Les troubles alimentaires

« Je me trouve grosse! »

François Maranda, MD, FRCPC
Présenté par la Fédération des médecins omnipraticiens dans le cadre de : *La psychiatrie,* septembre 2004

S'agit-il vraiment d'un trouble alimentaire?

Avant d'établir le diagnostic d'un trouble alimentaire, le médecin doit éliminer la possibilité d'une autre maladie. De fait, toute maladie physique entraînant une perte de poids peut être confondue avec un trouble alimentaire. Durant la phase active de la maladie, près de 50 % des patientes souffrant d'un trouble alimentaire présentent de la dysthymie et/ou un trouble obsessionnel-compulsif.

L'évaluation psychiatrique de A à Z

L'interrogatoire

Il est essentiel, avant d'établir un plan de soins personnalisés, de retracer avec la patiente et sa famille les symptômes et leur gravité. Un interrogatoire direct portant sur la symptomatologie permet à la patiente de comprendre qu'elle n'est pas la seule à penser et à agir ainsi et favorise donc l'alliance thérapeutique.

La suite du tableau à la page 54. →

La rubrique Les soins au féminin est coordonnée par le Dr Pierre Fugère, professeur titulaire, Université de Montréal, et obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

L'évaluation psychiatrique de A à Z — suite

Le début de la perte pondérale

S'il y a lieu, le médecin notera les événements associés au début de la perte pondérale : départ d'un membre de la famille, changement d'école, rapprochement amoureux, etc. Il s'informera de son objectif pondéral initial, des raisons de son dépassement ainsi que de la manière dont elle y est parvenue (diminution de l'apport calorique, évitement systématique de certains aliments, vomissements, etc.).

Le comportement entourant l'activité de manger sera exploré : a-t-elle envahi la cuisine, fait-elle des réserves de nourriture, prépare-t-elle les repas pour les autres membres de sa famille, se sert-elle de guides alimentaires, peut-elle manger avec les autres, comment se sent-elle après les repas, est-elle obsédée et compulsive face au décompte calorique, etc.?

Les comportements compensatoires

Les comportements compensatoires, tels que l'hyperactivité, les vomissements induits, l'utilisation de laxatifs, leur fréquence et leur place dans le quotidien de la patiente seront explorés. Les distorsions de l'image corporelle seront évaluées par des questions simples telles que : que pense-t-elle de son corps, de son ventre, de ses cuisses? Si elle existe, l'aménorrhée sera datée.

Les autres symptômes psychiatriques

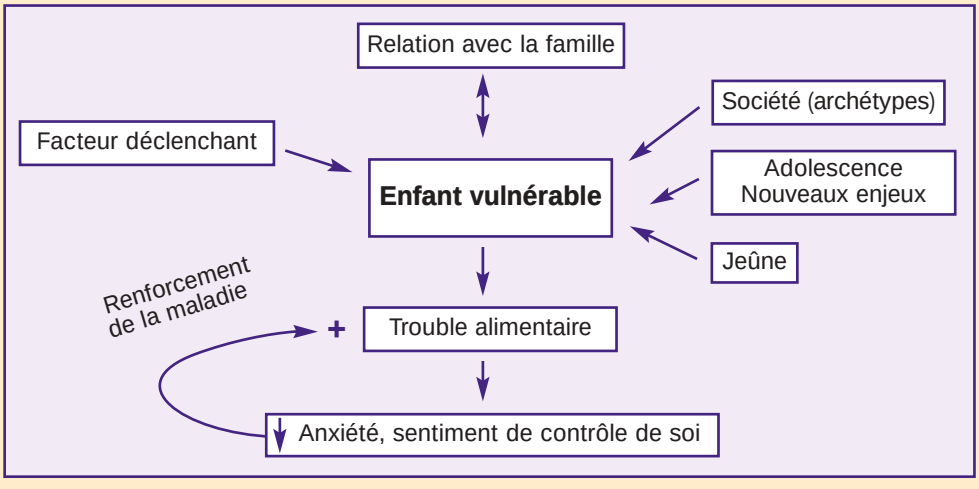
Finalement, le médecin recherchera la présence d'autres symptômes psychiatriques : anxiété, dysphorie, tendance à s'isoler, anhédonie, idées suicidaires, doute maladif face à l'échec scolaire, rituels, etc.

La rencontre avec les parents

Elle permettra de compléter l'histoire de la maladie actuelle, de documenter les changements de caractère chez leur enfant depuis le début de la maladie et de préciser les antécédents familiaux. Le clinicien s'interrogera sur la dynamique familiale ainsi que sur la capacité des parents à s'engager dans le projet thérapeutique.

Quelles sont les causes?

La figure 1 résume les principales causes des troubles alimentaires invoquées ainsi que leurs interactions.



Le traitement en consultations externes

Avant de proposer un traitement en consultations externes, il est primordial d'hospitaliser les patientes à risque. Dans le tableau 1, on y trouve les critères.

La patiente anorexique

Le traitement en consultations externes est rarement efficace. Il se veut initialement éducatif. Le thérapeute explique à la patiente et à sa famille les symptômes directement liés à la perte de poids, l'impossibilité de guérir sans le retour à un poids santé et les risques associés à la chronicité (infertilité, décalcification osseuse, boulimie, diminution de l'espérance et de la qualité de vie, etc.).

La première phase du traitement

La patiente est déclarée incompétente à gérer ses repas et ses parents sont sollicités pour jouer le rôle de cothérapeutes. Ils auront la responsabilité de préparer des portions alimentaires (quantités équilibrées), de sortir leur fille de la cuisine et de réduire la durée du repas (30 à 45 minutes).

L'accompagnement des parents devra être ferme et sans négociation, mais sans confrontation. Il ne s'agit pas d'une tâche facile et il est essentiel de soutenir les parents dans ce rôle en leur donnant des directives claires : ne pas discuter de nourriture avec leur fille, ne pas insister lorsque leur fille est incapable de manger, retirer la nourriture après un temps défini, etc. Enfin, les parents doivent comprendre que le refus alimentaire de leur fille est le symptôme d'une maladie complexe, et non un caprice ou une opposition à leur égard.

La psychothérapie

Lorsque l'état de la patiente s'est amélioré suffisamment (normalisation du poids), elle est invitée à s'engager dans un traitement psychothérapeutique axé sur la résolution de problèmes. La patiente intègre progressivement que le réflexe de sauter un repas représente une tentative de composer avec un stress qu'elle n'identifie pas correctement. Elle découvrira durant la thérapie des solutions mieux adaptées à ses problèmes. Le « go on diet » devient alors le signal indiquant que quelque chose dans le quotidien ne va pas et qui initie le processus de résolution de problèmes. Si la situation ne progresse pas dans des délais raisonnables (2 à 3 mois), l'hospitalisation est proposée.

Tableau 1

Les critères d'hospitalisation

- Restauration du poids ou cessation de la chute pondérale constante
- Patiente très amaigrie (perte de 25 % du poids corporel)
- Signes vitaux inquiétants
- Traitement des états médicaux associées (hypokaliémie, par exemple)
- Diminution des comportements compensatoires
- Gestion de la comorbidité psychiatrique (tendance suicidaire, par exemple)

La patiente boulimique

Les antidépresseurs et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) (fluoxétine de 20 à 40 mg/jour, par exemple) sont efficaces. On préfère les ISRS en raison de leur innocuité. L'effet tend malheureusement à s'épuiser et près de 30 à 40 % des patientes rechuteront. La combinaison des ISRS avec la thérapie cognitivo-béhaviorale (TCB) optimise le traitement.

Les thymorégulateurs ne diminuent pas les attaques boulimiques, mais peuvent être utilisés quand la patiente souffre d'une instabilité affective grave. En cas d'utilisation, le médecin s'assurera de l'implication des parents dans la supervision de la prise de médication (risque de létalité). Les anxiolytiques sont à éviter en raison du risque de pharmacodépendance.

La thérapie cognitivo-béhaviorale

Dans le cas du traitement en consultations externes de la boulimie, la TCB s'avère un traitement efficace de première intention. Fairburn (1993) propose un plan de soin systématisé de 19 sessions.

La première étape

Durant la première étape (huit sessions), la patiente est informée de sa maladie, du rôle essentiel d'une alimentation normale dans la diminution des attaques boulimiques, ainsi que des conséquences négatives du jeûne et des comportements compensatoires. Plusieurs moyens sont enseignés à la patiente pour améliorer ses habiletés : auto-équilibre, autocontrôle, lecture du guide d'Oxford, etc.

La deuxième étape

La deuxième étape de la thérapie (de la 9e à la 16e session) vise à éliminer l'apport calorique insuffisant. Les aliments évités sont introduits dans le régime alimentaire et les erreurs cognitives (clivage, généralisation, etc.) sont systématiquement confrontées. De plus, la patiente est encouragée à s'exposer physiquement par le port du maillot de bain ou de vêtements moulants et à comparer ses mensurations à celles de femmes qu'elle considère comme attrayantes. La patiente apprend, durant ce stade, des techniques de résolution de problèmes. Cette méthode consiste, après avoir identifié le problème, à faire la liste des façons d'y faire face, à évaluer la faisabilité des solutions envisagées pour ensuite choisir la plus appropriée.

La troisième et dernière étape

La troisième et dernière étape vise la prévention des rechutes. En cas de rechute, la patiente apprend à saisir et à comprendre ce qui lui arrive et reprend les stratégies passées qui s'étaient avérées efficaces. *Clin*

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : **clinicien@sta.ca**