

**Séparation thérapeutique dans le traitement de  
l'anorexie mentale à l'adolescence : impact de  
l'introduction du courrier en hospitalisation au CHU de  
Nancy. Etude rétrospective sur 53 cas**

Marianne Schilling-Adalsteinsson

► **To cite this version:**

Marianne Schilling-Adalsteinsson. Séparation thérapeutique dans le traitement de l'anorexie mentale à l'adolescence : impact de l'introduction du courrier en hospitalisation au CHU de Nancy. Etude rétrospective sur 53 cas. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01734086

**HAL Id: hal-01734086**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734086>**

Submitted on 14 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
2011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY  
N°

## **THÈSE**

pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

**Marianne SCHILLING-ADALSTEINSSON**

le 14 Septembre 2011

# **Séparation thérapeutique dans le traitement de l'anorexie mentale à l'adolescence : Impact de l'introduction du courrier en hospitalisation au CHU de Nancy Etude rétrospective sur 53 cas**

#### Examineurs de la thèse :

M. B. KABUTH	Professeur	Président
M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Juge
M. R. SCHWAN	Professeur	Juge
Mme F. LIGIER	Docteur	Juge et Directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen *Mission « Finances »* : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen *Mission « Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

**Asseseurs :**

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 <sup>er</sup> Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 <sup>ème</sup> Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 <sup>ème</sup> Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick  
BOISSEL

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude  
CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-  
Pierre DESCHAMPS

Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET -  
Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone  
GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques  
LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques  
LECLERE Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN -  
Pierre MATHIEU

Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -  
Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-  
Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND -  
René-Jean ROYER - Paul SADOUL

Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ –  
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul  
VERT

Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY  
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ  
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLART  
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick  
ROSSIGNOL

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE  
Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL  
Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-  
BIROULET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64<sup>ème</sup> Section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42<sup>ème</sup> Section : **MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

-----

43<sup>ème</sup> Section : **BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

-----

44<sup>ème</sup> Section : **BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45<sup>ème</sup> Section : **MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

-----

46<sup>ème</sup> Section : **SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)**

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

-----

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Docteur Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermao-vénérologie)**

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**3<sup>ème</sup> sous-section :**

Docteur Olivier MOREL

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

## **MAÎTRE DE CONFÉRENCE DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Docteur Elisabeth STEYER

=====

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

-----

**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

=====

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY  
(1972)  
Université de Stanford, Californie  
(U.S.A)

Professeur Paul MICHIESEN  
(1979)  
Université Catholique, Louvain  
(Belgique)

Professeur Charles A. BERRY  
(1982)  
Centre de Médecine Préventive,  
Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI  
(1982)  
Brown University, Providence  
(U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet  
MUNRO (1982)  
Massachusetts Institute of  
Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN  
(1982)  
Vanderbilt University, Nashville  
(U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)  
Université de Californie, San Francisco  
(U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)  
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER  
(1989)  
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-  
PAPADOPOULOS (1996)  
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
Research Institute for Mathematical  
Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)  
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
Centre Universitaire de Formation et de  
Perfectionnement des Professionnels  
de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre Maître et Président de Thèse  
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH  
Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse et de juger notre travail.

Vous avez notre sincère admiration pour votre passion pour la pédopsychiatrie et l'énergie avec laquelle vous partagez vos connaissances.

Nous avons eu la chance d'approfondir nos connaissances au sein de votre service et ce stage a consolidé notre choix pour la pédopsychiatrie. Nous vous remercions de vos encouragements et de vos conseils précieux tout au long de notre internat.

Par ce modeste travail, veuillez trouver un signe de l'estime et du respectueux attachement que nous vous témoignons.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Votre bienveillance et vos conseils précieux nous ont guidée dans notre choix pour la pédopsychiatrie.

La rigueur avec laquelle vous nous avez transmis vos connaissances lors des nombreux cours, Diplômes Universitaires et journées de formation, ont été pour nous d'une grande richesse.

Nous vous remercions tout particulièrement de votre engagement et de votre soutien dans les démarches de notre avenir professionnel.

Par ce modeste travail, veuillez trouver le témoignage de nos sincères sentiments d'estime et de respect profonds.

A notre Maître et Juge  
Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN  
Professeur de Psychiatrie d'Adultes

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous avons beaucoup d'admiration pour l'étendue de vos connaissances que vous nous avez transmises.

En nous encourageant à ouvrir notre esprit vers des enseignements internationaux, vous nous avez motivée à faire une formation à l'étranger, ce qui était pour nous extrêmement enrichissant.

Nous vous remercions de la richesse de vos enseignements et de vos nombreux conseils bienveillants lors de notre stage dans votre service.

Par ce modeste travail, veuillez trouver un signe de l'estime et de la reconnaissance profondes que nous vous témoignons.

A notre Directeur de Thèse et Juge  
Madame le Docteur Fabienne LIGIER  
Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous vous remercions infiniment de nous avoir fait l'honneur de nous confier ce sujet de thèse et d'avoir accepté de le diriger.

Nous gardons un excellent souvenir de notre semestre sous votre seniorisation au sein du service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital d'enfants de Nancy, où votre engagement et votre disponibilité ont été exemplaires.

Nous vous sommes extrêmement reconnaissante de votre disponibilité et de vos conseils lors de la réalisation de ce travail et de votre participation active au recueil des témoignages de l'équipe soignante.

Veillez trouver ici un signe de la gratitude, de l'estime et du respectueux attachement que nous vous témoignons.

A Carl, mon mari : Ton amour m'a fait grandir durant ces dernières années. Merci infiniment pour ton soutien, ton écoute, tes conseils, ta disponibilité et ta patience que tu m'apportes tous les jours.

A Liz, ma fille : Tu m'as fait découvrir les joies et le bonheur de la maternité et tu ensoleilles ma vie chaque jour à nouveau.

A mes parents : Votre amour inconditionnel, votre disponibilité, votre soutien et vos encouragements lors des moments dubitatifs m'ont guidée dans ma vie personnelle et professionnelle. C'est grâce à vous que je suis arrivée jusqu'ici et je vous en remercie infiniment.

A mes « grands » frères Paul et Marc : Depuis ma petite enfance, vous m'avez fait découvrir les joies et les petits inconvénients d'une fratrie. Nos échanges ont influencé ma personnalité.

A mes sœurs Catherine et Noémie, à mon frère Franz : C'est avec beaucoup de joie et de fierté que j'ai appris à avoir des responsabilités en tant que grande sœur. Merci pour toutes les découvertes que j'ai pu faire durant ces années d'enfance partagées.

A « Bopa Pierchen », parti trop tôt. A mes grands-parents.

A mes amis d'enfance et du Lycée. A Lynn, Margot et Jacky pour votre amitié.

A mes amis des années de vie étudiante à Strasbourg : Paulo, Lynn, Jeff, Michel et Laurent.

A mes co-internes et tout particulièrement :

A Claire pour ton amitié et tes conseils précieux tant au niveau de la maternité qu'au niveau professionnel.

A Philippe, Céline et Estelle : Grâce à vous, notre semestre de stage a été plus agréable.

A Claire, Coraline et Anne.

Aux co-internes pédiatres : vous m'avez soutenue et vous avez assumé de nombreuses gardes quand ma grossesse ne me permettait plus d'en faire : Merci à Valentine, Matthieu, Chryssa, Andrea et Cécile.

Aux médecins et Maîtres de stage pour votre savoir que vous m'avez transmis pendant les années d'internat : Aux Messieurs les Professeurs Bernard Kabuth, Jean-Pierre Kahn et Raymund Schwan, aux Mesdames les Docteurs Anne-Marie Corroy, Sylvie Lecuivre, Fabienne Ligier et Pierrette Witkowski, aux Messieurs les Docteurs Festus Body Lawson, Jean-Claude Brembilla, Denis Meyer et Bruno Scheifler.

Aux neuropédiatres du CHL : Messieurs les Docteurs Christian Nuttin et Emmanuel Scalais. Aux pédiatres du CHL.

Aux équipes soignantes qui m'ont accueillie lors de mon internat : les Acacias et l'UMD 18 RDC de Sarreguemines, le 2<sup>e</sup> secteur de Psychiatrie d'Adultes de Thionville, le service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Verdun, l'équipe du service fermé de Psychiatrie d'Adultes au CHU de Nancy, anciennement à Toul, le service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Nancy, l'équipe au CMPI de Thionville, les infirmières et infirmiers psychiatriques à l'UAUP et aux Urgences de Thionville et toute l'équipe soignante de la Clinique Pédiatrique du CHL à Luxembourg.

A toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de ce travail de thèse :

A Madame le Docteur Fabienne Ligier

A Monsieur le Docteur Nicolas Jay

A Mesdames Marie-Chantal Dosch et Delphine Poirot

A l'équipe soignante du service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital d'enfants de Nancy et tout particulièrement à Patrick, Agnès, Delphine, Fabrice, Jessica, Nathalie, Pierre, Séverine, Sophia, Sophie et Sylvie.

# SERMENT

*« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.*

*Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »*

## TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION .....	20
2	CONTEXTE .....	22
2.1	Développement de la maladie et fonctionnement familial.....	22
2.2	L'évolution de la prise en charge de l'anorexie mentale.....	28
2.2.1	Historique.....	28
2.2.2	Méthodes actuelles.....	28
2.2.2.1	La prise en charge ambulatoire.....	28
2.2.2.2	La thérapie familiale.....	29
2.2.2.3	L'hospitalisation .....	31
2.2.2.4	Le contrat de poids et la séparation thérapeutique .....	32
2.2.2.5	Quelques exemples de traitement de l'anorexie mentale chez l'adolescent .....	36
2.2.2.6	Nécessité d'une prise en charge durable.....	37
3	ÉTUDE.....	39
3.1	Description de l'étude.....	39
3.2	Objectif.....	40
3.3	Hypothèses.....	40
3.4	Méthodologie.....	41
3.4.1	Description de la structure d'accueil .....	41
3.4.2	Population étudiée.....	42
3.4.3	Protocole de soins.....	42
3.4.4	Recueil des données.....	43
3.4.5	Méthodes statistiques utilisées .....	45
3.4.6	Recueil de témoignages de l'équipe soignante .....	45
3.5	Résultats.....	46
3.5.1	Composition des deux groupes.....	46
3.5.1.1	Gravité de la dénutrition.....	46
3.5.1.2	Diagnostics secondaires .....	48

3.5.1.3	Antécédents familiaux .....	48
3.5.1.4	Durée d'évolution de la maladie et suivi antérieur .....	49
3.5.2	Efficacité à court terme.....	51
3.5.2.1	Durée d'hospitalisation .....	51
3.5.2.2	Durée de la séparation thérapeutique.....	52
3.5.2.3	Évolution durant l'hospitalisation .....	52
3.5.3	Efficacité à moyen terme .....	53
3.5.4	Ressenti de l'équipe soignante .....	54
3.5.4.1	Opinion générale sur la séparation thérapeutique .....	54
3.5.4.2	Réactions au moment de l'annonce du changement de contrat en janvier 2008.....	55
3.5.4.3	Perception actuelle de la prise en charge.....	56
4	DISCUSSION.....	59
4.1	L'impact du courrier pendant la séparation thérapeutique .....	59
4.1.1	Efficacité à court terme.....	59
4.1.2	Efficacité à moyen terme .....	60
4.1.3	Évolution durant l'hospitalisation.....	60
4.1.4	Impact sur l'humeur des patients durant leur hospitalisation .....	61
4.1.5	Impact sur l'alliance des patients et de leurs familles.....	62
4.1.6	Les difficultés rencontrées par l'équipe soignante.....	63
4.1.7	Inégalité au niveau de la composition des deux groupes.....	64
4.1.8	Limites de l'étude et perspectives .....	66
4.2	Anorexie mentale et dépression.....	67
4.3	Impact des antécédents familiaux .....	68
4.4	Intérêt de la rupture partielle .....	69
4.5	La place de la séparation thérapeutique au 21e siècle .....	70
4.5.1	Les particularités relationnelles chez ces patients .....	70
4.5.2	Le besoin du symptôme .....	71
4.5.3	Les droits de l'enfant hospitalisé .....	72
4.5.4	Créer de nouveaux contacts et gagner en autonomie .....	73
4.5.5	Apprendre à différencier entre séparation et perte.....	74

4.5.6	Faire des choix.....	75
4.5.7	Gérer la nourriture et les repas .....	75
4.5.8	L'inclusion de la fratrie dans la modalité des soins .....	76
4.6	Savoir choisir parmi plusieurs approches .....	77
5	CONCLUSION .....	80
6	BIBLIOGRAPHIE .....	82
7	ANNEXES .....	88
7.1	Questionnaire envoyé aux hôpitaux français et étrangers concernant la prise en charge des adolescents atteints d'anorexie mentale .....	88
7.2	Protocole de prise en charge des adolescentes atteintes d'Anorexie Mentale à l'hôpital d'enfants de Brabois.....	89
7.3	Questionnaire soumis à l'équipe soignante de l'unité de pédopsychiatrie à l'Hôpital d'Enfants de Nancy.....	93

# 1 INTRODUCTION

Alors que les critères diagnostiques de l'anorexie mentale chez les adolescents sont clairement définis dans le DSM IV et unanimement reconnus par les psychiatres, les avis sur la manière de traiter cette maladie sont divergents.

Les discussions concernant les différentes modalités de prises en charge sont d'actualité et de nombreuses études en France et à l'étranger analysent l'éventuelle supériorité d'un traitement par rapport à un autre. Les hospitalisations avec contrat de poids et séparation thérapeutique sont proposées par beaucoup d'équipes. Or, durant les dernières années, de nombreux thérapeutes ont développé des thérapies ambulatoires et notamment la thérapie familiale adaptée aux familles de patients anorexiques.

Dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital d'enfants au CHU de Nancy, les hospitalisations des adolescents anorexiques comportent un contrat de poids avec séparation thérapeutique. Toutefois, pour suivre l'évolution du 21<sup>e</sup> siècle, cette séparation a été reconsidérée et, depuis janvier 2008, les échanges de courrier entre les patients anorexiques et leur famille sont autorisés.

L'introduction de ces échanges de courrier a amené des remaniements, tant au niveau de la pratique qu'au niveau intellectuel au sein de l'équipe.

Ce travail porte sur une étude rétrospective, comparant les deux modalités de soins proposées aux patients souffrant d'anorexie mentale dans l'unité de pédopsychiatrie du CHU de Nancy, afin d'analyser l'impact des échanges de courrier sur l'évolution de la maladie. Nous avons tout d'abord analysé l'efficacité du traitement en termes de durée d'hospitalisation et de taux de rechute. Nous nous sommes intéressée ensuite à des données plus subjectives : le ressenti de l'équipe soignante concernant ces deux modalités de soins.

Nous consacrons la dernière partie de notre travail à l'analyse de ces différents résultats et nous discutons les avantages et les inconvénients des deux modalités de soins appliquées à l'hôpital d'enfant à Nancy, ainsi que des traitements proposés aux patients anorexiques de manière plus générale.

## 2 CONTEXTE

### 2.1 Développement de la maladie et fonctionnement familial

L'anorexie mentale chez les adolescents est une maladie bien documentée. Alors que dans la majeure partie des cas, le diagnostic est fait aisément d'après les critères du DSM IV, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'origine des troubles. Il s'agit en effet d'une maladie plurifactorielle, dont les causes ne sont pas clairement définies. Or, comment le traitement d'une maladie peut-il être efficace à long terme, sans connaissance des causes de son origine ? Avant d'aborder les différentes modalités de prises en charge de l'anorexie mentale, il nous semble donc nécessaire de comprendre les mécanismes sous-tendant le développement de ce trouble du comportement alimentaire.

Parmi les différentes étiologies reconnues à l'anorexie mentale, la fragilité génétique est encore quelquefois retenue comme cause à l'origine de son développement chez la jeune fille (en effet, neuf fois sur dix il s'agit de patientes, la maladie étant rare chez les garçons). Toutefois, « l'anorexie mentale n'est pas seulement alimentaire » [13] et de nombreux auteurs rattachent davantage les symptômes anorexiques à un facteur de risque environnemental plus que génétique et plus particulièrement à une problématique familiale dans laquelle les conflits sont refoulés et les séparations angoissantes. Il semble donc important de tenir compte de ce fonctionnement familial lorsqu'on travaille avec les patients anorexiques, plutôt que de se centrer uniquement sur les antécédents de troubles du comportement alimentaire dans l'hérédité.

Pour M. Bader, qui compare l'anorexie mentale aux toxicomanies, « l'étude des constellations familiales fournit des pistes importantes dans la compréhension de ces pathologies et permet aussi de mieux cibler les interventions thérapeutiques » [4].

Alors que la plupart des patients anorexiques sont décrits comme enfants-images et que leurs familles se présentent comme des familles « exemplaires », « sans problèmes », des « familles sans histoire », il apparaît au cours des soins, que tout conflit et tout désaccord est refoulé mais finalement existant.

Beaucoup de praticiens prenant en charge les adolescents anorexiques se sont concentrés dans leurs recherches sur le fonctionnement familial. Pour I. Kaganski [32], dans ces familles, « les limites sont floues et fluctuantes, et l'extérieur représente un danger important ». M. Corcos analyse « l'intensité de la relation de dépendance à la figure maternelle primitive ». Il constate que « la famille où survient une anorexie mentale est une famille dysfonctionnelle qui entre dans le cadre des familles psychosomatiques » [11]. B. De La Gorce écrit que l'anorexie mentale « témoigne d'une dynamique de fermeture et d'exclusion qui imprègne toute la vie relationnelle » [13]. Dans le même courant de pensée, I. Frias [19] parle de la « famille bulle » où l'enfant est au centre de toutes les préoccupations parentales. Elle développe la théorie davantage en constatant que dans ces familles « la particularité réside dans le maintien au niveau fantasmatique de cette interface placentaire entre la mère et son enfant ». Et cette relation entrave non seulement le processus de séparation-individuation, mais elle ne laisse pas de place à l'altérité, « la mère et l'enfant ne font qu'un ». Cette bulle « protège le groupe familial du conflit et de l'agressivité », ce qui explique que l'anorexie se développe dans des familles sans antécédents apparents. « Tant que l'enfant n'est qu'un double, un objet passivé et non sexué, elle est instrumentalisée et tout se passe dans une relative quiétude ». L'enfant reste dans une « relation d'emprise mère-enfant ». « L'enfant ne se construit pas en identification mais en imitation (...) or quand on est dans l'imitation, il n'y a pas de choix donc pas de conflit » [17]. Pour M. Corcos, « ces enfants sont des inconscients, mais des inconscients maternels... ». C'est pourquoi l'enfance de l'anorexique est souvent décrite comme idyllique et la crise classique à l'adolescence n'a pas eu lieu.

« La vie familiale prend le chemin du non-dit et, par strates, s'abîme dans l'angoisse » [21]. L'autonomisation et l'individuation sont vécues comme une menace dans ces familles.

Or, en grandissant, l'enfant aura besoin de développer ses propres désirs. J.-P. Gueguen compare l'anorexique au mythe de « Lasthénie de Ferjol » et interprète cette attaque du corps propre comme « attaque du corps maternel dont la jeune fille s'est insuffisamment différenciée » [25]. Cette problématique de la séparation-individuation est abordée par de nombreux auteurs.

Pour D. Drieu, « une partie du moi de ces sujets étant clivée, aliénée au narcissisme parental, le travail de « différenciation » ne peut s'effectuer à l'adolescence » [16]. Il cite M. Selvini et S. Minuchin qui parlent de « confusion intergénérationnelle » et de « phénomènes d'intrusion ». Ce besoin de se différencier, d'avoir ses propres désirs crée un malaise qui « choisit une voie somatique, les émotions sont ainsi soigneusement filtrées de façon à éviter les tensions conflictuelles et à maintenir l'harmonie apparente du système familial » [40].

M.-F. Bradley développe « l'approche du cycle de vie familiale » qui permettrait aux professionnels « de faire des prédictions quant aux comportements qu'adoptera une famille ». Dans sa théorie, la famille traverse 4 « stades » qui sont : le départ de la maison du jeune adulte célibataire, la formation du couple, la famille avec de jeunes enfants et la famille avec des adolescents. Ainsi, ce dernier stade est particulièrement fragile parce que la structure doit changer afin de préparer « l'adolescent à affronter le monde adulte » et durant cette phase, les problèmes intergénérationnels non résolus peuvent être réactivés [6]. M. Corcos parle de la métamorphose qui marque une rupture avec la continuité, ce qui « menace l'identité même du sujet, avant que de lui permettre l'accès à une identité propre » [11] ; ceci rend cette période difficile et à risque de développer des comportements pathologiques.

Souvent les jeunes patients ont développé des mécanismes pour dissimuler leur malaise. Or, derrière l'apparente maîtrise du sujet anorexique se cache « une extrême dépendance qui se manifeste (...) dans la relation aux personnes les plus investies » et « le déplacement du conflit sur le corps et les conduites alimentaires a pour effet de circonscrire cette problématique dans un champ limité et plus facilement contrôlable » [13]. Dans la même optique, S. Delannes [14] considère que l'anorexie mentale est « une modalité de régulation de l'équilibre psychique des patients », qui permet « de faire face aux menaces de perte ».

« L'introjection de l'imaginaire maternel est vécue comme dangereuse, l'objet addictif se révélant être une protection inconsciente contre les aspects dangereux de l'objet interne maternel » [4].

M. Jeannot [30] a proposé d'étudier la relation mère-fille chez les adolescents anorexiques en analysant trois paramètres, à savoir l'ampleur des liens d'attachement et de dépendance, la relation entre la nourriture et les fonctions maternelles et les interactions précoces de la dyade mère-enfant.

M. Bader cite E. Kestemberg qui constate que « les pères ont tendance à peu affirmer leur fonction paternelle et les mères ont très souvent sacrifié une partie d'elle-même à la famille et aux enfants » [4].

La plupart des adolescents anorexiques ont malgré leur relation proche un attachement aux parents qui est peu sécurisant et on retrouve souvent dans cette population des angoisses de séparation durant l'enfance. Cette angoisse persiste durant l'adolescence et il semble que ces patients ne savent pas faire la différence entre une séparation de courte durée et une séparation plus longue, voire définitive [42].

S. Delannes [14] a étudié la relation entre l'attachement et les troubles des conduites alimentaires en tenant compte de la dimension intergénérationnelle ;

de même, F. Merini et A. Ouardini inscrivent la problématique des familles d'anorexiques dans « une dimension trans-générationnelle sur au moins trois, voire quatre générations » [37].

Alors que M. Bader parle du deuil non élaboré dans les familles d'anorexiques [4], L. Onnis va plus loin en écrivant qu'« à travers leur symptôme, les patients anorexiques établissent une communication directe avec le fantôme d'une personne particulièrement importante de la famille, qui n'est plus là. L'anorexique devient un fantôme en mettant en acte sa propre disparition » [41]. J. A. Serrano formule l'hypothèse « de l'existence probable de deux seuils pondéraux pour une jeune adolescente de taille moyenne : le premier < 35kg signe la négation du corps et le second, < 27kg signe la négation de la vie en elle-même » [47].

Des antécédents familiaux de dépression, surtout chez les mères d'anorexiques, sont fréquemment retrouvés. Cette dépressivité chez la mère pourrait expliquer la perturbation des interactions mère-enfant et du processus de séparation-individuation [43]. Or, même si ces antécédents étaient à l'origine des troubles, ils n'auraient pas d'influence sur l'évolution de la pathologie des patients anorexiques, sous condition qu'ils soient diagnostiqués et traités.

En passant en revue la littérature, nous constatons donc que la quasi-totalité des auteurs qui abordent l'anorexie mentale n'en parlent pas sans tenir compte des relations intra familiales des patients. La plupart de ces familles fonctionnent sur un mode particulier et les différents auteurs retrouvent des corrélations entre ces fonctionnements et le développement de la maladie. Il s'agit d'une dynamique familiale caractéristique avec surprotection, rigidité et peu de compétences dans la résolution de conflits qui sont le plus souvent évités de façon efficace [42]. Il est donc primordial de tenir compte de la famille et des interactions familiales dans les soins des patients anorexiques. Mais, malgré les difficultés familiales rencontrées, l'anorexie mentale est une maladie multifactorielle et « le facteur familial n'est qu'un facteur parmi de nombreux autres » [7].

A côté de la relation aux parents, celle à la fratrie pourrait intervenir dans le développement de troubles. Cette relation fraternelle est parfois marquée par la rivalité où l'un des frères et sœurs a des difficultés à trouver sa place. Ou, au contraire, il arrive que cette relation est fusionnelle, « gémellaire » et freine la différenciation et « l'anorexie jouerait alors un rôle positif de tiers séparateur » [9].

Peu importe comment la fratrie réagit, tous les frères et sœurs sont concernés par la maladie car « le fonctionnement global de la famille est inévitablement touché ». Il est donc important de prendre en compte tous les membres de la famille qui sont tous « concernés par la souffrance du patient désigné » [50].

Or, comment pouvons-nous expliquer l'intérêt de la séparation de l'anorexique d'avec sa famille quand les relations familiales sont déjà fragilisées, d'autant que la séparation est un phénomène très douloureux pour tous ces membres ? Pourquoi rajouter cette difficulté aux patients et à leurs familles dans une situation où le physique est déjà le miroir d'un mal-être psychique profond ?

Ces questions nous ont amenée à faire quelques réflexions sur la prise en charge de l'anorexie mentale et sur l'intérêt de la séparation thérapeutique.

## **2.2 L'évolution de la prise en charge de l'anorexie mentale**

### **2.2.1 Historique**

Le traitement des jeunes patients anorexiques sous forme d'hospitalisation avec séparation de leur milieu habituel naît à la fin du 19<sup>e</sup> siècle. J.-M. Charcot, Professeur à la faculté de médecine de Paris et exerçant à l'hôpital de la Salpêtrière, développe son traitement de l'hystérie qui consiste en un isolement total des patients. A ses yeux, cet isolement a une influence curative sur cette pathologie et fait partie de son traitement moral et physique. Il s'oriente aux idées de L. V. Marcé en imposant la rupture du milieu où la maladie s'est développée, étant persuadé que la présence des parents peut enrayer le traitement. Pour Charcot, l'anorexie mentale, aussi décrite comme anorexie hystérique à cette époque, est une maladie proche de l'hystérie, qui mérite un traitement semblable [48].

### **2.2.2 Méthodes actuelles**

De nos jours, plus d'un siècle plus tard, la conception de l'anorexie mentale et de sa prise en charge a beaucoup évolué. Actuellement l'approche thérapeutique varie, non seulement d'un pays à l'autre, mais aussi, dans un même pays, d'une équipe à l'autre.

#### **2.2.2.1 La prise en charge ambulatoire**

Les Etats-Unis et les pays anglo-saxons proposent un traitement essentiellement ambulatoire. Cette modalité est cependant moins un choix des praticiens qu'une directive donnée par les assurances maladie, qui refusent de payer une

hospitalisation pendant plusieurs mois. Si toutefois une telle hospitalisation s'avère nécessaire, le contrat ne prévoit pas de séparation, et ce parce que le séjour est souvent trop court pour qu'une séparation puisse avoir un effet. Ces séjours hospitaliers sont très « médicalisés » avec une surveillance stricte des paramètres cliniques [31]. Les équipes ont donc appris à traiter la maladie autrement et elles ont adapté leurs thérapies.

De nombreux thérapeutes ont analysé les différentes modalités de prises en charge ambulatoires et bien que les résultats soient quelquefois contradictoires [33], ils concluent qu'une prise en charge ambulatoire auprès de spécialistes peut, si elle est bien organisée, être tout aussi efficace qu'une hospitalisation [24] [44].

V. McIntosh en Nouvelle Zélande a étudié trois thérapies ambulatoires différentes sans trouver de différence significative entre les approches cognitivo-comportementales, interpersonnelles et non-spécifiques [36].

En Australie, l'équipe autour de M. Goldstein a adopté une approche de prise en charge intense, comparable à un hôpital de jour. Non seulement cette thérapie est moins coûteuse qu'une hospitalisation à temps plein mais elle permet aussi aux patients de garder un lien avec leur vie sociale et ainsi de mettre en œuvre ce qu'ils apprennent en thérapie [23].

#### 2.2.2.2 La thérapie familiale

D'autres études portent sur la systémie dans le traitement de l'anorexie mentale et concluent que la thérapie familiale prévaut sur les thérapies individuelles [15] [18] [27]. Ceci est valable pour les patients adolescents alors que chez les patients anorexiques adultes, la thérapie individuelle serait plus efficace [31]. J. Lock n'a pas pu mettre en évidence une différence significative entre l'efficacité à moyen

terme des deux thérapies [35]. Une étude au Canada en 2010 montre que la thérapie familiale est non seulement efficace quant à la restauration d'un poids et d'un indice de masse corporelle normaux, mais induit également une amélioration des symptômes psychologiques comme la maîtrise excessive, les déficits d'introspection et les angoisses [12].

L'hôpital Maudsley de Londres a donné son nom à une nouvelle approche, développée dans les années 1980, « l'approche Maudsley ». Elle consiste en une thérapie familiale ambulatoire et a pour but d'éradiquer les facteurs de maintien des troubles plutôt que d'analyser les causes qui sont à l'origine de la maladie [12]. Beaucoup d'autres services se sont orientés vers cette approche, qui a fait ses preuves au niveau international.

Bien que la prise en charge de l'anorexie soit étudiée par de nombreuses équipes, beaucoup d'études ont un effectif relativement restreint qui ne permet pas de conclure à la supériorité d'un traitement par rapport à un autre. C'est pourquoi, l'étude ANTOP est actuellement en cours en Allemagne regroupant des hôpitaux de plusieurs Länder. Elle compare la thérapie focale psychodynamique et la thérapie cognitivo-comportementale au « traitement usuel », chez de jeunes adultes [54].

Devant les différents résultats, les chercheurs se demandent s'il peut y avoir une seule façon de traiter cette maladie, à la psychopathologie variable d'une famille à une autre. Plutôt qu'un traitement standardisé, la prise en charge doit s'adapter à la singularité des patients [51]. Le traitement du patient anorexique est un réel défi qui demande une remise en question constante du type de soins à amener. Il faut parler le langage du patient afin d'avancer dans la thérapie [33]. Le contrat de prise en charge se doit d'être parfaitement adapté à chaque situation, à son caractère individuel et singulier [47]. J. Vanderlinden propose d'analyser d'abord le « trajet psychologique » qui a mené dans la maladie, afin d'adapter au mieux son traitement [49].

Se rapprochant des techniques employées dans les pays anglo-saxons, il y a de plus en plus de pays en Europe qui modifient leur prise en charge. En Bavière (Allemagne) par exemple, les spécialistes ont développé une thérapie de groupe intensive, sous forme ambulatoire et pluridisciplinaire [38].

En France, la prise en charge ambulatoire et les thérapies familiales ont également gagné en importance. A Besançon, J.-P. Gaillard s'est rattaché à la méthode Milanaise de M. Selvini et a développé un protocole de thérapie familiale différent de l'approche de Maudsley. Il utilise « la rigidité dans les principes éducatifs, caractéristique dans les familles anorectiques » et met en œuvre des procédures pour que cette rigidité ne soit plus obstacle mais plutôt outil de travail [20].

### 2.2.2.3 L'hospitalisation

Bien que la prise en charge ait évolué et que le traitement ambulatoire ait gagné en valeur, les patients anorexiques nécessitent encore souvent, à un moment donné de la maladie, une hospitalisation à temps plein. Ce séjour est « un moyen utile pour faire face, soit à une crise individuelle, soit à une crise familiale » [47]. Il est alors à l'origine « d'une désactivation et d'une réorganisation des modèles de représentations internes, protectrices » [14].

Alors qu'il existe des directives en ce qui concerne l'indication d'une hospitalisation, la forme que doit prendre cette prise en charge n'est pas définie. De nombreuses équipes appliquent toujours le contrat de poids avec séparation thérapeutique.

#### 2.2.2.4 Le contrat de poids et la séparation thérapeutique

Critiquée par les uns, elle est défendue par les autres, car cette séparation thérapeutique « offre au patient la possibilité de penser à autre chose » et représente ainsi un « espace de liberté » [26]. Le contrat de soins définit habituellement deux poids : le poids de levée de la séparation thérapeutique et le poids cible. Ce dernier poids, fixé par le pédiatre, permet un développement pubertaire normal. Il est encore souvent appelé « poids de sortie » ; or, les patients ne sont pas obligés de quitter le service une fois ce poids atteint, le séjour pouvant être prolongé si l'adolescent en ressent le besoin [22].

Comme les hospitalisations sont habituellement denses (entretiens, activités thérapeutiques,...), elles risquent parfois de « reproduire le fonctionnement opératoire de ces pathologies ». L'hyperactivisme suscité par le programme que proposent les services d'hospitalisation peut servir à faire l'économie des désirs, les patientes se soumettant « à la volonté des autres et plus particulièrement de l'institution/mère qui désire (trop ?) pour elles » [51].

La séparation, comme elle est appliquée aujourd'hui, n'a plus rien à voir avec l'isolement du 19<sup>e</sup> siècle. Les patients ne restent pas dans leur chambre mais sont conviés à participer activement à la vie du service et entrent en contact avec des patients atteints d'autres pathologies. Il ne s'agit pas d'une punition, ni pour les patients, ni pour leurs familles. « Bien indiquée et bien préparée, elle est le support dans la réalité d'une séparation psychique entre les différents membres de la famille » [46].

En fait, l'anorexie est un moyen de protestation longue et silencieuse [42]. Ainsi, il semblerait que l'anorexie, sorte de protestation inconsciente contre les parents intrusifs, pourrait disparaître avec l'éloignement de la famille [39].

Cette modalité de traitement n'a pas non plus pour but de créer une « parentectomie », bien au contraire. Le travail avec les familles doit se faire en

parallèle sous forme d'entretiens ou encore en groupe de familles. Accessoirement, la séparation leur permet aussi de se soucier d'eux-mêmes, de souffler après une période difficile [22].

Comme nous l'avons vu en analysant le fonctionnement des familles d'anorexiques, il semble que dans ces familles le lien entre les différents membres est particulièrement proche. Or, à l'adolescence, « une distanciation psychique des imagos parentaux est nécessaire pour que se réalise l'assomption subjective » [5]. Et si cette distanciation ne peut se faire naturellement, l'hospitalisation peut aider à son initiation. De part et d'autre, elle « permet de vérifier qu'une séparation est possible, contredisant les fantasmes que l'un ou l'autre pourrait ne pas le supporter et parfois même y survivre » [26]. Dans le cadre de l'hospitalisation, « la séparation réelle est une figuration concrète, un étayage, du travail de séparation psychique qui s'opère progressivement » [46].

M. Corcos affirme que « quand elles consultent, les patientes et leurs familles sont déjà séparées par un symptôme terrorisant et persécuteur, qui s'est imposé pour réguler une distance relationnelle ». A travers le symptôme, l'adolescent tient au passé et se défend contre un avenir dangereux. Dans ce cadre, l'anorexie serait un auto-traitement par le patient et sa famille dans la problématique de séparation [11].

La séparation fait donc partie du traitement dans beaucoup de services. Or, nous constatons que cette séparation, si elle persiste dans le contrat, n'est souvent pas stricte et prévoit des visites dirigées [1] ou des entretiens familiaux réguliers avec le patient [55] ou encore l'échange par courrier.

Même si cette séparation s'applique depuis longtemps dans le traitement de l'anorexie mentale des adolescents, la question de l'éthique se pose dans cette modalité de prise en charge qui va « à l'encontre de la charte de l'enfant hospitalisé qui donne à tout enfant, quel que soit son âge ou son état, le droit d'avoir ses parents auprès de lui jour et nuit » [52].

Bien des auteurs sont sceptiques quant à la séparation thérapeutique et la voient comme pratique « vieillie ». Ainsi, Le Heuzey propose de « moderniser » la prise en charge. Un suivi ambulatoire mobiliserait davantage les patients et leurs parents [34].

Quelquefois, il est nécessaire d'aménager le contrat et la séparation thérapeutique, pour permettre à la situation d'évoluer, même si un tel aménagement n'est pas prévu par le contrat, car « dans certains cas, le besoin de maîtrise peut atteindre de telles proportions qu'il amène à une confrontation constante et à une subversion voire une perversion progressive du contrat qui perd sa valeur de médiation » [11].

Or, cette forme d'hospitalisation avec contrat ne consiste pas seulement en la séparation thérapeutique, mais permet surtout de définir clairement les modalités du séjour et sert à « représenter une médiation, une limite qui s'interpose entre la patiente et les autres et constituer une barrière à l'interpénétration de leurs désirs réciproques » [11]. Le contrat de poids et la contrainte de l'hospitalisation luttent contre l'omnipotence et le contrôle des patients anorexiques. [2] « La patiente peut se laisser porter, au moins dans un premier temps, par le désir d'autrui et ainsi protéger son narcissisme » [26]. La régression psychique des patients est favorisée. Le contrat offre ainsi un espace propre aux patients et leur permet de gagner en autonomie. Il « introduit la règle, la loi, la métaphore paternelle pour séparer l'adolescente du corps et de la pensée maternelle vécus comme omnipotents » [11].

Contrairement à ce qu'il paraît à première vue, ce contrat n'entrave pas la liberté des patients ; celle-ci est perdue depuis longtemps du fait de la symptomatologie de la maladie. « L'anorexique est écrasée sous le poids de contraintes internes » [13]. Il s'agit plutôt d'un outil important dans la prise en charge des adolescents anorexiques qui auront tendance à tester la détermination de l'équipe soignante et qui sont « affectivement et narcissiquement très sollicitants ». Ainsi, il a une fonction pare-excitante pour la patiente car « mieux vaut un persécuteur

extérieur qu'un persécuteur intérieur » [11] ; mais il a aussi une fonction pare-excitante et protectrice pour le thérapeute et l'équipe soignante, régulièrement testés par les patients anorexiques. Il ajuste la distance relationnelle et parallèlement, il permet d'anticiper la question de la séparation à la fin de l'hospitalisation [26].

Cependant, il est important que ce contrat qui fait tiers entre le patient et le thérapeute soit discuté et négocié avec le patient et sa famille. Il ne doit être intangible ni complice et doit survivre aux agressions [11]. « C'est toujours avec tact mais aussi une certaine fermeté qu'il convient de prendre en charge ces patientes » [3]. Dans le cas idéal, ces hospitalisations sont programmées à l'avance et se font avec l'accord du patient [5]. Il est souhaitable que le patient ainsi que sa famille soient prêts à ce séjour ; en effet, une préparation adaptée minimise le risque d'un arrêt précoce du suivi [29].

Il s'agit aussi de faire alliance avec la famille de l'anorexique, ce qui est quelquefois difficile, la famille pouvant adopter des attitudes critiques et manipulatrices. Or, « le comportement familial exigeant et manipulateur signe l'existence d'un système familial enchevêtré et rigide solidement installé » [47]. Toutefois, même si la famille est perçue comme « inefficace », elle n'est pas coupable du développement de la maladie. Il est important de déculpabiliser les parents et de les inclure dans la prise en charge, afin d'aider à modifier les comportements pathogènes [55].

Alors que l'hospitalisation avec contrat de séparation est encore appliquée par beaucoup de services, il y a de plus en plus d'équipes en France qui axent la thérapeutique sur des groupes de parole [53] ou sur une prise en charge en famille, avec des entretiens ambulatoires réguliers avec tous les membres de la famille. En effet, ces familles d'adolescents « offrent des modes et qualités de fonctionnement très divers, souvent non pathologiques (...) et jouent un rôle essentiel dans la guérison » [7]. Durant les dernières années, la thérapie multifamiliale a été développée dans le service de l'Hôpital Robert Debré de Paris

en s'orientant aux expériences récentes de deux services à Londres et à Dresde. Cette forme de thérapie consiste à réunir plusieurs familles autour d'une même pathologie [10] et combine trois dimensions : psychoéducative, groupe de parole et thérapie familiale et interfamiliale avec le but de modifier l'organisation familiale pathogène.

#### 2.2.2.5 Quelques exemples de traitement de l'anorexie mentale chez l'adolescent

Après avoir constaté cette grande diversité de traitement de l'anorexie mentale chez les adolescents et avant d'analyser les modalités de soins utilisées dans notre unité à Nancy, nous nous sommes intéressée à la prise en charge adoptée dans d'autres services en France et à l'étranger. Nous avons contacté au hasard 10 services hospitaliers recevant des adolescents anorexiques et 4 médecins, français, belges et allemands nous ont répondu.

A la clinique St Yves de Rennes, sur 20 patients suivis pour anorexie mentale, 5 sont hospitalisés avec un séjour moyen de 2 mois. Ces hospitalisations prévoient également des « conditions de séjour » avec des objectifs thérapeutiques et la séparation familiale est systématique en début d'hospitalisation. Le contact est successivement rétabli par courrier, puis appels téléphoniques et finalement visites et permissions. Les familles sont suivies en parallèle.

L'hôpital « Le Domaine-U.L.B. », une annexe de l'Université Libre de Bruxelles, accueille des adolescents à partir de 13 ans et adapte le traitement à chaque situation. Le service offre des suivis ambulatoires sous forme de thérapie multifamiliale et une prise en charge individuelle psychothérapeutique qui prévoit des groupes de parole pour les familles en parallèle. Sur une file active de 50 patients par an, 20 sont hospitalisés et restent en moyenne 3,5 mois. Ces hospitalisations prévoient un contrat de poids sans séparation ; cependant

pendant les 10 premiers jours (la phase d'adaptation) les patients ne peuvent avoir ni visites, ni appels téléphoniques, ni recevoir ou écrire des courriers. Cette séparation n'est donc pas associée à une reprise de poids.

En Allemagne, le centre « Klinik am Korso » en Rhénanie du Nord-Westphalie s'occupe exclusivement de patients anorexiques sous forme hospitalière. Ces séjours ont une durée moyenne de 54 jours et sont organisés sous forme de contrat de poids avec séparation, stricte au début. Les entretiens familiaux sont toutefois organisés en présence du patient. La thérapie consiste dans une prise en charge individuelle et de groupe.

La clinique Christophe Dornier, également en Rhénanie du Nord-Westphalie, prend en charge toutes sortes de pathologies psychiatriques. Les patients anorexiques suivent, en début d'hospitalisation, une thérapie de groupe qui réunit 5-7 patients anorexiques. La seconde phase de séjour est consacrée à la psychothérapie individuelle. La séparation thérapeutique n'est pas appliquée. Les parents sont informés régulièrement des progrès et les entretiens familiaux se font toutes les deux semaines. Toutefois, il s'agit d'une clinique privée et les frais ne sont pas systématiquement pris en charge par la caisse maladie.

Ces quatre exemples de thérapie, choisis au hasard, illustrent bien la grande diversité qui existe entre les différentes approches et, malgré le développement d'un traitement ambulatoire, l'hospitalisation est encore souvent retenue.

#### 2.2.2.6 Nécessité d'une prise en charge durable

En général, peu importe sous quel format cette hospitalisation est organisée, il s'agit d'une phase transitoire. L'hospitalisation fait partie du traitement, mais les patients ne sortent pas guéris, ils nécessitent un suivi ambulatoire soutenu après ce séjour hospitalier afin de prévenir les rechutes.

Qu'il s'agisse d'une hospitalisation ou d'un suivi ambulatoire, la prise en charge pluridisciplinaire est importante. L'intervention thérapeutique se fait à trois niveaux [47] :

- Le suivi pédiatrique. Le pédiatre intervient pour tout problème somatique. Ainsi, « l'abstention du thérapeute à s'occuper directement du symptôme fait qu'il se dégage et dégage sa patiente du jeu dans lequel elle tend par ses conduites agies, à entraîner ses interlocuteurs » [13]
- La psychothérapie individuelle, analytique ou cognitivo-comportementale selon les écoles
- La prise en charge de la famille, sous forme d'entretiens ou en groupes de parents.

# 3 ÉTUDE

## 3.1 Description de l'étude

La séparation thérapeutique lors de l'hospitalisation des adolescents anorexiques est de plus en plus controversée ces dernières années. Nombreux sont les services qui, pour diverses raisons, ne la pratiquent plus et se concentrent sur la thérapie familiale.

Dans le service de psychiatrie infanto-juvénile du CHU de Nancy, la séparation thérapeutique fait toujours partie intégrante de l'hospitalisation. Toutefois, il ne s'agit pas d'isoler les patients dans leur chambre. Les patients sont invités à participer à la vie du service et aux différentes activités proposées. En ce qui concerne la prise en charge des familles, elle se fait sous forme d'entretiens familiaux bimensuels dès le début de l'hospitalisation. Par contre, la séparation thérapeutique est stricte et ces entretiens se font sans le patient tant qu'il n'a pas atteint le « poids de levée de la séparation thérapeutique », sauf lors d'une réhospitalisation.

Afin de suivre l'évolution thérapeutique internationale du 21<sup>e</sup> siècle, une réflexion autour de la séparation thérapeutique a eu lieu et l'équipe, autour du Chef de service, a modifié les modalités de la prise en charge à partir de janvier 2008, autorisant l'échange de courriers entre les patients et leur famille (parents et fratrie) pendant la période de séparation thérapeutique. Il s'agit d'une méthode de communication particulière, puisqu'il y a un délai entre l'émission et la réception des lettres, ce qui permet d'offrir un temps de réflexion.

Ainsi la séparation thérapeutique n'est plus complète et se pose alors la question de son efficacité.

Notre étude porte sur les répercussions de l'évolution des modalités de la séparation thérapeutique. Il s'agit d'une étude rétrospective avant-après, comparant deux groupes de patients anorexiques qui ont connu l'une ou l'autre des deux modalités de prise en charge.

### **3.2 Objectif**

L'objectif principal de l'étude est d'analyser l'impact que l'échange de courrier lors de la période de séparation thérapeutique peut avoir sur la maladie à court et à moyen terme, en termes de durée d'hospitalisation et de nombre de récurrences.

Les objectifs secondaires sont de recueillir des visions plus subjectives des intérêts et des risques de ce changement thérapeutique, en nous appuyant sur les témoignages des membres de l'équipe soignante.

### **3.3 Hypothèses**

Notre première hypothèse est que l'échange du courrier augmente la durée d'hospitalisation, puisque l'élaboration psychique du patient anorexique se fait essentiellement en le séparant de son environnement familial et social, ce qui n'est plus tout à fait le cas.

Dans le même courant de pensée, le temps entre l'admission et la levée de la séparation thérapeutique devrait augmenter et notre deuxième hypothèse est donc que les patients nécessitent plus de temps pour atteindre le « poids de levée de la séparation thérapeutique », la séparation de leur milieu familial n'étant pas complète.

En troisième intention, nous analysons le taux de rechutes à un an. En restant dans la logique des « défenseurs » du contrat de séparation, notre hypothèse est que ce taux augmente quand la séparation n'est pas totale, ce qui rendrait le traitement moins efficace à moyen terme.

## **3.4 Méthodologie**

### **3.4.1 Description de la structure d'accueil**

Le service de psychiatrie infanto-juvénile se situe au sein de l'Hôpital d'Enfants à Nancy-Brabois. Il peut accueillir 10 enfants ou adolescents en hospitalisation à temps plein. Pour la période de 2006 à 2009, la file active du service varie entre 122 et 179 patients. En moyenne, sur ces 4 ans, les prises en charges pour anorexie mentale représentent 17.8% de la file active du service. Ce chiffre est actuellement relativement stable.

La population de patients est donc diversifiée et les jeunes anorexiques rencontrent durant leur séjour des enfants et adolescents qui présentent d'autres pathologies. Les activités proposées par le service (ateliers cuisine, sport, réunion « soignant-soigné », peinture, relaxation,...) se font toujours sans distinction des pathologies. Seul le travail sur l'image du corps leur est plus particulièrement destiné.

### **3.4.2 Population étudiée**

Les critères d'inclusion pour notre étude sont les suivants :

- Diagnostic principal : F50.0 Anorexie mentale, selon les critères du DSM IV
- Première hospitalisation dans le service de psychiatrie infanto-juvénile à l'hôpital d'enfants de Brabois
- Hospitalisation avec contrat de poids et séparation thérapeutique
- Adolescent(e)s pubères
- Période de recensement de janvier 2006 à décembre 2009.

Critères de non inclusion :

- Anorexie dans le cadre d'autres troubles psychologiques
- Sortie contre avis médical ou sortie avant l'atteinte du poids cible fixé dans le contrat.

Notre cohorte est divisée en deux groupes : les sujets hospitalisés entre janvier 2006 et décembre 2007, pour lesquels le contrat d'hospitalisation ne permet pas l'échange par courrier, et les sujets hospitalisés entre janvier 2008 et décembre 2009, pour lesquels cet échange est autorisé.

### **3.4.3 Protocole de soins**

Le service de psychiatrie infanto-juvénile à l'hôpital d'enfants de Nancy applique les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en privilégiant toujours la prise en charge ambulatoire conjointe entre un pédiatre et un pédopsychiatre. Si cette prise en charge est insuffisante et si une hospitalisation s'avère nécessaire du point de vue pédiatrique ou psychiatrique, celle-ci est organisée en s'appuyant sur un contrat de poids avec séparation thérapeutique. Sauf urgence

somatique ou psychiatrique, cette hospitalisation est préparée et discutée en consultation avec le patient et sa famille.

Lors de ces consultations, les patients et leurs familles sont vus par un pédiatre et un pédopsychiatre. Le « poids cible » est fixé par le pédiatre et correspond à un objectif minimal à atteindre pour permettre un développement pubertaire normal. Le « poids de levée de la séparation thérapeutique » est habituellement fixé deux kilos en-dessous du « poids cible ». A côté des entretiens médicaux et infirmiers, durant l'hospitalisation, les patients peuvent suivre certaines activités à l'intérieur du service. Non seulement les poids de sortie de l'hôpital et le poids de levée de la séparation thérapeutique, qui permet aux patients d'être de nouveau en contact avec leur famille, sont fixés en début d'hospitalisation, mais le contrat prévoit aussi des poids intermédiaires qui donnent accès à une activité scolaire dans le service ainsi qu'aux balades, sorties et activités sportives organisées dans l'unité. L'annexe 2 illustre les détails de ce contrat d'hospitalisation.

Cette prise en charge et le fonctionnement du service n'ont pas été modifiés depuis des années. Le seul changement notable, réalisé par le Chef de service, est l'autorisation de l'échange par courrier, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

#### **3.4.4 Recueil des données**

Nous avons étudié les dossiers médicaux des patients et recueilli :

- La durée totale de l'hospitalisation
- La durée entre l'admission et la première levée de séparation
- Les rechutes à 12 mois ayant nécessité une réhospitalisation dans le service
- Le nombre de retours en séparation.

Les durées de l'hospitalisation et de séparation thérapeutique servent à comparer l'efficacité immédiate de la prise en charge. Elles sont comptées en journées d'hospitalisation.

Le nombre de rechutes permet d'évaluer l'efficacité de la prise en charge à moyen terme.

Une fois la levée de séparation thérapeutique atteinte, le contrat ne met pas les patients à l'abri d'un retour en séparation si le poids descend à nouveau en-dessous du seuil fixé. Le nombre de retours en séparation sert donc à évaluer la progression durant l'hospitalisation.

Les autres données recueillies, afin de s'assurer d'une certaine homogénéité entre les deux groupes de notre cohorte, sont les suivantes :

- Âge du patient à l'admission
- Durée d'évolution de la maladie, comptée en mois, recueillie à partir des propos du patient et de ses parents
- Éventuel suivi antérieur par un psychiatre et/ou un pédiatre
- Poids et taille à l'entrée permettant de calculer le BMI (Body Mass Index) initial
- Nombre de kilos à prendre, fixé dans le contrat de poids
- Diagnostics secondaires
- Investissement et résultats scolaires
- Antécédents pédopsychiatriques
- Antécédents de dépression maternelle
- Situation familiale (séparation parentale,...)
- Activité professionnelle des parents
- Taille de fratrie et rang que le patient y occupe.

### **3.4.5 Méthodes statistiques utilisées**

L'étude statistique a été faite avec l'aide du Docteur Nicolas Jay<sup>1</sup>. Les moyennes des deux populations ont été comparées à l'aide du test t de Student et du test de Mann Whitney. Les distributions ont été comparées par le test du Chi2 et le test de Fisher. L'analyse a été réalisée avec le logiciel R, version 2.12.2 (2011).

Les variables qualitatives sont représentées sous forme d'effectifs et de pourcentage de la population étudiée. Les variables quantitatives sont représentées sous forme de moyenne, écart-type et médiane.

### **3.4.6 Recueil de témoignages de l'équipe soignante**

Afin d'analyser l'impact de ce changement sur l'équipe soignante du service, nous avons élaboré un questionnaire (Annexe 3) que nous avons soumis à tous les membres de l'équipe soignante actuelle qui ont travaillé avec les deux modalités de prise en charge.

---

<sup>1</sup> Docteur Nicolas Jay : médecin spécialiste en Santé Publique, laboratoire SPI-EAO (Santé Publique, Information médicale et Enseignement multimédia Assisté par Ordinateurs), Faculté de Médecine de Nancy.

## 3.5 Résultats

Durant la période de recensement, 82 patients ont été hospitalisés avec un diagnostic d'anorexie mentale. Nous avons retenu 53 dossiers, éligibles selon les critères d'inclusion de l'étude.

Le premier groupe (hospitalisations entre janvier 2006 et décembre 2007) comporte 26 patientes et le second groupe (hospitalisations entre janvier 2008 et décembre 2009) comporte 27 patientes. Les deux groupes sont composés exclusivement de jeunes filles. Sur toute la période de recensement, 4 garçons ont été hospitalisés avec un diagnostic d'anorexie mentale mais aucun n'a rempli les critères d'inclusion pour l'étude. Les patientes sont âgées de 11 à 18 ans avec une moyenne d'âge de 15 ½ ans.

### 3.5.1 Composition des deux groupes

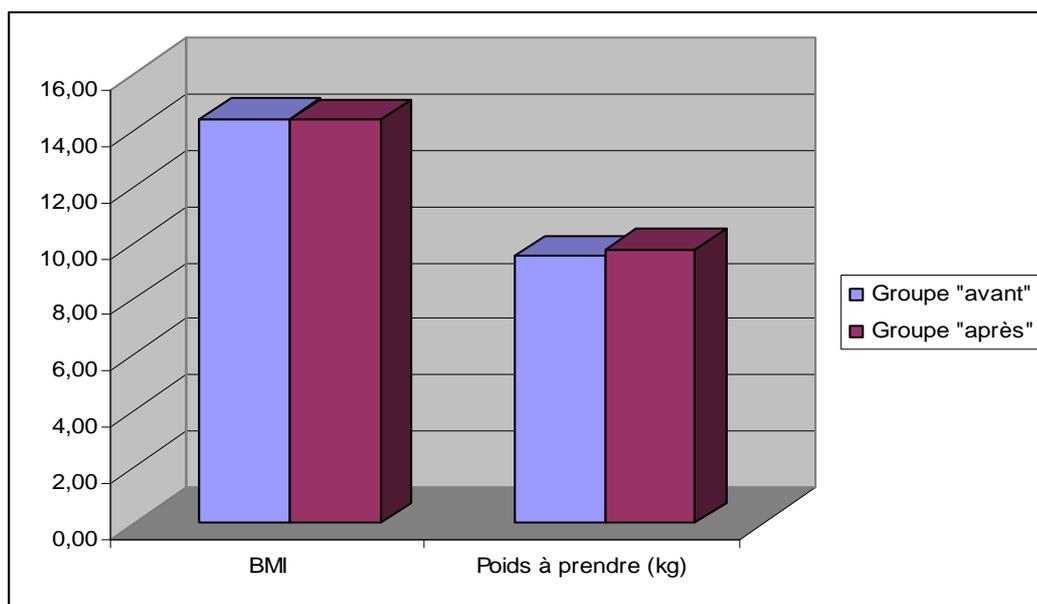
#### 3.5.1.1 Gravité de la dénutrition

Nous n'avons pas objectivé de différence significative dans la composition des deux groupes de notre population, en termes d'âge des patientes et de BMI (Body Mass Index) à l'entrée.

La moyenne d'âge est de 15.46 +/- 1.86 ans dans le groupe « avant » et de 15.48 +/- 1.34 ans dans le groupe « après ».

Le BMI en début d'hospitalisation est de 14.41 +/- 1.43 kg/m<sup>2</sup> dans le premier groupe et de 14.39 +/- 1.56 kg/m<sup>2</sup> dans le second ; les patientes ont en moyenne 9.53 +/- 3.56 kg à prendre dans le premier groupe et 9.78 +/- 3.97 kg dans le second (Graphique 1).

Graphique 1



Les deux groupes sont comparables en ce qui concerne le niveau d'études et la constellation familiale. 20 patientes du groupe « avant » et 22 patientes du groupe « après » ont de bons ou de très bons résultats scolaires.

Dans le groupe « avant », les deux parents exercent une profession dans 84.62% des cas ; 77.78% des parents du groupe « après » exercent tous les deux une profession.

La majorité des patientes ont au moins un frère ou une sœur, seules 2 patientes du groupe « avant » et 5 patientes du groupe « après » sont filles uniques. Le rang qu'elles occupent dans la fratrie est variable.

L'étude ne révèle pas de différence en ce qui concerne les antécédents pédopsychiatriques. 11 patientes parmi le groupe « avant » et 15 patientes parmi le groupe « après » ont été suivies en pédopsychiatrie pendant l'enfance.

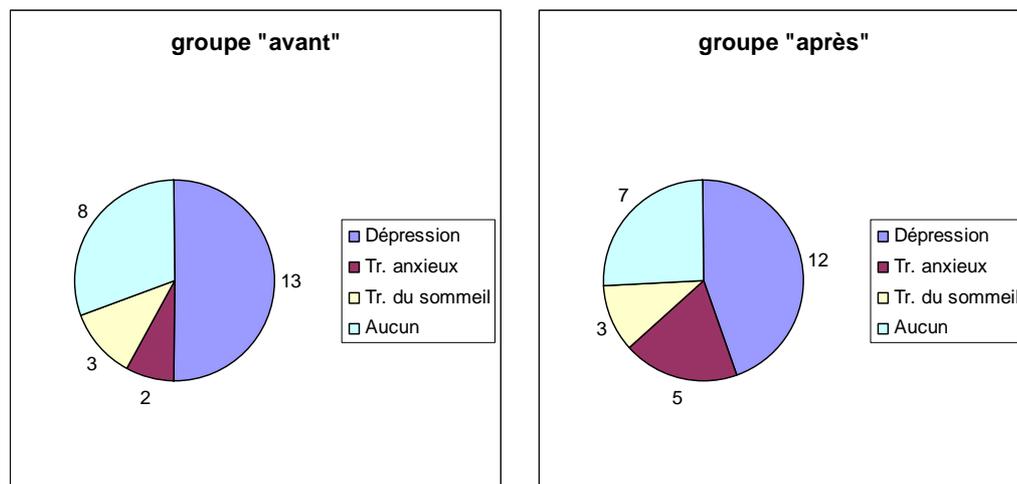
### 3.5.1.2 Diagnostics secondaires

Durant leur séjour dans le service, différents diagnostics secondaires ont été posés et nous les avons regroupés comme suit :

- Dépression
- Troubles anxieux (angoisses, rituels)
- Troubles isolés du sommeil nécessitant un traitement médicamenteux.

Le diagnostic secondaire le plus fréquemment posé dans les deux groupes est l'état dépressif. 50% des patients du groupe « avant » et 44% des patients du groupe « après » présentent des signes de dépression. Le graphique 2 illustre la répartition des troubles, sans différence significative entre les deux groupes.

Graphique 2

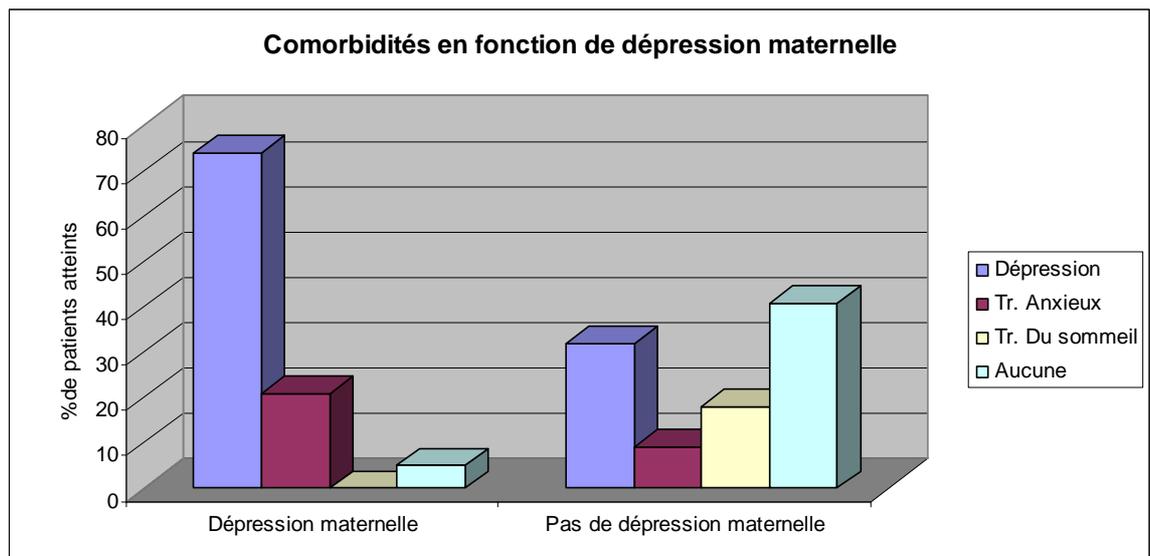


### 3.5.1.3 Antécédents familiaux

En ce qui concerne les antécédents familiaux, 10 mères du groupe « avant » et 9 mères du groupe « après » ont souffert ou souffrent de dépression. Les deux groupes sont donc comparables.

Accessoirement, nous avons étudié l'existence d'une corrélation entre la dépression maternelle et les comorbidités rencontrées chez les patientes. Le graphique 3 illustre que les jeunes patientes dont la mère souffre de dépression ont significativement plus de risques de développer des troubles dépressifs pendant leur hospitalisation pour anorexie mentale ( $p < 0.01$ ). En effet, 74% des patientes de mères dépressives présentent des signes de dépression, contre 32% chez les patientes de mères non dépressives. Seulement 5% de ces patientes n'ont pas de pathologie associée lorsque les mères font ou ont fait une dépression, alors que les patients de mères non dépressives ont une anorexie mentale isolée dans 41% des cas.

Graphique 3



#### 3.5.1.4 Durée d'évolution de la maladie et suivi antérieur

En ce qui concerne la durée d'évolution de la maladie avant la première hospitalisation, nous retrouvons une différence significative ( $p < 0.01$ ) entre les deux groupes. Dans le groupe « avant », cette durée d'évolution comporte 7.46

+/- 3.75 mois, alors que dans le groupe « après » on note une durée moyenne de 10.93 +/- 6.88 mois.

En nous intéressant au suivi antérieur à l'hospitalisation, nous constatons cependant qu'il ne s'agit pas d'une prise en charge tardive de la pathologie, mais plutôt d'une orientation différente. Cette orientation dans le service spécialisé de Nancy s'est faite plus tard dans le second groupe.

Sur les 26 patientes du 1<sup>er</sup> groupe :

- 4 ont été suivies en ambulatoire par les médecins du service à Nancy
- 15 ont été suivies dans des Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou par des psychiatres libéraux
- 7 ont été hospitalisées d'emblée dans le service à Nancy, sans suivi antérieur.

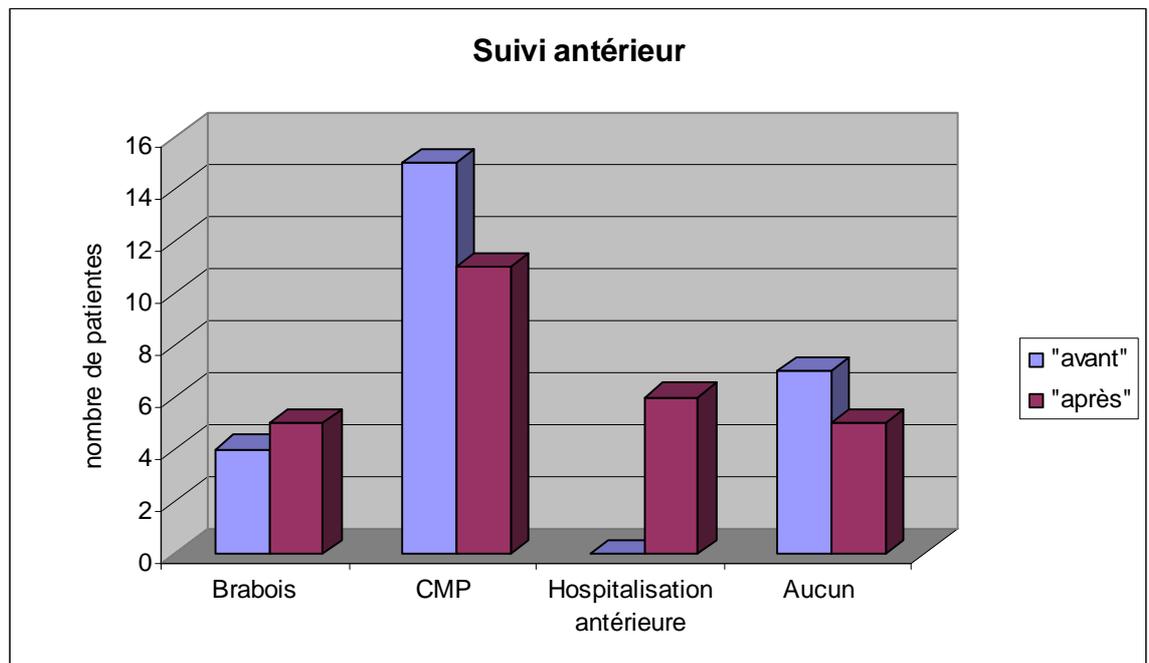
Aucune patiente du groupe « avant » n'a été hospitalisée auparavant pour anorexie mentale dans un autre hôpital.

Parmi les patientes du second groupe :

- 5 étaient suivies en ambulatoire par le service à Nancy
- 11 avaient leur suivi dans un CMP ou auprès d'un psychiatre libéral
- 5 ont été hospitalisées d'emblée
- 6 patientes ont été hospitalisées dans un service de pédiatrie ou de psychiatrie dans un autre hôpital avant d'avoir été adressées à Nancy.

Le graphique 4 illustre ces différentes prises en charge avant l'admission dans le service.

Graphique 4



### 3.5.2 Efficacité à court terme

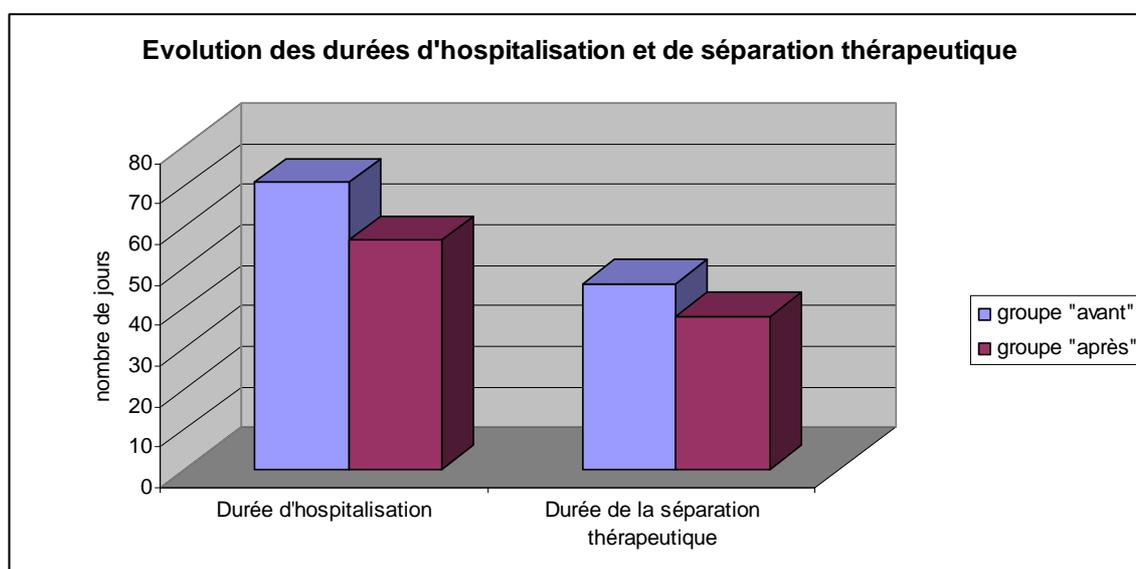
#### 3.5.2.1 Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation dans le premier groupe comporte en moyenne 70.73 +/-38.16 jours avec une valeur médiane de 69.50 jours. Dans le second groupe elle comporte en moyenne 56.59 +/-31.10 jours avec une valeur médiane de 51 jours (Graphique 5). Toutefois, bien que l'hospitalisation ait tendance à être plus brève dans le second groupe, où l'échange par courrier a été autorisé, cette différence de durée n'est pas statistiquement significative.

### 3.5.2.2 Durée de la séparation thérapeutique

Le délai entre l'admission et la levée de la séparation thérapeutique est de 45.96 +/-29.65 jours en moyenne dans le groupe « avant » (valeur médiane : 34) et de 37.78 +/-22.16 jours dans le groupe « après » (valeur médiane : 38). Ces deux valeurs ne sont pas significativement différentes.

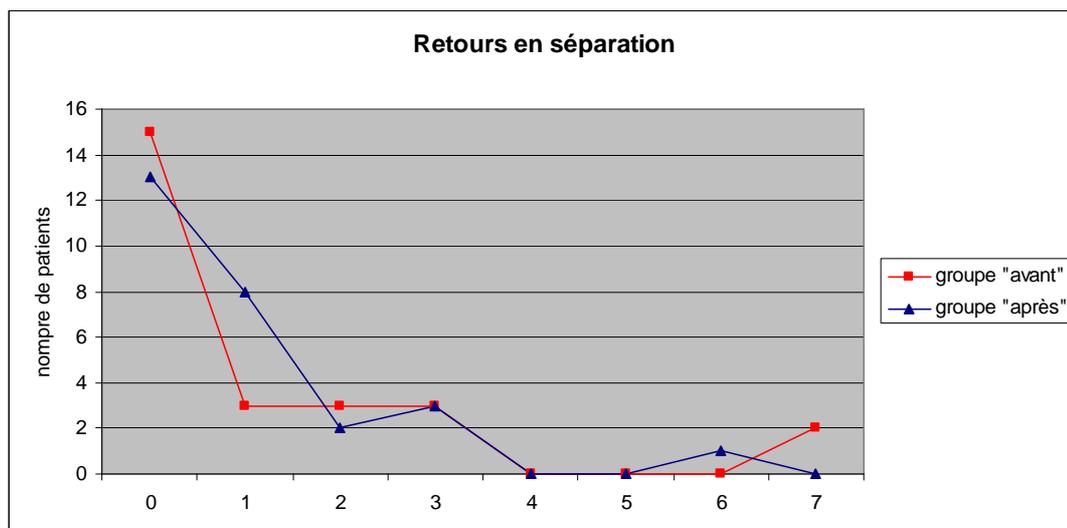
Graphique 5



### 3.5.2.3 Évolution durant l'hospitalisation

Dans le groupe « avant », parmi les 26 patientes, 11 n'ont pas réussi à garder leur « poids de levée de la séparation thérapeutique » et sont repassées au moins une fois en-dessous du seuil de levée de séparation. Dans le groupe « après », 14 patientes sur les 27 ont fait au moins un retour en séparation. Le graphique 6 illustre l'évolution pendant l'hospitalisation avec le nombre de retours en séparation thérapeutique.

Graphique 6

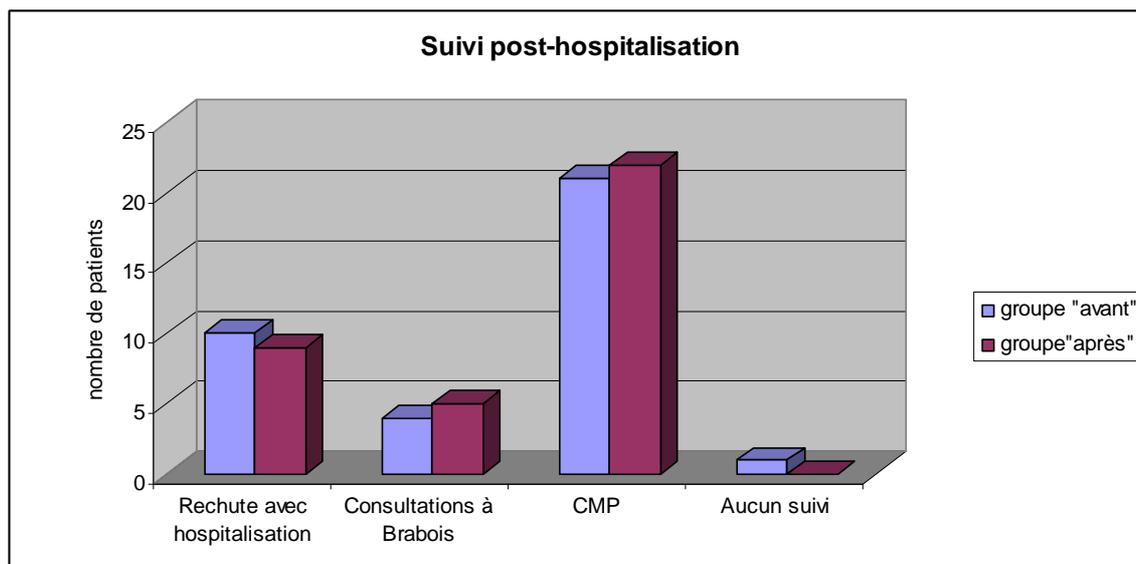


### 3.5.3 Efficacité à moyen terme

En ce qui concerne les rechutes à 12 mois, 10 patientes parmi 26 dans le groupe « avant » et 9 patientes parmi 27 dans le groupe « après » ont été ré-hospitalisées. Statistiquement cette différence n'est pas significative et l'efficacité du traitement à moyen terme n'est pas modifiée par l'échange ou non de courrier pendant la période de séparation thérapeutique.

Il n'existe pas de différence dans le suivi post-hospitalisation. En sortant de l'hôpital, 4 patientes du groupe « avant » ont continué le suivi dans le service à Brabois et 21 patientes ont été suivies au CMP. Une seule patiente a arrêté le suivi en sortant d'hospitalisation. Dans le groupe « après », 5 patientes ont continué les consultations à Brabois et 22 patientes ont été suivies au CMP (Graphique 7).

Graphique 7



### 3.5.4 Ressenti de l'équipe soignante

Onze infirmières et infirmiers de l'équipe soignante actuelle ont connu et appliqué le contrat d'hospitalisation avec séparation stricte sans courrier et 10 d'entre eux ont travaillé pendant la période de changement de contrat en janvier 2008 ; un seul infirmier n'était pas affecté dans le service pendant cette période mais il a découvert le changement à son retour au poste.

#### 3.5.4.1 Opinion générale sur la séparation thérapeutique

Tous les soignants sans exception sont en faveur de la séparation thérapeutique dans le traitement de l'anorexie mentale, décrivant cette approche nécessaire et utile, une approche « qui a fait ses preuves ». Même si quelques-uns avaient des difficultés à leur arrivée dans l'unité à comprendre le sens de cette modalité de soins, les membres de l'équipe ont appris à gérer la séparation qui permet « de faire un travail d'introspection, de prendre de la distance par rapport à la dynamique familiale » et qui « permet au patient de faire le point sur lui-même et

à la famille de souffler et prendre du recul ». Cette séparation évite que le patient soit parasité par les attitudes et les discours parentaux et un soignant exprime d'ailleurs son regret par rapport à l'évolution de la prise en charge de l'anorexie mentale en général, qui prévoit de moins en moins de contrats de séparation. Le Cadre infirmier se souvient d'une réunion « soignant-soigné », réunion qui a lieu hebdomadairement dans le service, lors de laquelle l'arrêt de la séparation avait été discuté. En dépit de leurs critiques par rapport à la séparation, de la souffrance qu'elle peut engendrer, les patients ont alors exprimé leur besoin de mise à distance afin de réfléchir et de « mettre en place quelque chose qu'ils n'avaient pas pu faire autrement ».

Cependant, plusieurs infirmiers reconnaissent aussi que ces contrats peuvent présenter des inconvénients parce que certains patients et certaines familles ne sont pas en capacité de profiter de la séparation. Par ailleurs, bien qu'elle soit convaincue de l'utilité de la séparation thérapeutique, une infirmière, elle-même mère de famille, imagine les difficultés qu'une telle séparation peut représenter pour les familles.

#### 3.5.4.2 Réactions au moment de l'annonce du changement de contrat en janvier 2008

Lorsque la décision en faveur de l'échange par courrier a été prise par le Chef de service, la majorité de l'équipe était plus interrogative qu'opposée, se posant alors la question de l'intérêt de la séparation thérapeutique. Les soignants se souviennent de la crainte qu'ils ont eue quant à l'emprise que la famille allait pouvoir avoir sur les patients « à distance ». Ces échanges peuvent également poser un problème lorsque l'adhésion aux soins est limitée et risquer de « mettre l'équipe en porte-à-faux » puisqu'il y a « moins de cadre et moins de maîtrise ». Néanmoins, ces échanges par courrier, s'ils peuvent être abordés par les patients en entretien, pourraient aussi donner de la matière à travailler et ainsi aider à

avancer dans la thérapie. Une soignante s'est dit qu'accessoirement, le courrier pourrait donner des informations sur l'alliance des parents qui abordent ou non avec l'équipe soignante des éléments du courrier de leur enfant.

### 3.5.4.3 Perception actuelle de la prise en charge

Aujourd'hui, trois ans plus tard, les avis des différents soignants concernant la prise en charge et le courrier restent partagés. Cinq infirmières se positionnent plutôt en faveur du courrier. Trois soignants interrogés trouvent que le courrier peut influencer la prise en charge de façon positive ou négative selon les situations, deux autres soignants s'expriment clairement contre l'échange de courrier alors qu'un soignant explique manquer de recul pour trancher.

Du discours de l'équipe soignante, nous avons relevé les avantages et inconvénients suivants :

Aspects négatifs :

- L'emprise que la famille peut avoir sur le patient et sur la prise en charge à travers des messages et des injonctions. Le patient est parfois « inondé » par des lettres de la part de sa famille.
- De temps en temps, l'équipe doit se justifier auprès des parents par rapport à des incidents ou des décisions dont les patients ont informé leurs familles et qui ne les concernent pas forcément. Par conséquent, l'équipe soignante a plus de difficultés à faire alliance avec les familles et les échanges téléphoniques parents-soignants en perdent parfois leur richesse.
- A travers les lettres, les jeunes patients peuvent « faire du chantage » et faire culpabiliser leurs parents de les avoir fait hospitaliser. Ceux-ci

risquent alors de signer la sortie d'hospitalisation de leur enfant au moindre incident, ce qui est arrivé une fois en 3 ans.

- Parfois, le courrier peut être vécu comme une obligation. Le patient ou les parents peuvent culpabiliser s'ils ne répondent pas le jour même.
- Comme l'équipe soignante transmet les enveloppes sans vérifier leur contenu, la famille peut ajouter dans le courrier des lettres d'autres personnes ou encore des photos ou de petits objets personnels.
- Le courrier permet d'exprimer des sentiments et des opinions qui ne sont plus abordés autrement, ce qui peut diminuer la richesse des appels téléphoniques et des entretiens familiaux à la levée de la séparation.
- « Le double discours pose une difficulté supplémentaire », constate un infirmier. En effet, les patients peuvent écrire une chose et exprimer le contraire auprès de l'équipe soignante, ce qui ne permet pas d'avancer dans la construction d'une nouvelle dynamique familiale.

#### Aspects positifs :

- Le courrier fait Tiers et les patients osent parfois écrire des choses qu'ils n'auraient pas aussi facilement abordées au téléphone ou en entretien. Souvent, les parents reprennent ces écrits lors des entretiens téléphoniques avec les soignants, ce qui permet de travailler avec la famille et d'avancer davantage avant la levée de la séparation thérapeutique.
- Ainsi, le courrier permet de se rendre compte de l'alliance des parents avec l'équipe soignante.

- A travers le retour que les parents peuvent faire des courriers, l'équipe est informée du ressenti des patients sur leur hospitalisation. C'est pour un infirmier une grande richesse.
- D'après certains soignants, l'acceptation de la séparation thérapeutique par les parents est devenue moins difficile depuis l'autorisation du courrier.

« Selon les situations, l'échange du courrier peut être positif ou négatif ». Cette phrase, formulée par une infirmière résume bien l'avis de l'équipe, qui a appris à travailler avec la nouvelle modalité de prise en charge mais qui reste inquiète par rapport à un arrêt total de la séparation thérapeutique.

# 4 DISCUSSION

## 4.1 L'impact du courrier pendant la séparation thérapeutique

### 4.1.1 Efficacité à court terme

Nous avons émis l'hypothèse dans notre étude que ces échanges prolongent le séjour des patients puisque la séparation n'est plus stricte, et ce pour deux raisons :

- Comme les patients restent en contact avec leur famille, ils risquent de se laisser plus de temps avant d'atteindre le poids de levée de la séparation thérapeutique, ayant encore un moyen de « savoir », voire de « maîtriser » des éléments de la vie de famille, et pouvant s'en contenter.
- Par ailleurs, à contrario, ils peuvent se sentir encore sous l'emprise familiale, recevant parfois des sortes d'injonction par courrier.

Les résultats de notre étude ne nous permettent pas de conclure sur la supériorité d'une modalité de soins par rapport à l'autre. Toutefois, en analysant les chiffres recueillis, nous constatons que, même si les différences ne sont pas statistiquement significatives, la durée d'hospitalisation et la durée de séparation thérapeutique ont, contrairement à nos deux premières hypothèses, tendance à être plus courtes s'il y a des échanges par courrier. Les patients auraient donc tendance à progresser plus vite. Est-ce que le fait de savoir qu'il y a des nouveautés à l'extérieur et de se rendre compte de ce qu'ils pourraient vivre dans leurs familles, les amène à avancer plus rapidement ? Et/ou est-ce que les échanges par courrier permettent de faire avancer plus vite la thérapie ?

### **4.1.2 Efficacité à moyen terme**

Au niveau du nombre de rechutes, ayant nécessité une réhospitalisation dans le même service dans les 12 mois suivant le premier séjour, nous n'avons pas relevé de différence entre les deux groupes de patients. Les deux modalités de soins semblent avoir la même efficacité à moyen terme. D'après la littérature, la grande majorité des adolescents anorexiques qui rechutent, sont réhospitalisés dans les 12 mois suivant leur premier séjour. Si nous admettons donc que les patients qui ne sont pas réadmis dans l'année qui suit le premier séjour sont considérés guéris, ce résultat est en faveur d'une égalité des deux méthodes au niveau de l'efficacité au long cours. Le courrier ne semble donc pas modifier le taux de guérison des patients.

### **4.1.3 Évolution durant l'hospitalisation**

La progression idéale pendant l'hospitalisation voudrait que la courbe de poids suive une droite, que les patients prennent du poids de façon constante, ni trop rapidement, ni trop lentement ; cette courbe pondérale reflèterait la progression psychique qui doit se faire en parallèle. Mais la prise pondérale est rarement linéaire et les patients en perdent même parfois le contrôle. Ainsi, il existe quelquefois des « retours en arrière », en termes de paliers du contrat de soins, avec des possibles pertes de poids.

Est-ce que les patients reperdent du poids parce qu'ils appréhendent les retrouvailles, voire la sortie de l'hôpital ? Est-ce que des échanges entre les patients et leur famille pendant la phase de séparation pourraient préparer ces retrouvailles ?

Nous avons analysé le nombre de retours en-dessous du seuil de levée de la séparation thérapeutique afin de comparer l'impact des deux modalités de soins

sur ce point. Les résultats ne relèvent pas de différence entre les hospitalisations avec courrier et celles avec séparation stricte. Ceci prouve donc que dans notre cohorte, les échanges de courrier n'ont pas d'impact sur l'évolution pondérale pendant l'hospitalisation et par conséquent, ces échanges ne semblent pas permettre de préparer l'appréhension liée aux retrouvailles et à la sortie.

Ces pertes de poids en-dessous du seuil de levée de séparation semblent être également une façon pour les patients anorexiques de vérifier leur contrôle, non seulement sur leur propre corps, mais aussi sur leur famille. En effet, ce sont eux qui, par la prise ou la perte de poids, décident de la visite ou non de leur famille ; ceci se faisant parfois inconsciemment...

#### **4.1.4 Impact sur l'humeur des patients durant leur hospitalisation**

Nous avons relevé les comorbidités des patients, diagnostiquées et traitées durant l'hospitalisation, afin de comparer l'état psychologique des patients des deux groupes.

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes de notre cohorte en termes de fréquence des pathologies rencontrées, à savoir dépression, troubles anxieux et troubles du sommeil isolés. Le courrier n'influence donc pas la fréquence de ces diagnostics secondaires.

En raison du faible effectif de notre cohorte, nous n'avons pas pu analyser si le courrier influence l'efficacité du traitement selon l'existence ou non d'une pathologie associée.

#### **4.1.5 Impact sur l'alliance des patients et de leurs familles**

Nous nous sommes demandée si l'autorisation du courrier pendant l'hospitalisation influençait l'acceptabilité du traitement et par conséquent, l'alliance thérapeutique des patients et de leurs familles. Si l'on considère que pendant l'hospitalisation, devant la gravité de la maladie, ces familles n'ont pas réellement le choix d'accepter ou non le traitement qui est souvent devenu une urgence médicale, le suivi post-hospitalisation offre une idée de l'alliance de ces patients. Est-ce que les familles continuent donc leur suivi, une fois les patients sortis de l'hôpital ?

En comparant les données recueillies sur le suivi post-hospitalier (Graphique 7), nous constatons que, à l'exception d'une patiente du premier groupe qui a été perdue de vue, toutes les autres patientes ont continué le suivi auprès de leur thérapeute, que ce soit en ambulatoire à l'Hôpital d'enfants de Nancy ou au CMP ou auprès d'un psychiatre libéral.

Le nombre de suivis à l'Hôpital d'enfants est resté stable, 4 patients du groupe « avant » et 5 patients du groupe « après » ont continué à consulter dans le service.

Ces résultats montrent que, malgré les difficultés que les familles peuvent éprouver au début de l'hospitalisation liées aux exigences du contrat de poids, elles ont suffisamment confiance en cette modalité de soins pour adhérer à la poursuite du traitement. L'introduction du courrier lors de la séparation thérapeutique ne semble pas avoir d'influence sur cette alliance.

#### **4.1.6 Les difficultés rencontrées par l'équipe soignante**

En recueillant les témoignages des soignants, nous avons constaté que les différents membres de l'équipe ont bien l'habitude d'appliquer le contrat de poids avec séparation thérapeutique et qu'ils perçoivent tout l'intérêt de cette modalité de soins.

Ils ont quasiment tous eu des appréhensions en apprenant les modalités du « nouveau » contrat qui permettait l'échange de courrier. Aujourd'hui, trois ans plus tard, leurs avis sont partagés, certains y voyant davantage des effets bénéfiques alors que d'autres relèvent plutôt les inconvénients.

Ces réactions nous semblent compréhensibles. Pourquoi changer une thérapie compétente ? Un grand nombre de ces soignants ont appris cette façon de traiter l'anorexie mentale pendant leurs années d'études et l'ont appliquée de façon efficace pendant des années. Ils n'ont pas eu l'occasion de travailler dans une unité proposant une modalité de soins différente et de faire l'expérience avec d'autres thérapies.

Ce qui est relevé par l'équipe, c'est non seulement l'avantage ou l'inconvénient pour le patient ou sa famille, mais c'est aussi leur difficulté à travailler avec cette nouveauté. Ils doivent se justifier pour « des petits riens » et comme il y a moins de cadre, ils ont moins de maîtrise face aux patients. De leurs témoignages ressort une certaine appréhension par rapport à ce que les patients pourraient écrire dans leurs lettres sur le fonctionnement du service. Cette crainte est certainement justifiée, car l'équipe soignante n'a pas la place la plus simple dans le traitement des adolescents anorexiques. Ils doivent par exemple mettre en œuvre les décisions d'équipe et, bien que ces décisions soient annoncées aux patients par le médecin, les infirmiers sont souvent considérés comme « les policiers », comme ceux qui manquent de pitié devant la souffrance,... ce sont eux qui reçoivent au quotidien le transfert parfois agressif des adolescents, qui

reçoivent cette agressivité si longtemps refoulée. Il est intéressant d'analyser ce transfert et important de soutenir l'équipe parfois « mise à mal ».

Néanmoins, en analysant le point de vue de l'équipe soignante trois ans après le changement, nous nous apercevons que les craintes initiales ont été pour la plupart relativisées. Au contraire, certains infirmières et infirmiers relèvent même des avantages quant à l'autorisation du courrier. En effet, si l'alliance de la famille est correcte, de nombreux sujets du courrier peuvent être repris bien avant la levée de la séparation thérapeutique, ce qui permet d'avancer plus vite dans les soins. Et il y a même des sujets qui sont abordés par les patients qu'ils n'auraient peut-être pas osé aborder lors d'un entretien familial.

L'équipe a donc appris à travailler avec ce nouveau contrat et a accepté cette prise en charge légèrement différente. Néanmoins, la plupart des soignants restent inquiets par rapport à un éventuel arrêt complet de la séparation thérapeutique. Et si une telle modification devait se faire, elle devra être discutée et préparée. Car, comme nous l'avons constaté en ce qui concerne les familles d'anorexiques, ce qui est préparé devient mieux acceptable.

#### **4.1.7 Inégalité au niveau de la composition des deux groupes**

Afin d'analyser les résultats d'une étude dans des conditions correctes, il est indispensable que les deux groupes comparés soient similaires et ne présentent pas de différence autre que la différence étudiée.

Les deux groupes de notre cohorte sont comparables en ce qui concerne la gravité de dénutrition, l'âge moyen, les comorbidités et les antécédents familiaux. Cependant, en ce qui concerne la durée d'évolution de la maladie, celle-ci est plus longue dans le second groupe.

Cette différence est significative et nous devons la prendre en compte dans l'analyse de nos résultats. Mais de quelle manière ? En effet, une maladie de durée d'évolution plus longue, bien ancrée, risque d'être plus difficile à traiter, ou au contraire, cette évolution dans la maladie plus ancienne peut avoir servi à un début de prise de conscience du patient de ses troubles, ce qui peut faciliter les soins hospitaliers.

Accessoirement, nous nous interrogeons sur l'origine de cette différence et nous formulons deux hypothèses devant le temps de latence avant la première admission en service spécialisé :

- L'ignorance des familles face aux premiers signes de la maladie, ce qui induit un retard de consultation.
- Les médecins traitants, pédiatres et psychiatres, consultés en première ligne, ont envoyé leurs patients plus tardivement dans le service de pédopsychiatrie à Nancy.

En ce qui concerne la première hypothèse, il est peu probable que les familles soient devenues moins vigilantes face aux signes de l'anorexie mentale, alors que les sensibilisations pour cette maladie se font de plus en plus nombreuses. En outre, tous les adolescents de ce groupe ont consulté un thérapeute avant d'être hospitalisés. Ce retard d'hospitalisation n'est donc probablement pas dû à un manque de demande d'aide de la part de la famille, mais il est plutôt secondaire à une orientation différente de la part des thérapeutes.

En effet, si nous revenons sur le graphique 4 des résultats de notre étude, nous constatons que 6 patients parmi ceux du groupe « après » ont été hospitalisés dans un service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie avant d'être orientés dans le service spécialisé à Nancy, alors qu'aucun des patients du groupe « avant » n'a été hospitalisé auparavant pour anorexie mentale. Bien que cette différence ne soit pas significative vu le faible effectif de notre cohorte, elle suscite des interrogations concernant une probable différence dans le traitement proposé aux patients anorexiques des deux groupes.

La provenance des adolescents accueillis dans le service à Nancy n'a pas changé ; la plupart des patients sont envoyés par les CMP ou des psychiatres libéraux de la Lorraine. Il est donc probable que ces mêmes thérapeutes, se référant aux nouvelles recommandations de la HAS [27] concernant la prise en charge de l'anorexie mentale, aient légèrement modifié leur prise en charge, cherchant à gérer les symptômes avant de demander une hospitalisation dans un service spécialisé.

#### **4.1.8 Limites de l'étude et perspectives**

L'échantillon de l'étude relativement faible (53 cas) peut expliquer pourquoi nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre nos deux groupes en termes de :

- Durée d'hospitalisation
- Durée de la séparation thérapeutique
- Existence d'hospitalisation antérieure dans un autre service.

D'après le statisticien, nous aurions probablement trouvé une différence significative pour l'une ou l'autre de ces caractéristiques, en étudiant deux populations plus importantes. Cependant, une augmentation de la période de recueil de patients sur six ans (2005-2010) ne nous aurait pas laissé assez de recul à ce jour pour pouvoir comparer les modalités de prise en charge à long terme. C'est une comparaison qui mérite d'être faite ultérieurement.

Pour toutes les moyennes calculées, les écart-types sont relativement importants, ce qui montre que l'évolution thérapeutique chez les patients anorexiques est très variable. Cette variabilité dans notre cohorte limite également les résultats des analyses statistiques.

En ce qui concerne l'efficacité à long terme, nous avons tenu compte des réhospitalisations dans le même service, sans demander des informations sur la situation actuelle auprès des familles. Bien que les patients soient généralement réadressés dans le même service en cas de rechute, il est possible que l'état des patients reste critique mais qu'ils ne nécessitent pas ou ne désirent pas de réhospitalisation, ou encore qu'ils aient été hospitalisés dans un autre service pédiatrique ou psychiatrique. Nous n'avons donc que des données finalement partielles concernant les rechutes, mais traitées de la même manière dans les deux groupes.

Et finalement, est-ce que la durée de séjour peut être assimilée avec l'efficacité à court terme ? Ces contrats d'hospitalisation n'empêchent pas les patients de prendre du poids rapidement en se « gavant » d'aliments, afin de rentrer le plus vite possible et de reprendre leurs habitudes anorexiques. En travaillant dans ces services hospitaliers, on voit régulièrement des patients qui prennent 10 kilos en 3 semaines, ce qui prouve leur maîtrise du corps. Mais cette prise de poids n'équivaut pas à une guérison. Il serait donc intéressant d'analyser l'efficacité du traitement au long cours lorsque les reprises de poids sont si rapides.

## **4.2 Anorexie mentale et dépression**

Comme nous l'avons développé dans la première partie, L. Onnis compare l'anorexique à un fantôme qui met en acte sa propre disparition et J. A. Serrano définit le seuil de la négation de la vie. Les deux affirmations exposent des signes de mélancolie. Existe-t-il donc un lien entre l'anorexie mentale et la dépression mélancolique ? Dans notre cohorte, nous avons mis en évidence un nombre important de patients présentant des symptômes dépressifs. Avec 47% des patients atteints, la dépression est en effet la comorbidité la plus fréquente. Il existe certes un lien entre la perte pondérale et la symptomatologie dépressive.

Cependant, certains patients ont un réel état dépressif majeur qui n'est pas lié à la perte pondérale en soi.

### **4.3 Impact des antécédents familiaux**

La dépression maternelle a été évoquée par F. Perdereau comme facteur perturbateur des interactions mère-enfant et du processus de séparation-individuation. Dans notre cohorte étudiée, nous avons effectivement trouvé un nombre élevé d'antécédents de dépression chez la mère ; 36% des mères présentent ou ont présenté des signes de dépression. Ces chiffres sont en faveur de la théorie développée par F. Perdereau.

En analysant nos résultats, nous constatons que la dépression maternelle intervient non seulement dans le développement de l'anorexie mentale, mais qu'elle est aussi un facteur de risque de dépression chez les patients anorexiques eux-mêmes.

Même si ces antécédents maternels sont reconnus comme facteur de risque pour l'anorexie mentale, d'après l'article de F. Perdereau, cette pathologie n'interviendrait pas dans l'évolution de l'anorexie, sous condition d'être diagnostiquée et traitée. Or, comment est-ce que l'on peut traiter la mère en étant le thérapeute de son enfant ? On peut éventuellement aborder des troubles et suggérer un soutien psychologique mais c'est la mère qui doit décider si elle accepte l'aide professionnelle ou non.

Il est donc important, non seulement de mettre en évidence ces troubles psychologiques familiaux, mais aussi d'encourager la famille à les faire traiter.

## 4.4 Intérêt de la rupture partielle

En analysant nos résultats, nous constatons donc que l'instauration du courrier pendant la séparation thérapeutique n'a pas d'impact majeur sur le traitement de l'anorexie mentale chez les adolescents et nous nous demandons si ces résultats ne peuvent pas venir remettre en question la séparation thérapeutique en elle-même.

Quel est l'intérêt d'autoriser le contact par courrier entre l'adolescent anorexique et sa famille, si nous partons du principe que la séparation thérapeutique sert à créer une distance, un espace personnel favorisant l'individuation et l'autonomisation ? Est-ce qu'une séparation qui n'est pas stricte peut être aussi efficace qu'une rupture complète de contact entre le patient et sa famille ? Est-ce que la séparation thérapeutique a encore un sens si elle n'est pas totale ?

Le courrier risque d'empêcher la rupture qui est nécessaire pour pouvoir défaire certains liens et les reconstruire de façon saine. En outre, le thérapeute et l'équipe soignante n'ont pas de contrôle, ni sur la fréquence, ni sur le contenu des échanges. Et le patient de son côté pourrait se sentir obligé d'écrire et de répondre à ses parents, ce qui renforce plus ses entraves que son gain en autonomie.

Cependant, le courrier est un moyen particulier de communication. En effet, on a la possibilité de préparer la lettre, de la relire et de reformuler certaines phrases. Ces écrits sont souvent plus réfléchis que la parole. Il existe en outre un temps de latence entre le moment où la lettre est postée et le moment où elle est lue par le destinataire, ce qui induit que le patient et sa famille ne peuvent espérer une réponse avant plusieurs jours. Enfin, dans un courrier, le patient peut écrire des choses qu'il n'aurait pas toujours osé aborder en face-à-face.

Toutefois, si le courrier est autorisé, ne serait-il pas intéressant d'organiser également les entretiens familiaux en présence du patient, de façon à pouvoir

aborder les échanges du courrier, ce qui est fait dans l'unité à Nancy à partir de la deuxième hospitalisation ?

Le passage à la rupture partielle remet donc en question la séparation thérapeutique, ce qui nous amène à réfléchir sur cette modalité de soins.

## **4.5 La place de la séparation thérapeutique au 21<sup>e</sup> siècle**

### **4.5.1 Les particularités relationnelles chez ces patients**

Les relations dans les familles d'anorexiques sont décrites comme harmonieuses, toute difficulté étant refoulée. Ce que ces familles doivent donc apprendre, c'est à reconnaître les conflits et à les aborder ensemble afin de pouvoir les résoudre sans se servir de symptômes anorexiques. Cependant, en séparant le patient de sa famille et en interdisant tout contact, on ne l'invite pas - du moins pendant la période de séparation - à échanger avec sa famille sur les conflits existants.

Toutefois, cette séparation sert d'espace de réflexion, autant du côté du patient que du côté de sa famille. Il est probablement plus facile de défaire les liens « pathogènes » pour reconstruire sur des bases saines, plutôt que de s'acharner à modifier un lien dysfonctionnel.

Les contrats d'hospitalisation sont d'autant plus difficiles à accepter que les relations sont très unies. Cependant, à l'adolescence, les enfants ont besoin de gagner en autonomie et de développer leurs propres désirs ; des désirs qu'ils n'arriveront pas à communiquer s'ils sont persuadés que leurs parents ne veulent pas les entendre. Cette volonté d'autonomie risque alors d'être refoulée pour convenir au schéma familial existant.

Pour ces adolescents, la proposition du thérapeute d'un contrat d'hospitalisation avec séparation peut donc être « arrangeante ». Les jeunes patients n'ont ainsi pas besoin de se justifier pour couper le contact pendant une période limitée. Ceci explique que la plupart des patients, une fois hospitalisés, acceptent rapidement ce séjour avec contrat de poids. Et en analysant leurs courbes de poids, nous nous apercevons qu'ils se servent même parfois de ce contrat pour contrôler la mise à distance.

Si nous reprenons l'expression de M. Corcos selon laquelle l'anorexie est une sorte de protestation et retenons que le patient est déjà séparé de sa famille par le symptôme, le contrat d'hospitalisation avec séparation thérapeutique n'est qu'un moyen de rendre visible, par la création d'une distance physique, la distance psychique qui est finalement antérieure à l'hospitalisation, même si elle ne s'est pas instaurée de manière structurante.

Toutefois, il ne suffit pas de remplacer la distance psychique par la distance physique pour faire progresser l'adolescent et sa famille. Pendant cette hospitalisation, la thérapie doit consister à éviter une rechute à la sortie de l'hôpital, car la « mise à l'abri » ne s'avérera efficace qu'à condition de changer le fonctionnement à l'origine des troubles.

#### **4.5.2 Le besoin du symptôme**

En considérant que le patient anorexique se sert de l'anorexie mentale pour réguler sa distance vis-à-vis de sa famille, la séparation thérapeutique peut l'aider à se séparer de ce symptôme.

Jusqu'au début des troubles, l'enfance de ces patients s'est généralement déroulée sans incident : il n'y a pas eu de crise d'adolescence ni d'opposition par rapport aux limites posées par les parents. On peut supposer qu'inconsciemment,

la maladie est une forme particulière d'opposition qui s'est installée de façon silencieuse.

En lui offrant cet « abri » et cette distance sous forme de contrat de séparation, l'hospitalisation peut initier une vie sans la maladie.

Certains patients utilisent également le symptôme pour unir la famille. En effet, tant que toute discussion tourne autour de l'anorexie mentale, non seulement la communication intrafamiliale persiste mais les différences et éventuelles disputes conjugales passent au second plan. C'est une situation qu'il faut savoir repérer et travailler durant le séjour hospitalier, car parfois les tensions « tues » pendant l'hospitalisation, réapparaissent peu de temps après le retour à domicile de l'adolescent.

Que cela soit par opposition ou par souci de cohésion familiale, par l'hospitalisation, le patient se rend compte que la famille peut survivre sans lui et sans sa maladie. Même si cette prise de conscience est quelquefois douloureuse, elle soulage et aide à la guérison. De la même manière, la famille apprend à ne plus s'appuyer que sur « l'adolescent symptôme ».

### **4.5.3 Les droits de l'enfant hospitalisé**

C. Vidailhet évoque la charte de l'enfant hospitalisé dans un article sur l'éthique et l'anorexie mentale. L'anorexie mentale est en effet probablement la pathologie où l'on va le plus souvent à l'encontre des droits de l'enfant. Hospitaliser, interdire tout contact avec l'extérieur, limiter voire interdire les balades et les sorties... ; malgré ce règlement qui évoque le milieu carcéral, le contrat est accepté par de nombreuses familles parce qu'il est expliqué et justifié par la clinique ; et les responsables des unités où il est appliqué ne sont pas convoqués devant la cour des droits de l'homme.

En effet, une préparation correcte avec une présentation de l'unité d'hospitalisation et des explications sur le contrat de poids et son sens, aide la famille à faire confiance et à accepter ces contraintes.

Quoi qu'il en soit, les familles sont libres d'accepter cette hospitalisation ou non et peuvent y mettre fin à tout moment. Or, seulement une minorité des patients ne terminent pas leur séjour dans le service. Mais se pose tout de même la question de savoir si les parents acceptent l'hospitalisation de leurs enfants parce qu'ils sont convaincus du bienfait de cette prise en charge ou parce que le système n'en prévoit pas d'autre.

Dans l'ensemble, il nous semble que les parents se décident à faire hospitaliser leur enfant parce qu'ils ont compris l'intérêt de cette modalité de soins. Lors des contacts avec ces familles durant l'hospitalisation, on s'aperçoit que, la plupart du temps, la prise en charge est bien acceptée, ce qui montre combien la souffrance générée par la maladie devait être grande et les bienfaits qu'une telle séparation peut avoir sur toute la famille.

#### **4.5.4 Créer de nouveaux contacts et gagner en autonomie**

Le problème de séparation-individuation est développé par de nombreux auteurs qui cherchent des relations entre l'angoisse de séparation pendant l'enfance et le développement de l'anorexie mentale. Ces deux pathologies seraient liées au fonctionnement familial spécifique où il n'y a que peu de place pour l'individuation des enfants. Alors qu'I. Frias compare les relations avec l'interface placentaire, M. Corcos parle des inconscients maternels, qui, selon P. Duverger, ne se construisent pas en identification mais en imitation.

Une certaine autonomie est nécessaire afin de s'individualiser à l'adolescence et de développer ses propres désirs. Or, s'il n'apprend pas le goût de cette

autonomie durant l'enfance et si ses désirs propres sont refoulés, l'adolescent aura plus de difficultés à s'affirmer.

Dans ces situations, l'hospitalisation avec coupure du milieu familial sert à initier une distance qui permettra de donner des libertés nécessaires au gain d'autonomie. Les patients apprennent pendant leur séjour à prendre des décisions et à faire des choix sans leurs parents. A travers la séparation, ils sortent de l'imitation des parents.

En même temps, ils sont invités à aller vers les autres patients, à s'ouvrir à un nouvel environnement social, ce qui est un bon exercice, pour travailler sur leur affirmation et percevoir l'extérieur autrement que comme dangereux (I. Kaganski). Par ailleurs, pour la plupart des jeunes patients, depuis le début de l'anorexie, leur vie sociale a été pauvre.

Cependant, bien que beaucoup d'unités d'hospitalisation traitent des pathologies diverses, les patients qui souffrent d'anorexie mentale ont tendance à se regrouper entre eux plutôt qu'à aller vers les autres adolescents du service. Dans ces situations, les liens qu'ils créent risquent de perturber la guérison. Car en effet, l'imitation dans laquelle ils ont l'habitude de vivre ne disparaît pas mais est simplement déplacée.

#### **4.5.5 Apprendre à différencier entre séparation et perte**

Selon certains auteurs, les patients anorexiques ne savent pas faire la différence entre une séparation de courte durée et une séparation définitive. Ils rencontrent des difficultés à l'adolescence à s'autonomiser et à s'éloigner de la maison familiale, redoutant la rupture complète.

L'hospitalisation avec période de séparation les rassure progressivement, car, par cette distance physique, ils apprennent que le lien avec leur famille persiste et survit aux séparations.

#### **4.5.6 Faire des choix**

Les hospitalisations avec contrat de poids prévoient à côté des entretiens psychiatriques, de nombreuses activités comme des balades et des sorties, de l'expression corporelle, de la peinture, des exercices sur l'image du corps, etc. Les patients sont invités à participer à ces activités dès que le poids le leur permet. Dans ces contrats, comme l'a abordé S. Vibert en parlant de l'hyperactivisme suscité par le programme de l'hospitalisation, le gain en autonomie et l'apprentissage de faire des choix est minime. Il semble donc important que dans toute prise en charge hospitalière, à côté des activités fixes, il y ait un espace personnel pour les patients anorexiques, qui leur offre quelques libertés au niveau de l'organisation de leurs journées. Ceci est encouragé au sein de l'unité de pédopsychiatrie au CHU de Nancy, en individuel et en collectif.

#### **4.5.7 Gérer la nourriture et les repas**

Alors que les jeunes anorexiques traités en thérapie ambulatoire peuvent participer activement à choisir les plats et à les préparer, les menus qui sont servis à l'hôpital sont établis par une diététicienne et programmés avec le chef de cuisine de l'établissement. Dans certaines unités, comme celle à l'Hôpital d'Enfants de Nancy, les patients ne savent pas à l'avance le menu du prochain repas. Bien que cette modalité soit justifiée parce qu'elle évite que les patients anorexiques anticipent et calculent la teneur calorique des différents aliments à l'avance, elle ne les prépare pas à la réalité qui les attend en sortant du service. Car une fois retournés chez eux, ils devront non seulement gérer le choix des

ingrédients mais aussi composer leurs plats avec des quantités adaptées des différents aliments afin d'obtenir un plat équilibré.

C'est pourquoi, dans le service de Nancy, où nous avons fait notre étude, les patients apprennent à se servir eux-mêmes en quantités correctes et ne reçoivent pas leur plateau-repas comme dans les autres unités du même hôpital. Un atelier cuisine a lieu une fois par semaine : le menu est composé par les patients et les plats sont cuisinés ensemble. Des repas pris sur l'extérieur font également partie des soins. Ces modalités servent à préparer les patients anorexiques à mieux gérer leur alimentation à la sortie de l'hôpital.

#### **4.5.8 L'inclusion de la fratrie dans la modalité des soins**

Le fonctionnement familial est mis en cause par un grand nombre de spécialistes en psychiatrie infanto-juvénile. Les relations intrafamiliales sont décrites comme particulièrement « proches ». Nous pourrions donc imaginer, devant ce fonctionnement particulier, que plusieurs membres de la famille sont atteints de troubles psychiques voire d'anorexie mentale. Or, nous constatons que, dans la majorité des familles, la fratrie des patients anorexiques se porte bien. Dans notre cohorte, aucun des patients anorexiques n'a un frère ou une sœur atteint d'anorexie mentale. Nous évoquons deux raisons pour lesquelles toute la fratrie n'est pas atteinte.

Premièrement, le degré de fragilité psychique est propre à chacun et variable au sein de la fratrie. Alors que les uns réussissent à s'autonomiser et prendre de la distance par rapport à leurs parents, les autres auront plus de difficultés à s'éloigner et à enlever les « entraves ».

Deuxièmement, la naissance d'un enfant est toujours un moment unique pour les parents. L'union qui naît et la relation que les parents construisent avec leur bébé

dépend des réactions et des propriétés du nourrisson, mais aussi du vécu des parents, de leur situation au moment de la naissance, à la fois au sein du couple et au niveau de l'entourage. Les parents n'ont donc jamais la même relation avec tous leurs enfants, ce qui explique pourquoi l'un des enfants peut être plus dépendant de sa mère ou de son père que les autres et par conséquent avoir plus de difficultés à gagner en autonomie en grandissant.

Or, même si la fratrie est en bonne santé, elle doit être prise en considération dans le traitement du « patient désigné », car, comme le décrit M. Vandorpe dans son article, toute la famille des patients anorexiques est en souffrance. Il n'est pas toujours évident de tenir compte de la fratrie en hospitalisant les patients avec contrat de séparation. Même si des entretiens familiaux sont prévus tous les 14 jours, comme dans le service à Nancy, ces entretiens se limitent le plus souvent aux parents, les frères et sœurs ne pouvant ou ne désirant pas venir, même s'ils sont invités à ces entretiens. Alors que le thérapeute et l'équipe soignante s'aperçoivent des réactions du patient face à la séparation, ils ne connaissent généralement le vécu de la fratrie qu'à travers le discours des parents. Pendant ce temps de séparation thérapeutique, la prise en charge de la fratrie est donc quasi non existante, ce qui n'est généralement pas le cas pour les thérapies familiales ambulatoires, où les entretiens ne se font pas si la famille nucléaire n'est pas au complet.

#### **4.6 Savoir choisir parmi plusieurs approches**

En passant en revue la littérature, nous avons constaté qu'il existe un grand nombre d'approches pour traiter l'anorexie mentale des adolescents. La plupart des praticiens s'orientent vers des thérapies connues et documentées, pour développer leur propre système de soins, adapté à leur unité d'intervention et tenant compte de leurs convictions personnelles.

Il est rare que pour une pathologie aussi répandue que l'anorexie mentale, les approches thérapeutiques soient aussi divergentes. Alors que les critères diagnostiques de la maladie sont clairement définis et bien que le mécanisme familial soit reconnu par la plupart des thérapeutes comme facteur intervenant dans le développement des troubles, les opinions sur les origines de la psychopathologie restent divergentes et les discussions autour du traitement sont d'actualité.

Les moyens financiers et les refus des Caisses Maladie de payer des hospitalisations longues sont souvent mis en avant. Or, est-ce que l'on peut se permettre devant une maladie aussi grave, de ne pas proposer la meilleure thérapie pour une raison de coûts? On ne refuse pas, par exemple, une chimiothérapie à un malade cancéreux à cause du prix. Ethiquement, ceci ne serait pas acceptable et irait à l'encontre de la déontologie médicale. Ce sont plutôt les points de vue différents sur la maladie, sur son développement et sur les façons de la traiter qui orientent ces prises en charge. Si on traite donc l'anorexie mentale sans hospitalisation longue, c'est aussi parce qu'on a développé d'autres approches qui sont reconnues comme tout aussi efficaces que le séjour à l'hôpital. Et les nombreuses études que nous avons évoquées, comparant ces deux approches, confirment l'efficacité de chacune des méthodes appliquées.

Devant une maladie psychiatrique comme l'anorexie mentale, il est difficile de comparer les prises en charge, chacune ayant des avantages et des inconvénients. Alors que l'hospitalisation offre un traitement intense et permet ainsi souvent d'avancer plus vite et de reprendre du poids rapidement, le suivi ambulatoire ne coupe pas l'adolescent de son milieu habituel. Comme l'écrivent certains auteurs qui favorisent cette dernière modalité de soins, les patients continuent à avoir des contacts avec leurs proches et à suivre les cours et peuvent, au fur et à mesure, mettre en pratique ce qu'ils apprennent en thérapie.

Les deux approches les plus largement répandues sont d'un côté l'hospitalisation avec contrat de poids et séparation thérapeutique plus ou moins stricte, et de l'autre côté la thérapie familiale. Ces deux approches peuvent sembler contradictoires. Alors que dans l'une, toute l'attention est portée sur la famille, les interactions sont analysées lors des entretiens familiaux et tous les membres de la famille sont invités à progresser dans leurs relations ; dans l'autre approche, il y a une coupure plus ou moins totale entre le patient et sa famille, ne permettant pas d'échange pendant une période donnée.

Après réflexion, nous sommes persuadée que ces deux méthodes, bien que différentes, ne sont pas contradictoires car toutes les deux traitent les interactions familiales. Alors que l'une tente de couper des liens afin de les reconstruire différemment, l'autre essaye d'induire des changements au fur et à mesure.

L'approche Maudsley consiste à éradiquer les facteurs de maintien de la maladie et réussit à faire changer ce fonctionnement familial en thérapie ambulatoire. Or, dans certaines familles, ces facteurs de maintien sont plus modulables pendant une hospitalisation qui commence par une rupture, afin de sortir du « schéma pathogène ».

La meilleure façon d'approcher l'anorexie mentale semble être l'évaluation première du patient, de la famille et de la maladie, puis l'adaptation du traitement à chaque situation particulière.

## 5 CONCLUSION

Il existe une multitude de traitements pour l'anorexie mentale chez les adolescents. Alors que les pays anglo-saxons et les Etats-Unis développent les thérapies ambulatoires, beaucoup de thérapeutes français privilégient toujours l'hospitalisation avec contrat de poids et séparation thérapeutique.

En analysant différentes études menées au niveau international, nous avons constaté qu'aucune ne permet de prouver la supériorité d'une modalité de soins par rapport à une autre. Or, ces travaux donnent des pistes pour le développement de nouvelles thérapies, adaptées à chaque situation particulière.

L'étude que nous avons menée dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Nancy, comparant deux modalités de soins, toutes les deux basées sur la séparation thérapeutique dont l'une est stricte et l'autre autorise des échanges par courrier, ne nous permet pas davantage de conclure à la supériorité d'une méthode par rapport à l'autre. En effet, nous n'avons pas relevé de différence significative ni en terme d'efficacité du traitement, ni en terme d'acceptabilité des patients et de leurs familles. Secondairement, notre étude met en évidence une variabilité relativement importante entre les patients anorexiques, une des raisons pour laquelle les études comparatives retrouvent peu de résultats statistiquement significatifs.

Dans ce travail, nous avons essayé de tenir compte, non seulement de l'évolution de la maladie chez les patients, mais aussi de prendre en considération le point de vue de l'équipe soignante, qui s'avère finalement plutôt majoritairement en faveur de l'utilisation du courrier dans le contrat de soins.

De manière accessoire, la différence de la durée d'évolution de la maladie dans les deux groupes comparés est en faveur d'un changement des pratiques thérapeutiques chez les adolescents anorexiques, non seulement dans les centres

spécialisés, mais aussi au niveau des thérapeutes libéraux et des Centres Médico-Psychologiques, ce qui se retrouve dans les recommandations nationales.

Dans l'anorexie mentale, comme dans de nombreuses autres maladies, l'efficacité de l'une ou l'autre approche est aussi dépendante de la volonté et des possibilités du patient et de sa famille. Nous sommes persuadée que la séparation thérapeutique, ainsi que les échanges de courrier, si la famille réussit à s'en servir correctement, peuvent avoir un effet bénéfique dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale.

En conclusion, l'anorexie mentale, très répandue, reste une maladie délicate à traiter et aucune thérapie ne peut être admise unanimement. Il convient d'étudier les particularités de la situation des patients et de leurs familles avant de se prononcer pour l'une ou l'autre méthode. Hors contexte d'urgence, c'est ce qui se fait actuellement en pratique, l'indication du type de soins proposé étant laissé à la libre appréciation du thérapeute et le choix restant au patient et à ses parents. Il semblerait intéressant de pouvoir réaliser une étude à échelle internationale dans laquelle différentes modalités de soins seraient comparées en prenant en compte les caractéristiques personnelles, familiales et environnementales du sujet, afin de pouvoir s'appuyer sur des éléments objectifs pour orienter les patients de manière la plus adaptée. Des résultats objectifs pourraient également encourager l'État, en ce qui concerne la France, à assumer certains frais liés à des thérapies qui auraient alors « fait leur preuve ».

## 6 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Askenazy F., Expérience de vie séparée sans rupture pour l'anorexique, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2009, 57, p. 240-244.
- [2] Askenazy F., Un modèle de prise en charge sans séparation de l'anorexie mentale de l'adolescent, *Journal de pédiatrie et de puériculture* (2010), Vol 23, pp. 154-159.
- [3] Autret D., La prise en charge d'une patiente souffrant d'anorexie mentale en médecine pour adolescents, *Soins Pédiatrie-Puériculture*, n°245, décembre 2008, pp. 23-28.
- [4] Bader M., Mazet P., Pierrehumbert B., Plancherel B., Haflon O., Composantes transgénérationnelles dans les toxicomanies et les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, *La psychiatrie de l'enfant* 2004/2, 472, pp. 393-441.
- [5] Benoit J.-P., Moro M.-R., « Anorexie et boulimie de l'adolescente » Prise en charge ambulatoire et hospitalière à la Maison des adolescents du chu Cochin à Paris, *Journal français de psychiatrie*, 2009/2, n°33, pp. 22-25.
- [6] Bradley M.-F., Pauzé R., Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence, *Thérapie familiale* 2008/3, Volume 29, pp. 335-353.
- [7] Bruneaux F., Cook-Darzens S., La thérapie multifamiliale. Une alternative à la thérapie unifamiliale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent ?, *Thérapie familiale* 2008/1, Volume 29, pp. 87-102.
- [8] Chabert C., Regardez-moi !, *Revue française de psychanalyse* 2003/3, Volume 67, pp. 911-923.
- [9] Cook-Darzens S., La fratrie, dans l'ombre de l'anorexie mentale, *Thérapie familiale* 2009/3, Volume 30, pp. 327-352.
- [10] Cook-Darzens S et al., Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique, *Thérapie familiale* 2005/3, Volume 26, pp. 223-245.

- [11] Corcos M., Le contrat de soins dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale : séparation-réappropriation-subjectivation, *Adolescence* 2006/2, Tome 24, pp. 385-404.
- [12] Couturier J, Isserlin L., Lock J., Family-Based Treatment for Adolescents With Anorexia Nervosa : A Dissimination Study, *Eating Disorders* 2010, 18, pp. 199-209.
- [13] De La Gorce B., L'idéologie du contrat de soins à l'aune de la contrainte anorexique, *Perspectives Psy*, Volume 44, N°2, avril-juin 2005, pp. 117-126.
- [14] Delannes S., Doyen C., Cook-Darzens S., Mouren M.-C., Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales, *Annales Médico-psychologiques* 164 (2006), pp. 565-572.
- [15] Doyle P. et al., Early Response to Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders* 2010, n°43, pp. 659-662.
- [16] Drieu D., Genvresse P., Anorexie mentale et problématique familiale, *L'évolution psychiatrique*, 68 (2003), pp. 249-259.
- [17] Duverger P., Togora A., Chocard A.-S., Malka J., Faure K., Lamotte F., Du corps au psychisme, du psychisme au corps, « Anorexie mentale. En corps et encore ! », *Anorexie et adolescence : concordances ou discordances autour de la prise en charge... Actes de la 8<sup>e</sup> journée nationale de Médecine et de Santé de l'adolescent*, Nantes, 2006, pp. 19-28. URL : <http://med2.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/journees-adolescent/actes2006.pdf> (visité le 4 juillet 2011).
- [18] Fairburn C., Evidence-Based Treatment of Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37, pp. S26-S30.
- [19] Frias I et al., Le corps anorexique comme le lieu d'expression d'une souffrance familiale, *L'évolution psychiatrique*, 75 (2010), pp. 239-247.
- [20] Gaillard J.-P., Clément D., Un protocole invariable pour une thérapie familiale de l'anorexie mentale : évaluation après dix années de mise en pratique, *Thérapie familiale* 1998/1, Volume 19, pp. 65-74.

- [21] Galinon F., Entretien(s) préliminaire(s) en famille dans le traitement de l'anorexie mentale, *Empan*, n°47, pp. 30-33.
- [22] Godart N., Perdereau F., Galès O., Agman G., Deborde A.-S., Jeammet P., Le contrat de poids lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale, *Archives de pédiatrie* 12 (2005), pp. 1544-1550.
- [23] Goldstein M. et al., The Effectiveness of a Day Program for the Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders* 2011; 44, pp. 29-38.
- [24] Gowers SG. Et al., A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability-the TOuCAN trial, *Health Technology Assessment* 2010, Vol 14, n°15 98p.
- [25] Gueguen J.-Ph., La relation mère-fille. Une histoire sans nom de Barbey d'Aurevilly, *L'évolution psychiatrique*, 68 (2003), pp. 17-26.
- [26] Guisseau-Gohier M., Grall-Bronnec M., Lambert S., Venisse J.-L., Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale, *L'information psychiatrique* 2007 ; 83, pp. 389-395.
- [27] Haute Autorité de Santé, Recommandations de bonne pratique, Anorexie mentale: Prise en charge, juin 2010, 33p, URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf).
- [28] Herpertz-Dahlmann B., Salbach-Andrae H., Overview of Treatment Modalities in Adolescent Anorexia Nervosa, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18(2008), pp. 131-145.
- [29] Huas C. et al., Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa : Data from a large French sample, *Psychiatry Research* 185 (2011), pp. 421-426.
- [30] Jeannot M., Etude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, *Perspectives Psy*, vol. 46, N° 4, octobre-décembre 2007, pp. 354-361.
- [31] Kabuth B., Lock J., Traitement de l'anorexie mentale de la jeune fille: de la Lorraine à la Californie, *Adolescence* 2006/2, Tome 24, pp. 405-419.

- [32] Kaganski I., La place de la nourriture dans les relations familiales, *Enfances & Psy*, 2005/2, N°27, pp. 45-52.
- [33] Lazaratou H., Anagnostopoulos D., Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale, *Psychothérapies* 2006/1, Vol. 26, pp. 21-25.
- [34] Le Heuzey M.F., Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ?, *Annales Médico-psychologiques* 2002 ; 160, pp. 327-331.
- [35] Lock J., Randomized clinical trial comparing family-based treatment to adolescent focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa, *Archives of General Psychiatry* 2010 October; 67(10), pp. 1025-1032.
- [36] McIntosh V. et al., Three Psychotherapies for Anorexia Nervosa : A Randomized, Controlled Trial, *American Journal of Psychiatry* 2005 ; 162, pp. 741-747.
- [37] Merini F., Ouardini A., Anorexie mentale : aspects trans-générationnels, *La clinique lacanienne, Revue internationale*, n°8, 2005, pp. 117-122.
- [38] Michler P., Wolter-Flanz A., Linder M., trEATit – Intensive ambulante Gruppentherapie von Jugendlichen mit Essstörungen, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56 (2007) 1, pp. 19-39.
- [39] Nicolò AM., Une ou plusieurs anorexies, *Adolescence* 2008/4, Tome 26, pp. 925-940.
- [40] Onnis L., Thérapie familiale de l'anorexie mentale, *Thérapie familiale* 1991/3, Volume 12, pp. 225-235.
- [41] Onnis L., Giannuzzi M., Romano C., Un vide à combler : anorexie et boulimie dans une perspective transgénérationnelle, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2007/1, N° 38, pp. 135-157.
- [42] O'Shaughnessy R., Dallos R., Attachment Research and Eating Disorders : A Review of the Literature, *Clinical child psychology and psychiatry* 14(4), 2009, pp. 559-574.
- [43] Perdereau F., Godart N., Jeammet P., Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2002, 50, pp. 173-182.

- [44] Robin A., Gilroy M., Baker Dennis A., Treatment of eating disorders in children and adolescents, *Clinical Psychology Review* 1998, Vol. 18, N° 4, pp. 421-446.
- [45] Rothschild-Yakar L. et al., Mentalization and Relationships With Parents as Predictors of Eating Disordered Behavior, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, July 2010, Vol. 198, N° 7, pp. 501-507.
- [46] Sanchez-Cardenas M., Mammam N., Venisse J.-L., Renaud M., Isolement et/ou séparation psychique dans les prises en charge de patients anorexiques, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1994, 42 (8-9), pp. 564-569.
- [47] Serrano J.A., Jetten P., Cornu G., Charlier D., Prise en charge intégrée des pré-adolescentes et des jeunes adolescentes anorexiques, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1996, 44 (8), pp. 352-361.
- [48] Silverman J.A., Charcot's Comments on the Therapeutic Role of Isolation in the Treatment of Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders* 1997; 21, pp. 295-298.
- [49] Vanderlinden J., Do Different Psychopathological Pathways Into Eating Disorder Necessitate Different Therapeutic Goals and/or approaches?, *European Eating Disorders Review*, 18 (2010), pp. 161-164.
- [50] Vandorpe M., Kinoo P., Les patient(e)s anorexiques et leur fratrie, *Thérapie familiale* 2008/3, Volume 29, pp. 355-373.
- [51] Vibert S., Cohen de Lara A, Anorexie mentale et fonctionnements limite. Traitement diversifié de la perte et du conflit oedipien à l'adolescence, *L'évolution psychiatrique* 76 (2011), pp. 55-74.
- [52] Vidailhet C., L'anorexie mentale : Paradigme des questions éthiques en psychiatrie, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1999, 47 (10-11), p. 447-453.
- [53] Vust S., Michel L., Adolescence, troubles du comportement alimentaire et groupe thérapeutique : une expérience, *Adolescence* 2006/2, Tome 24, pp. 421-428.

- [54] Wild B. et al., The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa – a randomized controlled trial, *Trials* 2009, 10:23.
- [55] Yon L., Doyen C., Asch M., Cook-Darzens S., Mouren M.-C., Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeune en unité d'hospitalisation spécialisée: recommandations et modalités pratiques, *Archives de Pédiatrie* 2009 ; 16, pp. 1491-1498.

# 7 ANNEXES

## 7.1 Questionnaire envoyé aux hôpitaux français et étrangers concernant la prise en charge des adolescents atteints d'anorexie mentale

Est-ce que vous pouvez décrire en quelques mots votre service, et les pathologies rencontrées ?

Combien d'adolescent(e)s anorexiques est-ce que vous voyez par an ?

Combien sont hospitalisé(e)s ?

Quelle est la durée moyenne d'un séjour pour anorexie dans votre service ?

Est-ce que ces adolescent(e)s ont un contrat de poids ? Avec séparation ?

S'il y a séparation, est-ce qu'elle est stricte ? Est-ce que les patient(e)s ont droit au courrier ? Aux appels téléphoniques ?

Est-ce qu'il y a des entretiens familiaux ? Est-ce que les patient(e)s y assistent systématiquement ?

## 7.2 Protocole de prise en charge des adolescentes atteintes d'Anorexie Mentale à l'hôpital d'enfants de Brabois

*Rq : Même si nous recevons de temps en temps des garçons, la très grande majorité de nos patients anorexiques sont des patientes, c'est pourquoi nous utiliserons le Féminin pour parler des "anorexiques".*

### 1°) Principes généraux et prises en charge ambulatoire:

La prise en charge des enfants et des adolescents atteints d'anorexie mentale à l'hôpital d'enfants repose sur deux points principaux :

- la prise en charge conjointe entre un pédiatre et un pédopsychiatre (c'est-à-dire une prise en charge pédiatrique nutritionnelle et une prise en charge psychiatrique individuelle et familiale).
- **le contrat de poids.**

Le contrat de poids est sous la responsabilité du pédiatre, et correspond à un objectif minimal à atteindre par l'adolescente, que ce soit en ambulatoire ou au cours d'une hospitalisation. Ce poids cible est souvent fixé au 25<sup>ième</sup> percentile de la courbe d'IMC.

Le suivi par le pédiatre est justifié par la dangerosité potentielle de la maladie, la surveillance somatique et la prise en charge nutritionnelle indispensable au cours de la maladie.

Même si la patiente est d'abord vue par un pédiatre, la consultation pédopsychiatrique est systématique afin d'évaluer la psychopathologie de l'adolescente et de sa famille. Un des objectifs de cette approche pédopsychiatrique est de faire prendre conscience de la maladie et faire émerger un désir de psychothérapie individuelle et ou familiale.

La prise en charge en ambulatoire sera toujours privilégiée par rapport à l'hospitalisation.

L'hospitalisation est décidée par le pédiatre (et/ou le pédopsychiatre) en fonction de critères qui sont :

- un état physique inquiétant (BMI < 13)
- une perte de poids ou une non évolution pondérale,
- un syndrome dépressif franc avec ou non idées suicidaires,
- la demande de la patiente après évaluation,
- la demande d'un service de périphérie après négociations,
- une dynamique familiale gravement troublée et qu'un soutien ambulatoire ne peut soutenir...

## **2°) Modalités de l'hospitalisation :**

Lorsque l'hospitalisation est décidée, le "poids de sortie" est fixé par le pédiatre et détermine le but à atteindre pour autoriser la sortie de l'adolescente.

L'admission se fera dans le service de pédopsychiatrie dans la mesure du possible. Elle est généralement programmée avec le surveillant et/ou les infirmiers du service, sauf urgence. Le chef de clinique de pédopsychiatrie doit être informé dès que possible quand il ne suit pas déjà l'enfant.

En l'absence de place en pédopsychiatrie (ce qui est souvent le cas), il est cherché une place dans l'un des services de l'hôpital d'enfants (c'est le cadre du service qui s'en charge le plus souvent).

Ce qui détermine la durée de l'hospitalisation c'est le contrat thérapeutique passé entre l'équipe, la patiente et sa famille et qui est centré sur "le poids de sortie" précédé par "le poids de levée de la séparation thérapeutique".

La séparation thérapeutique, comme dans beaucoup de services français prenant en charge des jeunes anorexiques, est la "base" de l'hospitalisation. La patiente n'a plus de contact avec sa famille, ses amis jusqu'à ce qu'elle ait atteint un poids inférieur à environ 2 kg du poids de sortie. Elle ne reçoit pas de visites, pas de coups de téléphone, mais peut écrire à ses parents. Ceux-ci peuvent appeler le service pour prendre de ses nouvelles auprès des infirmiers, tous les jours. Ils peuvent répondre aux courriers de leur fille.

Durant cette période de séparation, sont aussi fixés "les poids intermédiaires" :

- Poids de reprise de cours par AISCOBAM (Association de professeurs bénévoles qui viennent faire cours à l'hôpital), qui est fixé très rapidement, l'hospitalisation n'ayant pas pour objectif de perturber la scolarisation des patient(e)s, toujours investie et source de narcissisme pour eux,
- Poids de promenade au sein de l'hôpital,
- Poids pour effectuer les activités sportives,
- Poids de sortie de ville avec un infirmier.

Les objectifs de l'hospitalisation sont rappelés au patient et à sa famille par les médecins et les infirmiers, chaque fois que nécessaire :

Ces objectifs sont de contrôler une évolution pondérale défavorable et de combattre une dynamique psychologique délétère.

Pour cela, le travail de l'équipe est de :

- Se centrer sur un soutien à l'alimentation par la bouche, et la notion de plaisir à manger et la reprise du poids (pesée tous les matins),
- Essayer d'amorcer ou poursuivre un travail d'introspection et de psychothérapie par des entretiens psychothérapeutiques très réguliers par les internes et le chef de clinique,
- D'élargir le champ relationnel et sortir de l'isolement qu'entraîne la maladie, en demandant à l'adolescente de participer à diverses activités thérapeutiques animées par les infirmiers et parfois la psychologue.

Lors de la consultation d'admission, le pédiatre et le pédopsychiatre ont informé la patiente et sa famille qu'en cas de stagnation ou de régression pondérale, une assistance nutritionnelle entérale à débit constant par sonde naso-gastrique sera proposée durant la nuit (posée par la patiente elle-même le plus souvent)

La décision de mettre une sonde ainsi que le nombre de calories passées dans la nuit sont fixées par le pédiatre nutritionniste en collaboration avec le pédopsychiatre, la patiente. La diététicienne est systématiquement informée de l'admission des anorexiques et de leur évolution. Elle participe aux synthèses.

Pendant la séparation thérapeutique, il est fondamental de continuer à travailler avec les parents :

- Les parents sont invités à prendre des nouvelles de la patiente à un rythme régulier, une fois par jour, auprès de l'équipe infirmière.
- Des entretiens avec les parents, sans la patiente jusqu'à la levée de la séparation, sont proposés tous les 15 jours avec l'interne du service si possible en présence du chef de clinique.

Les rencontres entre médecins et parents peuvent inclure, selon les cas, l'infirmier référent. Les principaux éléments de ces entretiens sont restitués lors de la réunion de synthèse.

Les infirmiers devront être prévenus des dates de rencontre avec les familles afin de se préparer aux "changes de vêtements", échanges qui s'accompagnent d'un entretien avec l'infirmier "en live" au rez-de-chaussée de l'hôpital d'enfants, ce que les parents apprécient beaucoup.

L'évolution clinique des patientes et de leur famille ainsi que l'aménagement thérapeutique sont évoqués lors de chaque « flash » du matin et toutes les semaines lors de la réunion de synthèse du jeudi.

Les modalités de sortie sont envisagées assez tôt : suivi pédiatrique nutritionnel, suivi psychologique. Si l'adolescente était suivie antérieurement par un psychothérapeute, ce dernier reprend le suivi. Mais on propose souvent de revoir, "quelques temps" après la sortie, l'adolescente et sa famille en raison du risque de rechute et de la fragilité de cette période suivant la sortie. Les modalités de ce suivi sont à envisager de façon déontologique avec les médecins qui suivaient antérieurement l'adolescente et sa famille.

Professeur Bernard Kabuth

### **7.3 Questionnaire soumis à l'équipe soignante de l'unité de pédopsychiatrie à l'Hôpital d'Enfants de Nancy**

Comment est-ce que vous voyez la prise en charge de l'adolescente anorexique ?

Quelles sont les expériences que vous avez faites avec le contrat de séparation ?

Qui est-ce qui a décidé ou suggéré l'échange par courrier lors de la phase de séparation ?

Qu'est-ce que vous avez pensé en apprenant le changement du contrat, à savoir le droit au courrier ?

Qu'est-ce que vous en pensez aujourd'hui, trois ans après ce changement ?

## **RÉSUMÉ DE LA THÈSE :**

L'anorexie mentale de l'adolescent est une maladie largement répandue. Alors que les critères diagnostiques sont bien définis, les modalités de soins sont variables d'un hôpital à l'autre.

Ce travail porte sur les modalités de soins de l'anorexie mentale chez les adolescents et aborde la maladie sous l'angle du fonctionnement familial spécifique afin de comprendre l'évolution de la prise en charge du patient anorexique durant le dernier siècle ainsi que les différentes approches actuelles.

L'auteur analyse l'impact de l'échange de courrier entre le patient et sa famille lors de la séparation thérapeutique sur l'efficacité de l'hospitalisation et sur l'évolution de la maladie à partir d'une étude rétrospective comparative, menée dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de Nancy.

Concernant les résultats, l'auteur décrit l'efficacité du traitement à court et à moyen terme, son acceptabilité, les caractéristiques de la cohorte étudiée et le ressenti de l'équipe soignante face à la modalité de soins.

La discussion examine l'impact de l'échange de courrier et aborde l'intérêt des hospitalisations avec contrat de poids et séparation thérapeutique puis évoque la problématique du traitement du patient anorexique en général.

---

## **TITRE EN ANGLAIS :**

Therapeutical breakup during inpatient care for adolescent anorexia nervosa : Impact of the exchange of letters on hospitalization in the Teaching Hospital of Nancy  
Retrospective study of 53 patients

---

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE - ANNÉE 2011

---

## **MOTS CLÉS :**

Anorexie mentale, Adolescence, Contrat de poids, Séparation thérapeutique

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

**UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1**  
**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY Cédex