



Pourquoi l'anorexie mentale est-elle considérée comme une maladie difficile à soigner ?

Rev Med Suisse 2007 ; 3 : 398-400

**I. Lyon-Pagès
I. Carrard
S. Gebhard
F. Stiefel**

Dr Isabelle Lyon-Pagès
Isabelle Carrard, psychologue assistante
Dr Sandra Gebhard et
Pr Friedrich Stiefel
Service de psychiatrie de liaison
CHUV, 1011 Lausanne
Isabelle.lyon-pages@chuv.ch
Isabelle.carrard@chuv.ch
Sandra.gebhard@chuv.ch
Frederic.stiefel@chuv.ch

Why is the management of patients suffering from mental anorexia regarded as difficult ?

Management of patients suffering from mental anorexia (AM) is often regarded as particularly difficult. Some difficulties are inherent to the disease itself and to the interactions with the care providers; others are linked to the family context, sociological and organizational factors. Delayed access to specialized care is favored by denial of the disease, a diagnostic criterion of AM which echoes the valorization of thinness extolled by today's society. Considering AM as an intrinsic cause of difficulties for the medical teams could induce withdrawal of care providers or even the Institutions. Nevertheless it should be kept in mind that AM is the psychiatric disease with the highest mortality rate. Considering the particular complexity of management of AM, it is of special importance to develop specialized units to take care of these patients.

L'anorexie mentale (AM) est considérée comme une maladie difficile à soigner. Certaines difficultés rencontrées dans le traitement sont inhérentes à la maladie et au vécu particulier qu'elle génère chez les soignants. D'autres sont liées aux contextes familiaux, aux facteurs sociologiques et organisationnels. Un des critères diagnostiques de la maladie, le déni, associé à la valorisation dans nos sociétés de la maigreur, retarde l'accès aux soins. Le fait de penser que l'AM est par définition source de souffrance pour les équipes peut entraîner un écueil redoutable, à savoir la démission des soignants, voire des institutions. Pourtant l'enjeu est de taille puisque l'AM est la maladie psychiatrique la plus mortelle. Au vu des difficultés spécifiques de ces prises en charge, il est important de développer des structures de soins adaptées.

INTRODUCTION

A l'annonce d'une hospitalisation d'un patient anorexique, la plupart des soignants anticipent un traitement difficile, craignent un rapport de force avec le patient ainsi que d'être manipulés et clivés. Les représentations des soins d'une équipe comme celle de l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris), ayant près de 40 ans d'expérience dans le domaine, sont tout autre. Sur les 190 patients hospitalisés dans ce service en trois ans,¹ seuls 26 d'entre eux ont été considérés comme difficiles (c'est-à-dire : mettant l'équipe en souffrance). Cet article analyse les difficultés auxquelles les soignants sont confrontés, certaines

étant inhérentes à l'anorexie mentale (AM) et au vécu particulier généré chez les soignants, d'autres étant secondaires aux contextes familiaux, aux aspects sociologiques et organisationnels.

DIFFICULTÉS INHÉRENTES À L'ANOREXIE MENTALE

Le déni

Le déni de la maladie est un des critères diagnostiques de l'AM. Les patients ne se considèrent pas comme malade et ne demandent pas de soin. Ce mécanisme de défense peut aveugler les parents, voire les médecins de premier recours mis en difficulté pour poser le diagnostic, proposer un suivi psychiatrique ou organiser une hospitalisation. Deux attitudes, opposées tout aussi risquées et violentes, sont observées : le médecin attend passivement que le patient manifeste une demande au risque qu'il mette sa vie en danger ou alors apparaît un rapport de force entre le patient et le soignant qui impose une guérison par des moyens coercitifs. Pour éviter ces extrêmes, il est indispensable de définir un cadre thérapeutique, le contrat de poids, qui va servir de tiers médiateur dans la relation avec le patient, que ce soit en ambulatoire (en fixant une limite à partir de laquelle une hospitalisation sera organisée) ou en hospitalier (en déterminant un poids de sortie de l'hôpital). Une fois ce cadre posé, il doit être intangible. C'est à l'intérieur de celui-ci que l'on va pouvoir entrer en relation avec le patient, sans qu'il se sente en danger quant à son identité ou qu'il nous rejette comme il le fait avec la nourriture.



Les modalités de la relation aux autres

Ces patients, enfants modèles, se sont construits, selon un processus d'imitation et non d'identification.² Dans le processus normal, l'enfant s'identifie aux parents, afin de prendre en lui les qualités qu'il admire et de les faire siennes. Dans le processus d'imitation, l'enfant adhère au désir de l'autre et se construit en double du parent. L'équilibre narcissique dépend alors du regard des autres au détriment de ses propres investissements, ce qui crée le paradoxe suivant : «au lieu que je me nourrisse de l'autre pour construire mon identité, l'autre est une menace pour mon identité». On comprend alors que tout rapprochement avec un soignant puisse être vécu comme menaçant. La difficulté est de trouver une bonne distance et en cela un cadre thérapeutique contenant est indispensable.

L'engrenage addictif

Une fois le symptôme anorexique en place, apparaît un véritable engrenage addictif. Trois verrous enferment le patient dans la maladie :

- Biologique : plus un patient est dénutri, plus des endorphines sont sécrétées et source d'euphorie ;
- Social : l'AM donne une identité aux patients au moment où il s'agit pour l'adolescent de devenir un sujet au travers du processus de différenciation-subjectivation ;
- Psychopathologique : l'apparition de la maladie anorexique à l'adolescence permet d'éviter la question de la séparation d'avec les parents et met en suspens l'acquisition de la féminité, de la sexualité et de la maternité. L'AM apporte une réponse pathologique à cette période de crise et de maturation psychique normale.

Une pathologie du lien

L'AM est une maladie psychiatrique qui s'exprime par le corps. Ces patients refusent la nourriture et plus généralement le lien à l'autre. L'AM se caractérise par une attaque des liens:³

- entre le corps et la psyché, par la destruction progressive de l'enveloppe charnelle qui porte les stigmates d'une souffrance psychique qui s'ignore ;
- entre la personne anorexique et l'autre par l'évitement de la relation ;
- par une rupture de la capacité de ces patients à faire des liens, à penser leurs pensées.

Il va falloir travailler en lien entre spécialistes du soma et de la psyché. La thérapie dépendra de notre capacité à penser ensemble la souffrance du corps et à mettre en résonance symbolique ce qui se joue dans la réalité de la rééducation nutritionnelle. On doit s'attendre à ce que les patients attaquent les liens de l'équipe pluridisciplinaire, en projetant leurs conflits internes à l'extérieur. Ceci va entraîner un apaisement chez le patient tout en risquant de mettre en crise l'équipe. Une attention particulière sur le fonctionnement du groupe soignant est donc indispensable.

DIFFICULTÉS LIÉES AU VÉCU DES SOIGNANTS

Les soignants vont devoir accepter ce comportement de rejet de la nourriture et du soin, en comprenant que

derrière lui, se cache un sursaut de vie. Celui d'une patiente qui refuse la conformité, d'être un double ; c'est pour sauvegarder son identité, qu'elle refuse de s'alimenter. Il va falloir considérer l'emprise dans le soin comme un mécanisme de défense et non comme un obstacle au traitement. Le lien thérapeutique est un lien anorexique dans lequel les patients vont nous observer avant de nous consommer en petites quantités ou avec avidité dans un mouvement boulimique, souvent suivi d'un rejet relationnel qui nous transforme en un objet partiel aussi mauvais que nous avons pu être bons. Des éléments psychiques insuffisamment élaborés par le patient peuvent aussi nous envahir et paralyser notre capacité à penser. Il faudra également être attentif à l'apparition d'un mécanisme pouvant mener à des contre-attitudes, voire à un échec thérapeutique : le transfert de l'identification mélancolique dans le soin.⁴ Des patients avec un fond de dépression mélancolique ont tendance à le faire porter aux soignants qui vont se sentir déprimés au risque de désinvestir le traitement. Le soignant peut avoir alors envie de passer la main ou voire même souhaiter la mort ou le départ du patient.

DIFFICULTÉS LIÉES AUX CONTEXTES FAMILIAUX

Il n'existe pas de famille type d'AM. Trois niveaux de compétences familiales⁵ et d'interaction entre la famille et la maladie sont décrits :

- familles saines, développant un fonctionnement temporaire de crise face aux symptômes du patient ;
- dysfonctionnements familiaux préexistants pouvant être amplifiés et cristallisés lors de l'apparition de la maladie ;
- familles chroniquement dysfonctionnelles, contribuant au développement et au maintien de l'AM.

Nous proposons ici une typologie des familles «difficiles»⁶ tout en soulignant que cette notion est critiquable puisqu'une famille n'est pas intrinsèquement «difficile» mais peut l'être en relation avec une équipe donnée à un moment donné. On peut observer :

- absence de coopération entre la famille et l'équipe ;
- fonctionnements familiaux pathologiques ;
- alliances et triangulations familiales compromettant l'instauration d'une équipe parentale efficace ;
- familles hostiles à l'égard du patient ;
- familles se vivant comme parfaites, l'AM étant vécue comme accidentelle et extérieure au milieu familial ;
- familles avec plusieurs membres souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA), mais non dits ;
- syndrome d'épuisement de la famille avec parfois démission, rejet, voire désir de mort à l'égard du patient.

Ces difficultés constituant une gêne potentielle au processus thérapeutique, il est indispensable de les repérer et de proposer des entretiens de famille de soutien, voire des thérapies de famille à proprement parler.

ASPECTS SOCIOLOGIQUES

Certaines caractéristiques des sociétés occidentales peuvent rendre difficile la prise en charge de ces patients. L'AM est en constante augmentation dans les pays occi-



dentaux et apparaît parallèlement à la croissance économique, comme en Chine. L'abondance de la nourriture associée à une pression pour rester mince, véhiculée par les médias et le monde de la mode, semble être un facteur favorisant l'apparition de l'AM. Des études montrent que 20% des filles et 8% des garçons âgés de 12 à 19 ans ont déjà fait des régimes.⁷ Un des premiers ouvrages consacrés aux facteurs sociaux de l'anorexie/boulimie publié en 1990,⁸ expose les contradictions inhérentes au rôle de la femme dans la culture occidentale et souligne la tendance de notre société à valoriser la maigreur, la performance et la maîtrise tout en rabaisant le rôle maternel. L'AM incarne justement ces valeurs. Les patientes anorexiques fascinent, peuvent être admirées et nous sont même proposées comme modèles par le milieu de la mode. Il existe des associations d'anorexiques avec des sites web revendiquant le droit d'être anorexique. Ce contexte culturel participe au déni de la maladie et rend l'accès aux soins d'autant plus difficile. L'Espagne en décidant d'interdire aux mannequins ayant un BMI inférieur à 18 l'accès aux podiums pourrait ouvrir la porte à une prise de conscience.

DIFFICULTÉS ORGANISATIONNELLES

Actuellement dans le canton de Vaud, il n'existe pas d'unité spécialisée pour les TCA dans le secteur public. Quatre patients adultes peuvent être hospitalisés simultanément dans le DMI-CHUV dans quatre unités différentes, ce qui rend complexes la prise en charge et la supervision des équipes. Le manque de lits d'hospitalisation entraîne le maintien de patients en ambulatoire dans des situations précaires. Face à cette pathologie du lien, les spécialistes du corps et de la psyché doivent apprendre à travailler ensemble, les équipes psychiatriques se sentant vite inquiètes en cas d'aggravation somatique et les équipes somatiques désarmées face à cette maladie psychiatrique. Par ailleurs, la longue durée de séjour des hospitalisations (quatre mois en moyenne) va à l'encontre du mouvement actuel qui tend à les raccourcir. Il ne nous paraît pas anodin de noter des difficultés dans le développement de l'offre de soins pour une maladie qui entraîne le déni, le refus des soins et nous confronte à notre impuissance. Il est certes difficile de comprendre pour l'opinion, mais aussi pour le corps médical, la nécessité de prodiguer des traitements à des patients même s'ils ne demandent pas à être soignés. Néanmoins, il ne faut pas oublier que l'AM est la maladie psychiatrique la plus mortelle. Les études de devenir estiment que 5-6% des patients meurent tous les dix ans⁹ et que le taux de mortalité des jeunes filles anorexiques

est douze fois plus important par rapport à la population générale.

CONCLUSION

Le patient anorexique en maigrissant tente de conserver son identité et de rester en vie psychiquement, et c'est paradoxalement dans cette tentative de rester en vie qu'il risque de mourir. Sa guérison dépend de notre capacité à instaurer un cadre thérapeutique et à le tenir. Le déni de la maladie peut retarder l'instauration des soins et maintenir les patients dans l'engrenage addictif qu'est l'AM. La valorisation dans notre société de la maigreur, de la performance et de la maîtrise, l'apparition d'associations sur le web revendiquant le droit d'être anorexique ne font qu'accentuer ce phénomène. L'enjeu est pourtant de taille puisqu'il s'agit de la maladie psychiatrique la plus mortelle. Le fait de considérer l'AM comme une maladie difficile peut conduire à la démission des soignants, voire de l'institution. Or les études de devenir sont encourageantes : Steinhäuser⁹ a montré, en se basant sur une large revue de la littérature sur quatre à dix ans de suivi, qu'il y a 44% de guérison, 31% d'amélioration, 20% d'évolution chronique et 5% de mortalité. Prendre en charge ces patients demande une expertise particulière à des équipes pluridisciplinaires pour instaurer un traitement au carrefour du somatique et du psychique. Il est donc indispensable de pouvoir travailler dans un contexte de soins adapté. ■

Implications pratiques

- Le déni de la maladie et de sa gravité est un des critères diagnostiques de l'anorexie mentale. Le médecin de premier recours peut être en difficulté, du fait de ce mécanisme de défense, pour poser le diagnostic et apporter les soins nécessaires
- Poser des limites au travers d'un contrat de poids permet de rentrer en relation avec le patient et d'instaurer les soins
- L'anorexie mentale est la maladie psychiatrique la plus mortelle avec 5,6% de mortalité à dix ans
- Considérer l'anorexie mentale comme une maladie par définition difficile à soigner peut entraîner la démission des soignants, voire des institutions
- La prise en charge de l'anorexie mentale nécessite une collaboration étroite entre spécialistes du corps et de la psyché au sein d'équipes formées et supervisées

Bibliographie

- 1 Godart N, Agman G, Perdereau F, et al. Anorexiques difficiles : de notre pratique à la littérature internationale. *Neuropsych Enfance Adolesc* 1999;47:316-21.
- 2 ** Jemmet P. L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsych Enfance Adolesc* 1993;41:235-44.
- 3 Morasz L. Introduction, in *Soigner l'Anorexie*. C Combe éd. Paris : Dunod, 2002.
- 4 * Combe C. *Soigner l'Anorexie*. Paris : Dunod, 2002.
- 5 Vanderlinden J, Vandereycken W. Family therapy within the psychiatric hospital, in *The family approach to ED*. Vandereycken éd. New York : PMA, 1989.
- 6 * Cook-Darzens S, Doyen C, Mouren-Simeoni MC. Prise en charge des familles difficiles dans l'anorexie mentale : la consultation familiale intégrée. *Neuropsych Enfance Adolesc* 1999;47:334-41.
- 7 Ledoux SSC. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *Int J Eat Disord* 1991;10:81-9.
- 8 Gordon R. *Anorexia and bulimia*. Oxford : Blackwell, 1990.
- 9 Steinhäuser H, et al. Follow up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychol Med* 1991;81:447-54.

* à lire

** à lire absolument