



Reçu le :
17 août 2008
Accepté le :
20 juillet 2009
Disponible en ligne
1 octobre 2009

Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeune en unité d'hospitalisation spécialisée : recommandations et modalités pratiques

Treatment of anorexia nervosa in young patients in a special care unit at Robert-Debré Hospital (Paris): Guidelines and practical methods

L. Yon*, C. Doyen, M. Asch, S. Cook-Darzens, M.-C. Mouren

Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, AP-HP de Paris, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

There are no official guidelines for the treatment of anorexia nervosa in young patients. Some recommendations have been proposed by a group of British experts (N.I.C.E., 2004), based on results from controlled studies. Our inpatient care unit takes into account the different dimensions of anorexia nervosa in this subgroup of young patients and proposes an integrated approach including medical care, nutritional care, and psychological care, as suggested by the N.I.C.E. recommendations. We attempt to take into account variables that are unique to these young patients. More specifically, we insist on weight restoration that will permit adequate growth and we do not systematically separate the patient from his or her family. In addition, family therapy or counseling is systematically provided. The aim of this approach is to support parents, to provide psychoeducational guidance, and to help the family acquire new behaviors and new ways of understanding the eating disorder. Most patients are treated on an outpatient basis, but inpatient care is offered when the patient displays severe medical conditions or a severe comorbid psychiatric illness. Anorexia nervosa is a protracted disorder that requires multidisciplinary outpatient medical follow-up, including the intervention of a general practitioner and a psychiatric team.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Résumé

Il n'y a **pas de consensus** entre les professionnels de santé sur la prise en charge de l'anorexie mentale du jeune patient. Néanmoins, un groupe d'experts britanniques (NICE, 2004), s'appuyant sur les résultats d'études contrôlées, a proposé certaines recommandations thérapeutiques. La prise en charge mise en œuvre dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert-Debré (Paris) s'appuie sur ces recommandations. Elle repose une stratégie **pluridisciplinaire** prenant en compte la **dimension médicale**, la **dimension nutritionnelle** et la **dimension psychologique** du trouble. Parmi les modalités thérapeutiques pratiques appliquées dans le service, la **restauration pondérale**, la **psychothérapie familiale** et **l'absence de séparation systématique avec la famille** en sont les principales. Elles prennent en compte les spécificités de ces patients, très jeunes, que sont la nécessité de maintenir le lien avec les proches ainsi que la **poursuite de la croissance staturale, conditionnée par la restauration pondérale**. Les soins s'organisent **prioritairement et initialement en ambulatoire mais peuvent déboucher sur une hospitalisation**. Cette prise en charge s'inscrit dans la durée et nécessite la mise en place d'un suivi ambulatoire soutenu à l'issue de l'hospitalisation, impliquant le médecin traitant et un psychiatre de ville.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Anorexie mentale, Croissance, Famille, Psychothérapie

1. Introduction

Pour l'opinion publique, mais aussi pour beaucoup de médecins, le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant et de

* Auteur correspondant.
e-mail : liova.yon@wanadoo.fr

l'adolescent implique encore souvent une hospitalisation longue avec un contrat strict imposant, entre autres, la séparation avec la famille. Si nombre d'équipes restent fidèles à ce modèle classique de prise en charge, d'autres, en France mais aussi au Canada, aux États-Unis et en Grande Bretagne proposent actuellement de nouvelles modalités de traitement plus souples et plus diversifiées [1,2]. Cette remise en question de pratiques traditionnelles incite à développer de nouveaux modèles thérapeutiques de l'anorexie mentale. Dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert-Debré, à Paris, cette prise en charge se veut plus adaptée à une catégorie de patients parfois très jeunes, dès 8 ans. Elle se distingue de protocoles classiques de traitement de l'anorexie mentale de l'adolescent par la prise en compte de variables spécifiques au sujet jeune : variables somatiques, comme l'interruption brutale de la croissance staturale, et variables psychologiques, comme le besoin fondamental de maintenir le lien avec les proches.

Cet article se propose d'exposer, à titre illustratif, les modalités thérapeutiques en hospitalisation à temps complet de l'anorexie mentale du patient jeune au sein de l'unité des troubles des conduites alimentaires du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.

2. Recommandations internationales pour le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent

Bien qu'il n'existe pas encore de consensus pour l'approche thérapeutique de l'anorexie mentale du jeune patient, un groupe britannique sous la responsabilité du National Institute for Clinical Excellence [3] (NICE, 2004) a proposé des recommandations thérapeutiques pour les patients les plus jeunes, issues de celles destinées aux adultes souffrant de troubles des conduites alimentaires, notamment d'anorexie mentale. Ces recommandations se sont appuyées sur l'expérience d'équipes spécialisées, prenant en considération les résultats d'études contrôlées, lorsqu'elles existaient, et incitant à l'application d'une stratégie thérapeutique plus adaptée au jeune âge. Soulignons qu'il s'agissait de la 1^{re} tentative de formalisation de soins hautement spécialisés dans ce domaine et que le développement de cette formalisation s'avère indispensable ainsi que celui d'études méthodologiquement satisfaisantes. Les priorités thérapeutiques définies par le groupe de travail du NICE s'articulaient autour des 3 axes suivants :

- la majorité des patients anorexiques doit avant tout bénéficier de soins ambulatoires. Les soins psychologiques doivent être prodigués au sein d'un service compétent qui peut également évaluer le risque physique chez ces patients souffrant de troubles alimentaires ;
- lorsque le patient qui souffre d'anorexie mentale doit être hospitalisé, l'hospitalisation doit se réaliser dans un cadre qui

permet une renutrition et une surveillance physique soigneuses combinées aux interventions psychosociales ;

- des interventions familiales doivent être proposées aux enfants et aux adolescents souffrant d'anorexie mentale.

Ces travaux ont ainsi permis de proposer des recommandations de prise en charge de l'anorexie mentale chez les patients jeunes. Recouvrer un statut nutritionnel adéquat est l'un des objectifs de ces recommandations. Il passe par la reprise pondérale. Celle-ci doit être progressive, impérativement continue et conditionne la poursuite de la croissance staturale, enjeu pronostique majeur. En effet, toute insuffisance de la reprise pondérale, et toute fluctuation de cette reprise, exposent le jeune patient, et surtout l'enfant, à un retard de croissance [4-6]. Les modalités précises du recouvrement d'un statut nutritionnel adéquat ne sont pas décrites par les professionnels car il n'existe pas d'études contrôlées dans ce domaine. Toutefois, l'éducation diététique du jeune patient ainsi que de ses proches, notamment ceux assurant une fonction nourricière, et l'utilisation, mais en dernier recours, de la nutrition entérale sont préconisées. Concernant l'approche psychothérapeutique des plus jeunes, c'est la psychothérapie familiale qui est recommandée associant la fratrie, voire les membres familiaux autres que les parents, confrontés eux aussi aux conséquences délétères de l'anorexie mentale sur le fonctionnement familial. Pour les plus grands adolescents, l'approche individuelle de type psychodynamique est prônée en 1^{re} intention mais l'approche familiale peut être aussi envisagée pour certains d'entre eux. Cette recommandation s'appuie sur le résultat de 2 études contrôlées [7,8]. Enfin, le traitement doit être suffisamment long, souvent plusieurs années, et requiert une aptitude durable à l'empathie des thérapeutes envers ces patients. Soulignons que l'un des aspects novateurs de ces recommandations repose sur la notion de respect des droits de l'enfant et du jeune adolescent :

- respect de la confidentialité avec désignation d'un professionnel qui ne se consacrera qu'au jeune patient, en parallèle de la psychothérapie familiale ;
- respect de ses besoins éducatifs et sociaux, incluant la scolarisation et le maintien de contacts sociaux avec les pairs ;
- respect du choix du sujet en termes de type de psychothérapie, sans toutefois oublier de faire appel aux services de protection de l'enfance quand la situation physique ou psychique du jeune patient anorexique le requiert, notamment en cas de maltraitance.

3. Les indications, les objectifs et les modalités de l'hospitalisation

Suivant les recommandations les plus récentes, nous proposons, en 1^{re} intention, des soins pluridisciplinaires ambulatoires. Mais en cas d'échec ou en cas d'urgence médicale,

l'indication d'hospitalisation à temps plein est posée. En effet, une grande vigilance s'impose chez l'enfant souffrant d'anorexie mentale qui peut s'imposer une restriction alimentaire et hydrique parfois complète, à l'origine d'un syndrome de dénutrition rapide, avec des perturbations hydroélectrolytiques graves [9,10]. En accord avec les recommandations de la Society for Adolescent Medicine (2003) [11], nous posons l'indication d'une hospitalisation à temps plein dans les cas suivants :

- malnutrition sévère (poids inférieur ou égal à 75 % du poids moyen pour l'âge, le sexe et la taille) ;
- déshydratation ;
- troubles électrolytiques ;
- troubles du rythme cardiaque ;
- perturbations des constantes physiologiques (bradycardie sévère, hypotension, hypothermie, modification orthostatique du pouls) ;
- arrêt de la croissance et du développement ;
- échec d'un traitement ambulatoire ;
- refus alimentaire aigu ;
- vomissements ;
- utilisation incontrôlable de laxatifs ou de diurétiques ;
- complications médicales aiguës de la dénutrition ;
- urgences psychiatriques (dépression sévère avec idées suicidaires, trouble obsessionnel compulsif grave...) qui interfèrent avec le traitement du trouble alimentaire.

Les indications d'hospitalisation sont ainsi majoritairement liées à un problème somatique et non pas psychiatrique. En raison du jeune âge des patients pris en charge dans l'unité (âge moyen 13,5 ans \pm 1,6) c'est l'accord parental qui est recherché pour l'hospitalisation mais nous prenons aussi en compte l'avis du jeune patient. Les modalités de cette hospitalisation sont clairement abordées avec l'enfant (ou l'adolescent) et sa famille car l'alliance thérapeutique est systématiquement visée. Des objectifs sont prédéfinis permettant, dans la majorité des cas, une acceptation de l'hospitalisation par les patients. Quand le pronostic vital n'est pas engagé, 1 ou plusieurs consultations médicales préliminaires ont lieu pour expliquer le cadre de l'hospitalisation et les modalités thérapeutiques appliquées dans l'unité.

Nous avons fait le choix de proposer une approche thérapeutique éclectique pluridisciplinaire regroupant des dimensions médicales, psychiatriques, diététiques, cognitives, comportementales, éducatives et familiales. Dès lors, quand une indication d'hospitalisation à temps plein est posée, l'équipe pluridisciplinaire de l'unité devient responsable de l'ensemble des décisions thérapeutiques, et prend en charge de façon intégrative, l'aspect médical, nutritionnel, psychologique et familial du trouble. Par ailleurs, comme établi dans les recommandations internationales actuelles, nous tentons, dès que possible, d'impliquer dans le processus thérapeutique les parents ou toute personne en charge affective ou éducative du patient, par exemple pour

la participation à la prise de décision pendant l'hospitalisation [12].

3.1. Prise en charge médicale

3.1.1. Prise en charge somatique

L'approche médicale initiale vise la restauration pondérale et la récupération d'un bon état de santé physique. Elle est fondamentale pour le pronostic vital à court terme mais également, de façon spécifique à nos patients, pour l'accomplissement de la puberté et de la croissance, priorité pour ces sujets jeunes. En outre, il n'est pas de travail psychologique ni de travail d'élaboration possibles et efficaces sans restauration pondérale minimale [13]. Un examen clinique complet comprenant un examen cardiovasculaire, incluant un électrocardiogramme et un holter rythmique, un bilan biologique, évaluant notamment le retentissement hydroélectrolytique de la dénutrition, sont réalisés à l'admission. La pose d'un monitoring cardiaque est pratiquée, en particulier en cas d'amaigrissement majeur avec bradycardie diurne importante (inférieure à 40/min). Les apports hydriques sont surveillés et contrôlés notamment en cas de potomanie ou de restriction sévère de l'hydratation. Les anomalies métaboliques mises en évidence sont traitées (correction d'une hypokaliémie ou d'une hypophosphorémie, réhydratation...) et une surveillance intensive médicale et infirmière est instituée. Nous sommes particulièrement vigilants quant à la prévention du syndrome de renutrition. Ce syndrome, parfois peu familier des équipes médicales, se rencontre dans les cas de renutrition trop rapide, les 1^{ères} semaines de traitement. Il se manifeste par une hypophosphorémie sévère, une hypokaliémie, une hypomagnésémie, une hyperglycémie avec hyperosmolarité, une surcharge hydrosodée et des carences vitaminiques, en vitamines B1 et PP notamment. Il peut se compliquer de troubles du rythme, de décompensation cardiaque, de troubles neurologiques et d'insuffisance rénale aiguë [14]. Les pédiatres des services spécialisés de l'hôpital sont sollicités selon les besoins individuels (cardiologues, néphrologues, gynécologues...) mais nous réalisons de façon systématique un bilan endocrinien, incluant des dosages hormonaux (hormones sexuelles, hormones thyroïdiennes, cortisolémie, hormone de croissance et facteur GH *insulin-like*), la réalisation d'un âge osseux et d'une ostéodensitométrie. Dans le cas d'une cassure de la courbe de croissance staturale, un suivi endocrinologique est organisé à distance de la reprise pondérale, pour, dans les cas sévères, envisager un traitement spécifique.

3.1.2. Prise en charge nutritionnelle

Un de nos 1^{ers} objectifs est d'obtenir une prise de poids régulière dès le début de l'hospitalisation, grâce à l'alliance thérapeutique entre le patient, ses parents et les soignants. Un poids minimum est déterminé, qui tient compte des recommandations de la littérature et de critères

personnalisés : taille, âge du patient, poids le plus élevé antérieurement atteint, durée d'évolution de la maladie. Nous fixons le poids minimum qui confère un indice de masse corporelle (IMC) situé entre la moyenne et -1 DS, sur des courbes adaptées à l'âge et au sexe. Les études publiées conseillent en effet d'atteindre le poids précédant l'amaigrissement. Certains auteurs ont même évalué que la reprise d'un développement pubertaire et l'apparition (ou réapparition) des cycles menstruels survenaient à un poids supérieur à celui précédant la maladie (de 2 à 3 kg). Cet objectif pondéral est une condition nécessaire mais non suffisante pour la sortie de l'hôpital. Chez les enfants, il doit être l'objet d'une révision constante au cours de l'évolution du trouble selon la reprise de croissance, l'apparition des signes pubertaires et la taille génétiquement déterminée attendue. Les jeunes anorexiques s'engagent à une prise de poids effective chaque semaine. Nous veillons à ce que celle-ci soit aux environs de 500 g à 1 kg par semaine (rythme prôné pour les patients adolescents et adultes dans la littérature [15]). En l'absence de reprise pondérale après 15 j d'hospitalisation ou bien avant si le pronostic vital est engagé, une nutrition entérale est envisagée et proposée à l'enfant et à ses parents. Ce geste qui paraît souvent intrusif aux yeux du public, des parents et des patients, se discute avec la famille en expliquant les éléments médicaux et psychiatriques qui ont conduit à son indication. Il se justifie par l'existence d'un risque vital imminent dont la perception par le patient peut être altérée par l'anorexie mentale elle-même. La pose de la sonde entérale se justifie médicalement dans l'anorexie mentale comme dans n'importe quelle pathologie pédiatrique menaçant le pronostic vital et nécessitant des apports nutritionnels suffisants. En pratique, il est d'ailleurs assez rare que le patient refuse, car la sonde peut aussi être perçue comme une solution pouvant le soulager de l'angoisse majeure associée à la prise autonome de nourriture. L'indication et le contenu de la nutrition entérale sont quotidiennement évalués. Le patient est encouragé, en parallèle, à se réalimenter progressivement par voie orale.

3.1.3. Prise en charge médicamenteuse

Il n'existe pas d'essais thérapeutiques contrôlés chez les enfants et seulement quelques essais chez l'adolescent qui nous donnent des indications sur l'intérêt de la prescription de psychotropes dans l'anorexie mentale. D'une façon générale, les traitements médicamenteux, quels qu'ils soient, n'ont pas démontré leur intérêt pour diminuer les préoccupations pondérales ou corporelles. Les antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine, prescrits en fin d'hospitalisation, aideraient à la prévention de la rechute comme en témoignent les résultats d'un essai thérapeutique contrôlé mené chez les adultes [16]. Par ailleurs, ces anti-dépresseurs peuvent aider au traitement des comorbidités persistantes après la renutrition (signes dépressifs ou obsessionnel-compulsifs). Ils ne doivent être prescrits, rappelons-le, qu'après la

normalisation du statut nutritionnel et en respectant le résumé des caractéristiques du produit de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). La prescription de neuroleptiques peut quant à elle induire une accélération de la prise de poids mais ne présente pas d'intérêt pour les sujets jeunes du fait du risque de ralentissement cognitif et d'effets secondaires à plus ou moins long terme. Cette prescription s'avère également sans effet sur les préoccupations alimentaires et corporelles. L'utilisation des neuroleptiques dits atypiques reste empirique chez les plus jeunes et l'intérêt ainsi que l'innocuité de leur utilisation reste à démontrer.

La prévention de l'ostéoporose est recommandée avec l'apport de calcium et de vitamine D, bien que seule la restauration pondérale ait à ce jour fait la preuve de l'amélioration de la densité osseuse objectivée par ostéodensitométrie. Les sociétés de pédiatrie recommandent des traitements d'appoint reposant pour l'essentiel sur la prescription de calcium (1300 mg/j) et de vitamines D (400 UI/j). Les hormones estrogéniques et progestatives naturelles sont contre-indiquées avant la puberté du fait du risque de soudure précoce des cartilages de conjugaison et du risque néoplasique. L'intérêt des estroprogestatifs de synthèse, sous forme de contraception orale, reste discuté chez les adolescentes anorexiques. En effet, sur le plan médical, la restauration d'un cycle artificiel peut contribuer à banaliser la gravité potentielle du trouble si les conduites alimentaires restent pathologiques. Par ailleurs, l'efficacité de ces molécules sur la prévention de l'ostéoporose n'est pas certaine. Sur le plan psychopathologique, on peut s'interroger sur la pertinence de la prescription d'une contraception orale chez une patiente adolescente qui révèle, par l'anorexie, de nombreuses préoccupations notamment autour de son passage à l'âge adulte et de la sexualité ? Au total, dans l'anorexie mentale de l'enfant et l'adolescent la plus grande prudence est préconisée et à l'instar des recommandations internationales, aucun traitement médicamenteux psychotrope n'est indiqué en première intention [17].

3.2. Prise en charge psychothérapeutique

3.2.1. Psychothérapie familiale

La pierre angulaire de la prise en charge psychothérapeutique de l'anorexie mentale au sein de notre unité est l'approche familiale. En effet, des entretiens familiaux réunissant l'enfant ou l'adolescent, ses parents, sa fratrie ainsi qu'un psychologue thérapeute familial et un co-thérapeute, soignant de l'unité (médecin, infirmière, éducateur, interne), sont proposés systématiquement dès le début de l'hospitalisation au rythme d'1 toutes les 2 semaines. Nous avons fortement privilégié cette approche car elle a témoigné de son efficacité, notamment chez les plus jeunes de nos patients, dans 2 études contrôlées [7,8]. La famille doit être

activement impliquée dans le processus thérapeutique, moins pour défaire une cause familiale, que pour l'aider à remettre en place des compétences éducatives et relationnelles, essentielles à l'amélioration durable de l'état de santé du patient anorexique. La famille, reconnue comme contexte et partenaire naturel du développement de la maladie, est actuellement plus perçue comme « inefficace » et « incompétente » que « coupable ». Il s'agit d'abord de construire une alliance de travail entre la famille et l'équipe. Elle passe par l'écoute et le soutien face à la détresse, la culpabilité, l'agressivité et le sentiment d'échec que vivent très souvent les familles de patients anorexiques. Une analyse fonctionnelle du trouble dans le contexte familial est menée, avec une attention particulière portée au rôle joué par la famille dans le développement et la pérennisation du trouble. Les capacités de changement de la famille sont aussi évaluées. Il s'agit d'aider la famille à résoudre des dysfonctionnements amplifiés et cristallisés par le développement de l'anorexie mentale. Les entretiens vont, par ailleurs, permettre de réaliser une guidance psychoéducatrice pour informer et déculpabiliser. Il est fondamental que la famille et l'équipe aient une vision commune de l'anorexie mentale, de sa cause, de sa dimension psychosomatique, de sa gravité mais aussi du rôle de la famille dans le maintien ou l'abandon des symptômes. Enfin, la prise en charge aide la famille à (re)trouver un sentiment de compétence et de maîtrise. Il s'agit, en effet, de lui permettre de retrouver le contrôle de son enfant afin que celui-ci puisse se nourrir à nouveau en milieu familial. Cette reprise de la fonction exécutive parentale est primordiale, en particulier pour les patients anorexiques jeunes, prépubères, comme le soulignent les équipes britanniques [18].

3.2.2. Psychothérapies de groupe

Nous avons développé dans le service une approche thérapeutique familiale originale : la thérapie multifamiliale. Elle est destinée aux familles de patients souffrant d'une forme sévère de la maladie ou qui ne souhaitent pas se retrouver en famille face à 2 thérapeutes. S'inspirant d'approches psychothérapeutiques diverses notamment familiales et psychoéducatives [19,20], elle consiste en la réunion de 5 à 6 familles, d'un thérapeute familial et de plusieurs co-thérapeutes (médecin, éducatrice, diététicienne). Ses objectifs sont, entre autres, de diminuer le sentiment d'isolement et de développer un support mutuel entre ces familles.

L'application de la thérapie multifamiliale aux adolescents souffrant d'anorexie est récente et les résultats des études évaluant l'impact de cette stratégie thérapeutique sont encourageants, notamment pour les anorexiques les plus sévères [21,22]. Par ailleurs, nous proposons aux parents de certains patients une participation à des séances réunissant plusieurs parents, sans leurs enfants ou adolescents.

Un groupe de parole hebdomadaire est proposé, qui s'articule autour d'une psychologue clinicienne et d'un membre de

l'équipe infirmière. Au cours de cette réunion, les jeunes anorexiques échangent librement entre elles et élaborent une réflexion quant à leur vécu de la maladie, au sens qu'elles leur donnent et à l'impact sur leur environnement, y compris leur environnement hospitalier et ses réponses ou non-réponses.

3.2.3. Psychothérapies individuelles

Les jeunes patients anorexiques bénéficient, en outre, d'entretiens individuels d'orientation psychanalytique avec un psychologue, dès que leur état nutritionnel le permet, et ce tout au long de l'hospitalisation à une fréquence hebdomadaire si possible. Cette approche paraît d'autant plus indiquée qu'il persiste une symptomatologie anxieuse ou dépressive au décours de la renutrition. Une prise en charge comportementale et cognitive peut également être proposée s'il existe un trouble anxieux associé bien identifié comme un trouble obsessionnel compulsif (TOC) ou une phobie sociale. La gestion comportementale des symptômes alimentaires s'intègre dans cette modalité thérapeutique et ce avec parfois d'autant plus d'efficacité que le patient sera jeune.

3.3. Prise en charge diététique

3.3.1. Programmes individualisés

Le principe fondamental repose sur la réalisation de repas individualisés pour chacun des jeunes patients anorexiques ainsi que la réalisation d'une éducation thérapeutique. Une enquête alimentaire est effectuée dès l'entrée à l'hôpital afin d'établir le niveau calorique de base ingéré et identifier la qualité des aliments que le patient peut encore manger. Après cette 1^{re} évaluation, une augmentation calorique progressive mais régulière est proposée. Un apport quotidien au moins égal ou supérieur à 1200 kcal doit être atteint dans les 15 premiers jours. Cette augmentation ne doit néanmoins pas être trop rapide pour ne pas entraîner de déséquilibres métaboliques comme le syndrome de renutrition. Dans un second temps, en général à mi-parcours de l'hospitalisation, l'objectif diététique devient qualitatif avec une incitation et un entraînement à la diversification. Les patients rencontrent l'équipe de diététiciennes plusieurs fois par semaine, avec laquelle ils s'entendent sur la constitution quantitative mais aussi qualitative des repas. Il se met alors en place un engagement moral entre la diététicienne et le patient qui doit manger la totalité des aliments présentés sur les plateaux. Si le plateau n'est pas consommé dans sa totalité, un jus de fruit hypercalorique est proposé systématiquement en compensation. Les repas sont au nombre de 4 par jour : un petit déjeuner, un déjeuner, un goûter et un dîner. Les diététiciennes revoient les patients régulièrement, soit à leur demande soit à la demande de l'équipe thérapeutique pour augmenter progressivement les apports ou varier la composition qualitative des plateaux. Les difficultés éventuellement rencontrées au cours des repas sont évaluées et reprises individuellement, permettant ainsi

de travailler avec le patient à leur résolution ou à leur contournement (aliments « anxiogènes », durées des repas, compensation des aliments non pris par des jus de fruit hypercaloriques...).

3.3.2. Repas thérapeutiques

Les repas ont lieu dans la salle à manger de l'unité et les patients anorexiques sont intégrés aux autres patients. Infirmiers, aide-soignants et éducateurs mangent avec les enfants et les adolescents. La répartition des jeunes est réalisée par l'équipe thérapeutique en fonction de l'âge et des difficultés alimentaires de chacun. Il s'agit de recréer une ambiance conviviale autour du moment du repas et de donner aux soignants présents une fonction de « modèle thérapeutique ». Ceux-ci ont aussi le rôle de repérer les difficultés rencontrées par les patients anorexiques (dissimulation d'aliments, émiettements, durée excessive du repas, mâchonnement, tri...). Les attitudes alimentaires sont évaluées et des objectifs de changements comportementaux régulièrement envisagés. Des repas thérapeutiques organisés dans un autre cadre que celui de l'unité (*self-service* de l'hôpital) sont aussi proposés, les participants variant en fonction des besoins du patient : diététiciennes, infirmiers, éducateurs et membres de la famille. Il s'agit de moments thérapeutiques précieux au cours desquels la fonction nourricière de la famille, jusque-là déléguée à l'équipe soignante lui est symboliquement restituée. La participation des parents permet ainsi l'acquisition de stratégies comportementales et diététiques qu'ils pourront réutiliser à la sortie de l'hôpital, lors des permissions de sortie accordées au patient puis lors du retour à domicile.

3.4. Prise en charge psychosociale

3.4.1. Abandon de la séparation systématique

À l'instar des modalités thérapeutiques de l'anorexie mentale proposées par des auteurs anglo-saxons [23], nous avons choisi de ne pas pratiquer de séparation systématique de l'enfant ou de l'adolescent avec sa famille [24]. D'ailleurs, aucun travail publié à ce jour dans la littérature n'a fait état de la supériorité de la séparation sur d'autres techniques et celle-ci n'apparaît pas dans les recommandations internationales. Cette modalité de soins qui consiste à séparer le patient anorexique de sa famille jusqu'à une reprise alimentaire ou pondérale suffisante reste en France l'objet de discussions entre professionnels spécialistes des troubles des conduites alimentaires et est finalement appliquée de manière très variable. Les visites des parents sont autorisées dans les mêmes conditions que pour les autres enfants hospitalisés et ne dépendent jamais directement de la reprise pondérale. Néanmoins, la durée des visites puis des permissions reste conditionnée par l'amélioration de l'état somatique et des comportements alimentaires. Initialement d'une durée de quelques heures, elles sont peu à peu étendues à 1 ou 2 journées, incluant des nuits à la maison. Il

s'agit ainsi, non seulement de favoriser les contacts affectifs du patient avec ses proches, mais aussi de mettre en pratique le travail sur les relations familiales en dehors du contexte hospitalier. Ces permissions permettent également d'apprécier le comportement alimentaire de l'enfant (ou de l'adolescent) en dehors de l'unité, dans le contexte qui lui est familier, qui a vu se développer la maladie, et qu'il sera amené à retrouver à sa sortie. Le patient est ainsi progressivement confronté aux situations alimentaires extérieures, sources d'appréhension, et accompagné vers la sortie. Le déroulement de ces permissions est systématiquement repris avec l'équipe pour tenter d'apporter des réponses aux questions soulevées par le patient et sa famille (réponses comportementales, diététiques, relationnelles...).

3.4.2. Scolarité

Nous souhaitons que les jeunes patients anorexiques reprennent leur scolarité le plus rapidement possible tout en modulant le rythme de celle-ci. La scolarité est l'objet d'une prescription médicale car nous pensons que cette reprise scolaire a une fonction protectrice et contribue à améliorer leur estime de soi. Elle doit cependant être aménagée, en tenant compte du caractère excessif de l'investissement intellectuel spécifique à ce trouble. Le travail pédagogique permet aussi d'aborder dans une perspective thérapeutique certaines dimensions psychopathologiques souvent rencontrées chez ces patients comme le perfectionnisme. Les cours sont dispensés au sein de l'unité individuellement ou en petits groupes à l'espace pédagogique par des enseignants du primaire ou du second degré. En pratique, après quelques jours d'hospitalisation, les patients reprennent les cours progressivement, sans que soit exigée de contrepartie pondérale. Le rythme des cours est néanmoins ajusté à leur état physique. Les examens peuvent être passés au cours de l'hospitalisation dans des conditions aménagées.

3.4.3. Activités thérapeutiques

Dès que leur état somatique l'autorise, les patients sont encouragés à participer à diverses activités et ateliers proposés dans le service. Le choix des activités est fait par l'équipe thérapeutique en fonction de l'histoire, de la personnalité, des capacités d'élaboration et des besoins de chacun. Sont ainsi organisés dans le service des activités dont les objectifs principaux sont de réaliser un travail sur l'image du corps, l'estime de soi, les habiletés sociales et les comportements alimentaires. Nous proposons plus particulièrement un atelier « image et corps », un atelier « expression et estime de soi ». Par ailleurs, des activités à caractère ludique sont régulièrement organisées (théâtre, sorties, informatique). Elles facilitent l'intégration au groupe, l'établissement de relations privilégiées, elles-mêmes support thérapeutique, et la poursuite de l'hospitalisation en maintenant une activité sociale adaptée à l'âge.

4. Modalités de sortie et organisation du suivi

La durée de l'hospitalisation dépend de plusieurs variables. Celles-ci comprennent bien entendu, le temps nécessaire pour atteindre le poids attendu mais également la qualité et le vécu des repas à l'hôpital et à l'extérieur, en famille, lors des permissions de week-end. Par ailleurs, la qualité des relations intrafamiliales et sociales, et la réadaptation scolaire sont prises en compte. La sortie est proposée par l'équipe médicale après une période de stabilisation pondérale d'environ 2 semaines, au cours de laquelle les apports caloriques sont adaptés pour maintenir un poids de bonne santé. Une période transitoire en hospitalisation de jour pendant 1 ou 2 semaines peut être proposée, avant le retour du patient dans son milieu familial. L'anorexie mentale étant une maladie potentiellement chronique, le patient est exposé à un risque de rechutes et de récurrences pendant une période longue, pouvant durer plusieurs années. Le maintien d'un suivi spécialisé au long cours est donc indispensable. Un relais est réalisé avec le centre médicopsychologique de secteur ou un psychiatre libéral, tout en maintenant un lien avec un médecin hospitalier, car du fait de la grande sensibilité à la séparation des jeunes patients anorexiques, nous maintenons le plus possible le lien thérapeutique en instaurant un suivi après l'hospitalisation soit en consultations psychiatriques ambulatoires soit en hospitalisation de jour soit encore en proposant la participation aux groupes multifamiliaux. Associée à ces modalités de suivi, une guidance diététique de suivi est proposée aux jeunes patients et à leurs familles. Les thérapies individuelles ou familiales se poursuivent dans le service ou à l'extérieur, en fonction du lieu de vie du patient et des indications. Les prises en charge multifamiliales ou de groupes de parents sont réalisées tous les 15 j. Par ailleurs, dans le cadre de programmes de prévention de la rechute et toujours dans l'idée de maintenir un lien thérapeutique, des modalités d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été développées, permettant aussi d'encadrer la sortie de certains patients. Ainsi, en partenariat avec l'équipe hospitalière, des infirmières puéricultrices de l'antenne pédiatrique de l'HAD se rendent à domicile pour assurer une surveillance des constantes vitales, du poids et des comportements alimentaires. De façon plus générale, un suivi médical somatique est mis en place en collaboration avec le médecin traitant ou le pédiatre. Pour les plus jeunes, la croissance staturale est l'objet d'une vigilance accrue et d'un suivi endocrinologique.

5. Conclusion

Le programme thérapeutique de l'anorexie mentale du patient jeune proposé dans le service repose sur la mise en œuvre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Celle-ci inclut la dimension médicale, notamment pour la reprise pondérale,

le dépistage et le traitement des complications de la dénutrition, la dimension diététique et la dimension psychologique, dans une approche individuelle mais aussi familiale, plaçant la famille au cœur du dispositif de soins, et visant à développer les compétences familiales, essentielles à l'amélioration et au bien-être de ces jeunes sujets. Initialement et prioritairement ambulatoire, la prise en charge du patient anorexique peut évoluer vers des soins hospitaliers à temps plein notamment en cas de complications médicales graves. Au terme de la phase aiguë des soins, en particulier après une hospitalisation, la prévention de la rechute repose sur un suivi soutenu, prolongé dans le temps, impliquant le médecin généraliste ou le pédiatre et une équipe médicopsychologique de proximité. Il paraît nécessaire de procéder à une évaluation objective des pratiques thérapeutiques dans la prise en charge de l'anorexie mentale, notamment chez les plus jeunes patients, perspective future de notre équipe à l'aide d'études méthodologiquement satisfaisantes et multicentriques.

Références

- [1] Venisse JL. Conduites de dépendance du sujet jeune. Paris: ESF eds; 1995.
- [2] Robin AL, Gilroy M, Dennis AB. Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 1998;18:421-46.
- [3] NICE Clinical Guideline 9: Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: a national practice guideline. January 2004. Available from the NICE website: <http://www.nice.org.uk/CG009NICEguideline> (site consulté le 8 septembre 2009).
- [4] Swenne I, Thurfjell B. Clinical onset and diagnosis of eating disorders in premenarcheal girls is preceded by inadequate weight gain and growth retardation. *Acta Paediatr* 2003;92: 1133-7.
- [5] Swenne I. Weight requirements for catch-up growth in girls with eating disorders and onset of weight loss before menarche. *Int J Eat Disord* 2005;38:340-5.
- [6] Roze C, Doyen C, Le Heuzey MF, et al. Predictors of late menarche and adult height in children with anorexia nervosa. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2007;67:462-7.
- [7] Russell G. Controlled trials of family treatments in anorexia nervosa. In: Halmi K, editor. *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Washington D.C: American Psychiatric Press, Inc; 1992. p. 237-61.
- [8] Eisler I, Dare C, Hodes M, et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:727-36.
- [9] Gowers SG, Crisp AH, Joughin N, et al. Premenarcheal anorexia nervosa. *J Child Psychol Psychiatry* 1991;32:515-24.
- [10] Doyen C. Anorexie et boulimie à l'adolescence : actualité et devenir – Les formes prépubères. Journée d'amphis de pédiatrie Fondation Wyeth pour la santé de l'enfant et de l'adolescent (MEDEC 2004).
- [11] Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, et al. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2003;33:496-503.
- [12] Gowers S, Bryant-Waugh R. Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:63-83.

- [13] Jeammet P. Anorexie, boulimie – Les paradoxes de l'adolescence. Hachette; 2005.
- [14] Tric L, Agman G, Tran D, et al. Prise en charge de l'anorexie mentale en réanimation. *Reanimation* 2004;13:407–16.
- [15] American Psychiatric Association Work Group on eating disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *AM J Psychiatry* 2000;157(1):1–39.
- [16] Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001;49:644–52.
- [17] Doyen C. Les troubles des conduites alimentaires : l'anorexie mentale, la boulimie, les troubles des conduites alimentaires de l'enfance. In: Bailly D, editor. *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Masson; 2007.
- [18] Lask B, Bryant-Waugh R. *Eating disorders in childhood and adolescence*, 3rd Edn., London and New York: Routledge; 2007.
- [19] Laqueur HP, Laburt HA, Morong E. Multiple family therapy. *Curr Psychiatr Ther* 1964;25:150–4.
- [20] Laqueur HP. Mechanisms of change in multiple family therapy. In: Kaplan CJS, editor. *Progress in group and family therapy*. Bruner/Mazel: New York; 1972.
- [21] Cook-Darzens S, Doyen C, Brunaux F, et al. Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie Familiale* 2005;26(3):223–45.
- [22] Cook-Darzens S, Doyen C. Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique : Une expérience ambulatoire (pp.154–78). In: Cook-Darzens S, editor. *Thérapies multifamiliales : des groupes comme agents thérapeutiques*. Ramonville St-Agne: Érès; 2007 . 381 p.
- [23] Lask B, Bryant-Waugh R. Prepubertal eating disorders. In: *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: The Guilford Press; 1997.
- [24] Le Heuzey MF. Faut-il encore hospitaliser les jeunes anorexiques mentales ? *Ann Med Psychol* 2002;160:327–31.