

Actes de la conférence sur les troubles des comportements alimentaires

19 mai 2011

Contexte

En 2008 le pôle de compétences a organisé une conférence sur les addictions, lors de l'évaluation de la conférence et des suites à donner à cette manifestation les professionnels du champ sanitaire et social présent ont fait part du manque d'information sur les troubles des comportements alimentaires.

L'IREPS a donc organisé une conférence sur cette thématique le 19 mai 2011. Nous avons donc programmé une journée axée principalement autour de deux points : 1) la clinique des troubles 2) Prévention et prise en charge.

Nous avons sollicité deux professionnels pour réaliser cette intervention. Au niveau régional le Docteur Acquaviva responsable de l'unité méthadone du CSAPA de l'Association Départementale de Promotion de la Santé (ADPS) et le Docteur RINGUENET psychiatre à l'hôpital universitaire Paul Brousse à Paris et membre du réseau national autour des troubles des conduites alimentaires L'AFDAS TCA.

Cette conférence a été animée par Mme Isabelle DON IGNAZI, journaliste.

Pour présenter ces actes et afin d'en faciliter leur lecture nous avons fait le choix de scinder le texte en suivant le programme de la conférence.

Sommaire

I.	La clinique des troubles des comportements alimentaires.....	5
1.	La boulimie nerveuse	7
2.	L'anorexie mentale.....	8
3.	Questions.....	10
II.	La prévention.....	13
1.	Les programmes de prévention primaire.....	14
2.	La prévention secondaire	16
3.	La prise en charge.....	18
4.	La prévention tertiaire.....	22
5.	Questions de la salle	23

Isabelle Don IGNAZI :

La conférence de ce soir est organisée par l'IREPS Corse l'Instance Régionale d'Education et de promotion de la Santé et la Mutualité française Corse service prévention avec le soutien de l'ARS l'Agence régionale de la Santé. Alors c'est vrai que les canons de la beauté les dictâtes de la mode les symboles de la féminité l'image idéale, la norme, la référence dans le monde de la pub c'est quand même la minceur. La vente d'un gel douche aujourd'hui et peut être d'un motoculteur demain passe par l'image d'une femme souvent et d'une femme qui est plutôt belle, plutôt jeune, plutôt dynamique et surtout mince. Alors que faire pour accéder à cette réussite sociale promise et bien impérativement chasser graisse, cellulite, kilos superflus et autres calories. Souvent cela tourne à l'obsession et parfois cela rime avec complexe ; Alors quelques chiffres : 37% des filles se trouvent trop grosses, 57% font un régime, 2,3% prennent un médicament pour maigrir et 3, 1% des laxatifs.

L'anorexie, la boulimie, maladies plutôt féminines nous diront nos invités dont l'IREPS a choisi de parler aujourd'hui en invitant deux éminents médecins psychiatres tout d'abord le Docteur Jean-Etienne Acquaviva, responsable de l'unité méthadone du CSAPA de l'Association Départementale de Promotion de la Santé et puis le docteur Damien Ringuenet , psychiatre à l'hôpital universitaire Paul Brousse à Paris. Pierre-Jean RUBINI, le président de l'IREPS Corse, pourquoi avoir choisi ce thème et surtout dans quel cadre finalement s'inscrit cette action et cette conférence ?

Pierre-Jean RUBINI

Bonsoir à tous et merci d'être là quelques mots sur l'IREPS. L'IREPS est l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé ses missions sont justement de faire vivre sur le plan régional ces missions de promotion et de prévention avec les partenaires. C'est aussi de coordonner ce que l'on appelle le pôle régional de compétences en lien avec l'INPES et la FNES. Nous avons une mission d'accompagnement et de soutien méthodologique, d'analyse des besoins régionaux, d'offre de documentation et enfin le développement des actions de prévention de la santé sur le territoire. L'IREPS est issu de deux instances qui existaient avant : le pôle de compétences et le CODES.

Nous avons initié un partenariat avec la Mutualité Française en Corse, je vous prie d'excuser Dominique Baldacci qui est en déplacement. C'est plus particulièrement le service prévention de la mutualité qui s'est associé à nous, pour l'organisation de cette conférence.

L'anorexie et la boulimie sont des maladies assez graves, pour nous cela pose trois questions en matière de prévention, notre cœur de métier :

Tous d'abord, la question de l'information des professionnels et du public, qui est un des objectifs de cette rencontre pour que vous puissiez relayer cette information.

Ensuite celle de l'accompagnement de la personne qui présente ces troubles, question du soin voir de la mise en réseau du soin.

Enfin la question pour le sujet de savoir comment faire face aux influences de notre société.

Ces questions concernant aussi bien les spécialistes que le simple citoyen.

En présence de nombreux médecins je citerai une phrase d'Hippocrate qui disait « que ta nourriture soit ton médicament et ton médicament ta nourriture ».

Isabelle Don IGNAZI :

Avant de donner la parole à nos intervenants, il y a beaucoup de professionnels aujourd'hui, des médecins, des infirmiers, des diététiciens,...ce qui serait bien c'est de mettre à profit la présence des médecins ici présents en posant des questions. Après chaque intervention je vous offrirai la possibilité d'intervenir.

C'est le Docteur Acquaviva qui va débiter pour évoquer la clinique des troubles des comportements alimentaires.

I. La clinique des troubles des comportements alimentaires

Docteur Jean-Etienne Acquaviva :

Bonjour, je tiens tout d'abord à remercier les organisateurs de nous avoir invités ce qui nous permet de rencontrer une salle importante, nous ne sommes pas habitués à avoir autant de monde dans les colloques organisés en Corse auxquels je participe. Je suis psychiatre, je n'ai pas d'expérience particulière en termes de troubles du comportement alimentaire en dehors de l'expérience du psychiatre généraliste. J'ai choisi de présenter la clinique des troubles des comportements alimentaires en distinguant les symptômes de ces troubles, les groupements syndromiques c'est à dire la façon dont les syndromes s'organisent pour former des entités et parmi ces entités quelles sont celles qui peuvent être considérés comme des maladies. Enfin le rapport avec ce que l'on appelle les conduites addictives. Tout ceci sera évoqué en survolant l'évolution de la pensée des pratiques ces dernières années.

La notion de troubles des conduites alimentaires est une entité nosographique relativement récente. Dans le manuel de référence de la psychiatrie en France jusqu'aux années 80 dans le manuel d'Henri Ey il n'est pas question de troubles des conduites alimentaires ou très marginalement. L'anorexie mentale elle-même n'a qu'une place très réduite. En revanche depuis l'apparition des classifications internationales à l'initiative de la psychiatrie américaine les troubles des conduites alimentaires ont acquis un droit de cité important et particulier. Comment est-on passé d'une quasi inexistence sauf pour l'anorexie mentale qui était identifiée à une préoccupation beaucoup plus constante aujourd'hui ? Je pense que cela peut être mis en relation avec un phénomène sociétal. Phénomène très paradoxal car il est à la fois exaltant de la liberté individuelle donc de tous les particularismes et en même temps l'indication d'un néo-conformisme et notamment d'une pensée normative, pour les conduites alimentaires en règle générale.

Définir les troubles des conduites alimentaires peut apparaître assez facile, une conduite alimentaire idéale serait celle qui serait déclenchée par la sensation de faim et se terminerait par la sensation de satiété et qui entrainerait dans le développement, un développement pondéral correct, soit à l'âge adulte le maintien d'un bon état physique pour permettre à la personne de faire face à ses nécessités

adaptatives professionnelles et autres. Comme l'alternance veille/sommeil on aurait des alternances de périodes de conduites alimentaires en étant en bonne santé et en respectant les canons de l'esthétique pour les gens pour lesquels ça a de l'importance.

Il se trouve que comme la définition des conduites alimentaires est simple la définition des symptômes est aussi simple : ou vous avez des conduites restrictives des gens qui mangent moins ou qui ne mangent pas ou vous avez des conduites excessives des gens qui mangent trop.

Les symptômes sont des symptômes cardinaux, ils sont relativement réduits, il y a deux types de symptômes. On peut ajouter à ces symptômes ce qui concerne le tractus digestif, ce sont les vomissements, le mode alimentaire est fait pour aller de haut en bas et dans les vomissements il y a une inversion qui est fréquente dans les troubles graves des conduites alimentaires. Sur le plan des symptômes les choses sont relativement simples.

Les troubles des comportements alimentaires tels que l'on peut les examiner à un instant T existent dans un tas de pathologies qui ne sont pas spécifiques on peut avoir de façon classique une hyperphagie dans le diabète ou bien on peut avoir des anorexies dans les maladies graves dans les cancers, les hémopathies dans toutes les altérations graves de la santé. Lorsque l'on parle de troubles des conduites alimentaires on ne parle pas de quelque chose qui a une existence fugace.

Donc les symptômes sont simples les groupements prodromiques du côté des conduites de restriction vous avez essentiellement l'anorexie mentale dont la forme typique est l'anorexie essentielle des jeunes filles dont les caractéristiques principales sont les suivantes : il s'agit de jeunes filles qui ont l'âge de la puberté ou après la puberté qui ont été jusque là caractérisées par un léger problème de poids un peu boulotte qui a essayé plusieurs régimes et qui un jour se décide à en faire un elle-même et elle maigri beaucoup dans un premier temps l'entourage ne mesure pas la réalité des troubles puis elle peut atteindre les critères de l'anorexie constituée.

Une perte de poids inférieur à 15% qui serait le poids de référence normal compte tenu de l'âge de la taille de la morphologie de la personne : une perte de poids importante.

Le deuxième critère vu qu'il s'agit d'une jeune fille c'est une aménorrhée.

Le troisième critère plus psychologique est une préoccupation excessive autour du poids la crainte du gras, pas simplement la crainte de grossir. Bien qu'ayant maigri énormément elles continuent à trouver de la graisse, à se tâter les côtes etc... .

Sur le plan du comportement alimentaire au début vous avez l'évitement de certains aliments, les matières grasses, les sucres. Vous avez éventuellement associés aux troubles des vomissements provoqués, également des prises de laxatifs, éventuellement des prises de diurétiques ou des prises de coupe faim et vous avez une activité physique excessive. Les troubles sont présents ou absents mais un de ces troubles doit être présent pour que le diagnostic de l'anorexie mentale soit porté. Les autres critères d'inclusions spécifiques à l'anorexie sont l'altération de l'image du corps puisque l'anorexique même ayant maigri continu à se penser, à se voir grosse. Il n'y a pas de prise de conscience au sens où l'entendent les gens qui ne sont pas anorexiques de l'état physique de la personne. Et, enfin, un critère qui n'est pas signalé par le CIM 10 mais qui est signalé par la DSM qui est que le discours des anorexiques est peu fiable lorsqu'elles sont interrogées non seulement elles s'alimentent « j'ai mangé », « je mange », « je vais manger », « je mangerai demain » ou « je

mangerai tout à l'heure » et il peut y avoir des attitudes notamment en cas d'hospitalisation d'utilisation de subterfuge pour laisser penser qu'elles ont pris du poids en buvant de manière excessive.

Ce sont les troubles majeurs, à côté de ça il existe des formes mineures où tous les symptômes peuvent être présents ou il peut manquer un des symptômes essentiel : l'utilisation de laxatif ou autre et en tous cas les critères de gravités sont moins accentués mais tout ceci fait partie des conduites anorexiques.

Mais l'anorexie mentale est pourtant mal nommée parce que théoriquement l'anorexie signifie la perte de l'appétit, étymologiquement. Ce n'est pas du tout le cas chez l'anorexique, ce n'est pas du tout une perte d'appétit c'est une restriction volontaire de l'alimentation ce qui est quand même quelque chose d'assez différent.

1. La boulimie nerveuse

En ce qui concerne les excès alimentaires vous avez comme autre forme typique, la boulimie nerveuse qui est caractérisée en général par un début un peu plus tardif. Là aussi, je ne l'ai pas précisé tout à l'heure une prévalence féminine extrêmement importante puisque nous dépassons les 90% de la prévalence féminine dans l'anorexie.

Précédé ou non d'une période d'anorexie vous avez des conduites irrépressibles de prise de nourriture dans un délai très bref et en excès et les préoccupations constantes, obsédantes au sujet du poids, avec la nécessité de maintenir malgré ces excès alimentaires un poids constant ou d'un poids idéal qui en général est inférieur au poids qui existait avant le début des troubles. Ceci passe par des conduites de vomissements provoqués, de prises de laxatifs ou de diurétiques d'hormone thyroïdiennes etc... mais essentiellement des vomissements provoqués.

Ces deux maladies, et surtout l'anorexie, peuvent être très invalidantes notamment au début. La boulimie est plus difficile à diagnostiquer d'abord il n'y a pas de modification morphologique évidente et souvent ces comportements sont cachés, secrets, ne se produisent pas quand il y a du public et peuvent être ignorés de l'entourage pendant très longtemps.

L'évolution de ces types de troubles est en général une évolution de longue durée nécessitant un accompagnement thérapeutique multiple et prolongé avec des résultats thérapeutiques qui peuvent parfois subvenir mais qui sont souvent assez modestes du moins du point de vue où je me place en tant que psychiatre omnipraticien.

En ce qui concerne les autres troubles des conduites alimentaires il y a le pica¹ de l'adulte et vous avez les vomissements psychogènes de l'adulte et les hyperphagies simples qui sont des excès alimentaires ayant des caractéristiques assez proches de la boulimie survenant par séquences mais n'étant pas des quantités astronomiques et centrées autour de la question du plaisir liées à la nourriture ce qui n'est pas le cas dans les comportements boulimiques proprement dit où il y a plus une avidité qu'une gourmandise.

¹ Pica : Terme de médecine, Perversion du goût qui consiste à éprouver le besoin de manger des substances non comestibles, telles que les craies, la terre ou le charbon.

2. L'anorexie mentale

La partie la plus préoccupante des troubles des conduites alimentaires est la partie grave : l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse. Ceci étant dit la survenue essentiellement féminine de ce genre de troubles, l'augmentation de la prévalence ces dernières années pose un problème qui renvoie effectivement à des questions sociétales puisqu'il est assez courant de dire que ce genre de troubles n'existent pas ou ne peuvent pas exister dans les pays où la survivance alimentaire est une nécessité de premier ordre.

D'un point de vue historique, lorsque l'on prend la façon dont le problème a été posé il y a une trentaine d'années avec comme référence essentielle la psychanalyse, à l'époque la question qui se posait sur l'anorexie y compris la forme grave était : s'agit-il d'une maladie autonome ? d'une névrose ? d'une forme de schizophrénie ? ou même d'une perversion instinctuelle ? La question du caractère très particulier de l'anorexie mentale, elle présente toujours le même genre d'attitudes, de comportement. Il y a quelques variantes cliniques mais nous avons quelque chose de stéréotypé, qui laisserait penser qu'il s'agit d'une entité autonome dont le trouble serait complexe et organisé autour de la représentation de soi.

Ces dernières années est apparu le nouveau concept d'addiction, jusque là nous parlions de dépendance à des produits ayant un effet psychologique donc essentiellement la drogue et ce que l'on appelait essentiellement les toxiques que l'on appelle aujourd'hui les substances psychoactives. Un certain type de parcours était décrit avec ce type de produit qui aboutissait d'abord à une forme de dépendance, le sujet ne pouvait pas se passer de la prise de ces produits sous peine d'éprouver des symptômes à la fois physiques et psychiques extrêmement désagréables. S'il arrivait à passer le stade de dépendance physiques il rentrait dans une phase de dépendance psychologique, il avait toujours en tête de reprendre ces produits qui pouvait venir par impulsion ou de manière un peu constante, avec une lutte interne perpétuelle qui se prolongeait après la dépendance proprement physique.

Sous l'effet de l'avancée des neurosciences le concept a évolué, de façon trop extensive, en termes d'addiction. A partir des travaux qui ont été faits qui complétaient un certain nombre d'avancées en neurosciences lors de la découverte du produit contre l'intoxication tabagique le Ziban ont été reprise et isolées, pour schématiser le circuit de la dépendance. Ce circuit de la dépendance se serait caractérisé par le fait que la mise en relation avec le produit puis éventuellement avec des situations addictives qui a déclenché cette production de dopamine dans certaines parties du cerveau donc constituer une récompense et si la personne ne prenait pas son produit ou n'avait pas son activité il y avait au contraire une forme de punition qui était liée à des réactions plus ou moins énergiques.

A partir d'une hypothèse d'une réaction qui serait plutôt psychobiologique commune a été mis en place le concept d'addiction qui regroupe aujourd'hui les addictions aux substances psychoactives aux addictions sans produit qui lui-même est en voie d'extension permanente mais on considère que les troubles des conduites alimentaires peuvent être considérés comme des addictions. Les comportements de jeux pathologiques, les achats compulsifs, sont des addictions d'autres formes comme le raccordement à internet qui associe le jeu à l'addiction propre devant l'écran enfin on

peut aboutir à des addictions plus problématiques encore comme l'addiction sexuelle si tant est que ce soit considéré comme une addiction ou même plus folklorique. Donc on a un concept qui part d'une base neurobiologique intéressante puisqu'elle est censée promettre quelques avancées thérapeutiques, ce terme devient extensif fait coexister potentiellement des choses qui sont dans le registre de la maladie ayant une réalité propre comme l'anorexie mentale ou la boulimie nerveuse et des conduites un peu différentes.

Ce qui serait sensé définir l'addiction serait l'impossibilité pour le sujet de renoncer à la prise d'une substance ou un ensemble d'activité bien que ceci ait un effet néfaste sur sa santé ou sur son comportement social.

La conscience du côté néfaste sur la santé et le comportement social me paraît un jugement de l'extérieur porté sur une conduite et pas la position subjective qu'ont les gens qui sont dans ce type d'addiction puisque le joueur pathologique pense toujours qu'il va gagner et trouve du plaisir à jouer ça lui pose des problèmes sur le plan social mais il va toujours se refaire. La conscience du caractère néfaste est alors très partielle. La définition elle-même de l'addiction me paraît présenter un certain flou conceptuel.

Est-ce que certains comportements alimentaires, ou certains troubles du comportement alimentaires sont des addictions ?

Si on essaye de voir les rapports qui peuvent exister, sur le plan psychobiologique cela met en jeu le système limbique, c'est-à-dire le cerveau médian, qui gère la vie émotionnelle. On peut considérer qu'il y a un certain rapport d'une part entre les addictions et les troubles compulsifs du moins entre les addictions et certains troubles anxieux mais qu'il y a des différences très notables sur le plan de l'observation proprement clinique. Il est aussi banal de dire qu'il y a un rapport entre certaines conduites addictives et les troubles de l'humeur on a une comorbidité évidente entre les problèmes d'addiction à l'alcool et les troubles bipolaires, entre certaines conduites toxicomaniaques et les mêmes troubles de l'humeur.

Tout ceci se passe au niveau du système limbique, il y a bien une base neurobiologique commune. Lorsque l'on passe dans le système de représentation, la façon dont les choses viennent à la conscience du sujet qui vit, se fait une idée de ce qu'il est, de ce qu'est le monde et ce que sont les choses, là les choses sont très différentes.

Si l'on prend les conduites compulsives elles ont une dimension irrépressible comme les troubles boulimiques, là le sujet est complètement conscient du caractère inadéquat des pensées qui lui viennent et des comportements qu'il se sent obligé de faire, il y a une conscience préservée mais est-ce une conduite addictive ? non, c'est pourtant une conduite, sous-tendue par une représentation au départ, mais les gens qui passent leur temps à faire des rituels de vérification sont des gens qui ont des comportements qui leur prennent beaucoup de temps dont ils connaissent l'aspect néfaste pour autant on ne peut pas dire qu'il s'agisse d'addiction.

Donc ce système récompense/punition a une certaine valeur proprement explicative d'un certain nombre de mécanismes émotionnels qui sont en jeu dans tous ces troubles mais il ne peut être l'organisateur commun c'est plus la participation à la vie émotionnelle à toutes les activités humaines qui est sollicité dans ce genre de rapport qui fait que ces bases neurobiologiques se trouvent de

manière similaire. On le vérifie sur le plan thérapeutique s'il y avait une base certaine, les mêmes médicaments agiraient dans différents types de symptômes avec grosso modo la même efficacité.

Les addictions sont un concept intéressant novateur mais un peu fourre tout qui risque de faire confuser les prises en charge thérapeutiques alors qu'on a besoin de plus de rigueur méthodologique pour définir des stratégies thérapeutiques adaptées. Pour ce qui est des troubles des comportements alimentaires et pour terminer mon exposé je dirai que la question essentielle est celle de la prise en charge de ces patients et les moyens qui seraient idéalement utiles permettant de traiter les troubles graves du comportement alimentaire.

3. Questions de la salle

Isabelle DON IGNAZI :

Est-ce qu'il y a des questions dans la salle, est-ce que vous aimeriez intervenir ? J'en ai quelques-une j'aimerais savoir si par exemple on s'explique pourquoi ces troubles touchent plus particulièrement les femmes, pourquoi souvent est préconisé l'éloignement avec la famille lorsqu'on traite ces patientes ? ou alors pourquoi on a ici des psychiatres alors qu'à priori si on a un problème de poids ou identifié comme tel on va plutôt se tourner vers un diététicien ? Est-ce que tous les ados qui souffrent de ce type de troubles doivent être orientés directement vers vous ?

Docteur Jean-Etienne Acquaviva :

L'adresse aux psychiatres elle est quand même souhaitable et à mon sens plus elle est précoce plus elle peut avoir un intérêt thérapeutique dans le dépistage précoce et la prévention primaire.

Mais aujourd'hui il y a des hyperspécialistes il y a le psychiatre omnipraticien mais celui-ci peut faire le relai avec les services spécialisés et souvent il y en a besoin pour des troubles graves.

En ce qui concerne la prévalence féminine très honnêtement je n'en sais rien.

Docteur Damien Ringuenet :

Je n'ai pas la réponse non plus il y a deux points qui peuvent être soulignés sur les troubles des conduites alimentaires.

Premièrement il y a une part génétique dans les troubles alimentaires. Il y a des études de cohorte notamment sur des jumeaux on a repéré, sur des jumeaux qui avaient été séparés qui ont vécu dans des environnements différents ayant eu des influences environnementales différentes.

On s'est rendu compte qu'avec le même patrimoine génétiques ils avaient un risque plus élevé que d'autres enfants, bien que n'ayant pas les mêmes parents adoptifs, de développer des troubles des conduites alimentaires. On sait qu'il y a un héritage génétique qui crée une vulnérabilité neurobiologique aux troubles et là on rejoint certaines hypothèses que mon confrère a évoquées sur des dérèglements dans des circuits qui touchent la dopamine la sérotonine qui sont des circuits de la récompense et ce sont des voies qui sont en pleine exploration.

Le deuxième point c'est qu'un des éléments central des troubles alimentaires sont les perturbations de l'image corporelle et que l'image de la femme est et demeure la plus remaniée par les différentes époques dans la société. Nous n'avons pas toujours eu une représentation idéale de la minceur, à d'autres époques les femmes bien en chair étaient une valeur sûre. Il y a une des contraintes sur le regard social qui est porté par la femme, c'est assez compliqué d'être une femme, l'image du corps est profondément remaniée par les mouvements de la société et donc il y a une pression sociale sur un idéal de minceur qui va contraindre des comportements autour de l'alimentation et de la gestion de l'activité physique, tout ce qui va remanier la silhouette.

Un des éléments pour compléter cette réponse est que l'on voit de plus en plus de troubles alimentaires un peu différents apparaître chez les garçons parce que l'image de l'homme se complexifie avec la normalisation des sexes : des garçons qui s'habillent comme des filles ... cet aspect difficile autour de l'image du corps contamine un peu l'espace des hommes. Il y a des troubles des conduites alimentaires un peu différents qui apparaissent un peu chez les garçons et qui vont être portés sur la silhouette, on va trouver des bodybuilders, des consommateurs de protéines, etc... .

Quand à la question sur la séparation, elle fait partie du traitement donc nous pourrions éventuellement en discuter plus tard.

Isabelle DON IGNAZI :

Une question sur l'addiction autant j'ai bien compris l'addiction au chocolat, au sexe ou à la drogue car c'est lié à une notion de plaisir mais quand on se prive de nourriture qu'est ce qu'on en retire finalement, on est « addict » à quoi ?

Docteur Jean-Etienne Acquaviva :

C'est bien pour ça que j'ai souligné la différence qui pouvait exister entre les troubles graves des conduites alimentaires qui me paraissent grave dans le registre d'une pathologie centrée autour de la question de l'image du corps, de la représentation de la personne, de l'image et même de plus profond, de l'ordre de la synesthésie, de la sensation interne qu'elle peut avoir de son corps.

Il y a l'image mais il y a aussi des choses qui sont de l'ordre d'un certain type de sensibilité interne et les addictions qui sont d'une autre nature. Si on reste en surface de l'analyse du comportement que l'on voit un excès boulimique on peut avoir l'impression que ce n'est pas tellement éloigné du toxicomane qui va se faire son shoot, le boulimique s'isole, vide le frigo puis se fait vomir. Le toxicomane est dans ce besoin irrésistible.

Sur la question du plaisir les addictions seraient des habitudes acquises par une hyperstimulation du circuit de la récompense qui ensuite se dérèglerait et imposerait sa loi au sujet conscient donc on est dans une construction intellectuelle particulière. La question du plaisir pour l'anorexique n'est pas absente et on considère que la relation au plaisir peut être vécue dans l'ordre psychique.

La restriction alimentaire extrême et le sentiment de toute puissance qui existe chez les anorexiques sont des expériences qui ont un rapport plus ou moins complexe avec la sensation de plaisir. La sensation de toute puissance que cela peut donner à l'anorexique dans certaines phases est quelque chose qui a à voir avec le circuit du plaisir. Qu'il soit un peu plus dérégulé dans le cas d'une

vulnérabilité génétique ou dans des habitudes acquises dans certains cas qui seraient des cas d'addiction c'est probable mais en faire une unité qui permettrait de comprendre des choses qui me paraissent aussi éloignées que le jeu pathologique et l'anorexie mentale ça me paraît un abus terminologique et une erreur méthodologique et intellectuelle.

Bonjour j'aurai voulu savoir si le stress pouvait favoriser les conduites de troubles alimentaires, il peut y avoir une perte d'identité, on parle de représentation de soi, est-ce que ce sont des facteurs favorisants qui peuvent générer ce type de troubles puisqu'on retrouve souvent des conduites boulimiques.

Docteur Jean-Etienne Acquaviva :

Il est bien évident que le système limbique par définition est le système activé dans toute situation. Il y a un rapport plus ou moins lointain avec quelque chose représentant un danger ou une agressivité, le stress étymologiquement est la réaction à une agression et chez l'être humain c'est la réaction inhibée sur le système moteur à une agression qui n'a pas de caractère objectif simple à définir. Nous ne sommes pas dans une situation aussi simple que quelqu'un vient, vous agresse vous répondez sur le plan moteur vous prenez la fuite ce qui se passe grosso modo dans le monde animal face à une agression l'animal fait face ou fuit il met en jeu des activités motrices pour lesquels il a besoin d'être stressé. Son rythme cardiaque s'accélère il y a sécrétion d'adrénaline pour qu'il puisse bien utiliser son organisme pour faire ce qu'il a à faire.

Chez l'être humain c'est ce qui est inhibé sur le plan moteur, une situation qui présente un caractère dérangeant, déplaisant ou pénible durable et vis-à-vis duquel le sujet n'a pas de possibilité d'action sur le plan moteur. Face à une situation stressante il y a des attitudes de compensation le tabac, l'alcool voire la barre chocolatée ils sont souvent confrontés à des habitudes alimentaires inadéquates. Souvent il y a des gâteaux, des barres chocolatées, des boissons sucrées à la disposition du personnel qui va entraîner des attitudes de grignotage est-ce que pour autant c'est une conséquence directe de la relation avec le monde du travail ? De toute façon l'existence humaine est problématique, l'être humain ne vient pas dans un monde prêt à l'accueillir en toute simplicité. Le monde est complexe l'appréhension du monde et l'adaptation à ce monde complexe quelle que soit la forme de cette complexité nécessite un stress adaptatif et parfois des conduites inadéquates lorsque la personne n'arrive pas à trouver les bonnes réponses.

Bonjour je voudrais vous poser une question sur les structures mentales. Vous parliez de l'anorexie qui pouvait se développer en cas de névrose, y-a-t-il une structure mentale qui est plus réceptive à l'anorexie ?

Docteur Jean-Etienne Acquaviva :

Là nous sommes dans des champs conceptuels hétérogènes. Dans le champ de référence actuel les méthodes sont descriptives on décrit des symptômes et des groupements de symptômes et ces symptômes ou groupement de symptômes définissent ou pas des entités particulières ou des maladies. Même si le concept de maladie d'une certaine manière dans cette approche ne va pas de soit, on parle plutôt de « désordres » « disorders » aux Etats-Unis que de maladies. Pour moi l'anorexie mentale est une maladie spécifique dans lequel il est possible que certains facteurs

socioculturels jouent dans les formes légères ou les formes apparentées mais probablement en tant que maladie elle doit être comme toutes les maladies elle doit avoir un taux d'invariance selon les cultures sauf en cas de sous alimentation dans une population où il n'y a pas de quoi se nourrir là l'anorexie mentale ne peut pas exister. En revanche le statut de l'anorexie mentale peut être différent selon l'état sociétal. Il est classique de dire qu'à Bali les anorexies mentales sont des personnages quasi divins qui sont en contact avec le monde des divinités, qui sont en proie à une forme de vénération ce qui n'est pas leur statut dans notre société.

La question de la structure renvoie à : existe-t-il des fonctionnements psychologiques qui ont à voir avec une structure particulière de la psyché ? Cela renvoie à ce qui faisait référence à l'époque c'est-à-dire le structuralisme c'est-à-dire la façon dont les choses s'organisent dans l'espace mentale et il était classique de dire qu'il y avait trois types de structures de fonctionnement psychologique liées à la castration d'une part et le langage d'autre part. Dans ce cadre là il y avait l'organisation névrotique ou normale, des organisations psychotiques et des organisations perverses. Ensuite cela s'est complexifié avec les états limites qui étaient des structures floues. Sur le plan de l'anorexie mentale si nous faisons une approche psychothérapique au sens psychanalytique du terme de l'anorexie mentale nous sommes confrontés à des choses extrêmement complexes du point de vue de ce qui pourrait être la structure. Nous sommes notamment confrontés à des mécanismes de défense qui peuvent être analogues à ce que l'on rencontre dans les états limites c'est-à-dire parfois des fonctionnements de type dénégatoire mais de l'ordre de la perversion parfois des mécanismes de déni au sens de la psychose et parfois des mécanismes de refoulement au sens de la névrose. Cela laisserait penser que l'analyse par ce type de structures n'est pas vraiment adéquat à l'entité nosographique anorexie mentale.

Isabelle DON IGNAZI :

On va passer au deuxième exposé qui concerne la prévention et la prise en charge avec le docteur Damien RINGUENET.

II. La prévention

Docteur Damien Ringuenet :

Je vais vous présenter une partie assez technique puisque les aspects de prévention des troubles alimentaires sont des aspects que parmi les spécialistes on a du mal à discuter, traiter et mettre en place.

Je vais faire l'état des lieux de ce qui a été mis en place, de savoir où nous en sommes en France, dans un deuxième temps je vous parlerai de la prise en charge, de quelle façon elle peut se mettre en place progressivement suivant les étapes de l'évolution de la maladie.

Il est classique de définir trois niveaux de prévention par rapports aux pathologies.

Une prévention primaire qui regroupe l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher qu'une maladie survienne.

Ensuite la prévention secondaire c'est quand il y a des symptômes de démarrage, prodrome ou de début de maladie qui se sont mis en place. Comment faire pour les détecter ? Faire la différence entre quelqu'un qui va développer et quelqu'un qui ne va pas développer de troubles des conduites alimentaires, c'est une question très délicate. Nous sommes tous avec des vulnérabilités diverses et variées y compris sur des fonctions instinctuelles comme l'alimentation. Comment faire la différence entre une personne qui de temps en temps va avoir des réactions face à son environnement en modifiant son alimentation face à un stress et revenir à la normale sans qu'il y ait d'incidence à sa santé et quelqu'un qui va faire la même chose mais ne va pas s'arrêter et va rentrer soit dans des compulsions alimentaires soit dans une restriction et plus tard une anorexie.

Le but de la prévention primaire est de les détecter tôt pour les traiter vite parce que plus on intervient tôt plus le traitement est efficace.

Pour la prévention tertiaire, les troubles alimentaires peuvent être une maladie chronique, elle s'installe durablement dans la vie du sujet donc il peut s'agir de tenter de limiter les complications d'une pathologie déjà installée depuis longtemps.

Pour ce qui est de la prévention primaire le but est d'empêcher l'apparition des troubles de l'alimentation mais aussi des conséquences de ces troubles c'est-à-dire des pathologies alimentaires. Entre le dérèglement alimentaire et le fait d'avoir des symptômes physiques, biologiques il y a une différence. La prévention primaire se fixe sur ces deux cibles.

1. Les programmes de prévention primaire

Il y a une quinzaine d'années les anglais avec le programme d'oxford se sont lancés dans le programme de prévention primaire qui n'a pas eu de résultats prometteurs. Le programme était prévu sur 8 sessions de 45 minutes une fois par semaine qui s'adressait à des jeunes filles. Une cinquantaine d'écolière a bénéficié du test de 13-14 ans. Beaucoup d'informations étaient traitées :

- * La pression socioculturelle sur le poids et la silhouette
- * L'image corporelle et l'estime de soi
- * La régulation du poids
- * Les effets du jeûne et du régime
- * Le développement des troubles alimentaires et leurs caractéristiques
- * La régulation de l'alimentation
- * La résistance aux régimes

Tous ces aspects de psychoéducation ont été abordés auprès des jeunes. Ces sessions étaient renforcées par des techniques cognitivo-comportementales sur les types de mécanismes de pensée propres aux troubles alimentaires et les manières de lutter sur ces cognitions particulières aux troubles alimentaires, lutter contre les processus de maintien (se peser, estimer le surpoids, les

processus de maintien de poids). Un journal d'auto-observation sur quinze jours pour noter tous les comportements.

Au niveau des résultats l'effet immédiat après la prise en charge a été une réduction temporaire des traits des troubles alimentaires. Les jeunes filles se sont mises à arrêter d'éviter de manger gras et limiter leurs régimes. A six mois ils se sont aperçus qu'elles avaient augmenté leur niveau de connaissance sur les troubles des comportements alimentaires mais leurs comportements étaient revenus à un niveau de base. Elles avaient repris l'idée de faire un régime, de trier l'alimentation en éliminant le sucre et le gras. De plus, ils ont constaté une augmentation des comportements de restriction par rapport aux sujets contrôle de l'étude, la cible du programme de prévention primaire était raté.

L'hypothèse d'induction et de préoccupation du comportement de façon artificielle par la prise en charge de prévention avait été exagérée cette problématique qui n'était pas aussi présente dans la tête des jeunes filles. L'idée d'une surconscience de l'image corporelle, certaines n'étaient pas en difficultés sur leur silhouette et le discours sur les dangers d'être fine a renforcé certaines idées qui n'étaient pas aussi présentes. Malgré l'effet de prévention on observe un effet condensateur du comportement.

Toutes les approches de prévention primaire ne sont pas en échec, depuis six autres programmes se sont développés utilisant différentes approches. Le « body project », qui utilise des éléments de psychologie sociale développé autour du concept de dissonance cognitive pour adopter une position critique face à l'idéal culturel de minceur induit une dissonance cognitive. Cela fait basculer un système de croyance idéale anti minceur cela contrebalance les croyances et aura un effet protecteur contre l'adoption de comportements de régime ou de modification de l'alimentation.

Beaucoup d'autres programmes ont inclus des stratégies sur le maintien d'un poids, une éducation alimentaire, l'activité physique, l'acceptabilité corporelle, la critique des médias la gestion du stress. La méta-analyse que l'on peut faire sur l'ensemble des études publiées depuis l'expérience d'Oxford : les résultats sont plutôt bénéfiques en prévention primaire avec 50% de réduction des facteurs de risque sur les troubles de l'alimentation c'est-à-dire les modifications de l'alimentation déviante un tiers de réduction de l'incidence des symptômes pathologiques alimentaires donc l'anorexie, la boulimie mais des caractéristiques qui sont un peu différentes de celles du protocole d'oxford.

Ce qui explique les meilleurs résultats des projets actuel est qu'ils sont proposés à des gens qui sont plus âgés à partir de 18 ans, beaucoup plus courts, entre deux et quatre sessions réalisés par des intervenants professionnels basés sur l'interactivité (outils informatique permettant notamment de faire un retour sur le contenu émotionnel face aux sessions d'éducation alimentaire). Un autre élément important de succès de ces approches est la notion de satisfaction corporelle, de critique des médias et des représentations des médias.

Ces approches sont présentées dans la littérature, en France pratiquement rien n'a été développé, il y a relativement peu d'initiatives locales qui font des programmes de psychoéducation. Un évènement important a été la publication en 2010 par l'HAS des références pour l'anorexie mentale, recommandations de bonnes pratiques qui a poussé l'assurance maladie à mettre dans ses pages web depuis quelques mois seulement des recommandations de prévention. Ils préconisent deux choses : agir sur les facteurs personnels, participer à l'éducation du jeune pour sa santé lui apprendre

à développer des comportements sains, travailler sur son image du corps, agir sur les comportements physiques (sport, détente, alimentation), l'aider à s'épanouir dans son environnement social et son milieu de vie. Sur l'environnement il y a une sensibilisation sur les médias, sur les diversités dans les représentations du corps et cette lutte contre les promoteurs de la maigreur. Par ailleurs la France est le premier pays au monde à avoir légiféré sur l'incitation à l'anorexie mentale, une loi condamne l'incitation à adopter des comportements alimentaires nocifs pour la santé c'est une réponse contre les mouvements pro-ana qui sont des minis sociétés secrètes de promotion de la maladie enclavées dans des mécanismes de résistance au soin.

Les recommandations de la sécurité sociale qui s'inspirent de celles de l'HAS s'inspirent elles en amont des recommandations des études qui ont été faites à l'étranger mais pour l'instant il n'y a pas de réel programme national à part « manger-bouger ».

2. La prévention secondaire

Elle vise la détection précoce des troubles des conduites alimentaires c'est à dire qui sont déjà survenus, à minima il s'agit de les découvrir pour pouvoir les traiter le plus tôt possible. Les objectifs de ce repérage précoce sont de prévenir l'évolution vers une forme plus grave et plus chronique, plus on le traite tôt moins cela risque de s'aggraver et de durer longtemps. Prévenir les complications somatiques psychiatrique ou psychosociale des troubles permet une information sur les maladies et ses conséquences et permet de faciliter une alliance thérapeutique, entre un soignant et un patient qui permettra la sortie des troubles, une rémission, une guérison.

Plusieurs programmes de prévention secondaire ont été menés ils visent à réduire les comportements supposés responsables des troubles des conduites alimentaires. Des comportements coupables ont été identifiés : les régimes et les comportements de jeûne. Au préalable des erreurs à penser que ce sont les seules causes de troubles alimentaires. On sait que les troubles alimentaires sont multifactoriels. Même si les comportements de régime et de jeûne peuvent déclencher des situations de vulnérabilité. Ce programme s'est déroulé à partir de discussion sur les régimes, les comportements de restriction, souvent sur les effets négatifs de la perte de poids et sur un entraînement pour résister aux pressions sociales sur les modèles féminins et les questions de la minceur. Ce programme a eu comme résultat d'augmenter les connaissances sur les troubles des conduites alimentaires et le résultat est qu'aucun n'a permis d'améliorer le comportement de la cible. Le programme fait en sorte que les gens en sache plus mais pas qu'ils puissent modifier leurs comportements sur la base de ces approches là.

Des signes cliniques sont repérables à la phase de début, à la phase de basculement, à la phase d'installation. Ce sont des comportements de pulsion alimentaire qui ne sont plus contrôlés, ce ne sont pas de simples petits dérèglements liés à un stress ponctuel. C'est un régime restrictif qui survient sur un surpoids réel ou non, l'importance de la représentation de soi est importante. Il peut y avoir des phases de surpoids à l'adolescence avant d'avoir la phase de croissance cette période n'est pas toujours bien vécue sur le plan psychologique, de l'estime de soi, sur la relation familiale et le regard des autres. Ces régimes qui démarrent souvent dans des circonstances fragilisantes (éloignements séparations, relations sentimentales heureuses ou des ruptures) il y a toujours un sentiment d'insécurité, de remaniement des repères fondamentaux. Le phénomène induit est un mieux être dans un premier temps, il y a une valorisation sociale de la perte de rondeur en ayant

repris le contrôle sur quelque chose comme l'alimentation. Il y a souvent un sentiment d'euphorie, d'hyperactivité physique ou intellectuelle qui est déclenchée. A partir de là deux situations sont possibles soit cela s'arrête, la personne atteint le poids fixé, a corrigé ses mauvaises habitudes alimentaires, elle se sent mieux. Concernant les éléments externes l'individu a pu rencontrer des messages de prévention primaire suffisamment pertinents et efficaces que ce soit la réaction de la famille ou parfois des soignants qui mettent en garde sur la reprise nécessaire d'une alimentation normale.

En contrepartie des situations de vulnérabilités engendrent un basculement, quand il y a une insatisfaction corporelle persistante, la relation avec l'autre fragilisée... La vulnérabilité va induire l'individu à atteindre un objectif inaccessible. Mauvais repère alimentaire, souffrance psychique importante, traits de perfectionnisme dans le développement de la personnalité. Au niveau externe, la valorisation des troubles des conduites alimentaires l'absence de réaction de la famille, des soignants et ces éléments vont engendrer une évolution vers le basculement avec une phase d'installation qui en général ne recule pas et s'aggrave. L'individu a des idées fixes sur son poids les aliments, les kilocalories, la balance, une lutte permanente contre la sensation de faim, la restriction que ce soit chez les anorexiques ou les boulimiques. Il y a une perte progressive du contrôle alimentaire avec soit une ritualisation de restriction et d'éviction des aliments, des crises de boulimies qui surviennent dans des circonstances à peu près identiques. Il y a des comportements compensatoires de la prise de poids chez les patients boulimiques avec des vomissements, de l'hyperactivité physique, une perturbation de l'image corporelle et tout cela conduit à un isolement relationnel qui auto entretient le conflit interne et extériorisé quand il existe avec la famille et l'entourage. Le sujet va être de plus en plus isolé.

Les outils de prévention secondaire mis à disposition issus des recommandations de l'HAS sont :

- * Un livret sur le repérage des symptômes avec des questions très simples.
- * Un document pour les familles, pour leur permettre d'accompagner les jeunes dans leurs questionnements autour de la maladie.

A ce stade d'installation des troubles il est conseillé de consulter un médecin généraliste, un pédiatre ou un médecin psychiatre qui mettrait en place une prise en charge adaptée pour aller mieux. La coordination des soins va être un élément clé et permettra une prise en charge globale, nutritionnelle et somatique du patient. Il convient de consulter un psychologue pour la prise en charge psychologique de la souffrance sous-jacente aux troubles alimentaires. Le but étant de parler des souffrances, comprendre le sens, vivre et dépasser les angoisses pour se sentir mieux. Il est également conseillé de prendre contact avec des associations d'entraide qui auront un rôle de conseil, d'aiguillage, de réassurance et d'éducation. Ils recommandent enfin d'ouvrir le débat dans la famille pour passer du stade du conflit intrafamilial vers le stade du dialogue.

La prévention secondaire s'adresse à une certaine classe d'âge et une catégorie de sexe, un genre en l'occurrence des jeunes femmes, adolescent. Certaines professions sont plus ciblées les mannequins, les danseurs, les sportifs avec des disciplines esthétiques ou à catégorie de poids. Enfin, de façon plus minoritaire, des personnes avec des pathologies impliquant des régimes par exemple le diabète l'hypercholestérolémie, l'intolérance au gluten ou des pathologies digestives. Toutes ces personnes sont des populations à risque sur lesquels doit se centrer une surveillance particulière.

Des outils assez simples peuvent être utilisés pour détecter les troubles alimentaires naissants à travers diverses questions :

- * Avez-vous eu des problèmes avec votre alimentation ?
- * Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec votre alimentation ?

Deux questions de repérage des troubles alimentaires pour les professionnels du soin mais qui peuvent être aussi dans des relations amicales. De façon plus structurée il y a un questionnaire « Définition Française des Troubles des Conduites Alimentaires » qui propose de poser cinq questions et si deux sont positives il y a une forte prédiction de troubles alimentaires naissants :

1. Se faire vomir
2. Perdre le contrôle de ce que l'on mange
3. Avoir perdu plus de six kilos
4. Penser qu'on est gros alors que d'autres trouvent que l'on est minces
5. Dire que la nourriture domine toute la vie

A ce stade là il y a un trouble alimentaire installé. Nous sommes moins subtiles que dans le questionnaire précédent on repère des troubles fortement installés mais ce questionnaire a une pertinence parce que les troubles alimentaires ne sont pas repérés.

En tant que professionnel il faut penser à voir si la taille et le poids sont normaux. Pour les adolescents on cherche une cassure dans la courbe de croissance figurant sur le carnet de santé et pour les adultes on calcule l'indice de Masse corporelle qui est un rapport entre le poids et la taille du sujet. Les référents de l'HAS ont également édité une petite fiche pour synthétiser ces données qui montre que les symptômes ne sont pas les mêmes aux différents âges de la vie. Il y a également des rubriques sur l'anorexie masculine et l'anorexie tardive toutes les deux étant des réalités cliniques assez méconnues.

3. La prise en charge

L'HAS a aussi édité des documents sur la prise en charge les soins spécialisés et les filières. Dans les troubles alimentaires une fois que le diagnostic est posé nous sommes sensibilisés à la question de l'urgence qu'on peut décomposer en différents niveaux :

L'urgence physique : somatique et nutritionnelle

L'urgence psychologique degré de souffrance psychologique

L'urgence familiale au niveau du risque d'explosion de la famille avec des passages à l'acte parfois agressifs, parfois dangereux, de séparation, de souffrance familiale intenses

L'Urgence sociale avec des jeunes filles parfois qui, du fait de leurs troubles, vont se retrouver à la rue, perdre leur travail, se mettre dans des situations de surendettement.

Tous ces niveaux doivent être examinés pour qualifier l'urgence on cherche des signes de gravité dans les différents domaines. Sauf situation d'urgence on propose en première intention des soins ambulatoires. On fait des soins ambulatoires sans hospitalisations à chaque fois que c'est possible.

La prise en charge peut être qualifiée de multidisciplinaire parce que d'origine multifactorielle il y a un médecin coordinateur qui doit construire une alliance thérapeutique qui permettra la construction d'un soin dans la durée et d'inclure les proches du patient dans la prise en charge.

Les recommandations sont les suivantes :

Le patient doit être à proximité d'un médecin coordinateur qui organise le soin, porte le diagnostic, qui donne des jugements sur son évolution, sur les soins nécessaires.

Deux grands axes de prises en charge doivent être coordonnés un sur le volet psychique qui soit assuré par un psychiatre ou un pédopsychiatre. L'aspect somatique de la maladie doit être traité par un médecin généraliste, un pédiatre ou un nutritionniste.

Il est préconisé que cette prise en charge soit le plus ambulatoire possible en laissant le patient vivre dans son milieu naturel. En fonction du niveau de gravité des soins la mise en place d'hospitalisation séquentielle de type hôpital de jour peut être préconisée. Quand ceci n'est pas suffisant il est recommandé de mettre en place une prise en charge dans un milieu spécialisé.

La prise en charge démarre surtout quand le patient l'a décidé, à cause d'un certain déni cette décision est souvent prise le plus tard possible. Le déni n'est pas propre au patient il est partagé aussi dans une certaine mesure par la famille, l'entourage du patient, par la société puisqu'on banalise la maigreur et l'anorexie. Cela touche également les soignants puisque quand on repère des troubles alimentaires on ne sait pas toujours ce qu'il faut faire.

Quand il y a une baisse de ses performances intellectuelles et physiques (malaises, complications de la restriction alimentaire, troubles anxieux, dépressifs...). Des critères très précis ont été édités sur les indications, critères d'indication, d'hospitalisation chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte sur des éléments **d'anamnèse**, de clinique et d'examen biologique il y a des critères psychiatriques, environnementaux qui doivent servir de référence pour décider des hospitalisations. Aujourd'hui ce document a été mis à disposition de tous les médecins en France. Ils ne connaissent pas toujours les différentes formes que peuvent prendre ces troubles sous certains de ces aspects par exemple le fait que les anorexiques ont des hépatites sévères liées à la dénutrition. Ce phénomène est peu connu et pourtant a une incidence forte sur la prescription des médicaments pour les personnes anorexiques.

Une fois que les critères de l'hospitalisation sont posés il y a un travail de préparation de l'hospitalisation qui va fonder le dialogue de l'alliance thérapeutique pour laquelle il faut prendre du temps. Il y a une sécurisation de l'état psychologique pour construire des temps d'échange entre professionnels, écouter et comprendre le malade. Il faut réussir à comprendre le patient pour qu'il puisse se sentir en alliance, leur offrir un lieu d'écoute et de compréhension.

Derrière les problèmes liés à l'alimentation il y a une certaine incertitude liée à son identité, sur sa capacité à pouvoir se séparer des modèles familiaux, des modèles sociétaux. Nous sommes dans des étapes de construction de l'identité qui est un processus que l'on appelle « de séparation » « d'individuation » de maturation à l'adolescence ou chez l'adulte jeune qui témoigne d'une fragilité

sur la question de l'identité et il faut les aider à entrevoir ce qu'elles peuvent devenir en sortant de la maladie. Il y a un réel travail psycho dynamique qui doit être amorcé avant qu'une hospitalisation puisse être mise en place.

Il est important de rallier la famille à ce projet de prise en charge c'est situer le patient par rapport au soin, certains patient ont déjà consulté auprès de plusieurs psychiatres, diététiciennes, nutritionnistes. Le jour où ils viennent consulter ils cherchent de nouveau une réponse, il faut les situer dans ce parcours sans nier ce qu'il s'est passé avant mais en reconsidérant tout ce qui reste à faire. Ce qui est le plus sécurisant dans le soin est de savoir que l'on sera accompagné jusqu'au bout pour le faire, autrement dit pour les jeunes femmes cela peut signifier se marier et avoir des enfants fantasmatiquement ou réellement cela témoigne de la maturation de l'identité et l'abandon de la part active des symptômes même si l'histoire est peut être plus compliquée que cela.

Il faut rassurer sur ses intentions pourquoi le praticien prend tant de temps à écouter, parler, le patient a besoin de savoir ce que le praticien veut. Il faut définir des objectifs, les moyens et l'impact du soin de façon précise. Il faut définir ce qu'est la rémission de la maladie : le patient ne sort d'une hospitalisation guérit, jamais. Il sort dans le meilleur des cas en rémission de sa maladie c'est-à-dire en ayant la possibilité de contrôler ses symptômes par le biais de stratégies diverses et variées mais qui vont être couteuses, qui vont lui demander des efforts pendant longtemps. A force de faire ces efforts longtemps ce ne sera plus un effort et il aura retrouvé le côté naturel de s'alimenter, d'avoir un corps normal, en bonne santé, c'est la guérison, ne plus avoir ces préoccupations envahissantes et gênantes autour du contrôle de la maladie. Il faut être assez clair sur le fait que c'est un travail dans la durée. Il faut faire visiter psychiquement, par l'imaginaire, en racontant ce qui se passe mais aussi physiquement, le cadre de l'hospitalisation.

On peut faire des contrats, définir ce sur quoi on se bat et comment on s'y prend sur le poids, sur la durée des soins, sur la durée de séparation avec la famille sur le fait que les vomissements vont s'arrêter dès le premier jour, qu'il n'y aura plus de crise de boulimie durant l'hospitalisation.

Concernant la famille, il faut toujours l'associer de façon très intime avec la prise en charge tout en respectant l'espace propre du patient. Il y a des entretiens médicaux avec la famille et le patient, il y a des entretiens téléphoniques, quand ils prennent des nouvelles, qu'ils apportent ou prennent des affaires lors des visites. Les parents peuvent participer à certains groupes de parole, des groupes sont dédiés aux parents ayant des enfants atteints de maladies, ils se retrouvent entre eux avec des psychothérapeutes formés et peuvent discuter de leurs préoccupations autour de la maladie. Il existe également la thérapie familiale, thérapie systémique qui réunit la famille dans son unité fonctionnelle avec un thérapeute ou un groupe de thérapeutes pour faciliter la communication entre les uns et les autres autour du symptôme.

Les approches sont construites de façon multidisciplinaire et multifocale, c'est-à-dire que l'on va utiliser différents outils. Aucun n'est efficace de façon isolée il faut régler leur combinaison pour chaque malade pour que cela puisse fonctionner. On retrouve différentes psychothérapies : les psychothérapies de soutien, les entretiens familiaux (cognitives ou comportementales), les thérapies familiales, les thérapies d'inspiration analytiques, les thérapies de groupe de patient plus concrètes comme l'ergothérapie l'art thérapie, le travail sur l'image corporelle, la relaxation, la gymnastique, la psychomotricité, le sport, les soins corporels, les soins esthétiques et aussi les traitements médicamenteux pour certains symptômes associés aux troubles des comportements alimentaires.

C'est la combinaison de toutes ces approches qui constitue le socle commun des prises en charge concernant l'hospitalisation à temps plein, l'hôpital de jour, ou même en consultation. Il ne s'agit pas de les faire toutes il s'agit de poser des indications pour chaque malade de celles qui vont poser les leviers thérapeutiques efficaces.

Au niveau de l'organisation, l'emploi du temps du malade se découpe en temps d'accueil, temps d'activités thérapeutiques, temps de consultations, des repas, des temps de repos des temps de visite... . C'est un programme très intensif très actif dans lequel les patients ont relativement peu de moments sans soins pendant toute la période de la prise en charge les patients ont des interlocuteurs qui sont accessibles à tout moment et cela permet d'être présents au moment où leurs résistances vont céder, leurs émotions vont petit à petit revenir. Il y a un processus de régénération durant la prise en charge certains éléments de leur fonctionnement reviennent par étape il faut donc être là au bon moment.

Il y a beaucoup de chose à faire mais en contrepartie des contraintes on peut par exemple sur prescription médicale fermer une salle de bain, des toilettes d'un malade qui vomit. On le fait en accord avec le malade pour qu'il trouve d'autres stratégies que de vomir après les repas et qu'il puisse découvrir comment s'y prendre pour pouvoir garder un repas normal équilibré sans vomir. Toutes ces choses sont codifiées sous forme de contrats qui sont modulables et évolutives au cours de la prise en charge.

Concernant le déroulement du traitement, il y a la question de l'urgence il faut corriger les urgences métaboliques arrêter les médicaments quand ils sont pris les laxatifs, les diurétiques on fait des bilans sanguins, on examine les patients tous les jours. Il y a un suivi médical intensif. L'aspect somatique est très important au début de la prise en charge et va décroître.

L'hospitalisation se déroule en trois phases :

Le démarrage, l'installation, le patient prend ses marques dans le service c'est la phase où on traite l'urgence, on arrête les crises on arrête les médicaments, le patient prend ses premiers repas. S'il n'arrive pas à manger on est obligé de mettre en place une assistance nutritionnelle on peut alors mettre en place une sonde de nutrition : un tuyau qui passe dans le nez et va dans l'estomac et amène des nutriments le temps que le patient essaye de reprendre une alimentation normale. Cette phase est une installation du lien de confiance et de découverte du patient du cadre de soin. Cette phase dure une dizaine de jours.

La deuxième est une phase de réparation corporelle, psychique et familiale. On fait reculer la maladie et on réorganise ce qui s'était désorganisé. Retour des émotions, retour des capacités à penser, sur soi, sur les autres. On fait un travail régulier avec la famille pour faire profiter la famille de tous ces changements, pour qu'elle puisse retrouver son équilibre. On commence à introduire l'autonomisation pour permettre au patient de faire aussi bien tout seul qu'avec l'équipe soignante. Le patient passe alors des temps sans soignants, il passe des temps en permission. Cette phase est assez longue.

La troisième phase est la stabilisation qui va permettre de sortir de l'hôpital le poids et les comportements doivent être stabilisés les anorexiques ont repris le poids qui manquait, les boulimiques ont stabilisé leur poids, les comportements sont dans les normes. Le patient sort et fait

aussi bien qu'à l'intérieur de l'hôpital. La post-hospitalisation est prévue, ils ont repris leur activité scolaire et professionnelle.

Concernant la prise en charge nutritionnelle et diététique il s'agit de prévenir les complications notamment le « syndrome de renutrition », inappropriée elle tue les malades dénutris. Quand les sujets dénutris prennent beaucoup de calories en particulier du sucre rapide sans phosphore et tous les organes se mettent à ne plus fonctionner normalement il y a une défaillance multi-viscérale. Il faut toujours limiter les apports caloriques quand on est très dénutris parfois on ne donne pas plus de 500 kilocalories par jour pendant plusieurs jours alors que les besoins sont aux environs de 1800-2000. Et beaucoup de phosphore avec un contrôle très régulier des bilans. On utilise l'assistance nutritionnelle par sonde jamais d'alimentation parentérale (directement dans le circuit sanguin), c'est une contre indication c'est toujours dans le tube digestif. Des mises en situation de repas avec un travail avec les diététiciennes pour remettre en place un repas diversifié et équilibré en tenant compte des difficultés de chaque malade. Nous mettons en place un programme de rééducation individualisé qui doit se faire dans la durée. On surveille le poids et on accompagne ce temps de prise alimentaire que l'on fait le plus possible en commun avec une surveillance régulière et parfois des mesures de fermeture de la chambre. On fait travailler les patients sur leurs objectifs au sein de chaque repas. On note ce que les patients mangent pour noter la progression alimentaire ainsi que l'évolution du poids.

Une fois que l'on atteint cette phase de stabilisation il faut mettre en place des soins post-hospitaliers avec un circuit et des partenaires de soin et revenir au système de coordination des soins pour la surveillance et la consolidation.

4. La prévention tertiaire

Les patients sont malades et chronicisés, il faut limiter l'impact de ces soins. Il faut les repérer et travailler sur la constitution de réseaux de soins capables de soigner les malades qui existent déjà. Il faut constituer une meilleure structure de soin. Certains réseaux existent, au niveau mondial il y a une charte éditée en 2006 et définit les droits des malades cette charte défend le patient.

Ils ont droit à :

- Une bonne prise en compte de la sévérité des troubles et à une bonne connaissance des signes, des conséquences et des traitements proposés.
- Un partenariat avec les professionnels de santé.
- Une évaluation clinique approfondie assortie d'un programme thérapeutique, autrement dit à être soignés ils ont droit à des soins spécialisés et de bonne qualité.
- Des modalités qui garantissent la transparence sur les modalités de soin.
- Que leur famille soit informée et soutenue.

En France existe l'Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées dans les troubles alimentaires qui s'appelle l'AFDAS TCA qui est la référence pour chercher des réponses à laquelle les principaux réseaux de soin sont affiliés. Il y a au sein de cette association des réseaux régionaux. Ce réseau se constitue sous forme de rencontres, de journées thématiques, souvent à Paris par exemple « La boulimie dans tous ses états », « La famille et les soignants, que faire

ensemble ? » « Le corps ». Pour que le réseau se mette en place il faut impliquer des professionnels, là ce sont des chefs de service, pour réfléchir à mieux travailler ensemble. Les professionnels peuvent se placer d'un point de vue psychiatrique ou psychologique, un aspect nutritionnel, le traitement des urgences somatiques... . L'idée est de compartimenter les différents secteurs des questions posées par les troubles alimentaires et chacun se partage un peu le travail.

5. Questions de la salle :

Concernant l'hospitalisation vous avez parlé de phase d'installation, de réparation et de stabilisation et vous avez parlé de contrat, avez-vous beaucoup d'échec dans les contrats ?

Damien RINGENET : Il faut apprendre à manier les contrats, ils se préparent longtemps à l'avance. Une hospitalisation ne doit jamais se faire en urgence, la demande est souvent une demande urgente de la part de la famille ou du patient mais il faut prendre son temps pour que le patient comprenne ce que l'on va attendre de lui, comprendre ce qu'il peut attendre de lui-même. On réalise ensuite un contrat sur le poids avec un objectif de poids de sécurisation ou normalisation et on fixe une durée. Une fois que l'on fait comprendre ce que l'on veut et ce qui est bon pour le patient et qu'on lui fait comprendre qu'il est capable de le faire on n'a pas d'échec sur les contrats. On peut avoir des interruptions mais on reprend le soin plus tard ce n'est pas une trajectoire longitudinale le soin des troubles alimentaires est une sorte de spirale comme dans les addictions il y a des moments de rechute, de faux pas, ou de découragement.

En tant que professionnel non spécialisés des troubles anorexiques nous sommes souvent confrontés au déni que conseillez-vous pour ne pas faire de faux pas, comment aborder le problème du déni ?

Damien RINGENET : C'est une question très difficile, la meilleure façon de l'aborder est la façon la moins frontale. Nous ne pourrions pas convaincre un patient qu'il est maigre, par contre nous pouvons tenter de faire connaître à ce patient son inquiétude et l'inquiétude qu'il suscite que ce soit pour les soignants, les amis ou la famille. Il faut trouver la façon de dire à quel point on est inquiet c'est le plus important. Ensuite il y a les émotions, l'inquiétude voire l'angoisse suscitées par la maladie où les symptômes sont des émotions qui sont une connexion entre les deux sujets, on est dans une pathologie du lien où plane la menace de la séparation, de l'abandon, de la mort et maintenir un lien dans l'émotion avec l'autre et c'est sûrement quelque chose qui permet de lutter le mieux contre le déni.

Parler du poids directement « je te trouve maigre » risque de couper la communication on peut simplement dire que l'on est inquiet. Ce n'est pas forcément en se fixant sur le symptôme en soi que les choses sont les plus productives. Les choses sont différentes dans le cercle familial et dans le cercle professionnel. Dans le bureau du médecin, de l'infirmière ou de la diététicienne ces questions doivent être abordées de façon très directe, il faut pouvoir parler du poids, il faut pouvoir déshabiller les malades, regarder la peau, les escarres, de façon pragmatique quelles sont les conséquences de la pathologie. Mais ce qui se fait dans l'espace du soignant n'est pas ce qui se fait dans l'espace du proche.

Je rencontre énormément de jeunes adultes en rupture familiale, vous avez insisté sur le déni et sur l'entourage familial, que conseiller à ces jeunes ? on aborde le poids, l'IMC, que faire avec ces jeunes ? Vous avez précisé qu'il fallait prendre son temps mais ce sont souvent des étudiants que l'on voit disparaître.

Damien RINGENET : En parler avec eux représente beaucoup, parler de ce qui peut manquer par exemple ne pas voir sa famille pourquoi est-ce qu'ils ne peuvent plus la voir. On est déjà dans un travail de psychothérapie pour mieux cerner qu'elle est l'organisation du conflit présenté comme douloureux. Concrètement il faut voir s'il est possible de convoquer les parents car c'est un problème de santé, de scolarité même s'ils sont majeurs à condition qu'il soit d'accord sauf si vous estimez qu'il présente des troubles psychiatriques sous jacents.

Quelle place pour les médicaments ? Quels sont ceux utilisés quand ? Comment ?

Damien RINGENET : Alors on utilise le moins possible de médicaments, pleins de patients n'en ont pas. Quand ils sont utilisés c'est avec le plus de parcimonie possible, sur une durée courte. Nous les utilisons en cas de comorbidité psychiatrique quand nous arrivons à les identifier. Il faut parfois attendre que le patient soit sorti de sa grande dénutrition pour savoir si c'est une dépression ou si c'est le masque dépressif de la dénutrition parfois on trouve un trouble bipolaire et nous revenons sur un schéma classique et la question ne se pose plus. Les traitements ont une place extrêmement limitée on peut utiliser des anxiolytiques à dose homéopathique pour essayer de limiter le stress des patients, ceux qui sont très angoissés. On peut utiliser les benzo aussi à très faible doses. Il faut être très prudent avec les autres traitements les antidépresseurs peuvent avoir un effet sur des patients qui ont des dimensions très ritualisées, très toquées de leurs symptômes avec des troubles obsessionnels compulsifs, on prescrit souvent des IRS (inhibiteur de la réabsorption de la sérotonine). Concernant les patients déprimés il faut attendre de pouvoir porter le diagnostic de la dépression, il faut qu'ils prennent du poids pour le savoir. Concernant les boulimiques il y a un intérêt pour certains antidépresseurs pour limiter l'importance des crises boulimiques. On utilise des antipsychotiques atypiques chez certains patients pour lutter contre l'hyperactivité physique très importante, on peut leur prescrire des antipsychotiques. On peut utiliser l'Anatrexone à dose élevée comme modulateur des circuits des addictions chez certains patients cela marche très bien.

Pourquoi la séparation avec les familles ?

Damien RINGENET : Il y a un point de vue général sur la séparation car c'est une stratégie qui a été développée il y a assez longtemps, l'approche consiste à extérioriser les conflits qui se fixent dans la famille où il y a le patient et de créer artificiellement deux espaces distincts celui de l'enfant en devenir qui va pouvoir extérioriser des conflits vers les soignants qui vont être capables de l'élaborer de restituer la nature de ce qui est en conflit. On va également permettre aux parents de pouvoir dire ce qui ne va pas dans les représentations de l'idéal de l'enfant, l'idéal de soi, de la transmission, de l'histoire familiale, des secrets familiaux. La séparation est un montage artificiel qui permet de faire refonctionner quelque chose dans l'espace psychique dans une famille où la maladie s'est installée. Ils la pratiquent d'une certaine manière il faut qu'elle soit décidée ensemble, le patient, la famille et l'équipe soignante avant que l'hospitalisation commence. Ce sont des entretiens de pré-admission qui vont fixer le poids. Certains ne supportent pas de se séparer de plus de 1 ou 2 kilos c'est un poids de levée de séparation qui se trouve juste au dessus du poids d'arrivée du malade. Très souvent c'est là qu'il y a le plus de difficultés à élaborer de part et d'autre ce qui se joue

psychiquement et dans l'histoire familiale au travers de la maladie. La séparation est levée quand le patient a atteint tel poids c'est-à-dire son poids plus un ou deux kilos puis il y a le poids de sorti c'est-à-dire à quel poids il atteindra un poids normal c'est-à-dire sans dénutrition. Il peut aussi y avoir le poids de sécurité il n'est pas normal mais le patient n'est pas en danger.

On redonne la maîtrise au patient sur son alimentation dans le processus inverse de l'anorexie s'il veut sortir de la séparation il faut qu'il prenne du poids donc qu'il corrige ses troubles alimentaires, au lieu que ce soit la maladie qui prenne le dessus sur son fonctionnement c'est lui qui reprend le contrôle sur ses symptômes en acceptant de manger suffisamment pour prendre du poids pour accéder à nouveau à sa famille, que la séparation soit levée. Cela va lui permettre d'affronter le conflit familial puisqu'ils se retrouvent. On va partir sur une nouvelle étape de la vie familiale, comment peuvent-ils se raconter leurs histoires aux uns et aux autres, de quelle façon cette jeune fille veut être différente de sa mère tout en héritant de ce qu'elle a envie de lui communiquer, comment prendre le désir de son père en étant suffisamment loin de lui. On rentre dans une problématique qui est souvent articulée autour de l'Oedipe mais avec toutes sortes de prolongations dans ce qui constitue l'identité c'est-à-dire les problématiques préœdipiennes beaucoup plus complexes.

J'ai construit la séparation de façon un peu différente, je ne la lie pas à un poids mais plus à une durée il y a une sorte de durée standard, une séparation d'une semaine pour pouvoir s'installer dans le service et celle-ci peut être prolongée. Ce sont des arguments psycho-dynamiques, que se passe-t-il dans le psychisme de ma patiente et dans l'appareil psychique de l'institution qui la prend en charge qui pourrait justifier de maintenir ces conditions-là ou de la rouvrir vers le monde extérieur pour remettre en liens plus rapidement les systèmes entre eux.

En tant que professionnels de santé en Corse du sud on se retrouve confrontés à des patients atteints par des troubles des conduites alimentaires et nous nous retrouvons isolés parce qu'il n'y a pas de structure, pas d'association. Je voudrais donc savoir si les instances régionales de santé sont sur le projet et ce qui va se passer pour nos patients.

J-E Acquaviva : je n'ai pas connaissance d'un projet de service spécialisé pour les TCA en revanche la mise en place des différents CSAPA, des structures polymorphes pour prendre en charge les addictions vont les amener ou les amènent déjà à rencontrer des gens présentant des troubles des conduites alimentaires donc être des relais et ces structures vont établir des contacts avec ce qui est nécessaire pour traiter les cas les plus graves et même les autres c'est-à-dire des partenaires sur lesquels se retourner en cas d'hospitalisation pour mettre en place des circuits de soin. Je pense que c'est plutôt dans ce secteur là que va se mettre en place quelque chose autour de la prise en charge de ces pathologies, même si je garde mes réserves sur la pertinence du concept d'addiction.

Sur le plan hospitalier il n'y a pas de projet ni d'établissement privé.

Damien RINGUENET : Ce ne sont jamais les instances gouvernementales qui mettent en place ces structures ce sont généralement des gens motivés pour trouver des solutions pour la maladie qui se regroupent et décident de faire ça ensemble. En gros ils se disent tu prends ce côté-là du problème des malades je m'occupe de l'autre et on va voir s'il n'y a pas quelqu'un d'autre qui veut travailler

avec nous. Il y a des financements par exemple la fondation de France soutien des initiatives. La semaine dernière a été clôturé l'appel d'offre de la Fondation de France sur les soins dans les troubles des conduites alimentaires avec une enveloppe qui vous sera attribuée, c'était sur les structures, les réseaux etc... .Il faut simplement que les gens intéressés puissent se rencontrer voir où vous vous situez dans le champ du soin et à plusieurs vous trouverez peut être des solutions pour aider un peu plus de patients, de façon moins inconfortable.

Cadres de santé dans un service de psychiatrie nous recevons aussi des adolescentes dans le cadre d'hospitalisation temps plein, l'idée de créer une maison des adolescents ouverte à tous les adolescents avec de la prévention, avec un système de réseau avec notamment des infirmières, des médecins, des psychologues, des éducateurs, qui seront là pour accueillir des ados et une éventuelle prise en charge nécessaire. Le projet a été déposé à l'ARS on attend des financements.

Question inaudible sur le soin des adultes présentant des troubles des comportements alimentaires.

Damien RINGENET : Oui ces patients se soignent bien, quand ils viennent voir pour consulter ils ont souvent une histoire ancienne de maladie on trouve toujours des symptômes dans l'enfance ou l'adolescence avec souvent des épisodes de rémission spontanée ou partielle et il y a un moment où ils sont épuisé par les symptômes. Oui il y a un pronostic qui peut être très positif et il faut par contre mettre en place des soins consistants, la plupart du temps cela passe par des hospitalisations à temps plein parce que l'impact de la maladie chez une femme d'un certain âge est beaucoup plus important le système physique est moins tolérant à la dénutrition il faut faire un traitement plus prudent. C'est tout à fait possible de les soigner, il faut le faire avec prudence et c'est souvent des patients pour qui ça marche plutôt pas mal.

Isabelle DON IGNAZI

Cela fait du bien de terminer sur ces paroles positives avant de vous remercier pour vos contributions à toutes et à tous je voudrai juste attirer votre attention sur les questionnaires qui vous ont été remis à l'entrée de la conférence si vous voulez bien avoir la gentillesse de les restituer lorsque vous sortez aux organisateurs.

Merci beaucoup à toutes et à tous.