

ANOREXIE MENTALE CHEZ L'ADOLESCENT

Quelles modalités d'hospitalisation au XXI^e siècle ?

La prise en charge et les soins hospitaliers de l'anorexie mentale ont évolué au fil du temps parallèlement à l'évolution des connaissances sur ce trouble. Différents types d'hospitalisations sont aujourd'hui proposés à ces patients.

Dr Corinne Blanchet-Collet

Endocrinologue, Spécialiste des troubles des conduites alimentaires, Maison de Solenn, Hôpital Cochin, Paris, Unité Inserm U 669.

INTRODUCTION

Si l'anorexie mentale est décrite depuis l'antiquité, elle n'est reconnue comme entité médicale qu'à partir du XVII^e siècle. Les théorisations initiales douteuses sur une potentielle origine endocrinienne des troubles ont quelque peu jeté le discrédit sur une possible prise en charge médicale organique de ces troubles. Au cours du XIX^e siècle, la prise en charge exclusivement psychiatrique est associée à certaines pratiques d'isolement et d'hospitalisation "carcérales", laissant des traces encore de nos jours dans l'imaginaire collectif. Ce n'est qu'au cours de la seconde partie du XX^e siècle, que la théorie psychogénétique est globalement adoptée et reconnue, permettant une évolution lente des pratiques. Les hospitalisations avec isolement complet de l'adolescent ont évolué vers des contrats de poids avec séparations (1) et plus récemment, dans certaines structures, vers des hospitalisations sans séparation dont le caractère délétère est évoqué chez les plus jeunes (2). L'anorexie mentale du XXI^e siècle est décrite comme une pathologie complexe, d'origine multifactorielle répondant à un modèle biopsychosocial et justifiant une prise en charge multidisciplinaire. Une meilleure compréhension étiopathogénique a logiquement conduit vers un enrichissement des pratiques



Maison de Solenn, Paris.

et a permis l'investissement progressif des médecins de l'adolescent auprès des patients souffrant d'anorexie mentale et de leurs familles. La diminution significative de la mortalité observée dans l'anorexie féminine au cours des trente dernières années (taux de mortalité < 5 %) (3) n'est probablement pas sans rapport avec le dépistage précoce et le développement de structures spécialisées dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires en général, et de l'anorexie mentale en particulier. Pour autant, la prise en charge de l'anorexie mentale face à cet individu en mutation qu'est l'adolescent

reste complexe et, pour le praticien qui y est confronté, un défi à chaque fois renouvelé. L'absence de demande de soins initiale ou l'ambivalence ultérieure, le déni partiel ou complet des troubles, l'emprise du symptôme sur le fonctionnement familial et l'hétérogénéité des présentations symptomatiques et psychofamiliales sont autant d'obstacles qui justifient des modalités de soins variées et des projets de soins individualisés. La plupart des patients adolescents consultant pour troubles des conduites alimentaires relèvent de soins ambulatoires (4) ; dans les cas les moins sévères, quelques consultations



qui auront pour fonction de poser le diagnostic, d'évaluer la nécessité de soins psychiques, de mettre en place des mesures de protection simples ancrant l'adolescent dans la réalité symptomatique et assurant une guidance parentale peuvent être suffisantes. Pour les cas plus complexes, où les signes de souffrance psychique s'associent à une intensification des troubles alimentaires et à une dégradation de la situation somatique, il est souhaitable de construire une prise en charge multidisciplinaire se déclinant entre soins ambulatoires, hôpital de jour et hospitalisations à temps complet ou partiel (5). Une articulation harmonieuse des soins interdisciplinaires et l'articulation des prises en charge entre milieu pédiatrique et adolescent puis vers le milieu adulte sont également des facteurs essentiels dans la construction de projets de soins cohérents.

HOSPITALISATIONS EN URGENCE NON PROGRAMMÉES

Les indications d'hospitalisations en urgence, qu'elles soient somatiques, psychiatriques ou environnementales sont peu fréquentes dans les cas d'anorexie mentale chez l'adolescent, et répondent à des recommandations standardisées (4). Les situations de cachexie extrême et d'intolérance à la dénutrition avec menace de décompensation multiviscérale semblent être favorisées par le caractère récent et la rapidité de la perte de poids, l'hyperactivité physique ou sportive et le niveau de comorbidité

psychiatrique. Les situations de dénutrition extrêmes mal tolérées avec critères laissant présager un épuisement physique avec un risque vital engagé à court terme ou de rarissimes situations d'aphagie complète, doivent conduire à une hospitalisation immédiate dans un service de pédiatrie ou de médecine de l'adolescent pouvant proposer un sauvetage nutritionnel (ou *refeeding*) mené avec la plus grande prudence en raison du risque de syndrome inapproprié de renutrition et/ou de décompensation psychiatrique. Dans les situations de détresse vitale ou de perturbations métaboliques sévères le recours à la nutrition entérale à débit continu permanente exclusive (24 h/24) est fréquent. Les cas d'urgence psychiatrique sont également très rares, en particulier sur les formes d'anorexie restrictive pure. Les services de pédiatrie, ou de médecine de l'adolescent, voire de réanimation médicale, peuvent assurer ces sauvetages nutritionnels nécessitant des compétences techniques et un cadre contenant sur le plan psychologique. Les présentations anorexiques mélancoliformes ou dépressives sévères associées à un risque autolytique majeur, ou les formes délirantes requièrent également une hospitalisation urgente en milieu psychiatrique. Quand une situation de décompensation multiviscérale imminente est associée à une comorbidité psychiatrique lourde, il n'est pas exceptionnel d'avoir recours à une renutrition en milieu réanimatoire spécialisé où une renutrition entérale peut être facilitée par une anxiolyse efficace sous surveillance, plus

exceptionnellement une contention physique, nécessitant un accompagnement par le psychiatre de liaison auprès du patient et de l'équipe soignante, prenant en compte les mouvements d'opposition ou de refus de soins inhérents à cette pathologie, mais également les attitudes contre-transférentielles des soignants. Ces hospitalisations d'urgence durent habituellement trois à six semaines et doivent impérativement être relayées par la mise en place ou la reprise de consultations multidisciplinaires ambulatoires avec désignation d'un médecin coordonnateur des soins garant du projet et interlocuteur privilégié de la famille.

HOSPITALISATIONS TEMPS PLEIN PROGRAMMÉES

Il s'agit d'hospitalisations programmées dans des services spécialisés en troubles des conduites alimentaires, permettant une prise en charge multidisciplinaire somato-psychiatrique, individuelle et familiale. Les délais sur liste d'attente sont souvent prolongés. Ces hospitalisations, qui durent en moyenne quatre à six mois dans la plupart des institutions spécialisées, représentent un niveau de recours aux soins élevé, et un investissement conséquent du patient, de sa famille et des équipes soignantes. Ces prises en charge concernent des cas d'anorexie souvent sévères, s'aggravant ou récidivant malgré une prise en charge ambulatoire multidisciplinaire bien conduite ou après un ou plusieurs sauvetages nutritionnels. L'hospitalisation temps

plein programmée est parfois également destinée à des cas d'anorexies fixées compromettant le devenir global du patient. L'alliance thérapeutique avec le patient et sa famille est travaillée en préadmission, et les objectifs de soins, incluant l'objectif pondéral et les méthodes de renutrition, fixés en accord avec le patient et sa famille. Cette période d'évaluation et de travail de l'alliance avec le patient, mais également avec la famille, est primordiale et garantit la maturation du projet d'hospitalisation et probablement ses chances de succès. Le choix d'un service pratiquant ou non la séparation devrait pouvoir dans l'idéal se faire en fonction de l'histoire du patient et de sa problématique. En pratique, la faible disponibilité de lits et l'offre de soins locale ne sont habituellement pas compatibles avec ce niveau de réflexion. La renutrition se fait soit de façon spontanée avec un accompagnement diététique soit avec l'aide d'une nutrition entérale d'appoint nocturne venant compléter les apports diurnes, limitant ainsi les risques d'épuisement du patient. Le projet de soins multidisciplinaires est individualisé et adapté à l'ancienneté de l'anorexie mentale et à son retentissement staturo-pubertaire ainsi qu'à la comorbidité psychiatrique et à d'autres caractéristiques essentielles comme l'hyperactivité physique, la composante addictive, le niveau d'impulsivité. L'évaluation du phénotype anorexique individuel et l'évaluation socioculturelle et familiale permettront d'optimiser la prise en charge et les méthodes de soins. Les journées de soins s'organisent entre entretiens médicaux, suivis diététiques, entretiens psychiatriques individuels et familiaux, ateliers culturels et rescolarisation progressive. Dans un second temps d'hospitalisation, lorsque l'état somatique et psychique est stabilisé, un autre niveau de soins peut être proposé comme des temps de thérapie individuelle en face à face, une thérapie familiale, ou d'autres soins plus spécifiques en fonction de la comorbidité psychiatrique associée (syndrome post-traumatique,

troubles obsessionnels compulsifs...). Ces thérapies amorcées en hospitalisation seront poursuivies en ambulatoire. L'hospitalisation temps plein est un outil de soin précieux dans l'anorexie mentale à condition de cibler au mieux les indications, les méthodes, le lieu d'accueil et d'en fixer avec soin les objectifs en préhospitalisation. Le taux de réhospitalisation reste élevé et concerne 25 à 63 % des patients après un premier séjour (3). La qualité de l'organisation des soins ambulatoires pluridisciplinaires, la réadaptation sociale progressive et l'aménagement de la scolarité semblent être déterminants dans l'évolution à court et moyen terme.

HOSPITALISATIONS "SÉQUENTIELLES"

Les hospitalisations séquentielles sont proposées habituellement aux patients ayant déjà séjourné en hospitalisation temps plein et étant considérés à haut risque de réaggravation immédiate. Ces hospitalisations à temps partiel se déroulent sur les temps de week-end ou de semaine. Leur objectif est d'aménager la période post hospitalisation en élargissant progressivement le cadre de soins tout en renforçant les acquis de l'hospitalisation. Le retour partiel au domicile facilite une réinsertion progressive dans le milieu familial, scolaire et social, limitant ainsi le risque de rechute symptomatique et de réactivation des difficultés psychiques. Le maintien de ce lien privilégié avec l'adolescent constitue un étayage de qualité tant au niveau individuel que familial.

HOSPITALISATIONS DE JOUR

Le concept d'hospitalisation de jour dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires est né d'une initiative canadienne, le projet *Day Hospital Program* (6). L'offre de soins en hôpital de jour pour adolescents souffrant de troubles anorexiques reste

limitée au niveau national (7). L'idée générale est de maintenir l'adolescent dans son environnement et de mobiliser les ressources individuelles et familiales dans un cadre de soins hebdomadaire ou plurihebdomadaire (8). Il s'agit de proposer une alternative à l'hospitalisation traditionnelle d'une part, d'optimiser la transition de l'hospitalisation vers la post hospitalisation et d'offrir un espace d'évaluation et de soins spécifiques. L'hospitalisation de jour ne peut être pensée comme un outil permettant de raccourcir les durées d'hospitalisation, mais comme un outil permettant de soigner et d'accompagner au mieux ces patients souffrant d'une pathologie chronique sévère dont la durée et l'évolution restent imprévisibles. Tous les auteurs s'entendent pour valoriser les programmes de soins multidisciplinaires en hospitalisation de jour pour les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires selon un modèle de prise en charge plurimodal. Les programmes intégrant une approche individuelle et une approche familiale (entretiens avec les parents, conseils et guidances, repas thérapeutiques...), mais également une approche groupale semblent obtenir le meilleur taux de réussite. Les programmes de soins associant prise en charge cognitivo-comportementale (soins diététiques, rendez-vous médicaux...), groupes de travail et groupes de parole aux soins psychiques semblent plus "efficaces" que les programmes initiaux proposant une prise en charge exclusivement psychiatrique (9).

HOSPITALISATIONS SOUS CONTRAINTE

Dans certains cas d'anorexie mentale, le déni massif ou la présence d'éléments délirants dans un contexte d'engagement du pronostic vital chez un patient refusant les soins peuvent questionner, de façon exceptionnelle, la question des soins sous contrainte. Les soins sans consentement dans le cadre des troubles des conduites alimentaires ne bénéficient pour l'instant pas d'un

cadre législatif spécifique, mais sont régis par la **loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011**, qui remplace la loi du 27 juin 1990 du code de la santé publique. Ces questions font actuellement partie des commissions de travail du **réseau TCA francilien**. En pratique, les refus de soins chez les adolescents mineurs sont exceptionnels et révèlent habituellement d'une ambivalence parentale aux soins ou d'une alliance thérapeutique de mauvaise qualité, ou parfois insuffisamment travaillée. La dimension d'opposition qui peut venir entraver l'élaboration d'un projet d'hospitalisation semble plus fréquente chez les enfants ou les adolescents prépubères souffrant d'anorexie mentale. Dans les cas de risque vital imminent d'ordre somatique et/ou psychiatrique, et en l'absence d'adhésion de l'adolescent et/ou de ses parents, une hospitalisation pour obligation de soins dans un service adapté peut être effectuée sous contrainte. Dans le cas d'un patient majeur, il est possible de recourir à une hospitalisation sous contrainte dans le cadre de la procédure de Soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (SPDT) anciennement nommée Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) réalisée sur

le secteur de psychiatrie du patient. Dans le cas particulier de l'anorexie mentale, une délégation de soins vers un service de médecine ou de psychiatrie susceptible de pouvoir assurer une renutrition et des soins psychiques adaptés dans des conditions de sécurité optimales est souvent indispensable. Dans le cas d'un patient mineur dont les parents refusent l'hospitalisation, il s'agit d'une Ordonnance de placement provisoire (OPP) en service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie. La nécessité de telles mesures contraignant le patient à une obligation de soins reste rarissime et nécessite une parfaite connaissance des lieux de soins spécialisés susceptibles d'intervenir dans une situation d'urgence vitale sur le plan somatique survenant dans un environnement psychofamilial complexe souvent délicat à gérer. Dans ces cas, souvent dramatiques, l'articulation des soins et le dialogue entre les divers professionnels sont primordiaux pour permettre la mise en place mais surtout le maintien de la procédure aussi longtemps que nécessaire.

CONCLUSION

Les modalités d'hospitalisation des

adolescents souffrant d'anorexie mentale ont considérablement évolué au cours de ces dernières années. Il est important de souligner que l'hétérogénéité de l'offre de soins sur le territoire reste majeure et les conditions d'hospitalisation encore trop souvent inadaptées. L'évolution des prises en charge, dans le cadre de la transdisciplinarité, l'élaboration de projets de soins individualisés, les parcours de soins intra et interinstitutionnels, l'articulation entre les différentes modalités d'hospitalisation et les suivis ambulatoires sont autant de ressources permettant de s'adapter au mieux aux spécificités du patient, à sa temporalité propre et à son environnement. En médecine en général et en psychiatrie en particulier, il est prouvé que l'évolution favorable est privilégiée par une adéquation entre les attentes du patient et le projet de soins. Dans le cadre des troubles des conduites alimentaires, la route semble amorcée...

MOTS-CLÉS

Anorexie mentale, Hospitalisation, Transdisciplinaire

LIENS UTILES

AFDAS-TCA: www.anorexiéboulimie-afdas.fr

HAS: <http://www.has-sante.fr>

MDA Maison de Solenn: www.mda.aphp.fr

RÉSEAU TCA-idf: www.reseautca-idf.org

RÉFÉRENCES

- Godart N, Perdereau F, Galès O et al. Le contrat de poids lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale. *Arch Pediatr* 2005 ; 12: 1544-50.
- Askenazy F. Prise en charge de l'anorexie mentale de l'adolescent quand le pronostic vital est engagé. *Neuropsychiatrie de l'enfance et adolescence* n° 55, Paris: Elsevier-Masson, 2007.
- Steinhausen HC. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1284-1293.
- HAS. Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale : prise en charge. Juin 2010.
- Blanchet-Collet C, Benoit JP, Moro MR. Anorexie mentale chez l'adolescent. In: *Troubles à l'adolescence dans un monde en changement: comprendre et soigner*. Paris, France: Armand Colin, 2012: 197-215.
- Garfinkel PE. The treatment of anorexia nervosa in Toronto. *J Psychiatr Res* 1985; 19(2-3): 405-11.
- Flaquièrre M, Ringuenet D, Vindreau C. *Prise en charge des troubles des conduites alimentaires en hôpital de jour*. Éditions universitaires européennes, 2012.
- Golan M, Heyman N. Managing eating disorders in natural environment: intensive vs limited programs. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2005; 42(3): 163-71.
- Thornton C, Beumont P, Touyz S. The Australian experience of day programs for patients with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002 ; 32(1): 1-10.