semaine avec des contrats de trois mois renouvelables régulièrement évalués, hospitalisations temps plein (avec ou sans contrat de poids, avec ou sans contrat de séparation, avec ou sans renutrition par sonde gastrique) ; sans oublier les groupes de parents et les thérapies familiales chaque fois que cela est envisageable, ainsi que la place de la psychothérapie individuelle dès qu'elle peut prendre un sens en complémentarité avec les autres approches.

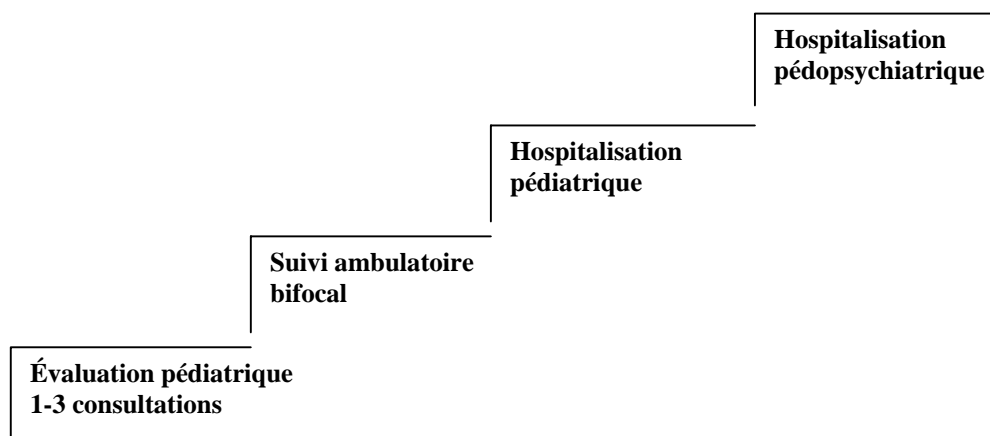
Dr Marianne Caflisch
 Pédiatre
 Médecin responsable de la consultation pour adolescents
 Département de Pédiatrie, Hôpital Universitaire de Genève.
 GENEVE – Suisse.

Suivi d'un groupe d'adolescentes anorexiques à Genève

Introduction

La prise en charge des jeunes adolescentes souffrant d'anorexie mentale fait partie des casses têtes des pédiatres à l'hôpital ou en cabinet privé. L'objectif de cette présentation est de décrire un collectif d'adolescentes ayant été suivies pour anorexie mentale à l'Hôpital des Enfants de Genève et de résumer leur évolution, ceci afin de pouvoir en tirer des conclusions quant à la manière d'améliorer leur prise en charge à l'avenir. Les résultats qui suivent doivent être lus en connaissance du contexte dans lequel nous travaillons. La consultation pour adolescents est un service de consultations ambulatoires, intégré à l'Hôpital des Enfants de Genève. Y sont accueillis tous les enfants jusqu'à leurs 15 ans révolus. Les adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaires peuvent être adressés à cette consultation par les médecins traitant ou autres professionnels de la santé, par les services d'urgence ou d'hospitalisation de l'hôpital ou encore être vus sur demande des parents.

Nous proposons à tout adolescent souffrant d'un trouble du comportement alimentaire une prise en charge par étapes successives (Graphique 1). Ce modèle comprend initialement une phase d'évaluation d'une à trois consultations permettant de poser le diagnostic. Dans certains cas, cette première étape peut directement mener à une hospitalisation en milieu pédiatrique pour raisons médicales.



Graphique 1 : Schéma de la prise en charge

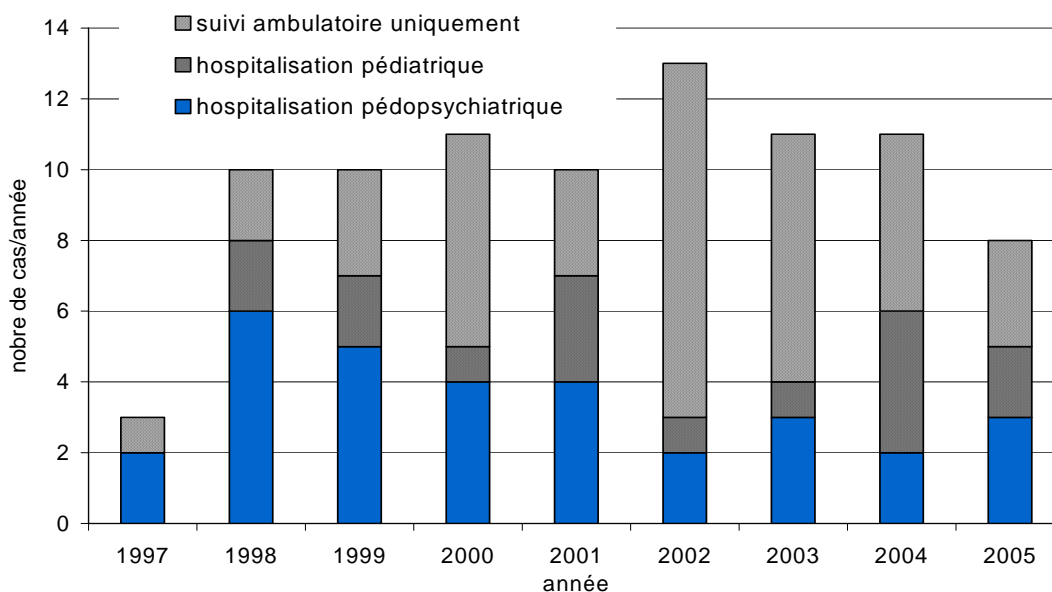
La prise en charge ambulatoire, qui peut initialement n'être que pédiatrique, est par la suite complétée par un suivi pédopsychiatrie ; il s'agit alors d'un suivi dit bifocal somatique et psychiatrique. La fréquence des consultations se base en début de prise en charge sur des critères somatiques, allant de consultations bi hebdomadaires à mensuelles. Nous avons défini ces critères (Tableau 1) sur la base de notre expérience et d'une revue de la littérature. Il ne s'agit pas uniquement de critères de poids mais davantage de critères donnés par les paramètres vitaux, voire même par des aspects psychosociaux, tel qu'un éventuel épuisement dans l'entourage du patient. Les hospitalisations en milieu psychiatrique ne se font jamais en urgence, l'indication est posée en collaboration avec nos confrères psychiatres, et inclut le plus souvent un contrat de séparation et un contrat de poids (poids de visite, poids de sortie).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids rapide (> 10 % dans < 3 mois) - Fréquence cardiaque < 48/min
et/ou tension artérielle systolique < 80-90 mmHg - Température (< 35.5°C) - Perturbation des valeurs biologiques (troubles électrolytiques, signes d'insuffisance rénale) et/ou signes cliniques inquiétants (malaise, perte de connaissance) - Refus de boire - Épuisement parental ou échec du suivi ambulatoire |
|--|

Tableau 1 : Critères d'hospitalisation

Résultats

Sur ces derniers 9 ans (de juillet 1997 - moment de l'ouverture de la consultation pour adolescents - à décembre 2005) nous avons suivi 87 adolescentes souffrant d'une anorexie mentale. La répartition d'une année à l'autre (Graphique 2) montre peu de fluctuation. Sur la même période, 21 autres adolescents et adolescentes nous ont été adressés pour suspicion d'anorexie, dont 7 garçons avec des troubles du comportement alimentaires divers (dont l'un souffrait d'un délire d'empoisonnement). Parmi les filles, les problèmes alimentaires étaient liés chez l'une à un problème oncologique et chez deux à des infections gastriques, pour les autres adolescentes les troubles du comportement alimentaire étaient atypiques, ne permettant pas de poser un diagnostic d'anorexie mentale.



Graphique 2 : Nombre de nouveaux cas d'adolescentes suivies pour anorexie mentale

L'âge moyen en début de prise en charge était de 14.2 ans (DS 1.4 an), dont 23 (26 %) avaient une aménorrhée primaire - dans 7 situations il s'agissait d'un développement de la maladie en stade pré pubère. Les origines de nos patients reflétaient le pluriculturalisme de la population générale de Genève (4 de pays asiatiques, 3 des pays de l'ex-Yougoslavie, 3 de pays du Proche Orient, 2 sud-américaines et 15 des pays de l'Europe du Sud, certaines vivant en Suisse depuis peu de temps seulement). Les situations familiales étaient également très diverses ; 22 adolescentes (25 %) ne vivaient plus avec leurs deux parents (pourcentage néanmoins inférieur au taux de familles qui vivent séparées à Genève) et dans un cas sur 5, l'un des parents souffrait d'une maladie grave (problèmes de dépendance, dépression, anorexie maternelle, maladies oncologiques).

Pour 47 patients (soit 54 %) l'indice de masse corporelle (IMC) était en début de prise en charge inférieur au 3^e percentile (ceci par rapport aux courbes pour l'âge), alors que pour les autres patients le diagnostic d'anorexie mentale a pu être posé avant qu'une perte de poids inquiétante s'installe. Le diagnostic se basait alors sur des critères liés à la dynamique de la perte de poids, la présence anamnétique des troubles du comportement alimentaire et les signes cliniques associés. Nous constatons qu'en général la durée de la maladie avant que l'adolescente ne nous soit été référée était relativement courte - en moyenne de 6 mois - et que la perte de poids alors constatée était en moyenne de 18 % (DS 8 %). Il est intéressant de constater que l'évolution pondérale de nos patients par la suite montre une stabilisation du poids le plus souvent déjà dans les deux premiers mois (DS 3 mois) du suivi, avec une reprise de poids en moyenne après 5 mois (DS 6 mois) de traitement. 10 patientes (11 %) ont cependant rechuté, le plus souvent dans l'année suivant leur reprise de poids.

La prise en charge bifocale – pédiatre psychiatre – a pu être réalisée chez une grande majorité des patients, uniquement 12 patientes (14 %) n'ont pas eu d'évaluation par un pédopsychiatre, soit parce qu'ils l'ont refusée soit parce que l'évolution était rapidement favorable et que la famille souhaitait poursuivre uniquement une prise en charge pédiatrique. 47 patients (soit 54 %) ont par contre nécessité une hospitalisation en milieu pédiatrique, suivie dans 31 cas par une hospitalisation en milieu psychiatrique (Graphique 3). La durée moyenne de séjour était de 2.2 mois. Les hospitalisations pédiatriques étaient le plus souvent motivées par des soucis médicaux, comme des paramètres vitaux inquiétants, qui nécessitaient une surveillance continue et surtout nocturne de la fréquence cardiaque.

En revoyant les durées des suivis de nos 87 patientes, on note que 17 consultent toujours. La décision de fin de traitement est posée au plus tôt lorsque l'adolescente a atteint un poids rassurant (au-dessus du 10^e percentile des courbes d'IMC) et qu'on a pu observer une stabilité pondérale sur une durée de 3 à 6 mois, il faut également (ré)apparition des règles. Sur demande de la jeune le suivi en consultation pour adolescents peut par contre se prolonger au-delà de ces critères physiques fixés. 50 traitements ont été ainsi terminés, après des durées de suivi très variable (moyenne de 32 consultations – pouvant aller de 5 à 111 consultations sur des périodes de 3 mois à plus de 5 ans) ; dans 11 situations la prise en charge psychothérapeutique s'est poursuivie après l'arrêt de la prise en charge à l'Hôpital des Enfants. Le suivi des autres patientes a été repris dans 14 situations par d'autres médecins et pour 6 cas nous n'avons pas de catamnèse, dû à des refus ou ruptures de prise en charge.

Discussion

Les résultats présentés et l'expérience acquise au cours de ces années auprès des patientes anorexiques nous amènent aux constatations suivantes :

Le nombre de nouvelles situations de patients anorexiques par année est resté étonnamment stable. L'Hôpital des Enfants est le seul service hospitalier accueillant les enfants de moins de 16 ans, cela permet d'exclure en partie un biais de sélection dû à d'éventuelles hospitalisations dans d'autres centres hospitaliers. Concernant les cas suivis en ambulatoire, il est probable que certaines patientes âgées de moins de 16 ans soient déjà prises en charge auprès des services d'adultes. Par rapport à la prise en charge par les pédiatres en privé - vu la lourdeur des suivis - ces patients sont généralement adressés rapidement à un service hospitalier.

Dans notre collectif, nous avons pu observer une grande variabilité parmi les jeunes qui consultaient, non seulement par rapport à l'âge et le développement pubertaire, mais également par rapport aux origines et à leurs situations

familiales. La présentation clinique allait de situations peu inquiétantes permettant un suivi ambulatoire peu contraignant à des situations nécessitant des hospitalisations en urgence pour raisons médicales. La demande de prise en charge était le plus souvent motivée par la vitesse de la perte de poids plutôt que par l'IMC en soi, qui pouvait ne pas avoir encore atteint des valeurs fortement pathologiques. Les patientes nous ont souvent été adressées rapidement par leur médecin traitant ou amenées par des parents très vigilants, ceci a permis une prise en charge relativement précoce.

L'évolution pondérale de nos patientes était plutôt rassurante. Cela peut s'expliquer d'une part par le jeune âge des patientes, présentant plutôt des formes aiguës de la maladie et peu d'évolutions chroniques, d'autre part par un cadre de soins souvent perçu comme assez contraignant, qui a par moments réussi à déclencher des modifications d'attitude. Ces cadres prévoyaient parfois des interdictions de toute activité sportive et même des prescriptions de réduction du temps scolaire pour raisons médicales. Pour des jeunes qui s'investissent beaucoup dans l'école et les activités physiques, ces restrictions provoquent des réactions parfois assez mobilisatrices de changements de comportement.

Alors qu'initialement les hospitalisations en milieu psychiatrique avaient lieu dans plus de 50 % des situations, nous avons progressivement réussi à réduire ces indications d'hospitalisation. Nous avons plus facilement recours à de courtes hospitalisations en milieu pédiatrique, ce qui nous permet d'effectuer un bilan initial rapidement. À travers l'hospitalisation, nous signalons à l'adolescent et à ses parents la gravité de la situation et faisons implicitement part de nos inquiétudes pour leur santé ; cette démarche nous a permis dans plusieurs cas d'interrompre le cercle vicieux dans lequel parents et adolescents s'étaient enfermés autour du trouble alimentaire. L'équipe soignante – tout en pouvant être vécue par la famille comme très intrusive parfois – fonctionne comme un tiers neutre, ce qui permet à chacun de se repositionner.

Par rapport aux prises en charge bifocales, il est parfois judicieux de ne pas proposer un suivi psychiatrique trop rapidement. En effet, lorsque l'adolescente et surtout ses parents ne sont pas encore convaincus de l'absence de toute autre cause médicale aux difficultés alimentaires, vouloir les adresser vers une prise en charge psychothérapeutique peut-être vécue comme une incompréhension de leur situation de la part des soignants. Ainsi, il n'est pas rare que nous proposons dans un premier temps une évaluation psychiatrique visant à identifier et gérer les conflits que la maladie suscite au sein de la famille plutôt que la maladie elle-même, privilégiant ainsi l'accrochage des parents au suivi. Il s'agit souvent de convaincre les parents avant qu'une prise en charge plus soutenue pour l'adolescent puisse être mise en place ultérieurement. L'adolescente, fréquemment assez réfractaire à tout aide proposée, doit sentir l'adhésion des parents aux projets de soins avant d'y adhérer elle-même.

Au fil du temps nous avons essayé de simplifier le plus possible notre schéma de prise en charge et nos critères d'hospitalisation, ceci en vue de rechercher la meilleure collaboration possible entre les différents soignants. S'agissant d'une clinique universitaire avec le mandat de formation de jeunes internes en pédiatrie (tournus de 4 mois par service), il y a fréquemment des changements au sein des équipes soignantes. Étant donné la capacité des adolescents et de leurs familles à contrôler et à cliver les équipes, il est extrêmement important que chacun puisse s'appuyer sur des bases solides pour pouvoir maintenir un cadre, un cap de prise en charge et éviter l'épuisement.

Conclusions

L'évolution de nos patientes d'âge pédiatrique est plutôt rassurante par rapport aux données de la littérature, qui ne différencient souvent pas entre les malades anorexiques pré pubères, pubères ou jeunes adultes. Il nous semble extrêmement intéressant de proposer une prise en charge initiale très soutenue, afin d'éviter une évolution chronique du trouble alimentaire. De courtes hospitalisations pédiatriques peuvent aider les jeunes et leur famille à prendre conscience de la gravité de la maladie. Des critères de prise en charge clairement définis d'avance aident les équipes soignantes et la famille « à tenir » et à guider l'adolescent dans son combat contre sa maladie.

Pour conclure en faisant usage d'une métaphore toute helvétique, je pourrais résumer notre prise en charge en la décrivant comme un exercice de précision dans l'ajustement des différents rythmes des intervenants au temps de l'évolution de chacun : celui imposé par l'évolution de la maladie et de ses éventuelles urgences médicales, celui nécessaire à la famille pour entrer dans ce combat conjoint, celui – parfois long – que doivent tenir les équipes soignantes face à des adolescentes réfractaires à toute aide et, finalement, celui nécessaire au jeune pour accepter un projet de soins et pouvoir se l'approprier pleinement.

S. Lemerle, pédiatre
M. Vaurette, psychothérapeute
Unité de Médecine de l'Adolescent
Centre Hospitalier de Créteil (94)

Anorexies : parcours pédiatrique

Responsable d'une Unité Fonctionnelle de Médecine de l'adolescent, je voudrais témoigner de l'expérience d'une équipe non spécialisée dans l'accueil des patients anorexiques, mais rôdée à l'accueil d'adolescents porteurs de difficultés aussi variées que : pathologies aiguës de l'adolescence, maladies chroniques et leurs problèmes d'inobservance, tentatives de suicide, problèmes dits psychosociaux... C'est dans ce cadre que nous recevons entre autres des sujets anorexiques qui n'ont au départ pas de procédure de prise en charge préétablie, la spécificité de la prise en charge pouvant apparaître nécessaire lors de l'évaluation de la situation, certaines attitudes délétères sont évitées grâce à la formation de l'équipe.

L'anorexie signe l'impasse dans laquelle se trouvent ces adolescents pour régler les tâches connues de cet âge : acceptation du corps pubère et de la sexualité, obligation de remaniements narcissiques et d'objets à aimer, pouvant permettre séparation et individualisation, socialisation et compétence personnelle.

Ceci implique pour les prendre en charge une connaissance de la dynamique adolescente dans sa globalité, en évitant les clivages entre l'organique et le psychique encore trop présent dans le discours des soignants.

Les pédiatres rencontrent des anorexiques parce qu'ils sont malades dans leur corps et qu'ils sont donc le recours naturel des parents, tout comme peuvent l'être les généralistes.

Le problème est alors d'évaluer la gravité physique, d'éliminer d'autres rares diagnostics, « d'annoncer la couleur » c'est-à-dire d'annoncer le diagnostic sans détour en introduisant dès l'annonce le caractère psychopathologique du trouble, d'accompagner le jeune et sa famille dans un projet de soins adapté à la situation, notamment dans une prise en charge conjointe avec les psys, sans néanmoins s'y précipiter, chez des patients souvent en plein déni.

C'est là le début d'un « corps à corps » entre le patient et ses soignants quels qu'ils soient.

Les patients anorexiques sont d'autant plus suivis en milieu pédiatrique qu'ils sont jeunes ; et alors se pose le problème de la gravité potentielle du tableau avec ses conséquences sur le déroulement de la puberté, de la croissance ultérieure et donc de la taille finale.

L'anorexie est parfois associée à des pathologies organiques chroniques.

Mais le problème est quelquefois diagnostique : des symptômes digestifs masquent l'anorexie à type de vomissements, de douleurs abdominales, de constipation opiniâtre.

Le tableau est ailleurs dominé par des troubles psychopathologiques : dépression, tentatives de suicide, troubles du comportement, états limites, c'est-à-dire tout ce qui tourne autour de l'angoisse et de l'anxiété.

Le déni du trouble du comportement alimentaire est prégnant chez le patient, souvent endossé par les parents consciemment ou pas, voire trop souvent par le médecin, qui se laisse entraîner par le discours de l'anorexique. Plus l'urgence somatique est grande, plus les résistances sont présentes responsables de ce déni difficilement concevable pour les soignants.

C'est là que surviennent toutes sortes de prise en charge qui peuvent occulter la nature psychopathologique des troubles : consultation de nutritionniste, d'endocrinologue, de comportementaliste, de gastro-entérologue qui ne proposent pas toujours une prise en compte globale de la situation...

C'est dire l'importance dès le diagnostic d'affirmer l'origine psychologique des troubles à cette jeune fille ou à ce jeune homme, et de le répéter lors des consultations ultérieures.

Quelles sont les situations où l'on rencontre des patients anorexiques en pédiatrie ?

Aux urgences

Le médecin est pris dans l'action puisque « ça urge ». Il a peu de temps pour se poser, parler, écouter et faire une analyse fine de la situation. C'est d'ailleurs pour cela que de nombreux patients y viennent !

Plusieurs situations sont possibles :

- le diagnostic est déjà fait et il faut se demander qui demande quoi ? le médecin ? quel médecin ? la famille : quelle demande ? L'adolescente elle-même ? c'est exceptionnel mais c'est plutôt bon signe.

- le diagnostic n'est pas fait : il va reposer sur les signes cliniques : les 3 A : anorexie, amaigrissement, aménorrhée. Le diagnostic est alors facile chez la jeune fille ; mais l'aménorrhée peut être primaire chez une jeune fille pré pubère. Chez le garçon ce diagnostic d'anorexie est souvent méconnu dans un premier temps.

Des troubles digestifs peuvent égarer et porter à éliminer certains diagnostics : en particulier un Crohn duodéal imposant la pratique systématique d'une VS ; une hypertension intracrânienne... devant une cachexie avec parfois des troubles de la conscience en rapport avec des désordres ioniques ; une altération de l'état général avec malaises orthostatiques.

L'évaluation clinique nutritionnelle est primordiale et peut exiger des mesures correctives immédiates. Des signes de gravité tels qu'une bradycardie inférieure à 40/mn imposent l'hospitalisation

En leur absence point de réassurance mais plutôt une dramatisation de la situation avec facilement dispense d'activité physique.

Quelle que soit la présentation clinique le médecin essaye d'évaluer l'ambiance psychologique : asthénie, dépression de meilleur augure que sthénie, agressivité, indifférence. On évite les hospitalisations sans préparation et donc sans projet s'il n'y a pas d'urgence somatique, au risque de gâcher l'alliance thérapeutique qu'on tentera d'obtenir grâce à un travail prolongé. Ce temps d'approche est incompressible.

En aval des urgences, une consultation dans le calme pourra avoir lieu pour permettre une évaluation plus fine de la situation. Car affirmer à ce stade du diagnostic l'origine psychologique des troubles est nécessaire mais adresser à partir des urgences vers les psy risque de provoquer des résistances immédiates difficiles à travailler ultérieurement

En consultation, le travail est différent de celui des urgences puisque dans les consultations hospitalières le patient est adressé en principe par un confrère, et non directement par la famille.

Qui l'adresse : le médecin de famille, le pédiatre, un surspécialiste, le médecin scolaire, le psychothérapeute ? C'est un cas de figure non exceptionnel que le psychothérapeute seul devant une patiente qui dépérit, demande de l'aide au médecin du corps.

Pourquoi l'adolescente est elle adressée : avis diagnostique, avis thérapeutique, hospitalisation, collaboration ? Qui va suivre le patient dorénavant ? Qui va préparer la consultation psy ? Où l'adresser ? Quand ? Comment ?

De nombreux patients ne présentant pas de facteurs de gravité somatique ne seront pas hospitalisés ni en pédiatrie ni en psychiatrie

Certains patients sont donc suivis exclusivement en consultation de pédiatrie comme ils peuvent l'être en ville, mais il faut essayer de mettre en place une prise en charge conjointe : psychothérapeute, psychiatre, pédiatre.

Pour d'autres, la prise en charge psychologique se fera à l'extérieur : CMP du secteur de psychiatrie infanto juvénile, psychologues thérapeutes et psychiatres libéraux à condition qu'ils soient formés au suivi d'adolescents et prêts à travailler en collaboration.

Devant des difficultés qui ne bougent pas ou une aggravation inquiétante le pédiatre peut être amené secondairement à proposer une hospitalisation spécialisée.

En hospitalisation en pédiatrie :

Plusieurs types d'hospitalisation sont à envisager avec des projets différents

L'hospitalisation en urgence consiste à mettre en place une alimentation entérale par gavage gastrique. Elle concerne les patients qui présentent un IMC inférieur à 13 ou des signes de gravité en lien avec la rapidité de la perte de poids (malaise, fatigabilité, épuisement au moindre effort physique, ralentissement du verbe et de l'idéation, perte de poids de plus de 30 %) ou des complications (douleurs rétro-sternales, céphalées) ou des désordres biologiques préoccupants qui peuvent également conduire à une perfusion IV très contrôlée. Cette réanimation nécessite une connaissance des complications de l'anorexie même et de la re-nutrition pour les éviter par un traitement adapté. Ce type d'hospitalisation ne peut être préparé. Elle doit être de courte durée avec des objectifs de sauvetage somatique bien posés quel que soit l'avis de l'anorexique. Son caractère inévitable doit être expliqué à la patiente et à sa famille.

Certaines hospitalisations visent à faire une évaluation plus complète que ce que l'on peut faire en consultation : observation du comportement alimentaire, du comportement relationnel, de l'activité physique, de l'attitude familiale ; pratique d'un bilan clinique, biologique, surveillance nocturne du pouls. Elle permet une évaluation psychologique et psychiatrique. Mais il n'y a pas encore de contrat. On essaye de mesurer l'accessibilité de l'adolescent aux soins souvent gênée par ses difficultés à lire ses émotions, l'alliance possible ou non avec les parents. Le travail d'équipe permet d'investiguer la demande, la tolérance à la séparation (de la patiente et de sa famille) et ses effets.

L'isolement de la patiente est de plus en plus discuté : isoler pour traiter une maladie qui isole déjà peut sembler paradoxal. L'hospitalisation représente une

rupture autorisant une ouverture vers l'autre. La séparation plutôt que l'isolement doit pouvoir être modulée notamment en fonction de l'alliance thérapeutique ressentie de la part des parents. Dans tous les cas, un protocole trop rigide paraît dangereux car l'anorexique résiste à tout ce qui précipite l'enferme, dans tous les sens du terme. L'intervention d'une équipe pluridisciplinaire est riche d'observation et d'aide thérapeutique.

Déjà à l'occasion de l'hospitalisation, certains parents peuvent entendre que ce ne sont pas eux qui sont directement en cause, mais bien ce qui se transmet inconsciemment dans la famille

Les hospitalisations sous contrat peuvent se discuter en pédiatrie si l'équipe est rôdée et la collaboration pédiatre-psychiatre opérationnelle. Certains services de pédiatrie ou de médecine ont fait ce choix. La séparation de l'adolescent de ses parents est la règle, avec prise en charge des parents sur place sans les exclure du projet de soins. Mais les contrats trop autoritaires peuvent être plus nocifs que thérapeutiques, car l'adolescent s'use à les attaquer. À l'opposé, les contrats non tenus sont délétères. Les soignants doivent être attentifs aux manipulations du cadre opérées par l'adolescent ou par ses parents : promesses de manger si..., intention de respecter le contrat mais... truquage du gavage. Seule une équipe bien formée, expérimentée peut faire face dans la sérénité. Ces hospitalisations sous contrat doivent faire l'objet d'un travail de réflexion préalable et ne se conçoivent qu'avec un personnel formé, motivé et compétent, tant la route peut être longue, difficile et semée d'embûches.

D'autres hospitalisent en pédiatrie pour faire accepter et préparer un transfert dans un service plus spécialisé et ou psychiatrique.

Quelle que soit la façon dont le patient arrive en pédiatrie, le suivi au long cours du début à la fin (« faim » !) du traitement se pose dans la collaboration pédiatre-psychiatre.

Si l'un des objectifs de la prise en charge en pédiatrie est d'aider à la prise de conscience par la patiente de la dimension psychologique incontournable de sa pathologie, il n'est pas question pour le médecin de se décharger sur le psychothérapeute. Il doit être le garant du cadre de la prise en charge.

Le pédiatre reste « le garde du corps ». Il accompagne et rassure l'adolescent dans ses transformations pubertaires, s'occupe de la dynamique familiale de concert avec les psys. Il doit savoir prendre son temps et être conscient de ses limites.

Bibliographie

- Beauquier-Maccotta B. Le devenir des adolescentes anorexiques. Revue de la littérature. Francopsy, Mars 2001, N°3.
- Alvin P. et coll. Anorexies et boulimies à l'adolescence. Collection : conduites. Ed. Doin, Paris, 2001.
- Jeammet P., Brechon G., Payan C. Le devenir de l'anorexie mentale : une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. Psychiatrie de l'enfant. 1991, XXXIV, 2 : 381-442.
- Wilkins J. Anorexie et boulimie. Un modèle qui tient compte des enjeux de l'adolescence. Revue québécoise de psychologie, 1995,16, 3 : 133-158.

ATELIER 2 :

Le travail en réseau autour des troubles alimentaires.

Dr Gilles Bibette
Coordinateur médical du réseau Dabanta
Bayonne.

Abstract :

Le réseau DABANTA est financé dans le cadre de la dotation régionale pour le développement des réseaux (DRDR) par l'ARH et l'URCAM.

Il offre un espace de soins ambulatoires et pluridisciplinaires pour toutes les personnes présentant des troubles du comportement alimentaire, quel que soit leur âge ou leur pathologie.

Il permet au patient d'être au cœur d'un système de soins intégrant le médecin traitant. Une des particularités de ce réseau est de permettre l'accès à des thérapies, par exemple les thérapies à médiation corporelle, qui ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale.

La coordination entre tous les soignants est assurée par l'organisation de réunions de synthèse où est invité le médecin traitant.

Une évaluation clinique ponctue régulièrement l'avancée des soins.

ATELIER 3 : Les soins ambulatoires (limites de l'hospitalisation, hôpital de jour, consultations conjointes, scolarité, activités physiques, relations avec les familles).

QUELLE PLACE POUR LES SOINS AMBULATOIRES, DANS LA PRISE EN CHARGE DES SUJETS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ?

M. Grall-Bronnec, D. Vergnaux, J.L. Vénisse

Fort d'une expérience acquise depuis plus de trente ans dans la prise en charge des patientes anorexiques et boulimiques, le service universitaire de psychiatrie du CHU de Nantes a individualisé en son sein une unité spécifique en 1990, dévolue aux sujets souffrant de troubles addictifs (dépendance à un produit ou à un comportement). Cette « unité des Addictions » a tout d'abord accueilli une quinzaine de patients en « hospitalisation temps plein ». Puis se sont développés les soins ambulatoires, avec en particulier la création d'un Hôpital de Jour. En parallèle diminuait la durée moyenne de séjour en hospitalisation temps plein de ces patients.

En 2002, à la faveur d'une réorganisation du pôle de psychiatrie du CHU, l'unité des Addictions est devenue un service universitaire autonome, le service d'Addictologie, avec deux unités d'hospitalisation temps plein, l'une pour les addictions à un produit psychoactif, l'autre pour les addictions comportementales, à chacune étant rattaché un Hôpital de Jour.

Le Centre de Soins Ambulatoires en Addictologie, situé au centre de ville de Nantes, s'est ouvert en 2003. Il « abrite » un dispositif de soins variés, constituant véritablement une alternative et un complément aux hospitalisations temps plein. Animé par une équipe pluridisciplinaire, qui permet d'aborder le sujet dans ses dimensions bio-psycho-sociales, ce dispositif s'adapte à chaque patient, et surtout à chaque étape du cheminement individuel, en devenant de plus en plus étayant ou à l'inverse en favorisant de plus en plus la prise de distance.

Les premières consultations, dites d'évaluation, s'y déroulent, qui visent avant tout à nouer une alliance avec le patient, à apporter des éléments d'information primordiaux (sur les troubles et les possibilités thérapeutiques, en particulier leur durée), à orienter les soins en définissant avec le patient des objectifs thérapeutiques.

Pour les formes les plus « légères » des troubles, ou quand l'alliance avec le patient ne semble pas assurée, un suivi de consultation est préconisé. A l'opposé, lorsque la dimension narcissique, voire autistique de la maladie est particulièrement marquée, ou pour préparer une hospitalisation temps plein, un contenant externe, plus consistant, est nécessaire, sous la forme d'une prise en charge séquentielle en Hôpital de Jour. La pierre angulaire de ce type de soins est le contrat thérapeutique, déterminant l'engagement tant du patient que des

soignants autour d'objectifs de changement. Faisant tiers dans la relation thérapeutique, il garantit un cadre de sécurité, et autorise l'expression de conflits. Limité à 3 mois, mais renouvelable autant que nécessaire, il permet la réouverture d'une temporalité, favorisant la relance des processus de mentalisation, le redéploiement des investissements objectaux. Entre ces deux modalités se décline un éventail de soins, dont la fréquence est variable, mais souvent mensuelle ou bimensuelle : groupes de parole, groupes psycho-éducatifs, suivi ambulatoire infirmier..., susceptibles d'être proposés au patient en fonction de son évolution ainsi qu'à son entourage familial.

Les soins tiennent évidemment compte du mode d'expression privilégié de la souffrance : en réponse à l'agir comportemental, témoin du défaut de contenance psychique, ils intègrent un abord comportemental et corporel. L'accent est mis sur l'importance d'un travail conjoint avec le médecin somaticien.

Par ailleurs, leur enjeu est surtout de permettre au sujet d'accéder à une relative autonomie, de réanimer le processus de séparation-individuation entravé par l'insécurité intérieure qui caractérise le sujet addicté. Une des ambitions de ce processus est de permettre la construction d'un espace personnel, avant tout psychique, mais aussi concret. L'approche cognitive et analytique, ainsi que le travail avec la famille, trouvent ainsi toute leur place, dans une approche qui se veut avant tout plurifocale.

ATELIER 4 : Le travail avec les familles.

Mme Solange Cook-Darzens
Hôpital Robert Debré.
Paris.

MOBILISER LA FAMILLE EN TANT QUE PARTENAIRE DE SOINS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT ANOREXIQUE EN MILIEU PÉDIATRIQUE

Abstract :

Depuis l'identification de l'anorexie mentale, les cliniciens ont toujours donné une grande importance à la famille, tant sur le plan étiologique que thérapeutique, mais les premiers modèles – tant d'orientation psychanalytique que systémique – ont eu tendance à privilégier une vision pathogène des parents et des familles. D'une telle vision découlaient certaines pratiques thérapeutiques culpabilisantes pour les familles et peu mobilisatrices de leurs compétences, qu'il s'agisse de séparer la patiente de son milieu familial ou d'engager la famille dans une thérapie familiale « réparatrice » de ses dysfonctionnements.

Plus récemment, des travaux empiriques sur le rôle de la famille dans la survenue de l'anorexie et dans sa guérison, ainsi que des études sur l'efficacité de la thérapie familiale dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA), ont favorisé l'émergence de modèles de travail familial moins culpabilisants et plus dynamisants pour les familles. Contrairement aux modèles antérieurs, ces nouvelles approches familiales cherchent à construire un partenariat solide avec la famille et à leur redonner un sentiment de maîtrise et de compétence nécessaire à une lutte efficace contre un trouble potentiellement grave et auto-perpétuant.

En résumé, les travaux empiriques sur le fonctionnement des familles d'anorexiques n'ont pas confirmé les premières hypothèses systémiques d'une incontournable responsabilité familiale dans le développement de l'anorexie, tout en identifiant des facteurs familiaux prédictifs d'une *aggravation/pérennisation* ou d'une *amélioration* du trouble. Ce sont ces facteurs familiaux qui doivent être mobilisés et travaillés pour donner toutes ses chances à la jeune patiente d'aller vers la guérison. Et ce sont ces facteurs qui sont vraisemblablement impliqués dans l'efficacité actuellement confirmée de l'approche familiale de l'anorexie de l'adolescent (1,2).

Après une brève présentation de notre unité TCA à l'hôpital Robert Debré et de son histoire depuis les années 1980, nous présenterons les principaux résultats des recherches qui sous-tendent le modèle de travail familial que nous pratiquons dans notre service depuis le milieu des années 1990. Nous exposerons les principes de bases de ce modèle ainsi que ses différentes formes (4), en nous attardant plus particulièrement sur la « consultation familiale intégrée » (1), une forme de prise en charge conjointe, permettant d'intégrer au

mieux la dimension « psychosomatique » du trouble et de tisser des liens constructifs entre famille, patiente et équipes médicales et de soins. Nous donnerons enfin un bref exemple de technique familiale destinée à déculpabiliser et à mobiliser les ressources de toute la famille (y compris les frères et sœurs) : la technique d' « externalisation » (3).

En conclusion, nous pensons que la famille doit toujours faire partie de la « solution » de la problématique anorexique et qu'elle doit être incluse précocement dans la prise en charge, en utilisant des modèles de thérapie familiale souples, éclectiques, et centrés sur le symptôme et les ressources de la famille.

Références

1. Cook-Darzens S. (2002) *Thérapie Familiale de l'Adolescent Anorexique : Approche systémique intégrée*. Ed. Dunod, Paris, 252 p.
2. Cook-Darzens S. (2003), Nouvelles tendances dans l'approche familiale de l'anorexie mentale, de l'enfant et de l'adolescent : Un modèle thérapeutique basé sur les ressources de la famille. *Généralisations*, 29, 51-57.
3. Doyen C., Cook-Darzens S. (2004), *Anorexie, Boulimie : Vous pouvez aider votre enfant. Des moyens d'agir dès l'âge de 8 ans*. Ed. Dunod, InterÉditions, Paris, 258 p.
4. Cook-Darzens S., Doyen C., Brunaux F., Rupert F., et coll. (2005). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie Familiale*, 26(3), 223-245.

ATELIER 4 : Le travail avec les familles.

Dr Daniel GORANS
CHU de Nantes.

« La princesse et le petit poids »

Abstract :

Il était une fois une princesse au petit poids et sa merveilleuse famille... Comme dans les contes, elle devait franchir trois épreuves pour s'en sortir : trois poids, du plus petit au plus grand. Elle ne le pouvait sans la contribution de sa famille, mais sous quelle forme ?

Les cliniciens chargés d'accompagner ces princesses doivent être rigoureux, mais avec souplesse pour laisser place à la créativité, voire, à l'opportunisme. Ils doivent rejoindre les familles qui les y autorisent dans leur vision du monde. Le travail peut alors prendre des formes variées : thérapies familiales, entretiens de soutien parental, thérapies de couple, repas thérapeutiques...