

L'HÔPITAL GÉNÉRAL, CADRE PRIVILÉGIÉ POUR LA MISE EN ROUTE D'UNE PRISE EN CHARGE PLURIFOCALE DE L'ANOREXIE MENTALE

I. MAISIN¹,
M. LAMBERT²

Mots-clés : anorexie mentale, hôpital général, demande de soin, déni, échanges agis, addiction, psychosomatique, contrat, thérapie plurifocale

Correspondance : Dr I. Maisin, Service de Psychopathologie, Cliniques universitaires Saint-Luc, B-1200 Bruxelles

RÉSUMÉ

Dans le contexte de l'hôpital général, les prises en charge de patientes anorexiques sont presque toujours initiées à partir de demandes de la famille ou du médecin traitant. Les malades elles-mêmes apparaissent peu demandeuses de soin, voire parfois franchement opposées à celui-ci. Cette réticence à l'égard du traitement semble souvent paralysante, elle confronte le médecin aux limites de son pouvoir thérapeutique immédiat et l'oblige à proposer un processus de soin compatible avec la conception que la patiente et son entourage ont de la maladie. Dans cette optique, le cadre médical relativement aspécifique de l'hôpital général, principalement axé au départ sur les aspects somatiques de la santé, nous semble propice à l'instauration d'un premier lien thérapeutique qui, tout en respectant les réticences existantes, pourra néanmoins servir de point de départ au démarrage progressif et au maintien d'une démarche de soin globale. Nous faisons référence ici à une pratique clinique conjointe, somatique et psychothérapeutique, auprès de patientes anorexiques adolescentes et adultes au sein d'un hôpital universitaire. Ces prises en charge s'effectuent d'une part dans des consultations de médecine interne et de psychopathologie, et d'autre part à l'occasion d'hospitalisations dans un service de médecine interne générale. Elles sont orientées vers la mise en route d'un processus thérapeutique plurifocal, où des soignants intra- et extrahospitaliers collaborent dans un souci de complémentarité et de cohérence.

INTRODUCTION

Affectant à la fois le corps et le psychisme, l'anorexie mentale est une pathologie grevée d'un taux de chronicisation et de mortalité non négligeable, mais aussi d'une fréquence de résolution incomplète très élevée, avec persistance de conduites alimentaires perturbées ou de troubles invalidants de la personnalité (1-5). Ces troubles résiduels de la personnalité concerneraient pas moins de la moitié des patientes anorexiques (troubles relationnels, phobies, difficultés sur le plan affectif et sexuel) et peuvent être présents malgré une guérison sur le plan du comportement alimentaire (1, 3). Il est donc important d'organiser des traitements globaux, qui

visent une guérison sur le plan alimentaire et pondéral, mais aussi sur le plan psychique.

Par ailleurs, la littérature concernant le devenir de l'anorexie mentale montre qu'une prise en charge tardive, à un moment où la patiente a déjà perdu un poids important, constitue un facteur pronostique défavorable (1, 2). Il y a donc lieu de mettre en place ces suivis le plus précocement possible dans le cours de la maladie. Mais le manque de motivation des patientes et, parfois aussi de leurs parents, est un obstacle fréquemment rencontré par ceux qui sont amenés à

¹ Services de Psychopathologie, ² Médecine Interne Générale, Cliniques Universitaires Saint-Luc B-1200 Bruxelles.

prendre en charge ces malades (6-9). Il est la source de retards dans la mise en route des traitements, ainsi que d'incohérences et d'échecs répétés dans le processus de soin. La dégradation des situations non ou mal prises en charge ambulatoirement entraîne aussi un recours plus important aux services d'urgence et aux hospitalisations, dont la multiplication constitue elle aussi un facteur pronostique péjoratif (1,2,6,10).

LA (NON) DEMANDE DES PATIENTES ANOREXIQUES QUI S'ADRESSENT A L'HÔPITAL

Que ce soit en consultation, à la salle d'urgence ou dans des services hospitaliers, l'hôpital général accueille assez souvent en ses murs des personnes anorexiques qui n'ont jusque-là bénéficié d'aucune prise en charge, ou qui se trouvent en rupture de soin. Une proportion non négligeable de ces patientes, malgré un délabrement physique et psychique important, ne sont pas prêtes à accepter les soins qu'elles nécessitent, ni même parfois à entendre le diagnostic de leur affection. Si bien que les premiers intervenants amenés à les prendre en charge se trouvent réduits à l'écoute de quelques plaintes physiques, qui ne sont accompagnées d'aucune disposition à changer de comportement alimentaire, ni à rétablir significativement le poids, et encore moins à rechercher les fondements psychopathologiques de la maladie.

L'entourage familial, lui, exténué et à bout de ressources, presse très fortement le soignant de guérir la malade, espérant que la science et le savoir-faire médical puissent réussir là où lui-même a échoué. Mais la demande de l'entourage est davantage centrée sur le versant somatique de la maladie que sur la nécessité d'en dénouer les enjeux psychiques individuels et familiaux.

Cette focalisation fréquente sur l'aspect somatique de la maladie nous paraît être une des manifestations du déni qui caractérisent le fonctionnement défensif de ces familles, peu habituées à remettre en question leurs valeurs propres et leur fonctionnement relationnel.

Alors qu'ils auraient pu chercher beaucoup plus tôt une aide appropriée dans des lieux axés sur le traitement ambulatoire précoce, comme la consultation de psychiatres et de psychologues assurant, au sein des services de santé mentale

ou en pratique privée, le traitement des troubles du comportement alimentaire, certains sujets anorexiques en arrivent à solliciter l'hôpital général, soit comme nous l'avons évoqué, en raison de la gravité de leur état somatique et de la nécessité de soins urgents, soit simplement parce que l'hôpital apparaît comme un lieu de soin plus rassurant à leurs yeux.

La valeur référentielle de l'hôpital, perçu comme un lieu de savoir où s'exerce la médecine scientifique, est fortement investie par ces patients, et plus encore par leurs parents, déstabilisés par un sentiment d'impuissance face à la maladie et la crise familiale qu'elle a engendrée. De plus, l'hôpital général est dépourvu d'une connotation psychiatrique souvent perçue par les patientes anorexiques et leur famille comme dévalorisante et inquiétante.

Le fait qu'il soit considéré comme dépositaire d'un savoir reconnu au regard de la société, sans imposer d'emblée une conception psychogénétique du problème, fait donc de ce lieu le seul cadre de soin acceptable au départ pour certains patients. Il répond dans l'immédiat au besoin d'être secouru par une instance protectrice rassurante, sans contrecarrer d'emblée le déni présent au sujet de la maladie et de ses fondements psychiques.

IMPORTANCE DES ÉCHANGES AGIS

L'hôpital devient ainsi l'objet d'une première accroche, d'un premier « transfert », qui s'opère sur la personne des médecins et des infirmières, mais aussi sur l'institution elle-même. C'est là que peut émerger une première ébauche de demande thérapeutique, qui est, notons-le, davantage manifestée par un comportement, c'est-à-dire « agie », que formulée véritablement. Ainsi, les arrivées soudaines au service d'urgence, les coups de fil des parents ou du médecin-traitant désemparés, les prises de rendez-vous pressantes sont autant de comportements (du patient lui-même ou de son entourage) qui mettent en avant la nécessité de recevoir sans délai une aide. Or les sujets anorexiques, comme beaucoup de patients atteints de maladies psychosomatiques ou présentant des assuétudes, souffrent de carences dans leur capacités de représentation. De ce fait, ils recourent plus facilement à des comportements qu'à la pensée ou à la verbalisation pour exprimer leur vécu ou leurs

demandes. Donner à ces patients l'occasion de déployer un agir et y répondre transitoirement sur le même mode permet de créer un lien sécurisant, qui favorisera le passage à un autre registre, celui de la pensée et de la représentation psychique (11,12).

Les réponses médicales fournies à l'hôpital sont concrètes, elles aussi sont « agies »: on accueille la personne, on l'examine, on note ses plaintes dans un dossier, on émet des hypothèses diagnostiques, on réalise des examens complémentaires, on propose un traitement et un prochain rendez-vous.

De tels « échanges agis » (12) peuvent, même en l'absence d'une demande psychothérapeutique, permettre le démarrage d'un authentique processus psychothérapeutique, grâce à la qualité de la relation qui s'établit entre le soignant et le patient ainsi que les personnes qui l'entourent. Une écoute empathique et respectueuse permettra l'acceptation des soins nécessaires dans l'immédiat, et l'introduction auprès du malade d'un intervenant d'une autre discipline. Ainsi, à côté du somaticien, garant des soins physiques, le psychiatre ou le psychologue peut se montrer témoin des échanges entre le patient, sa famille et aussi les soignants sur la scène de l'hôpital, et aider le sujet à repérer les interactions qu'il suscite. Il est amené à agir lui aussi en fonction des circonstances, en rencontrant la famille, en discutant avec son collègue somaticien, ou en contactant le généraliste.

Sur un mode très concret au départ, à partir des actes qui s'y déploient (soins somatiques, prises de contacts, organisation de la prise en charge), le cadre hospitalier permet donc qu'un lien sécurisant de parole et d'écoute s'établisse et qu'une disposition à réfléchir aux enjeux de la maladie apparaisse. A travers ce que J. et M. Haber nomment une « expérience agie partagée », on crée les conditions possibles d'un processus de transformation psychique qui sera progressivement rendu effectif par le « passage d'un registre agi à un registre pensé » (12).

UNE ADDICTION ENVISAGÉE DANS UNE PERSPECTIVE PSYCHOSOMATIQUE

Aujourd'hui, on admet le plus communément pour les troubles du comportement alimentaire

un modèle de causalité multiple, d'ordre à la fois biologique, psychologique et social (3, 6, 13-15). La conception du fonctionnement anorexique à partir de laquelle nous avons conçu notre démarche thérapeutique s'inspire principalement des perspectives théoriques de Jeammet, de Corcos, et de Combe, qui envisagent le trouble du comportement alimentaire comme une assuétude et dans une perspective psychosomatique (4, 13, 16). La maladie anorexique y est décrite comme un processus complexe, dans lequel des troubles somatiques et psychiques interfèrent dans une dégradation globale de la personne. La difficulté de la patiente à repérer et à exprimer ses sentiments, sa difficulté à élaborer et verbaliser les conflits psychiques ramène ces conflits vers la sphère somatique, qui devient le siège d'un processus destructeur (16).

La dimension addictive de l'anorexie implique une temporalité particulière dans les objectifs thérapeutiques poursuivis : le traitement est envisagé à long terme, et les récurrences sont dédramatisées (1, 3-5, 13, 16).

La pathogénie de la maladie permet de mettre en évidence la dimension addictive du trouble alimentaire, tout autant que l'intrication des dimensions somatique et psychique. Souvent, l'anorexie commence par un régime d'apparence anodine, qui se transforme bientôt en un combat mené contre le besoin de manger, et contre l'entourage, dont les remarques sont perçues comme une tentative d'emprise sur elle. Tentant d'échapper au contrôle et aux pressions de plus en plus insistants de ses proches, la patiente nie ses conduites restrictives et les autres moyens qu'elle utilise parfois pour perdre du poids. Nombre d'anorexiques associent en effet à la restriction alimentaire des vomissements, la prise de laxatifs ou de diurétiques et/ou la pratique intensive d'une activité physique. Dans tous les domaines, c'est la recherche de maîtrise qui est à l'avant-plan, avec bien souvent une hyperactivité et des troubles du sommeil. La perfection est visée dans tous les domaines (scolarité, sports, loisirs, ...), tandis que la vie relationnelle et la sexualité sont peu à peu désinvesties (3-5, 16). L'aménorrhée peut coïncider avec le début du trouble alimentaire, mais elle peut aussi être plus tardive par rapport à celui-ci ou - étonnamment - le précéder (3).

Si la maladie s'aggrave au-delà de cette phase appelée par Combe anorexie primaire, la patiente

te continuant à perdre du poids tout en négligeant son apparence de plus en plus cachectique et sa fatigue intense, on arrive à la phase qualifiée par cet auteur d'anorexie secondaire, caractérisée par une aggravation sur le plan somatique et une régression sur le plan psychique, avec isolement social. Il existe une importante distorsion de l'image du corps, qui est perçue comme gonflé, insupportablement gros. La perte des rythmes faim-satiété, veille-sommeil et des cycles menstruels plongent la patiente dans une sorte de chaos physique et psychique. Les relations familiales sont perturbées elles aussi, en raison de l'angoisse et de l'irritation des proches, qui se sentent à la fois sollicités à venir en aide à la malade et réduits à l'impuissance par son refus de manger et de prendre en compte la gravité de la situation.

Quand la patiente se contente de recourir au jeûne, sans autre procédé visant à perdre du poids, on parle d'anorexie restrictive. Lorsque, en raison de la survenue de crises de boulimie, elle utilise les vomissements ou d'autres moyens pour éliminer les apports caloriques indésirables, on parle d'anorexie-boulimie. Notons que les comportements boulimiques sont parfois associés à d'autres comportements addictifs ou impulsifs : dépendance ou abus médicamenteux, alcoolisme, prise de drogue, kleptomanie, tentative de suicide et automutilation. Ces formes cliniques ont un moins bon pronostic.

Comme dans les autres assuétudes, les patients atteints de troubles du comportement alimentaire supportent difficilement la distance par rapport aux personnes dont ils se sentent dépendants : la relation à la nourriture est du même ordre que la relation aux personnes, marquée par un manque d'autonomie (13). Mais, alors que dans la restriction anorexique les patientes arrivent à garder la maîtrise et à maintenir une conduite de privation, les crises de boulimie sont des moments où elles cèdent de manière incontrôlée à leur impulsion.

L'anorexie ne renvoie pas à l'une ou l'autre structure de personnalité spécifique, mais doit être considérée comme un syndrome apparaissant sur le fond d'une organisation psychique instable, dans laquelle coexistent souvent divers modes de défense et de relation à l'autre. Comme les autres conduites addictives, la maladie anorexique est avant tout une pathologie du narcissisme

(1, 13). Les processus défensifs utilisés, comme le besoin de rechercher la maîtrise à tous niveaux, constituent une tentative de faire face à un sentiment de menace concernant son identité propre. En effet, la puberté, et avec elle l'apparition d'un corps sexualisé, ou la traversée de circonstances de vie requérant un surcroît d'autonomie (comme une séparation), peut déstabiliser un adolescent dont le moi est en équilibre fragile au départ. L'anorexique réagit à ce danger par le refus de la sexualité génitale et le maintien d'une allure et d'un rapport au corps de type préadolescentaire. Une telle régression se manifeste aussi à travers l'arrêt des processus d'autonomisation par rapport au milieu familial, entraînant un repli sur soi de plus en plus important.

L'environnement familial des sujets anorexiques est caractérisé bien souvent par le maintien par les parents de liens fusionnels avec leur enfant. Il en découle une difficulté à se différencier du milieu d'origine et aussi une intolérance à la distance, qui est le propre des personnalités addictives (nécessité de maintenir en permanence le contact avec la personne investie, ou un substitut de celle-ci : aliment ou jeûne, drogue, alcool ...) (13). Notons encore que les descriptions des familles d'anorexiques faites par les psychothérapeutes systémiques en soulignent certaines caractéristiques, comme la peur des conflits et l'absence de répartition claire des positions parent-enfant, décrites entre autres par Minuchin à propos des familles psychosomatiques : les enfants sont implicitement appelés à soutenir les parents dans leur fragilité, d'autre part ils sont peu familiarisés avec les limites, qui ne sont pas clairement énoncées par les parents (17). Ces lacunes dans le fonctionnement familial justifient le souci de fournir aux patientes anorexiques un cadre de prise en charge dans lequel les limites sont bien définies au départ, de même que le rôle respectif de chacun des soignants. La pluralité des intervenants leur permet de ne pas se voir dépendante d'un seul soignant, mais de moduler comme elles l'entendent leur investissement auprès de chacun d'entre eux.

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Dans notre pratique, le premier intervenant rencontré à l'hôpital - interniste, psychiatre, psychologue ou diététicien - après avoir rencontré la

patiente (avec sa famille, s'il s'agit d'une adolescente) explique à celle-ci la manière dont nous collaborons, et l'invite à rencontrer le collègue dont l'intervention semble la plus nécessaire dans un premier temps. Parfois, il organise un entretien de triangulation où il sera lui-même présent pour introduire la patiente auprès de son collègue. Les nouvelles étapes de la prise en charge sont proposées en fonction des nécessités cliniques, mais adaptées autant que possible aux particularités de la demande et aux réticences propres à la patiente et à son entourage.

Dans les cas d'anorexie débutante ou lorsque la dénutrition n'est pas encore trop importante, une prise en charge pluridisciplinaire ambulatoire est mise en place progressivement, avec des intervenants intra- et -autant que possible - extrahospitaliers. Le suivi somatique (surveillance pondérale, surveillance de l'état général, détection des complications éventuelles, réalisation d'examen biologiques et prescription éventuelle de médicaments) est réservé au médecin généraliste, en collaboration avec le spécialiste en médecine interne, que la patiente est invitée à voir à un rythme régulier fixé en fonction de son état clinique.

Le rôle du médecin généraliste nous semble particulièrement important. Situé en première ligne et bénéficiant dès le départ de la confiance de l'entourage et de la patiente, il est souvent le plus à même d'assurer la surveillance somatique de base. Des contacts entre les médecins généraliste, interniste et psychiatre permettent d'évaluer en meilleure connaissance de cause la nécessité de certaines mesures de soins comme l'hospitalisation, mais aussi d'assurer le suivi avec plus de cohérence et d'efficacité.

Souvent l'établissement d'un contrat de poids établi avec la patiente est utile pour soutenir l'engagement personnel de celle-ci dans le gain pondéral (4, 13). Dans le cas d'adolescentes, une attention particulière est accordée à l'information des parents à propos de ce contrat, comme à propos de chaque nouvelle dimension du traitement. Elle permet de les décharger d'une fonction de surveillance (du poids notamment) et de soin, sans être exclus du processus thérapeutique.

L'utilité de l'aide diététique est appréciée au cas par cas. En effet, très soutenante pour certaines patientes, elle est parfois la source d'un renforcement des obsessions alimentaires (4), ou

d'un vécu d'échec lorsqu'elles n'arrivent pas à suivre les conseils proposés. Les approches corporelles (relaxation, massages ou mobilisation douce pratiquée par un kinésithérapeute familiarisé à ce type de prise en charge) permettent aussi d'améliorer le vécu corporel de certaines patientes anorexiques, mais chez d'autres elles sont parfois ressenties comme intrusives. Leur intérêt dans la prise en charge sera donc également évalué spécifiquement.

Souvent, une psychothérapie individuelle n'est pas proposée d'emblée, mais - comme nous l'avons évoqué ci-dessus - nous considérons que le processus psychothérapeutique commence dès l'arrivée à l'hôpital, à travers les échanges agis entre la patiente et les soignants. Le psychiatre hospitalier, consulté lui-même au départ ou introduit par son collègue interniste ou urgentiste, rencontre la patiente individuellement, mais aussi en présence de son entourage, surtout quand il s'agit d'une adolescente. Dans ce cas en effet, les parents sont rencontrés dès les premiers contacts, lors d'entretiens au cours desquels ils ont l'occasion d'exprimer leur demande et leur vécu face à la situation. On a ainsi un aperçu de l'état de la famille qui fournit la possibilité d'évaluer la nécessité d'un isolement par rapport à celle-ci. Ces entretiens favorisent l'établissement d'un climat de confiance qui permet à la patiente d'investir le lien thérapeutique sans avoir l'impression de trahir ses parents, dont elle perçoit bien souvent toute l'ambivalence face aux soignants (crainte de perdre la relation de proximité avec leur enfant, crainte d'être disqualifiés au niveau de leurs compétences parentales, ...). Souvent réalisés en présence d'un co-thérapeute, les entretiens familiaux donnent l'occasion aux parents de participer au processus thérapeutique et fournissent à la patiente et sa famille la possibilité de prendre conscience des particularités de leurs interactions, et d'en trouver d'autres, qui favorisent davantage l'autonomisation.

La mise en route d'une thérapie individuelle à l'extérieur de l'hôpital est proposée - « prescrite » en quelque sorte (13) au bout d'un certain temps, quand c'est envisageable pour la patiente. Dans notre pratique, il s'agit le plus souvent de psychothérapies de type psychanalytique (et non pas de cures psychanalytiques classiques sur le divan, rarement indiquées dans ce type de pathologie), qui se déroulent en face à face avec

un psychothérapeute expérimenté dans le traitement des troubles du comportement alimentaire. Leur objectif est de permettre à la patiente d'apprendre à identifier ses sentiments et à verbaliser ceux-ci à la faveur d'un lien thérapeutique dans lequel elle ne se sent pas jugée, mais où elle fait au contraire une expérience relationnelle mûrissante, grâce à laquelle, petit à petit, elle peut cerner les enjeux inconscients de son symptôme alimentaire et poser les jalons de son autonomie. Une fois la psychothérapie entamée, la patiente est invitée à revenir si elle le souhaite en consultation auprès du psychiatre hospitalier, qui garde alors un rôle de référent, et reste en lien avec les autres intervenants ainsi que la famille. En effet, dans le cas d'adolescentes, les parents eux aussi sont régulièrement reconviés pour un entretien, avec l'accord de leur fille. Parfois, cette organisation « bifocale » du volet psychothérapeutique, dans laquelle le psychothérapeute individuel travaille en parallèle avec un psychiatre référent (4, 13), n'est pas envisageable, parce que la patiente souhaite rester suivie exclusivement à l'hôpital. Notons enfin que les parents sont encouragés à fréquenter un groupe de parole organisé à l'attention de parents de personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire, dans le centre de santé mentale adjacent à notre hôpital.

L'HOSPITALISATION : ISOLEMENT ET CONTRAT

Si le traitement ambulatoire est inefficace, que l'état physique ou psychique de la patiente est préoccupant ou que la situation devient critique au niveau familial, l'hospitalisation est incontournable (3, 4, 6-8). Le séjour peut avoir lieu soit en médecine interne, soit en psychiatrie. Quand la coupure avec l'entourage va devoir se prolonger longtemps, ou que la patiente nécessite un encadrement psychiatrique important (e.a. en raison d'un risque suicidaire ou de troubles du comportement), nous l'orientons directement vers un service psychiatrique spécialisé dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, pour autant que son état physique le permette. Des complications somatiques importantes ou un état de dénutrition alarmant imposent, en revanche, une hospitalisation en médecine interne avec, dans les cas les plus sévères, renutrition par voie entérale (18) ou plus rare-

ment par voie parentérale, afin d'assurer le retour à un poids où le danger vital est écarté.

Le séjour hospitalier va permettre le traitement de l'aspect toxicomaniaque du trouble et l'accompagnement du « sevrage de la restriction », période de quelques semaines au cours de laquelle la patiente doit faire face à la reprise de l'assimilation alimentaire (parfois via l'assistance d'une sonde nasogastrique au début) et du fonctionnement intestinal. La désorganisation corporelle et psychique entraînée par la perte des rythmes naturels (faim-satiété, veille-sommeil, cycle menstruel) et aggravée par l'arrêt de la restriction alimentaire crée un sentiment de perte de repères qui justifie lui aussi l'importance du cadre lors du séjour hospitalier (4, 13, 16, 19).

Avec les adolescentes anorexiques, un isolement total, et ensuite relatif, par rapport à l'entourage est le plus souvent instauré. Il est organisé autour d'un contrat entre les soignants et la patiente (3, 4, 13, 19). On fixe ainsi à l'avance et de manière individualisée des balises concernant la prise de poids prévue (poids autorisant la reprise des contacts avec la famille, poids autorisant des sorties temporaires hors du service, poids de sortie définitive) et on indique aussi à la patiente les règles en vigueur concernant la vie à l'hôpital : exigences ou interdits concernant l'alimentation, la circulation dans le service ou les contacts téléphoniques, description des possibilités de participer à certaines activités (ergothérapie, kinésithérapie, école à l'hôpital,...). En séparant la patiente de son milieu habituel et en lui imposant ainsi des repères et des rythmes différents, on favorise une réorganisation psychique progressive. D'autre part, les contacts avec les soignants, et parfois d'autres patients, permettent de faire des expériences relationnelles nouvelles en dehors de l'influence parentale, et donc d'amorcer ainsi une avancée dans le sens de l'autonomisation (4, 5, 9, 13).

Le service dans lequel nous travaillons compte une quinzaine de lits de médecine interne générale, dont au maximum deux sont occupés simultanément par des patientes anorexiques. Cette limitation est actuellement indispensable, compte tenu du fait que les prises en charge sont assurées avec une équipe de nursing non spécialisée et la collaboration d'une équipe de psychiatrie de liaison, qui ne fait donc pas directement partie du service lui-même. Durant toute la durée du séjour, le psychiatre a des entretiens

réguliers avec la patiente et des contacts avec les parents. Pendant la période d'isolement total, ceux-ci sont invités à téléphoner aux médecins autant qu'ils le jugent nécessaire pour être tenus au courant de l'évolution. Autant que possible, ils sont rencontrés durant cette période de séparation souvent vécue avec beaucoup d'angoisse par la mère, peu habituée à une distance avec sa fille. L'expérience nous a montré que des parents insuffisamment informés ou soutenus ne peuvent faire confiance aux soignants et risquent de compromettre, par leur méfiance ou leurs revendications, l'alliance thérapeutique entre la patiente et l'équipe soignante. Dès que les visites des parents sont autorisées, des entretiens familiaux sont organisés, souvent en présence d'un cothérapeute (assistant psychiatre, psychologue ou membre de l'équipe infirmière) (3, 4, 13, 14, 20).

Les contacts bihebdomadaires entre les médecins internistes, le responsable de l'équipe infirmière et le psychiatre permettent une information mutuelle et une concertation pour la prise des décisions médicales nécessaires, au vu de l'évolution physique et psychique de la patiente et des difficultés rencontrées. Un soutien spécifique est apporté par le psychiatre à l'équipe infirmière, confrontée en première ligne aux affects intenses et variés suscités chez les soignants par l'état de la patiente et par son comportement (15). Outre une disponibilité quotidienne sur appel et des contacts informels avec les membres du nursing lors de ses passages dans le service, le psychiatre rencontre hebdomadairement l'équipe infirmière, pour donner à celle-ci les informations cliniques d'ordre psychiatrique nécessaires en début de séjour, évoquer ensemble les problèmes particuliers rencontrés face à l'attitude des patientes ou de leur famille, et créer ainsi pour les soignants une occasion d'échanger leurs vécus. L'empathie excessive, autant que les sentiments d'impuissance, de frustration, ou encore d'exaspération suscités fréquemment par les patientes anorexiques peuvent ainsi être partagés et mis à distance, afin de permettre une implication bienveillante, mesurée et ferme des soignants dans un souci de cohérence centré sur le respect du contrat établi. Sans cela, le risque, au niveau de l'équipe, est le surgissement de tensions et de problèmes institutionnels liés à des attitudes contradictoires au sein de l'équipe (17) ou le refuge dans l'indifférence, et une absence d'investissement compromettant

l'établissement et le maintien du lien thérapeutique avec la patiente.

Le séjour hospitalier en médecine interne présente l'avantage d'éviter, dans les cas d'anorexie récente, une trop rapide stigmatisation de l'adolescente à ses propres yeux et ceux de son entourage, et de ne pas aller d'emblée au-delà de leur demande, souvent axée sur le volet somatique lorsque le déni concernant la maladie est encore important. Dans ces cas, c'est la rencontre régulière du psychiatre au cours du séjour qui sera l'occasion de laisser émerger certaines questions, qui serviront de prémices à une prise de conscience (9). Le séjour est aussi l'occasion de penser et d'organiser le suivi ultérieur. Certaines patientes, parce qu'elles nécessitent une prise en charge hospitalière de longue durée, poursuivent par un séjour en service spécialisé qui permettra de prolonger la séparation par rapport à la famille et de favoriser la resocialisation grâce à la participation à des activités thérapeutiques de groupe. Si la patiente rentre dans son milieu de vie habituel, un contact est pris avec le médecin généraliste à qui le relais est passé pour le suivi pondéral hebdomadaire, tandis que nous lui fixons rendez-vous en consultation de médecine interne et de psychiatrie. Souvent, un nouveau contrat de poids est établi pour le suivi ambulatoire qui commence. Progressivement, plusieurs volets de la prise en charge, parfois tous, sont mis en place à l'extérieur, en fonction des souhaits et des possibilités.

Même quand le suivi se poursuit entièrement à l'extérieur de l'hôpital, il n'est pas rare que nous soyons re-sollicités par la patiente ou son entourage dans des moments de crise, ou lors d'une nouvelle dégradation somatique, périodes au cours desquelles l'hôpital peut occuper une fonction tierce entre la patiente et son entourage. La crise peut ainsi être apaisée sans que les intervenants habituels, transitoirement débordés, doivent sortir de leur cadre et donc sans que l'espace thérapeutique individuel du patient (et donc le processus d'autonomisation en cours) ne se trouve menacé.

CONCLUSION

Le souci d'instaurer chez les malades anorexiques, souvent peu compliantes au début, un suivi global et durable s'avère primordial, si l'on

considère que le pronostic de cette affection est défavorablement influencé par le caractère tardif de la prise en charge et la multiplication de séjours hospitaliers, faute d'un suivi ambulatoire suffisamment cohérent et soutenant.

En tirant parti de la demande de soin, souvent au départ exclusivement somatique, adressée à l'hôpital, on peut initier une prise en charge plurifocale adaptée individuellement. Au départ d'interactions - sur un mode principalement agi - avec les soignants, l'hôpital est un lieu où peuvent s'amorcer les processus de réflexion qui permettront l'adhésion à une démarche thérapeutique globale. Intégrer réellement les différentes approches en respectant la spécificité de chaque intervenant nécessite une collaboration véritable et durable entre les soignants.



RÉFÉRENCES

1. Jeammet P, Brechon G, Payan Ch et al. : 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 .
2. Sullivan PF. Course and outcome of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In : Fairburn C, Brownell K, Eds. *Eating Disorders and Obesity*, 226-230, The Guilford Press, New York, 2002.
3. Corcos M, Bochereau D, de Tournemire R et al. Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris). Endocrinologie-Nutrition ,**10-308-D 10**. Psychiatrie, **37-215-B 60**. 2001: 6p.
4. Corcos M, Agman G, Bochereau D et al. : Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris). Psychiatrie/Pédopsychiatrie, **37-215-B 65**. 2002 : 15p.
5. Brusset B : Psychopathologie de l'anorexie mentale. Dunod, Paris, 1998, 229 pp.
6. Becker A, Grinspoon S, Klibanski A, Herzog D : Eating disorders. *N Engl J Med*. 1999 ; **340** : 1092-1098.
7. Pierloot R, Vandereyken W, Verhaest S : An In-patient treatment program for anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1982 ; **66** : 1-8.
8. Powers P, Powers H : In-patients treatment of anorexia nervosa. *Psychosomatics*. 1984 ; **25 (7)** : 512-528.
9. Clerici M, Amatulli A, Legori A et al. : L'anorexie mentale à l'hôpital général. Aspects psychopathologiques. Problèmes d'orientation et de conseil. *L'Information Psychiatrique*. 1989 ; **10** : 991-99.
10. Gowers S, Weetman J, Shore A, Hos et al. : Impact of hospitalization on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*. 2000 ; **176** : 138-141.
11. Jeammet P. Le perçu, l'agi et la représentation dans le processus psychanalytique. In : *Psychothérapies psychanalytiques*. Collection des débats de psychanalyse des Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, PUF, 1999, 29-47.
12. Godfrind-Haber et Haber M. L'expérience agie partagée. In: *Transformations psychiques*, RFP, 2002, **LXVI**, 1417-1460.
13. Jeammet P, Corcos M : Evaluation et prise en charge des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. L'expérience française. *Prisme*. 1999 ; **30** : 28-50.
14. Godart N, Perdereau F, Flament M, Jeammet P : La famille des patients souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie. Revue de la littérature des données cliniques et implications thérapeutiques. *Ann Med Interne*. 2002, **153 (6)** : 369-372.
15. Wolfe BE, Gimby LB : Caring for the hospitalized patient with an eating disorder. *Nurs Clin North Am*. 2003 ; **38 (1)** : 75-99.
16. Combe C. Soigner l'anorexie. Paris, Dunod, 2002, 255 pp.
17. Guex P : Le médecin, le malade et son entourage dans le cadre d'une intervention de psychologie médicale à l'hôpital général ou au cabinet du médecin généraliste : le problème des adolescentes anorexiques hospitalisées ou traitées en médecine interne. *Psychol Med*. 1985 ; **17 (6)** : 779-781.
18. Zuercher JN, Cumella EJ, Woods BK, Eberly M, Carr JK : Efficacy of voluntary nasogastric tube feeding in female inpatients with anorexia nervosa. *J Parenter Enteral Nutr*. 2003 ; **27 (4)** : 268-276
19. Chappaz M, Sarra-Gallet C. Les mérites d'une contrainte ou la prise en charge des patients anorexiques dans un service de pédopsychiatrie. In : Vincent T, Eds. *La jeune fille et la mort. Soigner les anorexies graves*, 75-82, Arcanes, Strasbourg, 2000.
20. Dare C, Eisler I. Family Therapy and Eating disorders. In: Fairburn C, Brownell K, Eds. *Eating Disorders and Obesity*, 314-319, The Guilford Press, New York, 2002.